

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual
em Mulheres com Incontinência Urinária**

Alexandra Chaves Ribeiro Assis Raimundo

Lisboa, 2003



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Documentação

Registo: 15693
Data: / /

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do **Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para a obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

Agradecimentos

É com muita felicidade que encaro a oportunidade de agradecer a todas as pessoas que, comigo, tornaram possível a realização deste trabalho.

Começo por agradecer ao Prof. Doutor Pais Ribeiro e à Prof. Doutora Isabel Leal, pela excelente direcção do Mestrado em Psicologia da Saúde do ISPA, e por me ter sido dado o privilégio de acompanhar esse trabalho de tão perto.

Agradeço ao Prof. Doutor Pais Ribeiro em particular, pelo seu acompanhamento incansável a este trabalho (com todos os seus avanços e compassos de espera) e por, mais uma vez, demonstrar e transmitir o seu enorme gosto pela investigação.

O apoio dos vários técnicos de saúde de instituições como a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital de Sta. Cruz do Desterro, Hospital de Sta. Maria, Centro de Saúde de Sete Rios e Fisiosped, que acompanharam a fase de recolha de dados, foi precioso – a todos o meu muito obrigado, e quem sabe, até uma próxima oportunidade.

Ao Departamento de Psicologia Clínica da MAC e Serviço de Fisioterapia; à Dra. Conceição Faria, em especial, muito obrigada pela amizade, e por tudo (bem como por este trabalho).

Às pessoas que me amam, e a quem eu amo, e que dessa forma, estiveram presentes em cada momento deste percurso, não há palavras que possam chegar perto da descrição do quão importantes têm sido, e serão – a Vocês e a Ti, que são o há de mais precioso e belo –
Obrigada!

INDICE

I. INTRODUÇÃO	8
1.1. Qualidade de vida	15
1.1.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	22
1.1.2. Avaliação	27
1.2. Suporte Social	32
1.2.1. Suporte Social e Saúde	39
1.2.2. Suporte Recebido vs. Suporte Percebido	43
1.2.3. Satisfação com SS	47
1.2.4. Avaliação	50
1.3. Satisfação Sexual	53
1.3.1. Aspectos Fisiológicos da Satisfação Sexual	56
1.3.2. Problemas Sexuais e Satisfação Sexual	60
1.3.3. Desenvolvimento e Satisfação Sexual	63
1.3.4. Diferenças de Género na Satisfação Sexual	66
1.3.5. A Satisfação Sexual e os Relacionamentos	69
1.3.6. Satisfação Sexual e Auto-Estima	73
1.4. Incontinência Urinária	75
1.4.1. Padrão da Incontinência Urinária	76
1.4.2. Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida	80
1.4.3. Incontinência e Sexualidade	86
1.5. Formulação do Problema	90
II. MÉTODO	98
2.1. Participantes	99
2.2. Material	100
2.2.1. Questionário Demográfico	100
2.2.2. Short-Form 8 (SF-8)	101
2.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	104
2.2.4. Self-Esteem and Relationship (SEAR) Questionnaire	106
2.2.5. Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6)	109

2.3. Planificação	110
2.4. Procedimento	112
III. RESULTADOS	114
3.1. Variáveis Principais	115
3.2 Variáveis Secundárias	120
3.2.1 Estatística Descritiva	121
3.2.2. Variáveis de Doença	124
3.2.2.1. Comparação de Médias	124
3.2.2.2. Correlações	131
3.2.3. Variáveis Demográficas	132
3.2.3.1. Comparação de Médias	133
3.2.3.2. Correlações	139
IV. DISCUSSÃO	143
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
VI. ANEXOS	173
Anexo 1. Protocolo/Instrumento	174
Anexo 2. Carta Pedido de Recolha de Amostra	182
Anexo 3. Classificação Nacional de Profissões (IEFP)	184
Anexo 4. Base de Dados	186

Índice de Quadros

Quadro 1: Coeficientes de alfa de Cronbach para a ESSS _____	105
Quadro 2: Coeficientes de alfa de Cronbach para o SEAR Questionnaire _____	108
Quadro 3: Resultados Correlação de Pearson entre Qualidade de Vida e Suporte Social _____	116
Quadro 4: Resultados Correlação de Pearson entre Qualidade de Vida e Satisfação Sexual ____	117
Quadro 5: Resultados Correlação de Pearson entre Qualidade de Vida e Incontinência Urinária	118
Quadro 6: Resultados Correlação de Pearson entre Suporte Social e Satisfação Sexual _____	119
Quadro 7: Estatística Descritiva das Variáveis Secundárias _____	121
Quadro 8: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Qualidade de Vida ____	125
Quadro 9: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Suporte Social _____	126
Quadro 10: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Incontinência Urinária _	127
Quadro 11: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Variáveis Secundárias (Demográficas e de Doença) _____	127
Quadro 12: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis de Doença e Satisfação Sexual	128
Quadro 13: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis de Doença e Variáveis Demográficas _____	129
Quadro 14: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis de Doença entre si _____	130
Quadro 15: Resultados Correlação de Pearson entre Variáveis de Doença e Variáveis Principais	131
Quadro 16: Resultados Teste t de Student para Variáveis Demográficas e Suporte Social _____	133
Quadro 17: Resultados Teste t de Student para Variáveis Demográficas e Variáveis de Doença	134
Quadro 18: Resultados Teste t de Student para Variáveis Demográficas _____	135
Quadro 19: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis Demográficas e Qualidade de Vida _____	136
Quadro 20: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis Demográficas e Satisfação Sexual _____	137
Quadro 21: Resultados Teste Oneway ANOVA entre Variáveis Demográficas _____	138
Quadro 22: Resultados Correlação de Pearson entre Qualidade de Vida e Variáveis Demográficas _____	139
Quadro 23: Resultados Correlação de Pearson entre Suporte Social e Variáveis Demográficas	140
Quadro 24: Resultados Correlação de Pearson entre Satisfação Sexual e Variáveis Demográficas _____	141
Quadro 25: Resultados Correlação de Pearson entre Variáveis Demográficas _____	142

Resumo

O presente estudo foi concebido com o objectivo de, junto da população feminina com Incontinência Urinária, averiguar quais as relações entre níveis de Qualidade de Vida, Suporte Social, Satisfação Sexual e Grau de Incómodo com a IU, bem como identificar Variáveis de Doença e Variáveis Demográficas que possam influenciar estas relações, e de que forma. Trata-se, portanto de um estudo de carácter exploratório e correlacional.

Pareceu-nos pertinente apresentar uma introdução acerca de cada um dos temas em estudo (Qualidade de Vida, Suporte Social, Satisfação Sexual e Incontinência Urinária) tentando abordá-los quer individualmente, quer na sua vertente de relação uns com os outros, sempre que possível.

A amostra é composta por participantes do sexo feminino que sofrem de Incontinência Urinária, e cuja média de idades é de 60,15 anos, às quais foi solicitado o preenchimento de um protocolo constituído por um "Questionário Demográfico", uma escala de Qualidade de Vida (SF-8), uma escala de Suporte Social (ESSS), uma escala de Satisfação Sexual (SEAR Questionnaire) e uma escala específica para a Incontinência Urinária (Grau de Incómodo com a Incontinência Urinária – UDI-6).

Registaram-se bons níveis de correlação entre a Qualidade de Vida e todas as outras Variáveis Principais, mas o Grau de Incómodo com a Incontinência Urinária não se correlacionou, pelo menos directamente, com o Suporte Social nem com a Satisfação Sexual.

Identificaram-se também, algumas Variáveis de Doença (Duração da Incontinência Urinária; Frequência de Episódios de Incontinência Urinária; Aparecimento de Episódios de Incontinência Urinária; Percepção do Grau de Incontinência Urinária; história de

Infecção Urinária nos últimos dois anos; Outros problemas de Saúde; e quantidade de Sintomas) e Variáveis Demográficas (Idade; Profissão; Escolaridade; Estado Civil; N ° de Gravidezes; Vida Sexual Activa; Frequência de Relações Sexuais) que se apresentaram como influentes nesta temática, produzindo efeitos (ao nível da comparação de médias e/ou ao nível correlacional) em nas Variáveis Principais.

Apesar de este ser um estudo exploratório, alertamos para a importância de alguns dos resultados encontrados, tendo em conta as Variáveis Principais: o Grau de Incómodo inerente à Incontinência Urinária correlaciona-se negativamente com a Qualidade de Vida, mas não com o Suporte Social e a Satisfação Sexual (pelo menos directamente); o Suporte Social, correlaciona-se positivamente com a Qualidade de Vida (principalmente com o Componente Mental) e com a Satisfação Sexual (só no Domínio da Confiança); a Satisfação Sexual correlacionou-se positivamente com a Qualidade de Vida (acima de tudo, com o Componente Mental).

Também no que respeita a Variáveis Secundárias (Variáveis de Doença e Demográficas), foram encontrados resultados interessantes, nomeadamente: a existência de outros problemas de saúde, de história de infecção urinária nos últimos dois anos, a escolaridade, a profissão e a frequência de relações sexuais demonstraram ser importantes para a Qualidade de Vida; o suporte Social sofreu influência de aspectos como a duração da incontinência urinária, a existência de infecção urinária, outros problemas de saúde, a quantidade de sintomas relatados, a escolaridade, o n ° de gravidezes, a vida sexual activa e a frequência de relações sexuais; a Satisfação Sexual viu-se influenciada pela idade, profissão, escolaridade, frequência de relações sexuais, duração da incontinência urinária e altura do aparecimento de episódios de incontinência urinária; finalmente, a existência de história de infecção urinária e a percepção do grau de incontinência urinária, foram as variáveis secundárias que se associaram à Incontinência Urinária (Grau de Incómodo).

Abstract

The present study was conceived with the purpose of, trying to understand which are the levels and relationships between Quality of Life, Social Support, Sexual Satisfaction and Distress (related to Urinary Incontinence), in the female population, as well, as to identify which Disease and Demographic Variables can influence this relationships, and in which way. It is, therefore, an exploratory and correlational study.

So, it seems to us, plausible to present an introduction about each one of the main themes (Quality of Life, Social Support, Sexual Satisfaction and Urinary Incontinence), trying to approach each one separately, and relatively to each other (whenever possible).

Our sample is composed by female participants which suffer from Urinary Incontinence (mean age 60,15 years), to whom we asked to fill up a protocol with a "Demographic Questionnaire", a scale for Quality of Life (SF-8), a scale for Social Support (ESSS), a scale for Sexual Satisfaction (SEAR Questionnaire) and a scale for Urinary Distress (UDI-6).

Good levels of correlation were found between Quality of Life and all the other Main Variables, but as for the Urinary Distress, no correlations were found with Social Support and Sexual Satisfaction (at least, direct ones).

We also identified some Disease Variables (duration of urinary incontinence, frequency of episodes, appearance of episodes, perceived gravity of incontinence, urinary infection, other health problems and number of symptoms) and Demographic Variables (age, profession, scholar level, marital status, number of children, number of pregnancies, sexually active life, and frequency of sexual relationship), which presented themselves as

having influence to this issue, affecting (at the level of mean comparison and/or correlational level) our Main Variables.

Notwithstanding this is an exploratory study, we found some important results. Regarding the Main Variables: the Urinary Distress correlates negatively with Quality of Life (but not with Social Support, at least directly); Social Support correlates positively with Quality of Life (mainly with its Mental Component) and Sexual Satisfaction (only with the Confidence Domain); and Sexual Satisfaction correlated positively with Quality of Life (mainly with its Mental Component).

Regarding the Secondary Variables (Disease and Demographic Variables), we found interesting results: other health problems, urinary infection, scholar level, profession and frequency of sexual relationship, appeared as important to Quality of Life; Social Support was influenced by the duration of urinary incontinence, urinary infection, other health problems, number of symptoms, scholar level, number of pregnancies, sexually active life and frequency of sexual relationships; Sexual Satisfaction was influenced by age, profession, scholar level, frequency of sexual relationship, duration of urinary incontinence and appearance of episodes; finally, the existence of urinary infection and the perceived gravity of incontinence, were associated to the Urinary Distress.

I. INTRODUÇÃO

Hoje em dia, é ponto assente que cada indivíduo deve ser visto como um todo, em que qualquer aspecto desse todo merece especial atenção, devido à sua importância específica, mas também, devido à importante influência que pode exercer sobre os outros aspectos do todo.

A água representa a essência da Vida. Tanto na natureza como no Homem, a água é elemento fundamental, pelo que, se tivermos em conta a essência da vida humana, podemos considerar que as águas que percorrem o corpo humano, representam o que de mais profundo existe em cada indivíduo – a sua essência.

Nesta perspectiva, a forma como lidamos com as nossas águas representa a forma como lidamos com o que é a nossa essência, sendo que o respeito e cuidado que imprimimos ao seu “tratamento”, possa representar a nossa forma de relacionamento com o que somos.

Como poderemos então, olhar para um problema de saúde que, cada vez mais, e mais cedo, assola a vida de parte importante da sociedade, como é o caso da Incontinência Urinária? Esta condição está relacionada com as águas, logo, com a essência, e respectiva forma de relacionamento de cada indivíduo consigo próprio.

Poderemos nós considerar que as pessoas que têm este condicionamento vão, aos poucos, perdendo algo que faz parte da sua essência? Por que razão é a população feminina mais afectada por este tipo de problemática? De que forma a perspectiva do indivíduo como um todo, é afectada por esta situação? E a vivência social destas mulheres (nomeadamente, ao nível do suporte que recebem), que influências recebe do referido

condicionamento? Finalmente, a um nível mais íntimo (sexualidade), e talvez um dos mais próximos da essência, quais são as repercussões e vivências associadas?

Ogden (1999) chama a atenção para um dos desafios que se colocam aos psicólogos (nomeadamente, os que intervêm ao nível da Saúde): há que adicionar o **contexto da relação e o contexto social, ao indivíduo.**

Este trabalho afigura-se, acima de tudo, como uma investigação sobre a Qualidade de Vida (perspectiva global), Suporte Social (perspectiva social) e Satisfação Sexual (perspectiva íntima) das Mulheres com Incontinência Urinária.

Van Wijk e Kolk (1997) defendem que, apesar de os homens terem uma esperança de vida mais curta, as mulheres apresentam índices mais elevados de doença (têm mais problemas de saúde, mas de natureza mais leve e passageira), são mais propensas a relatar a sua saúde como sendo pobre/fraca e a adoptar comportamentos de doença como a restrição de actividades, o ficar de cama, o recurso a consultas médicas, e o uso de medicação. Por outro lado, apresentam mais sintomas físicos, apesar de serem referidos como mais “vagos” ou relacionados com “os nervos”, levando muitas vezes, à sua inclusão no domínio da psique.

No que respeita à Incontinência Urinária, este parece ser ainda um assunto tabu, o que denuncia uma certa contradição com a crescente abertura dos nossos dias quanto à discussão de problemas pessoais, não só na comunicação social, como entre as próprias pessoas, onde se discutem assuntos como as relações pessoais, a infertilidade, a sexualidade, entre outros.

Berglund et al. (1996) defendem que esta falta de abertura relativa aos problemas de Incontinência Urinária, pode explicar alguma da relutância verificada entre as mulheres em consultar os profissionais de saúde quanto a estes problemas. No entanto, factores como as

crenças, por parte das mulheres, de que a sua IU é (1) auto-induzida pela negligência dos exercícios do pavimento pélvico, (2) uma condição normal devido aos partos, e (3) impossível de tratar adequadamente, parecem explicar, pelo menos em parte, esta falha na comunicação.

Segundo Berglund et al. (1996), os problemas relacionados com a Incontinência têm sido bastante estudados do ponto de vista médico, embora se assista a alguma subvalorização dos seus efeitos psicossociais, de igual importância, ou superior.

Para Berzon (1998), um dos principais objectivos de qualquer intervenção/investigação na área dos cuidados de saúde, é a melhoria da Qualidade de Vida e bem-estar das populações.

Assim, e segundo Dugan et al. (1998), tanto clínicos como cientistas comportamentais lutam pela integração de duas perspectivas diferentes acerca da avaliação da Qualidade de Vida das pessoas doentes – a perspectiva clínica tradicional foca a etiologia da doença, “patofisiologia”, sintomas e resultados clínicos, enquanto o modelo das ciências sociais concentra as suas atenções no impacto que a doença tem na Qualidade de Vida e funcionalidade dos pacientes.

Ribeiro (1994), por exemplo, considera que a Saúde é um dos domínios fundamentais, senão o mais importante, da Qualidade de Vida, e expressa a sua relação com a Saúde e com a Psicologia da Saúde, da seguinte forma: “a Qualidade de Vida é o objectivo da Psicologia da Saúde, enquanto a Saúde é o seu objecto” (p. 179).

Na opinião de Fallowfield (1990), a Qualidade de Vida não é um conceito unitário, mas uma complexa amálgama de funcionamento satisfatório em relação a quatro domínios principais:

⇒ Psicológico – (depressão; ansiedade; ajustamento à doença);

⇒ Social – (relações pessoais e sexuais; envolvimento em actividades sociais e de lazer);

⇒ Ocupacional – (capacidade e desejo de levar a cabo uma tarefa remunerada; capacidade para cooperar nas tarefas domésticas);

⇒ Físico – (dor; mobilidade; sono; apetite e náusea; funcionamento sexual).

Esta visão do conceito de Qualidade de Vida parece-nos bastante interessante, pela sua abrangência, clareza e capacidade sintética, de um conceito que comporta algumas dificuldades de definição, pela sua complexidade.

Segundo Fallowfield (1990), a sobrevivência emocional, ou um estado psicológico saudável, só é possível através de adaptações e ajustamentos às experiências e atribuições da vida. Há muitas pessoas incapazes de enfrentar o facto de estarem doentes e terem necessidade de tratamento, a não ser que tenham acesso a um grande suporte por parte dos profissionais de saúde, família e amigos, enquanto outras conseguem reunir forças, apesar de incapacidades, dores e até ameaça de morte – o autor defende que um funcionamento psicológico saudável, com capacidade de adaptação e ajustamento, é crucial para a manutenção de uma boa Qualidade de Vida.

O autor reforça assim, a importância do domínio social na Qualidade de Vida, ao referir que as pessoas com doença (especialmente crónica), expressam frequentemente medos relativos ao abandono por parte dos amigos e outros entes queridos, pelo que, um suporte estável por parte da família e amigos, em conjunto com a capacidade para participar em actividades sociais, são contributos extremamente importantes para a Qualidade de Vida.

DiMatteo e Hays (1981) chamam a atenção para o facto de os desenvolvimentos verificados no início dos anos 80 no campo da Psicologia da Saúde, terem trazido maior

incidência das atenções sobre a influência dos factores sociais na doença física, nomeadamente com estudos acerca do Suporte Social.

Segundo McIntosh (1991), o Suporte Social constitui um conceito multidimensional, frequentemente referido como uma forma de aliviar os efeitos disfuncionais do stresse resultantes de trabalho, fraqueza física, envelhecimento e acontecimentos de vida difíceis, que produz impactos diferentes (em indivíduos e grupos distintos), consoante os diferentes aspectos que o constituem.

É importante, no entanto, reconhecer que a presença de uma relação social nem sempre significa que essa relação seja “suportante”, a qualidade geral da relação é mais importante do que a sua mera existência (Antonucci et al., 2000).

Na opinião de Schulz e Rau (1985), por exemplo, a existência de suporte emocional e sentimentos de intimidade têm sido considerados como componentes presumivelmente cruciais dos efeitos protectores do Suporte Social, ao longo da vida adulta.

Quanto às questões relacionadas com a sexualidade, Fallowfield (1990) defende que, quer em casos de impedimento físico (ex.: ansiedades relacionadas com o facto de qualquer tentativa de contacto sexual falhar), quer em casos de “traumas” emocionais (ex.: ser rejeitada/o por parte do/a parceiro/a), é sabido que podem surgir problemas sexuais, com efeito potencialmente devastador para a Qualidade de Vida individual.

Segundo Hextall e Cardozo (1997), na anatomia da mulher, os tractos urinário e genital estão muito relacionados, mesmo na fase embrionária, daí que seja habitual a relação entre disfunções do baixo tracto urinário e genital, não sendo de estranhar que a actividade sexual possa causar sintomas urinários, e que uma disfunção no baixo tracto urinário, possa levar a problemas sexuais – torna-se, portanto, necessário investimento na investigação e/ou intervenção, também a este nível.

Ao propor o estudo desta vasta área, parece-nos pertinente apresentar uma primeira secção dedicada à introdução e exploração dos conceitos que considerámos importantes, para uma melhor compreensão das dimensões envolvidas neste estudo: Qualidade de Vida, Suporte Social, Satisfação Sexual, e Incontinência Urinária. Ainda nesta secção, é apresentada a formulação do problema de investigação que norteia este trabalho.

Em seguida, apresentamos a secção dedicada à metodologia do estudo, onde se pode encontrar a caracterização das participantes, bem como os materiais, tipo de planificação e procedimento utilizados.

Finalmente, apresentam-se duas secções fundamentais, uma dedicada à apresentação de resultados, onde são ilustrados os resultados estatisticamente significativos encontrados no nosso estudo; e outra dedicada à discussão e reflexão dos mesmos, onde se constata algumas ligações bastante interessantes, nesta área que nos propusemos investigar.

1.1. Qualidade de vida

Apesar de as pessoas viverem as suas vidas de formas muito diferentes, pode ser útil, para a investigação, e outros propósitos, resumir a vida na forma de uma única variável, ou um número limitado de variáveis. Segundo Hyland et al. (1999), uma das formas possíveis é a medição da Satisfação com a Vida, e outra é a Qualidade de Vida (QDV).

O Grupo WHOQOL (grupo de estudo da QDV da OMS) define a QDV de uma pessoa como “uma percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (p.1405), focalizando a QDV percebida pelo indivíduo (WHOQOL, 1995; Wiersma, 1997).

Mas, segundo o mesmo grupo (WHOQOL, 1995), não há uma definição consensual de QDV, apesar da concordância, entre investigadores desta área, quanto a determinadas características do constructo. A primeira é o reconhecimento do carácter subjectivo da QDV – são as questões acerca da avaliação global de comportamentos, estados e capacidades, e a satisfação/insatisfação com esses comportamentos, estados e capacidades das pessoas, que nos fornecem informação acerca da QDV.

A segunda área de consenso parece ser a natureza multidimensional da QDV – no mínimo, a QDV inclui as dimensões física (percepções individuais do estado físico de cada pessoa), psicológica (percepções individuais acerca do estado cognitivo e afectivo), e social (percepções individuais relativas às relações interpessoais e papéis sociais).

Em terceiro lugar, a QDV inclui dimensões positivas (ex.: funcionamento ao nível do desempenho de papéis, contentamento e mobilidade) e negativas (ex.: sentimentos negativos, dependência de medicação, fadiga, dor), pelo que qualquer avaliação da QDV deve incluir as percepções individuais de ambas as dimensões (positiva e negativa) (WHOQOL, 1995).

Ribeiro (1997) identifica como pressupostos do conceito de QDV:

- ⇒ A QDV não é ausência de doença;
- ⇒ Manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- ⇒ Define-se por uma configuração de bem-estar, que é uma dimensão auto-percebida;
- ⇒ Abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais;
- ⇒ É um processo dinâmico;
- ⇒ Só tem sentido se concebido em termos ecológicos.

Segundo Wiersma (1997), o conceito de QDV tem sido vagamente descrito como o bem-estar total, com referência à definição de saúde da OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo os seus componentes: o desempenho de papéis sociais, o estado físico e emocional, as interacções sociais, o funcionamento intelectual, o estatuto económico, e o estado de saúde subjectivo, bem como outros aspectos do bem-estar pessoal não relacionado com a saúde.

Gill e Feinstein (1994; in Sullivan et al., 2000) argumentam que a QDV não é propriamente uma descrição do estado de saúde, mas um reflexo da forma como as pessoas percebem e reagem à sua saúde e a outras partes “não médicas” das suas vidas.

Também Angermeyer e Kilian (1997) consideram que a extensão da QDV vai para além das clássicas medidas relacionadas com a doença (sintomas, diminuições e incapacidades), inclui a experiência subjectiva das condições de vida objectivas.

Segundo os autores, há pelo menos três modelos que tentam explicar a forma como as condições objectivas se relacionam com as percepções subjectivas, e quais os factores adicionais que podem influenciar esta relação:

- ⇒ Modelo de Satisfação – de acordo com este modelo desenvolvido por Lehman et al. (1982), e Baker e Intagliata (1982), a QDV consiste em três componentes: características pessoais, condições de vida objectivas relativas a vários domínios, e satisfação com as condições de vida nestes vários domínios. Este modelo é, aparentemente baseado na suposição de que o nível de QDV vivenciado por um indivíduo, depende do facto de as suas condições de vida efectivas, satisfazerem as suas necessidades, exigências, e desejos.
- ⇒ Modelo combinado de Importância/Satisfação – inclui a satisfação subjectiva das pessoas, com a importância que determinado domínio (de vida) tem para essa pessoa. Tal como as pessoas são diferentes nos seus valores e preferências, também as condições objectivas de determinados aspectos da vida, afectam a sua QDV subjectiva de forma diferente.
- ⇒ Modelo do Desempenho Funcional – é baseado na teoria de que a felicidade e satisfação estão relacionadas com as condições sociais e ambientais requeridas para preencher as necessidades humanas básicas – modelo pessoa-ambiente – o ambiente consiste nas oportunidades (acima de tudo, oportunidades sociais) através das quais o indivíduo pode satisfazer as suas necessidades. Estas oportunidades sociais encaixam, então, nos diversos papeis sociais desempenhados (amigo, esposo, empregado, ou pai), que por um lado, podem ser utilizados pelo indivíduo para satisfazer as suas necessidades psicológicas, mas que, por outro lado, estão associados a exigências ou requisitos de desempenho. Com a introdução deste modelo no conceito de QDV, os

seus autores aumentaram a compreensão teórica da associação entre o bem-estar subjectivo e as condições ambientais (Angermeyer & Kilian, 1997).

Para estes autores, o objectivo de incluir o ponto de vista subjectivo na avaliação da QDV relaciona-se, principalmente, com o facto de o sistema individual de valores e preferências não ser inteiramente determinado pelo sistema normativo da sociedade envolvente – os sistemas individuais de valores são, também, moldados pelas características e experiências pessoais.

Barry (1997) defende que, em última análise, a QDV é uma questão subjectiva, reflectida na percepção do bem-estar global – a experiência de bem-estar geral é vista como um produto de três tipos de variáveis: características pessoais, QDV objectiva em vários domínios, e QDV subjectiva nesses mesmos domínios.

Speer (1998; in Pinto, 1999), por seu lado, considera que o conceito global de QDV pode ser racionalizado como envolvendo todos, ou apenas uma combinação dos seguintes aspectos: sentido pessoal de bem-estar, angústia, satisfação com a habitação e/ou rendimentos, saúde percebida, sentimento de segurança, redes sociais e satisfação com o Suporte Social, entre outras – é um conceito tipo chapéu de chuva, sem medidas simples.

Segundo Calman (1984; in Hyland et al., 1999), há uma grande variedade de definições de QDV, que reflectem a multiplicidade de conceitos incluídos neste termo, mas parece haver uma tendência metodológica para um único aspecto da QDV – a discrepância entre o que uma pessoa gostaria de ser capaz de fazer, e o que é possível.

Na tentativa de colmatar as dificuldades encontradas na definição *una* de QDV, vários autores têm investido o seu esforço na sistematização dos componentes, domínios e/ou dimensões que caracterizam o conceito apesar de, geralmente, estes trabalhos se

encontrarem bastante direccionados para a área da Saúde (considerando sempre outras vertentes), como veremos em seguida.

Segundo Ribeiro (2001), Cramer (1994) foi um desses autores que, ao dedicar-se ao estudo dos domínios da QDV da população em geral (baseado no Grupo WHOQOL), identificou como tal:

⇒ Saúde física: Saúde geral (medo da doença e incapacidade); Dor e desconforto; Energia e fadiga; Actividade sexual; Sono e repouso;

⇒ Saúde psicológica: Afecto positivo; Funções sensoriais; Pensamento; Aprendizagem; Memória e concentração; Auto-estima; Imagem pessoal e aparência; Afecto negativo;

⇒ Nível de independência: Mobilidade; Actividades da vida diária; Dependência de substâncias (médicas e não médicas); Capacidade de comunicação; Capacidade de trabalho;

⇒ Relações sociais: Intimidade (relações amorosas); Suporte social prático; Actividades de cuidar e fornecer apoio;

⇒ Ambiente: Segurança física; Ambiente do lar; Satisfação com o trabalho; Recursos económicos; Acesso e qualidade da segurança social e cuidados de saúde; Participação e oportunidades de recreação e lazer; Poluição; Ruído; Ambiente automóvel; Transporte;

⇒ Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais: Aspectos filosóficos, que estão para além do substantivo.

Por outro lado, e já numa perspectiva um pouco mais funcional, se assim lhe podemos chamar, Donovan et al. (1999) consideram que o conceito de QDV, apesar da sua complexidade, inclui os seguintes domínios chave:

- ⇒ Funcionamento Físico – capacidade do indivíduo para levar a cabo actividades quotidianas como os cuidados próprios, cozinhar, fazer compras, tarefas domésticas, entre outras;
- ⇒ Funcionamento Psicológico – bem-estar emocional e mental, incluindo níveis de depressão, ansiedade, preocupação e, por vezes, culpa;
- ⇒ Funcionamento Social – relações e interacções com os outros (família, amigos, etc.), incluindo a participação em actividades, bem como o tamanho e força das redes sociais;
- ⇒ Satisfação Geral com a Vida – percepção global acerca do quão boa (ou má) é a sua vida;
- ⇒ Percepção do Estado de Saúde – como os indivíduos são capazes de definir o seu bem-estar, tendo em atenção a sua idade, e situação ao longo do ano anterior;
- ⇒ Dor – avaliada simplesmente em termos de gravidade, tipo e impacto na vida quotidiana.

Os autores chamam, no entanto, a atenção para o facto de estes domínios poderem ser complementados com outros, como distúrbios de sono, funcionamento neuropsicológico, funcionamento e/ou satisfação sexual, participação no emprego, e sintomas relacionados com determinada condição (que se encontre em estudo) (Donovan et al., 1999).

Mais recentemente, e segundo Ribeiro (2001), as perspectivas de QDV podem ser classificadas de diversas formas, sendo uma delas, a classificação em quatro grupos resultantes do cruzamento de dois eixos: um que representa a QDV específica de uma doença, e a QDV geral; e outro que representa a QDV funcional, e a QDV relacionada com a percepção de bem-estar.

	Perspectiva Genérica	Perspectiva Específica
Perspectiva Funcional	Funcional Genérica	Funcional Específica
Perspectiva de Bem-estar	Bem-estar Genérico	Bem-estar Específico

Fig. 1: Classificação da QDV (adaptado de Ribeiro, 2001)

Ribeiro (2001) refere ainda, como bastante importante nesta área, o estudo realizado pelo grupo da *Medical Outcomes Trust* (acerca das variações no estilo de prática médica, e resultados de saúde dos pacientes, em diferentes sistemas de cuidados) sobre QDV (ao nível da funcionalidade genérica), que determina como dimensões da QDV: Funcionamento físico; Desempenho físico; Dor; Saúde geral; Vitalidade; Funcionamento emocional; Desempenho social; Saúde mental.

Bosworth et al. (2000) defendem que, quando na área da investigação e prática médicas, faz sentido que se passe de uma visão muito abrangente da QDV (que comporta, não só a saúde, como o padrão de vida, o estatuto económico, e outros aspectos), para uma visão focalizada nos aspectos da QDV mais directamente afectados pela saúde, e que podem ser alterados – para melhor distinguir estas duas visões da QDV, tem sido utilizado o termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) para a segunda.

1.1.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Ware (1995) refere que em 1989, o Congresso dos Estados Unidos aprovou uma lei que, para além das tradicionais medidas de sobrevivência, objectivos clínicos, sintomas e problemas específicos para doenças e tratamentos, ordena a medição do estado e bem-estar funcionais, e a satisfação do doente – os resultados dos cuidados de saúde passam a ser traduzidos pela medida em que os resultados do tratamento correspondem às necessidades e expectativas dos doentes

Ribeiro (2001) refere também os trabalhos de Spilker (1990) que, a propósito da relação entre doença e QDV, defende que as acções do sistema de saúde e os efeitos do tratamento são filtrados pelos valores, atitudes, crenças e julgamentos do doente, influenciando o seu estado físico, bem-estar psicológico, e vida social, bem como o seu estado económico e profissional.

Hermann (1995; in Ribeiro, 2001), defende que as expressões Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) estão interligadas, mas a primeira é mais ampla, enquanto a segunda diz respeito, especificamente aos sintomas de determinada doença e seu tratamento, definindo a QDVRS como o impacto da doença e do tratamento no doente.

Segundo Mozes et al. (1999b), o conceito de QDVRS (como desenvolvido pela comunidade científica), pode resumir-se ao “valor atribuído à vida de uma pessoa, pelo indivíduo ou pela sociedade, resultado da sua própria saúde, e influências como o comportamento individual, cuidados médicos, ou políticas de saúde” (p.269). As suas definições operacionais parecem ser habitualmente, baseadas na enumeração de indicadores, sendo os mais comuns os atributos relacionados com a saúde que

potencialmente influenciem a QDV das pessoas – tem sido dado particular ênfase à medição do funcionamento físico, emocional e social, e ao sentimento de bem-estar.

Para Ribeiro (1994), o conceito de QDVRS pode ter dois sentidos: um geral para o sistema de cuidados de saúde, que se refere à QDV dependente das doenças que as pessoas têm, analisando a contribuição das mesmas doenças e seus tratamentos, para a QDV das pessoas; outro específico para cada uma das doenças, relativo às limitações, ou ao modo como cada doença afecta a QDV, e só aplicável às pessoas que a têm (devido à especificidade dos sintomas, características do tratamento, efeitos do tratamento, etc.).

A QDVRS diz respeito à percepção dos pacientes quanto ao seu actual nível de funcionamento, e respectiva satisfação/insatisfação, comparativamente ao que percebem como ideal (Cella & Tulsky, 1990; in Berzon, 1998).

Na opinião de Naughton (1996; in Donovan et al., 1999), a QDVRS é um conceito multidimensional, que inclui o bem-estar relacionado com a saúde, e tem sido definido como incluindo (1) as características valorizadas pelos pacientes com vista ao seu conforto ou sentimento de bem-estar, (2) a medida em que os pacientes conseguem manter as funções físicas, emocionais e intelectuais, e (3) o grau com que mantêm as suas capacidades de participação em actividades valorizadas em contexto familiar, de trabalho, e da comunidade.

Também na opinião de Angermeyer e Kilian (1997), a QDV subjectiva das pessoas depende, em grande parte, do grau de sucesso obtido na satisfação das necessidades relacionadas com a doença, sem interferir com a satisfação das necessidades humanas básicas e universais (como a aceitação social, ou os relacionamentos emocionais), pelo que, para avaliar a QDV, torna-se necessário combinar medidas relacionadas com as condições de vida objectivas e graus de satisfação subjectivos, com uma análise profunda do seu sistema de significação subjectiva e estrutura de necessidades – isto permitirá

compreender quais são as estratégias desenvolvidas para satisfazer as diferentes necessidades (apesar das dificuldades objectivas), e para lidar com o conflito entre as necessidades relacionadas com a doença e as necessidades humanas gerais.

Bosworth et al. (2000) defendem uma definição compreensiva de QDVRS que inclui a avaliação subjectiva da QDV (distress psicológico/bem-estar, dor e desconforto, energia/fadiga, e auto-estima), as capacidades de funcionamento físico e social, e a capacidade para desempenhar as actividades diárias normais (cuidados pessoais, e saúde percebida).

Segundo Verkerk et al. (2001), a perspectiva de Amartya Sen (prémio Nobel da Economia), veio permitir a introdução de dois elementos importantes para a investigação da QDVRS – a noção de funcionalidade (como elemento da QDV) e a noção de competência (não é só a presença de recursos, mas também a possibilidade de os utilizar, que determina a QDV) – sugerindo algumas implicações práticas da mesma:

- ⇒ Em primeiro lugar, é necessário determinar quais as funcionalidades que devem ser consideradas na avaliação da QDVRS – o que significa que a investigação qualitativa é tão necessária quanto a investigação quantitativa, por forma a determinar quais as funcionalidades a incluir;
- ⇒ Em segundo lugar, ao introduzir as funcionalidades, o conceito de QDV não fica reduzido aos sentimentos subjectivos de felicidade; as funcionalidades como “ter mobilidade”, “estar envolvido em interacções sociais”, “gerir a casa”, entre outras, podem também ser incluídas;
- ⇒ Em terceiro lugar, na opinião de Sen, não é suficiente medir a QDV em termos do sucesso com que uma pessoa atinge determinada funcionalidade, é igualmente importante medir se a pessoa tem as competências necessárias para o fazer – a noção de competência distingue entre o sucesso das funcionalidades duma pessoa saudável,

em comparação com uma pessoa doente (as competências de uma pessoa doente são, obviamente, mais reduzidas);

⇒ Em quarto lugar, Sen salienta o facto de que a liberdade pode ter importância intrínseca para que uma pessoa possa alcançar o bem-estar – ter hipótese de escolha pode ser, por si só, uma parte importante da vida das pessoas; e uma genuína vida de escolha entre opções sérias, pode ser vista como mais rica;

⇒ Em quinto lugar, as competências ou possibilidades de que as pessoas dispõem, dependem das suas qualidades pessoais, e das características sociais – chama-se a atenção para o facto de que as alterações ao nível socio-político, podem ser uma fonte de valor.

Sullivan et al. (2000), referem que os resultados do seu estudo, incluem indícios de que a saúde percebida é um produto do incómodo causado pela sintomatologia, conjuntamente com a incapacidade funcional – os sintomas adversos como a dor ou náusea diminuem o estado de saúde percebido, mais do que restringem a mobilidade, as actividades diárias, ou a interacção social; nem todos os efeitos das doenças/condições crónicas são mediados pela sintomatologia.

Segundo Sullivan et al. (2000), apesar de se assumir a saúde mental como tendo um efeito significativo na QDVRS, tem sido difícil definir o seu papel de uma forma precisa – ao que parece, a saúde mental afecta a funcionalidade social e o desempenho de papéis, mas é muitas vezes omitida das listas de potenciais causas de incapacidade física, apesar de alguns estudos sugerirem que variáveis psicológicas como a depressão, têm efeitos em muitos dos componentes da QDVRS. De acordo com os resultados do seu estudo, os autores concluíram, no entanto, que o estado de saúde mental (ansiedade e sintomas depressivos) afecta a QDV, principalmente, na modelagem da avaliação que cada pessoa

faz do seu estado de saúde geral, ou seja, as variáveis psicológicas têm fortes efeitos na avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde.

As implicações clínicas deste estudo resumem-se, na opinião dos autores, em dois pontos: (1) a saúde percebida relaciona-se com o incómodo provocado pela sintomatologia, quase tão fortemente como se relaciona com a diminuição funcional, e (2) a ansiedade e depressão determinam a QDV global, quase tão fortemente como a saúde percebida – pelo que, os cuidados de saúde mental têm um importante papel na manutenção da QDV da população.

Segundo Ware (1995), as aplicações de estudos acerca da saúde global incluem: monitorização da saúde da população em geral; avaliação da política de cuidados de saúde; realização de ensaios clínicos de tratamentos alternativos; elaboração de sistemas de monitorização e desenvolvimento de resultados de saúde; e tomada de decisão na prática clínica. No entanto, sem a realização de levantamentos padronizados da saúde das populações, a funcionalidade e bem-estar dos pacientes (afectados por doenças e tratamentos) passam, muitas vezes, despercebidos numa consulta médica normal – os médicos não se apercebem de algumas diminuições manifestadas pelas limitações físicas, no funcionamento físico, social, e no desempenho de papéis, e as diferenças na gravidade do distress psicológico, também nem sempre são evidentes.

Uma solução para este tipo de dificuldades, poderia ser a introdução da avaliação do estado funcional e bem-estar no quotidiano da prática clínica – estas avaliações de rotina seriam úteis para: (1) garantir que todas as dimensões importantes do estado funcional e do bem-estar sejam consideradas de forma consistente; (2) detectar, explicar e acompanhar as alterações nas capacidades funcionais, ao longo do tempo; (3) tornar possível a consideração do funcionamento global do paciente, aquando da escolha de tratamento; (4)

guiar a utilização eficaz dos recursos da comunidade e serviços sociais; (5) prever, de forma mais precisa, o desenvolvimento das doenças crónicas; (6) possibilitar uma melhor informação aos pacientes acerca dos diversos tratamentos alternativos; e (7) tornar possível aos prestadores de cuidados, a avaliação do estado funcional e bem-estar actuais, em relação ao que é esperado para uma pessoa da mesma idade, género, e com a mesma condição física ou psiquiátrica (American College of Physicians, 1988; Cluff, 1981; Fowler et al., 1989; in Ware, 1995).

1.1.2. Avaliação

As escalas de QDV, à semelhança da avaliação psicológica, consistem em conjuntos de itens agrupados em sub-escalas ou dimensões da QDV, que posteriormente, permitem obter: uma nota por dimensão, mais uma nota global; só uma nota global; ou um perfil baseado nas notas de cada dimensão (Ribeiro, 2001).

Pinto (1999) refere que o conceito de QDV pode materializar-se na medição de componentes de saúde relatados pelos sujeitos, incluindo actividades da vida diária, funcionamento ao nível do desempenho de papéis, sintomas físicos e mentais, bem-estar e interacção social. Alguns destes componentes podem ser adequadamente avaliados por medidas genéricas, enquanto outros, como a sexualidade, sintomas de doença específicos e efeitos colaterais do tratamento, podem requerer medidas específicas adicionais.

Para Berzon (1998), os instrumentos genéricos permitem comparações entre várias condições e intervenções, mas podem não focar adequadamente a área de interesse de determinada intervenção, enquanto os instrumentos específicos podem ser mais sensíveis a

alterações, mas não são tão compreensivos, não permitem comparações entre diferentes condições e podem não estar disponíveis para determinadas populações ou intervenções.

Ribeiro (2001), defende que as escalas que avaliam as várias perspectivas da QDV incluem-se nas categorias seguintes (em concordância com a classificação da QDV apresentada na Fig. 1):

- ⇒ “perspectiva funcional genérica” – incidem sobre o que é comum a todas as pessoas, com ou sem doença;
- ⇒ “perspectiva funcional específica” – são específicas para determinada doença, nomeadamente, para as limitações causadas pela doença, e/ou as características do tratamento;
- ⇒ “perspectiva de bem-estar genérico” – dizem respeito ao modo como o sujeito se sente no momento;
- ⇒ “perspectiva de bem-estar específico” – são também específicas para cada doença, incluindo itens de bem-estar relacionado com determinada doença.

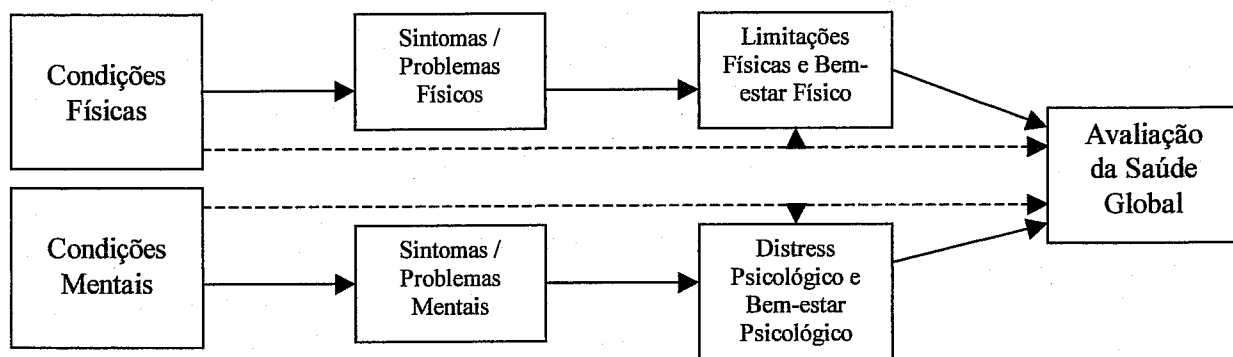


Fig. 2: Relação entre conceitos de saúde gerais e específicos (adaptado de Ware, 1995)

A figura 2 foca três conceitos de saúde genéricos: saúde física (limitações físicas e bem-estar físico); saúde mental (distress psicológico e bem-estar psicológico); e avaliações pessoais da saúde global (visão sobre o passado, presente e futuro). No entanto, este

esquema de relação entre conceitos de saúde, difere de formulações anteriores, em vários aspectos: (1) distingue a saúde física da saúde mental, tanto ao nível específico, como ao nível genérico; (2) retrata a existência de continuidade entre especificidade e generalidade, e não uma simples categorização de conceitos (específicos, por um lado, e genéricos, por outro); (3) contém muito acerca dos resultados esperados nos estudos da relação entre conceitos específicos e genéricos, independentemente de quais as medidas utilizadas (Ware, 1995).

Segundo o autor, as medidas referentes a limitações no desempenho de papéis, que fazem a distinção entre causas físicas e mentais, têm provado ser úteis na diferenciação entre resultados de saúde físicos, e mentais – as escalas de desempenho de papéis do MOS, por exemplo, demonstraram medir o espectro físico (parte de cima do esquema) ou o espectro mental (parte de baixo do esquema), dependendo do facto de os participantes atribuírem as limitações à saúde física, ou a problemas pessoais e emocionais.

Berzon (1998) defende que um instrumento de perfil de saúde genérico permite avaliar a sua capacidade para desempenhar as actividades quotidianas, de entre um vasto leque de domínios da QDVRS, sendo os principais, aqueles que incluem a funcionalidade ao nível físico, social e cognitivo; o desempenho de actividades; e o bem-estar emocional.

O autor chama a atenção para o facto de a forma como cada sujeito se sente acerca do seu desempenho em cada uma das actividades, poder ser avaliada através da medição do grau de satisfação para cada domínio. Por outro lado, o bem-estar geral (satisfação com a vida) em todos os domínios, pode ser avaliado através de uma questão global. Como se torna evidente, a perspectiva do paciente é o componente essencial do conceito de QDVRS.

Segundo Michelson et al. (2001), um instrumento que pretenda medir a QDVRS deve focar os problemas comuns da população-alvo, ou seja, ser específico para determinada doença, mas ao mesmo tempo, suficientemente sensível para detectar diferenças de QDVRS na população em geral, de acordo com idade, género, condições de saúde, entre outros critérios.

Berzon (1998) lembra que a avaliação subjacente à QDVRS é subjectiva, e que a medição deste constructo é baseada na percepção de cada indivíduo quanto ao seu funcionamento em domínios específicos, influenciados ou não, pelo seu estado de saúde, cuidados de saúde a que está sujeito/a, e actividades promotoras de saúde. No entanto, o autor considera importante a inclusão de outros aspectos como a percepção individual de saúde e bem-estar geral, e factores contextuais, nos estudos que pretendam compreender melhor o impacto que as intervenções ao nível dos cuidados de saúde, têm na vida das pessoas.

O propósito de um instrumento de QDVRS não é meramente medir a presença e gravidade de sintomas de determinada doença, mas mostrar a forma como as manifestações dessa doença, ou de um tratamento, são vivenciadas pelos indivíduos, sendo esta, um dos resultados mais importantes da inclusão do conceito de QDVRS na investigação clínica (Berzon, 1998).

Por tudo isto, a QDVRS é actualmente, uma medida muito utilizada na investigação clínica, apesar de a relação entre os seus componentes (ex.: incómodo causado pelos sintomas, estado da funcionalidade, etc.) e a QDV em geral, permanecer, na opinião de Sullivan et al. (2000), não muito clara.

Para finalizar, Ribeiro (2001) refere que, quanto às especificidades de avaliação da QDV e QDVRS (por serem conceitos de muitas definições), é importante estabelecer que:

são baseadas na percepção pessoal; incluem aspectos físicos, psicológicos e sociais; envolvem estratégias de *coping*; envolvem aspectos objectivos e subjectivos; são medidas de estado (referem-se à experiência do último mês, últimas semanas, ou às 24 horas anteriores); e devem ser tidas em conta as duas grandes áreas de influência – funcionalidade e percepção de bem-estar.

1.2. Suporte Social

Heller et al. (1990) defendem que o acesso a recursos psicossociais e materiais (um pouco como vimos em relação à QDV) depende da sua disponibilidade no meio ambiente e da capacidade do indivíduo se conseguir agarrar a eles, o que representa dizer que o Suporte Social (SS) é um constructo multifacetado, onde podemos encontrar componentes sociais e individuais.

No entanto, as definições de SS variam conforme os autores, denunciando, como refere Vaux (1992; in Hupcey, 1998), alguma confusão e falta de consenso no que deve ser considerada a definição teórica de SS.

Caplan (1974; in Rowland, 1990) define SS como a presença de outros que (1) ajudem as pessoas a mobilizar os seus recursos psicológicos para lidar com problemas emocionais; (2) partilhem tarefas com as pessoas; (3) providenciem dinheiro, materiais, ferramentas, competências, informação, e conselhos com o objectivo de ajudar as pessoas a lidar com a situação stressante a que estão expostas.

Wallston et al. (1983) defendem que o SS traduz o conforto, assistência, e/ou informação recebida por cada pessoa, através de contactos formais ou informais com outros indivíduos ou grupos.

Para McIntosh (1991), o SS pode ser definido como os recursos (existentes ou percebidos por determinada pessoa) disponíveis para auxiliar a pessoa a lidar com as experiências de stresse e a aumentar a vivência de bem-estar.

Segundo Oliveira et al. (1999), a perspectiva comunicacional, define o SS como um “processo interaccional ou comunicativo que ocorre entre as pessoas, capaz de transmitir um sentimento de que se é válido e gostado pelos outros, exercendo várias funções que se

enquadram em duas principais: a facilitação da resolução de problemas (...) e o sentimento provocado por um vínculo empático capaz de transmitir a sensação do Eu da pessoa ser compreendido e aceite por quem fornece o suporte.” (p. 179)

Hupcey (1998), após um estudo acerca da coerência conceptual do SS, considerou o conceito como parcialmente desenvolvido, definido de forma relativamente consistente, apesar de muitas das definições encontradas serem demasiado gerais, e algumas delas acrescentarem conceitos acessórios (ex.: redes sociais).

Salientamos, no entanto, que todas as definições de SS têm em comum a tónica na importância dos relacionamentos, independentemente do tipo, funcionamento, ou objectivo do processo que é o SS. Assim, e na tentativa de clarificar o conhecimento deste processo, tem havido um esforço para sistematizar o conceito de SS, definindo-o através de componentes, dimensões, tipos, funções (entre outros), como veremos em seguida.

Segundo McIntosh (1991), as propriedades do SS não devem ser confundidas com as dimensões do mesmo conceito, e essas propriedades são:

- ⇒ número de prestadores – utilizado para identificar a existência e quantidade de relações, pelo facto de a existência de prestadores ser crucial para que haja suporte interpessoal;
- ⇒ quantidade de suporte – é definida em termos da quantidade de suporte disponível, reflectindo a convicção do sujeito quanto à existência, em certa medida, de apoio instrumental ou emocional para lidar com situações stressantes;
- ⇒ adequabilidade do suporte percebido – é definida como sendo a quantidade de suporte disponível, comparado com a quantidade necessária ou desejada.

Caplan (1979; in DiMatteo & Hays, 1981) especificou duas dimensões de SS (objectiva-subjectiva e tangível-psicológica), que formam quatro variações do mesmo conceito:

- ⇒ Suporte objectivo tangível – comportamento dirigido à provisão de recursos tangíveis, que se pense serem benéficos para o bem-estar mental e físico;
- ⇒ Suporte objectivo psicológico – comportamento dirigido à provisão de cognições (valores, atitudes, crenças, e percepções) e à indução de estados afectivos que promovam bem-estar;
- ⇒ Suporte subjectivo tangível e subjectivo psicológico – com as mesmas valências que os anteriores, mas determinados pela percepção da pessoa visada, quanto à existência de condições suportantes.

Dunst e Trivette (1990; in Ribeiro, 1999), vêm como dimensões de SS, importantes para o bem-estar: o tamanho da rede social; a existência de relações sociais (das relações particulares à pertença de grupos); a frequência de contactos; as necessidades de suporte (expressas pelo indivíduo); o tipo e quantidade de suporte; a concordância entre o SS disponível e as necessidades do indivíduo; a utilização das redes (em caso de necessidade); a dependência (nível de confiança nas redes, quando necessárias); a reciprocidade (equilíbrio entre o SS recebido e fornecido); a proximidade (sentida pelo indivíduo, em relação às redes); e a satisfação (utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo). Os autores, identificaram então, os seguintes componentes de SS:

- ⇒ Institucional – inclui as necessidades e a sua convergência com o suporte existente;
- ⇒ Relacional – estatuto familiar, profissional, tamanho da rede social e participação em organizações sociais;

- ⇒ Funcional – suporte disponível, tipo de suporte (emocional, instrumental, material, etc.), qualidade de suporte, e quantidade de suporte;
- ⇒ Estrutural – proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, etc.;
- ⇒ Satisfação – utilidade e ajuda fornecidas.

House et al. (1985), por seu lado, consideram que tanto por razões conceptuais, como metodológicas, é importante distinguir as diferentes fontes e tipos de suporte como dimensões significativas do SS, podendo os recursos que o constituem, ser conceptualizados como combinações destas duas dimensões.

Assim, face à necessidade de combinação de tipos e fontes de SS, Schulz e Rau (1985), utilizando três tipos de suporte (ajuda tangível, suporte informacional/informativo, e suporte emocional) e três faixas etárias (jovens adultos, meia-idade, e terceira idade), acreditam ser possível estabelecer a seguinte visão acerca desta relação:

- ⇒ Para os jovens adultos, os pais são a principal fonte de ajuda tangível e os amigos, a maior fonte de suporte informacional/informativo e emocional, com outros familiares a desempenhar um papel secundário;
- ⇒ Para os indivíduos de meia-idade, o cônjuge é o principal prestador de ajuda tangível e suporte emocional, com os amigos, colegas e vizinhos a prestar a maior parte do suporte informacional/informativo;
- ⇒ Na terceira idade, os filhos adultos e o cônjuge providenciam a maior parte da ajuda tangível, suporte informacional/informativo, enquanto o suporte emocional é prestado por grande variedade de fontes, como os filhos, organizações formais, grupos especializados de suporte, e amigos.

Também Olsen et al. (1991) verificaram que as fontes de SS consideradas mais importantes, dependiam da faixa etária em questão, com o cônjuge a exercer maior influência no grupo entre os 30 e os 49 anos, e a família a exercer maior influência no caso de jovens e idosos.

Num estudo conduzido por Lieberman (1982; in Rowland, 1990), encontraram-se resultados apontando no sentido de os cônjuges representarem a fonte mais eficaz de ajuda em caso de problemas psicológicos, em segundo lugar os amigos, seguidos por profissionais e grupos de auto-ajuda; os familiares provaram ser os menos suportantes a lidar com este tipo de problemas.

No mesmo sentido, Hupcey (1998) refere que vários investigadores têm encontrado resultados que apontam no sentido de uma forte tendência para a escolha do cônjuge, filhos, família e amigos chegados, como fonte preferencial de SS e que, só quando “forçados”, incluem os profissionais e a comunidade.

Para a população portuguesa, Ribeiro (1994; in Ribeiro, 1999a), ao estudar os jovens quanto às diferentes dimensões do SS, fornecidas por vários agentes, verificou que a fonte mais importante de SS é a família.

No entanto, e segundo Rowland (1990), há cinco critérios para avaliar o SS:

- ⇒ Tipo de suporte prestado ou necessário – as principais áreas de suporte prestado incluem suporte “informacional”, emocional-afectivo, tangível, “afirmacional”, “afiliacional” e a apreensão;
- ⇒ Fontes de suporte (prestadores) – é necessário reconhecer que diferentes fontes de suporte, muitas vezes, prestam diferentes tipos de suporte; e que o mesmo tipo de suporte pode ser recebido de formas diferentes, dependendo de quem o presta;

- ⇒ Quantidade e disponibilidade de suporte (física e emocional) – estas variáveis dependem de outras, como a existência prévia de recursos; o impacto de uma doença; a capacidade do indivíduo para utilizar os recursos oferecidos.;
- ⇒ Qualidade e conteúdo do suporte prestado – pode variar com o passar do tempo, pois, há períodos de maior necessidade ou menor necessidade, bem como alturas em que os tipos de suporte solicitados são diferentes; é importante e desejável, avaliar esta variável não só junto dos receptores de SS, como junto dos prestadores;
- ⇒ Necessidade de suporte, percebida por parte do receptor.

Têm ainda, sido identificados outros aspectos do SS, para além do tipo e fonte: Troit (1982), bem como Cohen e Wills (1985), por exemplo, sugeriram que o SS pode ser operacionalizado em termos da sua estrutura ou das suas funções; enquanto House e Kahn (1985) identificaram a existência ou quantidade de relações sociais, o conteúdo funcional das relações, e a estrutura das mesmas, como propriedades importantes do SS (in McIntosh, 1991).

Schulz e Rau (1985) resumem, defendendo que um bom sistema de suporte consiste na existência de diferentes actores – familiares, amigos, colegas – cada um dos quais com determinadas funções que, em conjunto, cobrem todo o leque de necessidades de suporte.

Heller et al. (1990) referem que os teóricos interessados no SS, geralmente, concordam que as redes sociais têm uma série de funções suportantes, como: sentimentos de inclusão social, pertença, e vinculação (que advêm do facto de se pertencer a um grupo); estima emocional (que prova ao indivíduo a existência de valorização da sua pessoa por membros significativos da rede social); uma capacidade melhorada para agir (em que os outros significativos podem ajudar, fornecendo informação ou ajuda na resolução de problemas); e a oportunidade de haver reciprocidade nas relações sociais.

Estes autores vêem o SS como um processo que envolve uma interacção entre estruturas sociais, relações sociais, e atributos pessoais. Estruturas sociais como escolas, organizações de comércio, bairros, famílias e associações voluntárias, fornecem o contexto social para o desenvolvimento de actividades e relações sociais. Por seu lado, a percepção de suporte e a manutenção de relações suportantes, dependem dos atributos individuais e das funções desempenhadas pela actividade social, sendo que uma actividade ou relação social são percebidas como suportantes, se promoverem o desenvolvimento de competência, estima, e sentimentos de pertença, através da actual ou anterior troca de recursos tangíveis ou psicossociais.

Na opinião de Sarason et al. (1990b), os trabalhos sobre intimidade são a parte da literatura da Psicologia que melhor se aplica à compreensão do SS, referindo vários autores que reforçam a relação de altos níveis de intimidade com o SS, como Gove et al. (1983) que defendem que só os casamentos “de alta qualidade” que incluam intimidade, são fonte de SS; Reis (1984), para quem o SS se relaciona mais com a intimidade, do que com qualquer outro aspecto da interacção social; Miller e Lefcourt (1983) que defendem que a função de “amortecedor de stresse” levada a cabo pela intimidade, pode ser a responsável pelos efeitos protectores de saúde do SS; Reis e Shaver (1987), para quem as relações com maior nível de intimidade, promovem o sentimento de se ser compreendido e valorizado.

Segundo DiMatteo e Hays (1981), a influência do SS pode depender também, de factores como as características da pessoa a quem se dirige o suporte, pelo que variáveis demográficas e de personalidade, devem ser avaliadas e examinadas quanto à sua interacção com as variáveis de SS.

Por outro lado, os resultados de um estudo realizado por McIntosh (1991) revelam que os efeitos do SS também diferem consoante o agente stressor e a tensão considerados. A

autora, defende que se pode afirmar que o SS reduz, de facto as tensões, excepto nos casos em que há demasiadas pessoas dispostas a prestar suporte, o que pode aumentar ainda mais a tensão.

Para Dunkel-Schetter e Bennett (1990), outro factor potencialmente influente na acção dos prestadores de suporte, é a existência de crenças acerca dos efeitos de determinados acontecimentos de vida, já que, se essas crenças forem incorrectas, qualquer tipo de suporte que exista será, provavelmente, ineficaz

Podemos considerar ainda, a perspectiva proposta por Heller et al. (1990), de que o processo de SS é repetitivo e cumulativo, e vai mudando ao longo do tempo, de acordo com as exigências do ambiente e os recursos de coping associados a diferentes estádios de vida, ou transições.

Sarason et al. (1990a), chamam a atenção para a necessidade de uma melhor compreensão dos processos sociais, psicológicos e biológicos que ligam todas estas variáveis à saúde, já que parece haver, após muitos estudos realizados nesta área (inclusivamente, com diferentes medidas), dados que apontam para a influência deste conceito na saúde, de várias maneiras directas e/ou indirectas.

1.2.1. Suporte Social e Saúde

Sarason et al. (1990a) referem Charles Darwin (1872-1965) e Durkheim (1897-1951) como primeiros percussores do interesse pelo efeito das relações sociais na saúde, apesar de os trabalhos realizados acerca desta associação, actualmente conceptualizada como SS, só terem começado bem mais tarde.

Segundo Hupcey (1998), as bases do conceito de SS foram introduzidas na comunidade científica por Caplan, Cassel e Cobb, na década de 1970, altura a partir da qual, este conceito tem assumido um papel primário na literatura sobre os comportamentos de saúde, ou seja, o contexto social da saúde, da doença e da mortalidade.

Oliveira et al. (1999) defendem então, que o SS é promotor do estado de saúde, pela sua influência significativa na recuperação de doenças físicas de maior ou menor gravidade, sendo determinante para os comportamentos de doença, de respostas ao tratamento médico, e para a própria adaptação às condições de uma doença crónica.

No geral, toda a investigação sugere que o SS pode ser uma variável digna de grande consideração entre os autores interessados na doença física, apesar de a maior parte dos estudos realizados nesta área, providenciarem pouco esclarecimento quanto aos processos através dos quais o SS influencia os resultados de saúde (Wortman & Conway, 1985).

Cohen e Syme (1985) referem um crescente interesse em determinar se as relações positivas entre SS e saúde ocorrem devido ao facto de o suporte aumentar os níveis de saúde e bem-estar, qualquer que seja o nível de stresse presente (hipótese de efeito directo), ou se o suporte protege as pessoas dos efeitos patogénicos dos acontecimentos de vida stressantes (hipótese moderadora).

Na opinião de McIntosh (1991), um indivíduo que por natureza, se sinta valorizado (socialmente suportado), está menos apto do que os outros, a apreender determinada situação como ameaçadora: os efeitos directos do SS no bem-estar ocorrem porque a auto-estima é aumentada pela aceitação social, e a auto-estima tem um impacto positivo na saúde; os efeitos moderadores do SS resultam da interrupção das respostas fisiológicas prejudiciais, que são dadas à percepção dos stressores, ou do aumento de respostas comportamentais que produzam saúde ou inibam as ameaças à saúde, dadas aos stressores percebidos.

Sarason et al. (1988) referem a existência de dados empíricos e teóricos suficientes para afirmar que o SS prestado pelas relações sociais contribui para o ajustamento positivo e desenvolvimento pessoal, e também, que serve de protector contra os efeitos do stresse.

Na opinião de Dunkel-Schetter e Bennett (1990), e especificando um pouco, os indivíduos que experimentam mais stresse, apresentam níveis mais baixos de sintomatologia psicológica e física, se tiverem melhor suporte, do que aqueles que têm um suporte mais fraco.

Kaplan e Toshima (1990) referem vários estudos que têm vindo a confirmar os efeitos positivos do SS, como: Caplan et al. (1976) que, numa população de pacientes hipertensos, encontraram provas de que só as palestras informativas, ajudavam pouco os pacientes a controlar a tensão arterial; as palestras em conjunto com SS e encorajamento, provaram ser bem mais eficazes; Finnegan e Suler (1984) que provaram que o SS pode ajudar na manutenção de comportamentos de saúde desejáveis, como a perda de peso em doentes coronários; Williams et al. (1985) que verificaram que as taxas de abandono da reabilitação e programas de intervenção para doenças coronárias, se encontravam correlacionadas com a quantidade de SS percebido, em mulheres hipertensas. Em relação à dor, Kaplan e Toshima (1990) recordam estudos de follow-up relacionados com programas de tratamento da dor, onde se tornou evidente que o envolvimento de SS nos tratamentos, é essencial para o seu sucesso a longo prazo – interacções suportantes, disponibilidade de um confidente, e calor e aceitação gerais, podem ajudar na tolerância à dor.

A pessoa com doença física pode ter maior necessidade de várias formas de suporte. Por exemplo, uma pessoa que já não possa cumprir com as responsabilidades familiares, pode precisar de recorrer a ajuda exterior para as tarefas domésticas (suporte tangível); a variedade de incertezas e medos que uma pessoa doente vivencia, pode intensificar a

necessidade de clarificação do que se está a passar (suporte informacional/informativo); a segurança de que os sentimentos e medos são consequência normal da doença (validação); a ameaça para o auto-conceito que resulta da doença, pode intensificar a necessidade de segurança que os outros vão continuar a amar a pessoa doente, e não abandoná-la (suporte emocional) (Wortman & Conway, 1985).

Ironicamente, as pessoas com doença física, apesar de terem necessidade de vários tipos de suporte, podem encontrar problemas na obtenção de suporte adequado por parte de outros – Wortman e Conway (1985) sugerem que esses problemas podem ocorrer nas interações com os prestadores de cuidados de saúde, membros da família e/ou amigos.

Apesar de os prestadores de suporte às pessoas doentes quererem ser úteis, os seus sentimentos e crenças podem resultar em comportamentos prejudiciais para o doente, mesmo sem que haja intenção para tal – estes comportamentos podem incluir o evitamento do doente, o evitamento de discussões abertas acerca da doença, e interações tensas e desconfortáveis. Infelizmente, se for este o caso, a pessoa doente pode interpretar estes comportamentos como provas de rejeição, numa altura em que o suporte de outros se apresenta como especialmente importante. Por todas estas razões, as pessoas com doença física, podem achar que as suas relações sociais, não só falham no alívio do stresse causado pela doença, como constituem uma fonte adicional de distress (Wortman & Conway, 1985).

Schulz e Rau (1985) defendem que, provavelmente, a relação normativa mais poderosa em termos das suas funções de protecção da saúde, é a relação conjugal, já que, vários estudos com amostras representativas têm mostrado, de forma consistente, relações bastante fortes entre o estado civil e o bem-estar relatado, assim como a existência de relação entre ser casado/a e apresentar taxas de morbilidade e mortalidade mais baixas. Num estudo de Reibstein (1981; in Schulz & Rau, 1985), para as mulheres que não

relatavam receber suporte dos seus maridos, o autor não encontrou provas de que outras fontes de suporte, como o suporte de pares, fosse um substituto eficaz.

Também Rowland (1990) chama a atenção para a existência de estudos que consideram o cônjuge de uma pessoa doente como a figura central de suporte, podendo ser também um filho, ou um membro da família mais alargada, um amigo, ou ainda, alguém do contexto profissional.

Grande parte dos estudos acerca do SS apresentam uma abordagem correlacional em que são analisados os efeitos, para a saúde, do SS que ocorre naturalmente na vida das pessoas. Porém, neste tipo de estudos, pode ser difícil fazer inferências causais – se pode ser verdade que o SS influencia o estado físico e emocional, é igualmente provável que o estado físico e emocional do paciente, influencie o SS que recebe (DiMatteo & Hays, 1981).

1.2.2. Suporte Recebido vs. Suporte Percebido

Sarason et al. (1990a) defendem que o estudo do SS recebido, tem em atenção aquilo que as pessoas recebem dos outros, podendo ser dividido em suporte fornecido (o foco está nas acções realizadas pelos outros para assistir determinada pessoa) e suporte recebido (o foco é a estimativa feita pelo receptor acerca do que nota que lhe é oferecido pelos outros que é, ou pretende ser, útil).

Tipicamente, a informação sobre o suporte dado por outros é recolhida junto do próprio receptor, pelo que parece ser apropriada a designação de suporte recebido, sendo no

entanto, claro que esta designação é referente à percepção de acontecimentos passados, e não à percepção de que o suporte estará disponível se necessário (Sarason et al., 1990a).

A definição de SS de Cramer et al. (1997; in Ribeiro, 1999a) divide este conceito em SS recebido (SS efectivamente recebido) e SS percebido (SS que o indivíduo percebe como disponível, em caso de necessidade); ou, ainda segundo os mesmos autores, podemos distinguir o SS descrito (presença de um tipo particular de comportamento de suporte) do SS avaliado (avaliação de determinado comportamento de suporte, percebido como satisfatório).

Hupcey (1998) chama a atenção para o facto de que o SS tem sido muitas vezes definido teoricamente, e operacionalizado, através das percepções do sujeito, o que quer dizer que, se o receptor não percepcionou que lhe foi prestado SS, o acto não é considerado como sendo SS.

A concentração sobre o tópico do suporte percebido vai de encontro a conceptualizações anteriores de SS, como as de Cobb e Cassel. Cobb (1976; in Sarason et al., 1990a) considerava que a principal função do SS seria fornecer informação ao indivíduo sobre se os outros gostam dele, se preocupam com ele e o valorizam, pelo que o suporte emana, não tanto do que é feito, mas o que isso representa para o receptor, em termos daquela relação. Numa abordagem semelhante, Cassel (1976; in Sarason et al., 1990a) examinava a função de feedback (exercida pelo SS), por acreditar que fornecer ao receptor cuidados e atitudes positivas, exercia maiores efeitos positivos do que qualquer comportamento específico.

Na opinião de Sarason et al. (1990b), se estabelecermos um paralelo entre o conceito de vinculação na infância e o SS percebido na idade adulta, podemos pôr a hipótese de que uma relação de vinculação segura ao longo do tempo, encoraja as crianças a tolerar e valorizar a intimidade emocional, levando a implicações importantes no conceito de SS

percebido – alguém com elevado nível de SS percebido, acredita que determinadas pessoas vão estar disponíveis em caso de necessidade, e estarão receptivas em qualquer condição (talvez estes efeitos sejam mediados por modelos de funcionamento ou esquemas cognitivos do self e de comportamentos adequados de relação). Também a capacidade de uma pessoa entrar em relação, e o que percebe que acontece nas suas relações, parece ser afectado pela vinculação.

Alguns autores, como Lakey e Heller (1988; in Sarason et al., 1990a), acreditavam que a avaliação generalizada de que se é querido e valorizado pode não estar ligado a nenhuma relação específica ou qualquer transação suportante particular, mas reflectir um enviesamento generalizado da avaliação feita pelo sujeito, de tal forma que se tenha tornado parte da sua personalidade.

Também por Von Dras e Siegler (1997), a personalidade é sugerida como um dos factores moderadores das relações interpessoais, e um importante preditor do SS percebido – as medidas de extroversão estão positivamente correlacionadas com a actividade social e a disponibilidade percebida de SS, medidas mais tarde, na meia-idade – sugerindo que a percepção de SS de cada pessoa, é determinada (em certa medida) pelo estilo comportamental de extroversão e visão sociável da vida, apesar da frequência de actividades sociais.

Lakey e Cassady (1990), também defendem que só uma parte dos efeitos do SS percebido podem ser explicados como sendo resultantes dos comportamentos suportantes dos outros, sugerindo como alternativa de explicação, que o suporte percebido opera em parte, como uma variável cognitiva de personalidade em que as crenças, estáveis e organizadas, acerca da qualidade das relações interpessoais de cada um, podem levar a interpretações enviesadas e a recordações de interacções sociais.

Assim, nas pessoas com baixo suporte percebido, crenças anteriores na desadequação das suas relações sociais, podem levar a: enviezamento no sentido de julgar as tentativas de suporte levadas a cabo por outros como sendo inúteis; realce de recordações de suporte inútil recebido anteriormente; inibição de recordações de suporte útil recebido anteriormente – estes processos aumentariam a frequência de julgamentos negativos das relações interpessoais, levando directamente ao distress psicológico – o suporte percebido mostrou maiores semelhanças com variáveis cognitivas (elevados níveis de auto-estima e baixos níveis de atitudes disfuncionais), do que com o suporte recebido do ambiente (Lakey & Cassady, 1990).

Quanto a nós, talvez um dos desenvolvimentos mais importantes na literatura sobre SS, seja a concordância com o facto de que é a percepção de SS que se encontra mais proximamente relacionada com resultados de saúde – segundo Dunkel-Schetter e Bennett (1990), os resultados dos poucos estudos que compararam os efeitos protectores de saúde, (quer do suporte disponível, quer do suporte recebido), sugerem que as percepções de disponibilidade de suporte moderam a relação entre o stresse e resultados ao nível psicológico, enquanto as avaliações relativas ao suporte recebido, não o fazem.

Sarason et al. (1990b) desenvolveram estudos acerca das diferenças individuais associadas ao SS, em que exploraram, principalmente, as diferenças comportamentais, cognitivas, afectivas e de esquemas de relação, entre pessoas que diferem nos níveis de SS percebido, tendo concluído, por exemplo, que pessoas com diferentes níveis de SS percebido, diferem no tipo de auto-imagem, na forma como acreditam que os outros as percebem, e na sua auto-estima.

Os mesmos autores criaram um modelo hipotético para o conceito de SS (utilizando a distinção entre SS recebido e SS percebido), constituindo-o dos seguintes factores: (1)

traços ou aspectos de personalidade; (2) o suporte percebido como disponível – SS percebido; (3) o suporte recebido dos outros; (4) a percepção do receptor face a esse suporte recebido, e sua satisfação com ele. Os autores incluem ainda as relações importantes, antigas e actuais, por acreditarem que são cruciais para a compreensão dos efeitos do comportamento suportante.

Este modelo mostra que traços ou aspectos de personalidade positivos, influenciam: o desenvolvimento de relações actuais importantes; a aquisição de sentimentos de auto-eficácia generalizáveis e relacionados com tarefas específicas; a disponibilidade percebida de SS; e as estratégias de coping, facilitando maior orientação para as tarefas (Sarason et al., 1990b).

1.2.3. Satisfação com SS

Como temos vindo a verificar, e segundo Ribeiro (1999a), a investigação tanto refere aspectos objectivos quanto aspectos subjectivos do social, como a percepção da adequação e da satisfação com a dimensão social.

Como também já foi referido, autores como Sarason et al. (1988) defendem que o aspecto mais importante do comportamento socialmente suportante, é a percepção que o indivíduo tem acerca da aceitação, afeição e afirmação do seu valor pessoal, ao que acrescentam o grau de satisfação com essa percepção, considerando estes como os aspectos mais relevantes do mecanismo de suporte. Hohaus e Berah (1996; in Ribeiro, 1999a) verificaram mesmo, que a satisfação com o SS é uma das variáveis mais associadas à satisfação com a vida, e importante para a redução do mal estar.

Aparentemente pelo facto de algumas medidas de satisfação com o SS mostrarem relações moderadas e fortes com índices de distress psicológico, tem crescido o interesse em identificar os aspectos correlacionais da satisfação com o SS: Sandler e Barrera (1984; in Sarason et al., 1988), por exemplo, encontraram provas de correlação negativa entre uma escala de satisfação com o suporte, e os índices de depressão, ansiedade, somatização e distúrbios psicológicos; outros estudos mostraram que a vivência de stresse diminui a disponibilidade de suporte percebida ou a satisfação com esse suporte (Dean & Ensel, 1982; Lin & Ensel, 1984; in Sarason et al., 1990a).

Quanto à comparação entre grupos com diferentes níveis de SS, particularmente, com diferentes níveis de satisfação com o suporte disponível, Heitzmann e Kaplan (1984) realizaram um estudo referido por Kaplan e Toshima (1990), em que as mulheres com elevada satisfação com o SS apresentavam melhor controle metabólico do que aquelas que se apresentavam menos satisfeitas com o seu SS; também Kaplan e Hartwell (1987; in Kaplan & Toshima, 1990) encontraram resultados que apontam para uma correlação significativa entre o controle da Diabetes e a satisfação com o SS, no caso das mulheres.

Sarason et al. (1990b) por seu lado, concluíram de alguns estudos, que o SS percebido tem significados diferentes conforme a relação em que acontece (cada relação tem diferentes graus e tipos de satisfação, e de conflito) – o cônjuge demonstrou ser a maior fonte de satisfação, mas também de conflito; a satisfação com os pais, cônjuges e patrões encontra-se relacionada com a ajuda material e financeira, e com os conselhos oferecidos, enquanto a satisfação com os amigos é mais relacionada com a partilha de interesses.

Barrera (2000) defende que, de entre várias características estruturais das redes sociais, a presença de confidentes demonstrou ter relação directa com a satisfação com o SS – os níveis de satisfação com o SS são elevados para valores médios de tamanho da rede social,

e a satisfação com o SS relaciona-se positivamente com um maior número de confidentes (até valores moderados), baixando à medida que o número de confidentes aumenta.

Também para Hobfoll et al. (1991) a intimidade, vista como um laço pessoal próximo, que envolve a partilha de pensamentos e sentimentos pessoais e a troca mútua de consideração, amor e afecto, é um factor importante nas relações pessoais, que pode estar associado com a recepção e satisfação com o SS, uma vez que as pessoas íntimas, mais facilmente estão atentas às necessidades do indivíduo, e motivadas para dar resposta às mesmas; levando a que pessoas com maiores níveis de intimidade, recebam mais ajudas e se encontrem mais satisfeitas com essa ajuda, do que pessoas com níveis mais baixos de intimidade, independentemente dos níveis de stresse apresentados (Hobfoll et al., 1991).

Dunkel-Schetter e Bennett (1990) apresentam um modelo de SS que, quanto a nós, espelha a complexidade do conceito, bem como a clarificação dos seus vários factores: é feita a distinção entre integração social, redes sociais e SS, mostrando o SS como sendo caracterizado pela sua disponibilidade, por um lado, e a sua activação, por outro, no âmbito de determinadas transacções interpessoais; no que respeita às transacções suportantes (SS activado, e não meramente disponível), existem diferenças quanto à necessidade ou desejo de SS em situações específicas, quanto à medida em que o SS é procurado, bem como quanto à recepção de determinados tipos de suporte, vindo de certas pessoas; finalmente, é considerada a adequação do suporte recebido, e do suporte disponível, permitindo aos sujeitos indicar o seu grau de satisfação com o que recebem, ou a sua satisfação com o que percebem ter ao seu dispor.

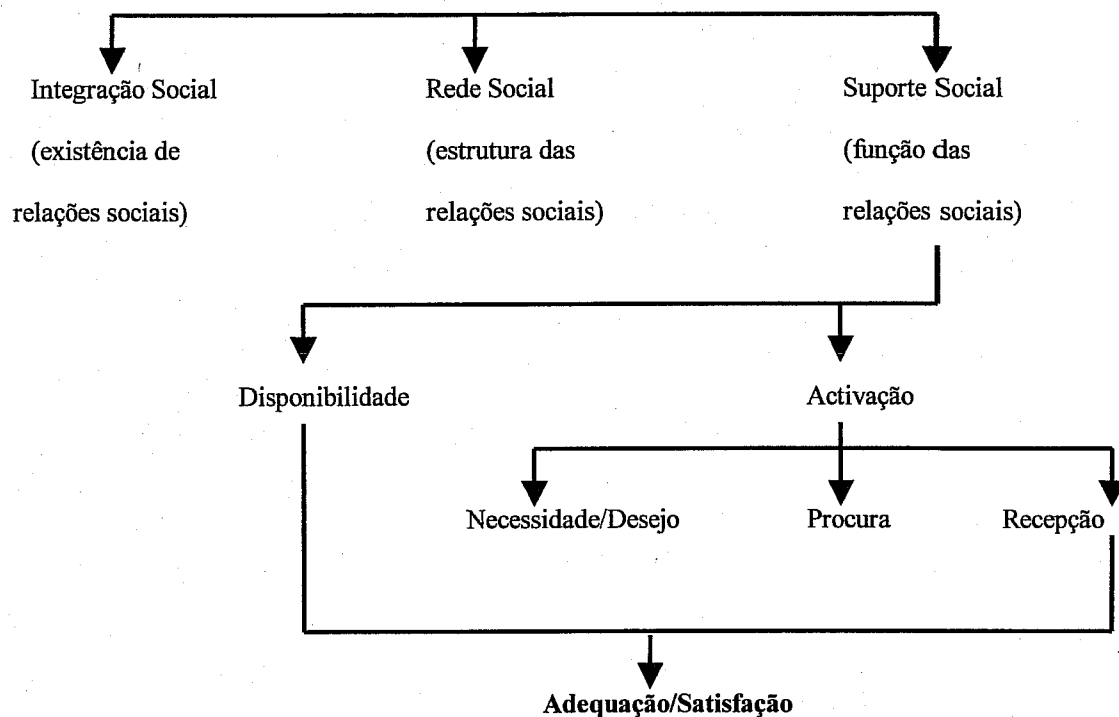


Fig. 3: Modelo de Suporte Social (adaptado de Dunkel-Schetter & Bennett, 1990)

Este parece-nos ser um modelo que abarca praticamente todos os aspectos deste conceito, e clarifica toda a complexa malha do SS, com vista ao objectivo final, a obtenção de satisfação.

1.2.4. Avaliação

O SS é, como temos vindo a referir, uma variável importante para a saúde, existem várias técnicas de avaliação que consideram os seus diversos aspectos, componentes e dimensões, embora nenhuma aborde o SS na sua globalidade (Ribeiro, 1999a).

Barrera (2000), por exemplo, defende que o SS não está confinado ao estudo das redes sociais, baseado em trabalhos realizados com medidas diversas, especialmente medidas de SS percebido, cujo objectivo é a avaliação da forma como o indivíduo percepção a disponibilidade ou qualidade do suporte – parece haver uma crescente tendência para estudos acerca dos aspectos de avaliação cognitiva acerca do SS, em vez do estudo das propriedades estruturais.

Segundo Oliveira et al. (1999), é então, possível distinguir duas vertentes nos instrumentos de avaliação do SS: uma de ordem estrutural, declaradamente objectiva; e outra que realça aspectos de ordem afectiva, valorizando a percepção que o sujeito tem do suporte recebido e sua satisfação.

As tradicionais medidas relacionadas com as redes não se têm provado úteis no estudo do SS, principalmente, quando o foco é a relação com determinados resultados em termos de saúde (Sarason et al., 1990a).

Já na opinião de Ornelas (1994), as medidas de suporte podem ser divididas em três categorias:

- ⇒ Redes – acentuam a integração social do indivíduo num grupo, e as suas interligações no contexto do grupo;
- ⇒ Suporte Recebido – focalizam o suporte que o indivíduo realmente recebe, ou considera ter recebido;
- ⇒ Suporte Percebido – dão ênfase ao suporte que o indivíduo acredita ter disponível, em caso de necessidade.

Segundo o autor, a dimensão do suporte percebido está relacionada com as perspectivas subjectivas de suporte, que consistem na avaliação das relações individuais de suporte e dos comportamentos que ocorrem – este nível subjectivo é um indicador de

como as funções de suporte estão a ser cumpridas, e pode assumir diversas formas como a satisfação, o sentimento de pertença, de respeito e envolvimento.

Inclusivamente, e segundo (Barrera, 2000), vários investigadores desta área têm observado que medidas qualitativas de SS (como a satisfação com o SS, e a disponibilidade de SS percebida) mostram ter maior e melhor correlação com o ajustamento psicológico do que medidas estruturais de suporte, tendo demonstrado grandes implicações para o desenvolvimento de intervenções no âmbito do SS, ao levantar questões como se o aumento das redes sociais dos indivíduos, ou a frequência de interacção dos indivíduos com os membros das suas redes de suporte, aumentarão a probabilidade de o suporte ser mais satisfatório, ou percebido como mais disponível.

1.3. Satisfação Sexual

Pacheco (1998) refere que já antigamente, a felicidade humana dependia (ainda que indirectamente, e de forma algo negativista) de factores relacionados com a sexualidade, uma vez que incluía a longevidade, a saúde (fruto da moderação sexual), uma descendência numerosa, e a capacidade intelectual (a visão dos profetas era prejudicada pela actividade sexual); mas todos estes parâmetros dependiam, em última análise, da fidelidade a Deus.

No entanto, várias circunstâncias sociais, em conjunto com o aparecimento de tratamentos para as doenças sexualmente transmissíveis, a comercialização de anticoncepcionais orais, entre outros, vieram permitir que, nas décadas de 60 e 70, se produzisse uma alteração profunda na visão médica tradicional – o sexo passa a ser encarado como saudável, e as práticas sexuais passam a envolver “aptidões/capacidades”, podendo mesmo ser alvo de “aprendizagem/ensino” por profissionais – o que teve um forte impacto na avaliação da vida sexual das pessoas (Pacheco, 1998).

Houve então, uma evolução continuada até aos nossos dias, em que Rico (2000) defende que a sexualidade constitui uma função vital para todos os seres vivos, em particular, para os seres humanos – para além da função reprodutiva, a sexualidade é um processo relacional mais amplo, fundamental na manutenção da saúde física e psíquica das pessoas.

Pacheco (1998) considera, no entanto, que a formulação de que o sexo faz bem à saúde veio inflacionar os padrões normativos sobre a qualidade e frequência das actividades sexuais. Pelo que considera de grande importância salientar-se que a faceta salutar da actividade sexual parece resultar muito mais das cognições que os indivíduos possuem

sobre o acto sexual, do que da prática regular de actividades sexuais (as práticas sexuais podem dar lugar ao prazer/desprazer ou ter consequências positivas/negativas para os indivíduos), pelo que as práticas sexuais só serão saudáveis quando forem desejadas, resultarem em experiências vividas de prazer, e não tiverem consequências negativas.

Segundo Pacheco (1998), da Conferência de Pequim (realizada em 1995), saíram reflexões importantes para a área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, nomeadamente, que as relações sexuais devem implicar “o pleno respeito pela integridade da pessoa, o respeito e o consentimento mútuos e a responsabilidade partilhada do comportamento sexual e das suas consequências” (p. 129).

Assim, e segundo Coleman (2000), o conceito de saúde sexual não se refere somente à ausência de patologia, uma vez que envolve a capacidade de obtenção de prazer a partir da actividade sexual – a saúde sexual depende do bem-estar, e auto-estima individuais. Esta abordagem sugere a crescente necessidade de solidificação das relações afectivas baseadas na confiança mútua e na partilha entre o casal, podendo ser importante a multiplicidade de formas de expressão sexual existentes e emergentes (com o objectivo da obtenção de prazer) – ter QDV implica ter liberdade de expressão sexual.

De acordo com a OMS (1982; in Nodin, 2001), a sexualidade tem influência sobre sentimentos, comportamentos e interacções, podendo a sua acção, afectar igualmente a saúde física e mental dos indivíduos, uma vez que, actualmente, a saúde se encontra associada aos factores subjectivos e de QDV individuais. Desta forma, considera-se que uma sexualidade saudável é parte integrante de um bom estado de saúde, assim como uma boa saúde deverá pressupor uma sexualidade saudável.

A OMS (1975) definiu saúde sexual como a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais, e sociais de forma a serem positivamente enriquecedores e realçarem a personalidade, a comunicação e o amor. São, assim, identificados aspectos

biológicos, psicológicos e sociais – a base biológica da sexualidade assenta, fundamentalmente, no significado da reprodução, e inclui a sequência das fases do desenvolvimento sexual, desde a infância até à idade avançada; a perspectiva psicológica centra-se no comportamento sexual humano, valorizando o bom desenvolvimento psicosexual, por forma a que as respostas de cada fase do ciclo sexual, vão no sentido da obtenção de prazer e intimidade; do ponto de vista sociocultural, estudam-se e interpretam-se os comportamentos sexuais, no contexto das práticas e normas da sociedade, ou de determinado grupo.

Galvão (2000) defende uma base tripartida para a sexualidade humana – genitalidade, afectividade e personalidade – cuja interdependência é totalmente necessária para atingir uma sexualidade equilibrada. Ainda segundo o autor, quando prazer e satisfação são conseguidos com uma sexualidade afectiva e genitalmente realizada, estão criadas as condições para a plena saúde reprodutiva – numa fórmula mais abrangente, os prazeres da vida humana e da sexualidade, são um factor importante para a saúde, enquanto equilíbrio e harmonia do bem-estar individual e social.

Por tudo o que foi referido em relação à importância da sexualidade, e tendo em conta as suas múltiplas vertentes, consideramos a Satisfação Sexual como um aspecto de destaque da sexualidade humana em geral, e de qualquer relacionamento afectivo, em particular; como tal, são apresentadas em seguida algumas das vertentes da sexualidade e sua relação com a Satisfação Sexual, apesar de algumas dificuldades na abordagem deste conceito.

1.3.1. Aspectos Fisiológicos da Satisfação Sexual

Segundo Riley (1997), o comportamento sexual pode ser definido como sendo realizado para induzir a estimulação sexual progressivamente, através das várias fases de resposta sexual, de forma a atingir a resolução da tensão associada à estimulação sexual.

Masters e Johnson (1974) abordam os aspectos fisiológicos da actividade sexual, atribuindo quatro fases ordenadas ao acto sexual:

- ⇒ Excitação – verificam-se alterações nos órgãos sexuais, que preparam o corpo humano para todo o processo sexual;
- ⇒ *Plateau*/Plataforma – as tensões sexuais intensificam-se, atingindo um ponto em que o orgasmo está iminente;
- ⇒ Orgasmo – traduz-se pela sensação subjectiva do culminar do prazer físico e psíquico;
- ⇒ Resolução – os níveis de tensão baixam progressivamente, levando ao estado de não excitação.

Também Kaplan (1981), defende que a resposta sexual (masculina e feminina) é caracterizada por fases, mas considera que estas fases são três e estão interligadas:

- ⇒ Desejo – experiência de uma actividade neuronal específica nos “circuitos sexuais” do cérebro; o desejo é activado por hormonas, ou por uma provável situação de relação sexual, e pode ser inibido por factores psicológicos e físicos (presume-se que devido ao seu efeito inibitório nos centros/circuitos sexuais) como a raiva, a depressão, o stresse, os conflitos psicológicos à volta do sexo, algumas doenças e drogas (geralmente associados a baixos níveis de desejo), o que, por sua vez, pode levar a situações de pouco interesse sexual, e baixos níveis de satisfação sexual;

- ⇒ Excitação – fisiologicamente, é causada pela vasodilatação reflexa dos vasos sanguíneos genitais; algumas respostas reflexivas, como o medo, podem perturbar esta fase;
- ⇒ Orgasmo – consiste na contracção reflexa dos músculos genitais, que constitui a sensação de prazer do orgasmo.

Riley (1997) considera útil distinguir entre impulso sexual e desejo sexual. O impulso sexual pode ser considerado como um indutor de qualquer comportamento sexual (masturbação, coito, etc.), enquanto o desejo sexual é um impulso sexual focalizado. Uma pessoa pode ter pouco desejo sexual direccionado para o/a companheiro/a, e ter um forte impulso sexual, manifestado por outro tipo de comportamento sexual (ex.: masturbação ou actividade sexual com outro/a parceiro/a) – a este tipo de situação podem estar associados muitos factores, entre eles, a existência de um parceiro não predisposto para a actividade sexual (o que pode levar ao re-direccionar do impulso sexual).

Kaplan (1999) considera o desejo sexual como um estado motivacional gerado no cérebro (por processos neurofisiológicos específicos), no sentido de colmatar a necessidade de procura, iniciação e/ou resposta à estimulação sexual, apresentando, inclusive, um modelo de motivação sexual humana:

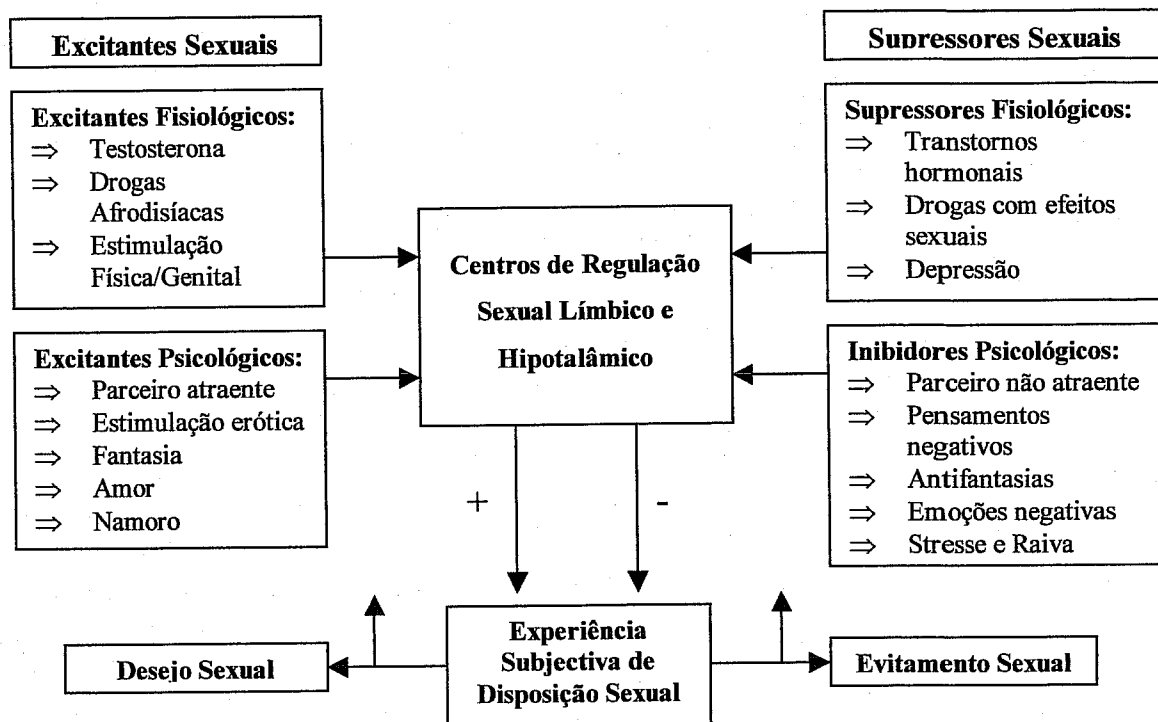


Fig. 4: Elementos de controle da motivação sexual humana: um modelo psicossomático (adaptado de Kaplan, 1999, p. 34)

Kaplan (1999) defende, de acordo com uma visão psicossomática do desejo sexual, que o aparelho regulador do sexo no cérebro representa a via através da qual vários factores biológicos e psicossociais influenciam a modulação e ajuste do desejo sexual humano.

Já Baumeister e Tice (2001) definem o impulso sexual como a motivação para o envolvimento numa actividade sexual, considerando o desejo de sexo como a sua essência; a capacidade sexual, por seu lado, é definida como a quantidade de actividade sexual em que o indivíduo pode, potencialmente, envolver-se; finalmente, a Satisfação Sexual é a quantidade de prazer que uma pessoa pode retirar do seu envolvimento em determinada actividade sexual – este conceito é difícil de avaliar, por ser muito subjectivo.

Em relação ao orgasmo, Riley (1997) defende que esta fase pode ser vista como uma recompensa ou reforço, em que um comportamento que o induza será repetido, podendo

substituir outros comportamentos sexuais que não tenham como resultado a libertação orgástica; contudo, mesmo que não haja orgasmo, os resultados positivos de outros comportamentos sexuais, podem ter também um papel de reforço. Por outro lado, um comportamento que resulte em dor ou castigo, leva ao seu evitamento, como pode ser o caso de dores durante o acto sexual, causadas muitas vezes por pouca lubrificação genital, e que podem levar à redução da frequência de contactos sexuais, e eventual perda de desejo sexual.

Alguns elementos do comportamento sexual interpessoal considerado “normal”, incluem o olhar e ouvir-se um ao outro, o toque, o beijo e carícia (especialmente em zonas eróticas). Como tal, e apesar de nas relações heterossexuais a conclusão do comportamento sexual ser, normalmente, a penetração, esta não é de todo, uma necessidade, nem parece ser desejável que todo o “avanço sexual”, dê lugar a penetração (Riley, 1997).

Magalhães (2001) defende mesmo que a satisfação do desejo sexual (em termos fisiológicos) não é imprescindível para nos mantermos vivos (como a fome ou a sede) havendo até pessoas que, durante longos períodos, não sentem desejo de actividade sexual (apesar de muitas acabarem por perder o desejo sexual, devido a níveis muito baixos de testosterona), levando o autor a considerar que a verdadeira natureza do desejo sexual consiste num misto de impulso biológico e apetite culturalmente moldado.

Também Riley (1997) defende que o comportamento sexual humano é diversificado, tem uma componente motivacional, e é produto de muitas variáveis, incluindo a personalidade, as características biológicas, o estado hormonal, a aprendizagem, o condicionamento social e determinadas circunstâncias ambientais e culturais.

Brenot e Képes (1998) referem o corpo como um local de troca de sintomas e emoções, entre si mesmo e os outros, nomeadamente no que respeita à sexualidade – é o receptáculo de tensões internas, e o teatro das emoções que nele habitam (angústia, dor, tensão, mas

também desejo, prazer e equilíbrio, entre outras). No entanto, estas emoções trazem, muitas vezes associadas algumas contrariedades ao corpo.

1.3.2. Problemas Sexuais e Satisfação Sexual

Segundo Pacheco (1998), em termos gerais, o potencial de o sexo interferir na saúde psicológica dos indivíduos (num sentido positivo ou negativo), manteve-se ao longo dos tempos – se nas sociedades antigas, eram as pessoas que apresentavam “excessos sexuais”, as que tinham maior probabilidade de vir a sofrer psicologicamente por não se conformar às normas sexuais vigentes, hoje em dia, parece ser o vasto número de indivíduos que apresentam “défices” sexuais, quem corre mais esse risco.

Masters e Johnson (1970; in Baumeister & Tice, 2001) defenderam a existência de um padrão que contribui para o aparecimento de problemas sexuais em ambos os sexos, a que chamaram “o espectador interno” – que faz com que as pessoas sintam como se parte das suas mentes as observasse durante o acto sexual, fazendo observações críticas e desencorajantes, e comparando o desempenho a uma noção do que seria a situação óptima.

Mas, segundo Otero (1998), um dos factores ou causas mais importantes de disfunções psicosexuais, é a falta de informação adequada – nomeadamente, a divulgação de ideias erróneas acerca do sexo – que pode causar ansiedade que, por seu lado, é um importante factor desencadeante de vários tipos de disfunção, ou da sua manutenção. Por exemplo, nas disfunções com causa orgânica conhecida e identificada, é difícil dissociar a componente psicológica, até porque, é frequente que determinada dificuldade sexual apareça associada a problemas na relação, ou falhas de comunicação nessa mesma relação.

É de salientar ainda, que situações de stresse, experiências sexuais traumáticas, ou determinados traços/características de personalidade (ex.: baixa auto-estima, controlo excessivo, entre outros), parecem também ter influência na sexualidade humana.

Kaplan (1999) refere que as pessoas com desejo sexual hipoactivo se “desligam” involuntariamente, através da manipulação (numa direcção negativa) dos estímulos mentais e psicológicos (excitantes e supressores) que normalmente moldam o desejo sexual humano, daí resultando, uma “regulação para baixo”, desadequada e disfuncional, da motivação.

Muitas vezes, devido a medos neuróticos e conflitos relacionados com amor, intimidade e sexo, as pessoas diminuem (inconscientemente) os seus desejos sexuais por focalizarem as qualidades negativas dos parceiros (e outros aspectos desagradáveis), fracassarem na exploração dos estimulantes sexuais (pelo evitamento da estimulação erótica e genital dos seus corpos e supressão de fantasias), e/ou por se envolverem em “manobras” que desmotivem os seus parceiros (levando-os a dar o pior de si); tudo isto reduz efectivamente as sensações eróticas e prazerosas (Kaplan, 1999).

Dunn et al. (1999) desenvolveram, junto da população em geral, um estudo acerca das características associadas a problemas sexuais, que reforça a ligação entre factores físicos, sociais e psicológicos, e a existência de problemas sexuais – os problemas sexuais masculinos encontram-se mais associados com a idade e problemas físicos, enquanto os problemas sexuais femininos se encontram mais associados a problemas psicossociais, nomeadamente, dificuldades na relação conjugal.

No estudo destes autores, na população feminina, a variável que se relacionou mais fortemente com problemas ao nível da excitabilidade, disfunção “orgástica” e inibição do prazer, foi o relato de dificuldades na relação conjugal, seguida das variáveis psicológicas (presença de depressão ou ansiedade). Nas dificuldades de lubrificação vaginal, as

associações mais fortes foram com a idade e as variáveis psicológicas (ansiedade e depressão), enquanto a dispareunia se encontrava fortemente relacionada com as variáveis psicológicas (principalmente, a presença de depressão), seguidas da influência do relato de dificuldades na relação conjugal. É ainda de salientar de entre os resultados deste estudo, o aumento da prevalência da inibição do prazer à medida que a idade avança, enquanto a prevalência da dispareunia vai diminuindo.

Na discussão dos seus resultados, Dunn et al. (1999) sugerem então, que os problemas sexuais podem ser divididos entre aqueles que são dominados pela idade e factores físicos, e os que estão principalmente associados a factores sociais e psicológicos – esta divisão pode ter consequências importantes no tipo de tratamento que se pode oferecer às pessoas que têm problemas sexuais, apesar de ser provável, na maior parte dos casos, que a etiologia destes problemas seja mista.

Na opinião de Pacheco (1998), muitos médicos (principalmente especialistas), têm dificuldade em aceitar que as soluções terapêuticas, só o poderão ser realmente, se forem adequadas às necessidades dos indivíduos que se sentem infelizes com a sua vida sexual. No entanto, pelo menos uma parte deste tipo de problemas, parece ser insolúvel, pois para quem tem uma perturbação sexual, parece que nenhuma das soluções convencionais serve; e, por outro lado, há muitos casos em que a solução está mais na iniciativa do próprio indivíduo, do que em qualquer medida técnica.

Kaplan (1999) defende que a maioria dos estados de baixa libido são resultado de conflitos psicológicos, dificuldades de relacionamento, stresse e pressão.

Dunn et al. (1999) defendem que os problemas sexuais são comuns na população em geral, e estão muitas vezes associados a outras áreas, como o funcionamento social (nomeadamente dificuldades no relacionamento conjugal ou relações a longo prazo), o estado psicológico, e a doença física, chamando a atenção para o caso específico das

mulheres – a aproximação que os serviços de saúde possam fazer à saúde social e psicológica das mulheres, deve ter em conta a sua forte ligação à existência de problemas sexuais.

1.3.3. Desenvolvimento e Satisfação Sexual

Segundo Riley (1997), ao longo do desenvolvimento humano, tem lugar uma extensão dos comportamentos auto-orientados (infância) aos comportamentos interpessoais (idade adulta), em que o indivíduo tende a desencadear comportamentos cuja função seja, induzir ou aumentar a estimulação sexual num outro indivíduo, recebendo alguma satisfação com esta indução de comportamentos sexuais recíprocos.

López e Fuertes (1999) defendem que, durante a primeira metade da vida adulta (aproximadamente, até aos 50 anos) dá-se o estabelecimento decisivo da identidade de género, e as relações afectivas tornam-se permanentes e constantes, proporcionando a actividade sexual regular que, com o passar dos anos, tende a diminuir, seja pela rotina, seja pelo desinteresse face à vida sexual, por parte de um ou ambos os parceiros. Na fase dos 50/60 anos, o envelhecimento começa a tornar-se mais presente e visível, trazendo consigo a ideia de temporalidade da vida, e mais pensamentos sobre a morte. Por outro lado, a autonomia dos filhos proporciona ao casal maior disponibilidade surgindo, muitas vezes, a necessidade de repensar as actividades diárias (nomeadamente no caso das mulheres) – esta situação pode gerar ansiedade e dor, principalmente, nas mulheres que dedicaram as suas vidas à família (López & Fuertes, 1999).

No *Novo Testamento*, S. Paulo (2 Tim 2:22), ao apelar para a fuga às paixões da juventude, deixa implícito que nas pessoas mais velhas, as paixões seriam inaceitáveis ou, mais provavelmente, inexistentes; o que, segundo Pacheco (1998), pode ter induzido a posterior ideia de que “os idosos estão sexualmente desactivados e indiferentes” (p. 207).

Masters e Johnson (1974), no entanto, defenderam que não existe um tempo determinado para o fim da sexualidade humana, mas existe um marco importante – a cessação da capacidade reprodutiva – a partir do qual se pode manter uma vida sexual activa, ainda durante muitos anos, mesmo que surjam alterações na capacidade sexual (geralmente, mais severas nos homens do que nas mulheres). Os autores acreditavam ainda que, nas mulheres, a actividade sexual regular durante a primeira metade da vida, permite manter níveis de resposta sexual mais elevados (antes e depois da menopausa), concluindo que estas mulheres obtêm maior satisfação sexual, e menos sintomas nefastos na sua saúde, durante o climatério, e na velhice.

Allen Gomes (1987) reitera a existência de vários mitos relacionados com a sexualidade e o processo de envelhecimento, de entre os quais salienta a consideração de que a satisfação na relação sexual diminui significativamente depois da menopausa, ou a catalogação das mulheres idosas que têm prazer sexual, como ninfomaniacas na sua juventude, entre muitos outros. Segundo o autor, a manutenção de actividade sexual ao longo do processo de envelhecimento é perfeitamente normal, considerando também, que a melhor forma de manter essa actividade, é através da continuidade de uma actividade sexual regular ao longo dos anos (por forma a permitir uma maior e melhor funcionalidade dos órgãos sexuais).

No entanto, e segundo Cavalcanti e Cavalcanti (1997), é na segunda etapa da vida adulta (40-65 anos), que os ajustamentos começam a manifestar-se mais – a ignorância das modificações anatomo-fisiológicas (nomeadamente o aparecimento da menopausa) que

ocorrem com a idade, aliada à falta de interesse, são causas frequentes de evitamento sexual, podendo surgir problemas de auto-aceitação. Mas há mulheres para quem a menopausa constitui um momento há muito desejado – o facto de poderem ter uma vida sexual sem preocupações de engravidar, parece proporcionar-lhes maior gratificação na sua sexualidade – enquanto para outras, esta fase é geradora de grandes ansiedades e mal-estar, provocados, não só pelos sintomas (que podem ser bastante incómodos), mas pelo facto de esta etapa representar a cessação da capacidade reprodutiva (para algumas mulheres, é a sua “única função”).

Assim, e na opinião de Beedell (1975), apesar do crescente encarar da sexualidade pós-menopausa como algo natural, ainda há muitos casais para os quais é difícil abordar esta temática, podendo então surgir, para além das transformações (físicas e psíquicas), eventuais alterações ao nível do relacionamento conjugal, que podem inviabilizar, de certa forma, a satisfação sexual, não significando obrigatoriamente, uma paragem total da actividade sexual (Riley, 1997).

Coleman (2000) defende que envelhecimento não significa, então, ausência de vida sexual, mas o prolongamento da mesma, pois o desejo sexual e os afectos associados à sexualidade, continuam a existir, apesar das diferenças verificadas na sua forma de expressão – nesta fase, a sexualidade depende mais de factores psicossociais do que de factores biológicos. Parece que à medida que a idade avança, a sexualidade vai deixando de ter a sua função relacionada com a reprodução, passando a ser mais, uma busca de prazer e ternura.

1.3.4. Diferenças de Género na Satisfação Sexual

Segundo Baumeister e Tice (2001), as mulheres têm sentido muitas vezes, que não lhes é permitido procurar, ou sequer apreciar a sexualidade – tendo em conta que a sexualidade faz parte do preenchimento pessoal e da expressão de si própria, a inflexibilidade imposta à sexualidade feminina não tem permitido a muitas mulheres serem elas próprias e atingir os seus potenciais. A relativa moderação da sexualidade feminina (quando comparada à masculina) pode, pelo menos em parte, ser devida a pressões sociais que as induzem a retrain a sua parte sexual.

Riley (1997) defende que é forte a influência do processo de socialização (que começa na infância, e se prolonga pela adultícia) que pode ser exercida sobre os padrões de comportamento sexual, enquanto para LoPiccolo (1983), entre os vários factores que podem ter influência na satisfação sexual, ganham preponderância alguns comportamentos sociais, os valores culturais e religiosos, bem como os papéis sexuais atribuídos a cada um dos géneros.

Segundo Pacheco (1998), exceptuando os raros registos de associações entre o orgasmo e a gestação (acreditava-se na necessidade de que a mulher tivesse um orgasmo, para que se consumasse o acto de procriação), era pouco frequente que os médicos do século XIX aceitassem que a mulher tivesse desejo sexual e orgasmo.

É já no decurso do século XX, que a sexualidade feminina se afasta da sua posição tradicional, pela crescente importância dada ao corpo feminino, com a atribuição de uma imagem sexuada (indo além da sua função reprodutiva), passível de obter prazer na relação sexual (Foucault, 1977).

Riley (1997) refere estudos que confirmam esta hipótese de que a actividade sexual da mulher não é totalmente orientada para fins reprodutivos, que está relacionada com a obtenção de prazer, como por exemplo, estudos que denunciam a grande frequência e constância de actividade sexual feminina, nas fases pré e pós-menstrual, quando a fertilidade é baixa.

Segundo Coelho (1995), as estatísticas revelam que, quase 60% das mulheres afirmam ter sempre prazer sexual, 38% experimentam satisfação erótica às vezes, e apenas 2% relatam nunca ter prazer sexual, enquanto que, se observarmos os dados relativos à experiência orgástica, verificamos uma redução significativa, reiterando de certa forma, a ideia de que, para um número razoável de mulheres, a vivência erótica e sensual pode ser satisfatória, mesmo quando não acompanhada de orgasmo (ao contrário do que habitualmente acontece nos homens).

Winstead et al. (1997) consideram que, no que respeita ao comportamento sexual e significado da sexualidade, as mulheres dão preferência à gratificação emocional, enquanto os homens preferem a obtenção de prazer físico – os autores defendem que tudo isto é, também, reflexo de aquisições culturais e práticas aprendidas ao longo da evolução da espécie humana, uma vez que a forma como os indivíduos interagem sexualmente depende, em grande parte, na sua percepção das expectativas comportamentais e de atitudes atribuídas ao seu género (Riley, 1997).

Silny (1993) refere mesmo alguns estudos em que se constata a não existência de provas de que a sexualidade feminina seja menos constante do que a sexualidade masculina, no decurso da idade adulta. No entanto, a situação de diminuição da actividade sexual, acontece em maior escala no sexo feminino, do que no sexo masculino (apesar de a capacidade sexual das mulheres ter menos alterações do que a dos homens), o que leva a colocar a hipótese de que são alterações psicológicas, as que se encontram na base desta

diminuição. O mesmo autor salienta ainda factores de ordem relacional, como a morte do companheiro, situações de doença, ou desinteresse demonstrado por parte do companheiro, como possíveis razões explicativas das grandes alterações verificadas na vida sexual feminina.

Sprague e Quadagno (1989; in Winstead et al., 1997) defendem que o papel do género num relacionamento sexual, também depende da idade, nomeadamente, ao nível das motivações para iniciar o acto sexual – no seu estudo, os autores verificaram que, para a faixa etária entre os 22 e os 35 anos, os homens envolvem-se sexualmente por motivos físicos, enquanto as mulheres o fazem por amor; na faixa etária entre os 36 e os 57 anos, passaram a ser os homens a dar maior importância à continuidade das relações, destacando o amor como elemento fundamental.

Kaplan (1999) defende que, à medida que a idade vai aumentando, estas diferenças de género quanto aos estilos sexuais, vão sendo atenuadas, ou seja, os homens tendem a experimentar uma diminuição da sua urgência sexual, enquanto as mulheres tendem a tornar-se mais aventureiras e sexualmente insistentes.

Estudos de Brown e Byres (1989, 1992; in Winstead et al., 1997) acerca dos padrões de comportamento sexual, demonstraram que o padrão de iniciação sexual, ainda é o tradicional, segundo o qual, é o homem que toma a iniciativa; e que, com o aumento da idade, as mulheres vão deixando de dar tanta importância ao que é culturalmente aceite, passando a valorizar mais os aspectos físicos e o prazer sexual, enquanto os homens passam a focar-se mais nos aspectos emocionais.

Também Riley (1997), refere diferenças de género quanto à importância dada aos componentes físico e psicológico da sexualidade: o sexo masculino coloca maior ênfase no componente fisiológico; enquanto o sexo feminino, prima pela maior importância dada à

componente psicológica, já que, para as mulheres, a satisfação sexual está mais baseada na qualidade da relação no âmbito da qual ocorre o comportamento sexual.

Finalmente, Kaplan (1999) refere que existem diferenças de género, até no que respeita às respostas eróticas a estimulação física, podendo este factor, levar também, a dificuldades sexuais nos casais que não se comunicam bem ao nível da sexualidade, e consequentemente, podem surgir situações nefastas, inclusive ao nível do relacionamento.

1.3.5. A Satisfação Sexual e os Relacionamentos

Segundo Kaplan (1999), a maioria das pessoas estão simplesmente melhor, física e emocionalmente, quando envolvidas num relacionamento feliz, compatível, exclusivo e prolongado, do que quando estão sozinhas.

No entanto, a vida a dois é um processo dinâmico, onde é necessário estabelecer uma comunicação (verbal e não-verbal), que faça a mediação do casal – a relação conjugal surge do investimento recíproco e da confiança mútua, que se estabelece através da comunicação em geral, e da comunicação de afectos, em particular.

Todos nós precisamos de afecto, e este pode manifestar-se de diversas formas – o tacto talvez seja um meio de comunicação importante para um casal, senão vejamos, quando um casal não se toca, quando a falta de tempo, o stresse e a rotina não o permitem, a relação pode começar a deteriorar-se, pois o afecto, as carícias (etc.), são uma forma de reconhecer o outro. Assim, também a sexualidade pode ser uma forma de comunicar afectos, pois o desejo sexual está em estreita interacção com os afectos – os afectos profundos de prazer,

bem-estar e alegria favorecem o desejo sexual, enquanto os sentimentos negativos e depressivos, diminuem o desejo sexual.

Riley (1997) sugere que os comportamentos sexuais interpessoais envolvem actividades realizadas no sentido de atrair ou manter um parceiro, e conseguido isto, induzir estimulação sexual em ambos os parceiros, para que o acto sexual em si, se torne possível. Este processo de manter um parceiro envolve, geralmente, o desenvolvimento de sentimentos de amor, ou seja, um desejo de manter proximidade com o companheiro e, quando isto é conseguido sem conflito, a intimidade segue-se, naturalmente. Há que considerar ainda, alguns atributos importantes para este “estado”, como a capacidade de ser amado, amando, e o desejo de encorajar o crescimento e felicidade do companheiro.

Assim, para além da reprodução, o comportamento sexual tem outros papéis importantes – o prazer e libertação das tensões habitualmente associadas aos comportamentos sexuais, são importantes para a auto-estima e a saúde mental, bem como para as relações, onde a actividade sexual acontece como forma de reforçar um estado de amor, e como catalisador para um maior desenvolvimento da relação (Riley, 1997).

Kaplan (1999) sugere que o interesse sexual é fortemente influenciado pelos estados emocionais e pela qualidade da relação com o/a parceiro/a, de tal forma que, o menor sinal de rejeição por parte de um dos parceiros, pode liquidar o desejo sexual do outro.

Segundo Heimen et al. (1980), são considerados vários componentes para que as pessoas se sintam satisfeitas com as suas relações sexuais, como o interesse de cada um pelo prazer do outro, a existência de variações nas relações, o auto-conhecimento, e a aceitação da própria sexualidade. Mas além destes, os autores referem alguns aspectos gerais da relação, que parecem ter relevo para a satisfação sexual, como a capacidade de comunicação, a busca activa de intimidade, o sentimento de confiança e compromisso da relação, a existência de atracção erótica entre os parceiros, e um grau importante de

autonomia – quando algum, ou vários destes aspectos são insuficientes, ou falham, o nível de Satisfação Sexual tende a diminuir.

Tavares (1990) chama então, a atenção para o facto de a satisfação sexual não se basear apenas na obtenção do orgasmo, definindo esta variável como a resposta (positiva ou negativa) do sujeito, relativamente a todos os comportamentos implicados no acto sexual – produto das atitudes do sujeito perante o período preliminar, a sua reacção ao acto em si, se gosta ou não de estar com o parceiro, se confia absolutamente nele, se se sente à vontade – tudo isto determina a Satisfação Sexual.

Segundo Winstead et al. (1997), diversos estudos sugerem que num relacionamento estável e satisfatório, a Satisfação Sexual é um preditor positivo, para ambos os sexos – tanto homens como mulheres, consideram de forma unânime, que o seu relacionamento é influenciado positivamente pela satisfação sexual.

Assim, é importante reforçar que este aspecto particular da sexualidade (Satisfação Sexual) tem componentes fisiológicos e psicológicos bastante importantes: fisiologicamente, a satisfação sexual depende essencialmente, dos aspectos sensoriais da relação sexual, e da libertação de tensão sexual que ocorre aquando do orgasmo; psicologicamente, a satisfação sexual recai, principalmente, sobre a interacção emocional entre os parceiros (Riley, 1997).

No entanto, e segundo Pacheco (1998), nos casamentos modernos em que o amor cessa surgem, situações em que as relações sexuais prosseguem, levando a equacionar a hipótese de que o amor não constitui uma premissa básica para a existência de relações sexuais, pelo menos, para um número significativo de indivíduos; só se institui como um ponto de partida para iniciar e manter um relacionamento sexual perspectivado como duradouro.

Também Magalhães (2001) chama a atenção para o facto de que a ausência de desejo, nem sempre impede as pessoas de se envolverem em actividade sexual – são muitas as

peessoas que têm actividade sexual, sem sentirem desejo sexual; normalmente, os motivos são a satisfação de necessidades do parceiro e promoção da intimidade, com o objectivo de evitar tensões na relação.

Na opinião de Pacheco (1998), de certa forma, o sexo sem amor institui-se como prática decorrente dos que, pelos mais variados motivos, não têm possibilidade de associar o sexo e o amor – costuma dizer-se que esta é uma situação mais habitual no género masculino, mas parece claro que muitas mulheres experimentam situações similares ainda que, geralmente, com o intuito de manter situações relacionais (admitindo o sexo sem amor, no interior do casamento), fazendo juz à ideia de que o sexo constitui um dever conjugal. Ideia esta que, segundo o autor, pode derivar de passagens da Bíblia, como esta: “Não vos recuseis um ao outro, a não ser por consentimento mútuo, a fim de vos entregardes à oração; depois ajuntai-vos outra vez para que Satanás não vos tente pela incontinência (sexual) (1 Cor 7:5)” (p. 201).

Pacheco (1998) salienta também a importância do poder (económico ou simbólico) nas relações (principalmente nos relacionamentos sem sexo e/ou sem amor) e todos os custos/ganhos, primários ou secundários, individuais ou sociais, que daí advêm (como as incapacidades de amar, os sentimentos de posse enquanto mediadores da relação, ou vários tipos de benefícios sociais).

No entanto, o autor chama a atenção para o facto de nem todas estas pessoas serem infelizes, algumas sentem-se preenchidas na sua existência, re-orientando as suas vidas para outros interesses que as realizem de forma tão significativa como aquelas em que o amor e o sexo são as bases para alcançar a felicidade. Apesar disso, e segundo Magalhães (2001), é notório que muitas vezes, esta prática de sexo sem desejo pode causar desconforto emocional e sentimentos de desilusão para com o próprio (por se ter aceite o acto sexual com pouco significado).

1.3.6. Satisfação Sexual e Auto-Estima

Na opinião de Baumeister e Tice (2001), a auto-estima é uma medida para o quão adequadas as pessoas se encontram para atrair e manter relações próximas, de tal forma que, as experiências de rejeição tendem a diminuir a auto-estima, enquanto a aceitação tende a aumentá-la, em geral.

Mais especificamente acerca da relação sexualidade/auto-estima, os autores defendem que há diferenças de género – é provável que o sexo resulte em maior aumento do ego no caso dos homens, do que nas mulheres, inclusivamente devido a questões sociais como o facto de as mulheres “darem” sexo aos homens, permitindo que, em alguns casos, as mulheres possam até perder auto-estima com certos episódios sexuais, como vimos anteriormente.

Assim, para Baumeister e Tice (2001), um dos contributos mais importantes da auto-estima prende-se com o facto de dar confiança no sucesso, e um encorajante sentimento de pleno direito na perseguição do que se quer. Na sexualidade, a susceptibilidade a influências exteriores pode levar a que as pessoas se vejam envolvidas em situações que não queiram, e esta questão parece ter especial relevo no caso das mulheres, a quem muitas vezes, os homens tentam persuadir a ter relações sexuais. Se, no entanto, as mulheres tiverem níveis de auto-estima mais elevados, mais facilmente lhes é permitido resistir a essas influências.

Segundo os autores, a elevada auto-estima pode levar as pessoas a ter mais sexo, por se sentirem mais confiantes ou com mais direitos para o fazer. Por sua vez, ter mais sexo, pode levar ao aumento da auto-estima, especialmente se esta prática for considerada pelos

sujeitos como razão de orgulho ou aumento do ego. E há ainda, a possibilidade de que uma terceira variável seja a causa de ambas as anteriores (elevada auto-estima e elevado número de comportamentos sexuais) – a auto-aceitação, pois se uma pessoa gostar de si em geral, estará mais disposta a aceitar a sua própria vida sexual.

Baumeister e Tice (2001) defendem de forma consistente que as pessoas com elevada auto-estima não têm melhores desempenhos (nomeadamente ao nível sexual), apenas *pensam* ter melhores desempenhos, daí que a sua superioridade e, conseqüentemente, a inferioridade das pessoas com baixa auto-estima existe, acima de tudo, nas suas mentes.

A julgar por estudos como o de Leary e Kowalski (1995; in Baumeister & Tice, 2001), supõe-se que uma auto-estima elevada está ligada a baixos níveis de ansiedade e menos inibições, levando, por exemplo, a que as mulheres que têm níveis elevados de ansiedade e inibição relativos à vida em geral, e à sexualidade em particular, tenham baixa auto-estima e se tornem menos dispostas ao envolvimento sexual.

1.4. Incontinência Urinária

A *Internacional Continence Society* (ICS) define a Incontinência Urinária (IU) como “a perda involuntária de urina, objectivamente demonstrável, e um problema social ou higiénico” (in Saltmarche & Gartley, 2001).

Segundo Wein e Roberts (2000), do ponto de vista histórico, este tem sido um distúrbio escondido, em parte devido à relutância das pessoas afectadas em falar sobre o assunto, bem como devido à percepção de que é simplesmente, uma consequência do envelhecimento, e que não existe tratamento possível.

Recentemente, esta visão começou a mudar, devido à maior abordagem dos *media*, e aos avanços nos tratamentos. No entanto, muitas pessoas com este problema continuam a sofrer em silêncio. Daí que seja necessário chamar a atenção dos médicos ao nível dos cuidados primários, para o reconhecimento dos sintomas, o início de tratamento apropriado, e determinação da necessidade de intervenção de especialistas (Wein & Roberts, 2000).

Segundo Donovan et al. (1999), podemos classificar a IU segundo quatro tipos:

- ⇒ IU de urgência – perda de urina resultante de contracções anormais (instabilidade do músculo detrusor), acompanhadas pela sensação de urgência (forte desejo de urinar);
- ⇒ IU de esforço – perda involuntária de urina provocada por actividades físicas do tipo rir, espirrar, tossir ou correr (súbito aumento da pressão intra-abdominal, não correspondida por pressão uretral suficiente para conter a urina);
- ⇒ IU mista – é uma combinação dos sintomas de IU de urgência e de esforço;

⇒ IU *overflow* – pingos associados a sobredistensão da bexiga (ocorre geralmente nos homens com obstrução uretral e costuma ser provocada por hiperplasia prostática benigna);

A esta classificação, Wein (2000) junta a IU funcional, relacionada com factores como impedimento cognitivo ou físico (considerada apenas mais recentemente).

Segundo McGrother et al. (2001), a IU não é uma doença na verdadeira acepção da palavra, é antes, um sintoma comum a diferentes tipos de “desordens” do baixo tracto urinário – pode também ser conceptualizada como uma disfunção (deficiência funcional), uma incapacidade (restrição), ou um handicap (desvantagem social), dependendo do seu grau de gravidade e tolerância individual.

1.4.1. Padrão da Incontinência Urinária

A IU é um problema claramente habitual, mas a sua prevalência precisa (proporção da população que apresenta uma doença, em determinado momento no tempo) parece depender da definição utilizada.

Para Hunskaar et al. (1999) a ausência de uma definição unificadora para a IU é um problema fundamental ainda por resolver, que leva a dificuldades na avaliação da sensibilidade e especificidade dos resultados obtidos em estudos epidemiológicos.

Holtedahl (1998; in Hunskaar et al., 1999) calculou as estimativas de prevalência, utilizando diferentes definições de IU, numa mesma amostra de mulheres entre os 50 e os

70 anos. A prevalência de “qualquer perda de urina” como definição de IU, foi de 47%; para a definição de IU como “incontinência regular, com demonstração objectiva”, a prevalência foi de 31%; enquanto utilizando a definição completa da ICS, a prevalência seria de 19%.

Donovan et al. (1999) referem estimativas que sugerem que a IU perturba a vida de 20% das mulheres adultas, que apresentam cerca do dobro da probabilidade de sofrer de IU, do que os homens. E, segundo os autores, a prevalência mais provável é a que se encontra entre os 10-25% em mulheres entre os 15 e os 64 anos, e entre os 15-30% para mulheres com mais de 60 anos.

Hunskaar et al. (1999) referem que o nível mediano de estimativas acerca da prevalência da IU nas mulheres, denota um aumento da prevalência no início da vida adulta (20-30%), um grande pico na meia-idade (30-40%), seguido de um aumento estável nas mulheres mais velhas (30-50%).

Apesar de algumas diferenças, McGrother et al. (2001) referem que, em relação à influência da idade na IU, parece haver alguma consistência entre estudos: a prevalência atinge o seu auge entre os 45 e os 55 anos, decresce entre os 55 e os 70 anos, para subir novamente, para lá dos 70 anos. Segundo os autores, a existência de um pico, seguido por um ligeiro declive, sugere a possibilidade de alguma recuperação, que pode ocorrer em resposta a tratamento, por adaptação, ou naturalmente.

Este padrão parece ser resultado dos vários distúrbios possíveis (no caso das mulheres, a IU de esforço e a IU de urgência, são os dois distúrbios de maior prevalência), com a IU de esforço a contribuir para o pico dos períodos reprodutivo e de menopausa, e a IU de urgência com o aumento geral com a idade (McGrother et al., 2001).

Para Hunskaar et al. (1999), os factores de risco ou causas da IU necessitam de maior investigação prospectiva ou longitudinal, de forma a estabelecer a ordem temporal entre os

factores de risco e o aparecimento da IU. Nesse sentido, os autores referem vários estudos epidemiológicos conduzidos em diferentes populações, que revelam algumas variáveis aparentemente relacionadas com a IU, incluindo possíveis factores de risco, ou variáveis que possam influenciar, como: idade; gravidezes e partos; menopausa; histerectomia; obesidade; sintomas urinários; diminuição funcional; diminuição cognitiva; riscos ocupacionais; outros.

Segundo Hunskaar et al. (1999), a IU não deve ser considerada uma condição normal do envelhecimento, apesar das mudanças na bexiga e nas estruturas pélvicas, que ocorrem com a idade, e que podem contribuir para o seu aparecimento, até porque, muitas vezes, a IU é atribuível a problemas médicos ou doenças que podem prejudicar os mecanismos de continência (ex.: diabetes), muitos dos quais, são característicos dos adultos mais velhos.

Thomas et al. (1980) encontraram menos relatos de IU em mulheres nulíparas (sem filhos) qualquer que fosse a idade mas, não era mais comum nas mulheres com dois ou três filhos, do que em mulheres com apenas um filho (exceptuando a faixa etária entre os 45 e os 54 anos); as mulheres com pelo menos quatro filhos, eram mais propensas a relatar IU regular.

Também Hunskaar et al. (1999) referem que a literatura aponta para o facto de a IU ser uma ocorrência mais comum nas mulheres grávidas do que noutros grupos (relacionada, essencialmente, com o peso), chamando ainda, a atenção para o papel da maternidade na predisponibilidade para o aparecimento da IU, que parece ser sustentado por vários estudos onde se estabelecem ligações entre a IU e o parto. Parece, então, haver várias explicações possíveis: (1) dar à luz pode resultar num relaxamento do pavimento pélvico, como consequência do enfraquecimento e extensão dos músculos e tecidos durante o processo; (2) podem ocorrer danificações resultantes de lacerações espontâneas; e (3) a extensão dos tecidos pélvicos, durante o parto, pode danificar os nervos, músculos e tecidos do

pavimento pélvico, podendo interferir com a boa capacidade de funcionamento do esfíncter uretral.

No estudo de Iosif et al. (1981), por exemplo, os resultados mostraram que, no que respeita ao aparecimento da IU de esforço (50% do total de participantes) – 7% das participantes tornaram-se incontinentes antes de engravidar, 15% começaram a ter as suas dificuldades na época da gravidez, 48% depois do parto; 12,5% depois de cirurgia local; 17,1% antes da menopausa, e 31,7% depois da menopausa. Quanto ao aparecimento da IU de urgência (33,4% do total de participantes) – 2,9% começou a ter problemas de incontinência na infância, 3,5% começou a ter este tipo de dificuldades antes da menopausa, e 8% depois da menopausa; não se conseguiu determinar que o parto ou submissão a cirurgia local tivessem influência na precipitação de sintomas de urgência. Os autores referem ainda, que 39,1% das participantes apresentava sintomas, ou tinha recebido tratamento de infecção urinária, durante os dois anos anteriores.

Por outro lado, há bastante tempo que se consideram os sintomas urinários característicos da passagem pela menopausa, parecendo razoável pensar que a perda de estrogénios contribui para o problema, apesar de a literatura ser algo inconsistente na descrição do desempenho destes factores sobre a IU (Hunskaar et al., 1999).

Também o papel da histerectomia parece ser controverso, apesar de muitas mulheres, quando questionadas acerca do desencadear da IU, referirem que tudo começou logo após a histerectomia (Hunskaar et al., 1999).

Finalmente, a obesidade é frequentemente vista como um factor causador de IU, ou que contribui para a gravidade da situação – acredita-se que o peso extra da obesidade (como da gravidez) possa conduzir a tensão crónica, estiramento e enfraquecimento dos músculos, nervos e outras estruturas do pavimento pélvico (Hunskaar et al., 1999).

Assim, estes autores sugerem também, que as estimativas de prevalência da IU dependem significativamente, da definição de gravidade que é considerada, apesar de não estar bem estabelecido se o nível de gravidade deve ser considerado com clinicamente significativo, principalmente se considerarmos trabalhos em que é estudado o factor “incómodo”, provando-se que, diferentes níveis de incómodo, também afectam as estimativas de prevalência.

Thomas et al. (1980) definiram que o grau de gravidade da IU pode ser “mínimo”, “ligeiro”, “moderado” ou “grave”, definindo também, em termos de frequência de episódios, que a IU “regular” como a perda involuntária de urina em locais não apropriados ou em alturas inapropriadas, duas ou mais vezes por mês, seja qual for a quantidade de urina perdida. Com base nesta convicção, foi realizado um estudo piloto que demonstrou a exactidão da diferença entre IU “regular” e “irregular”, tendo os autores adoptado a classificação das participantes como nunca incontinentes, incontinentes ocasionais, e incontinentes regulares.

1.4.2. Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida

Na opinião de Kelleher (2001), os sintomas urinários afectam mulheres diferentes, de diferentes formas, tendo uma influência variável nos seus estilos de vida físico, psicológico, social, doméstico e interpessoal. Estes estilos de vida, por sua vez, são influenciados por outros factores, como a idade, a raça e cultura, os objectivos e experiências pessoais, as relações interpessoais, a saúde física e mental geral, e a esperança de vida, entre outros. Por tudo isto, se não houver nenhuma forma de avaliação

estruturada, standardizada e completa quanto às especificidades da paciente, qualquer medida acerca do impacto individual da IU, será pouco preciso.

No entanto, a maior parte das pacientes parece atrasar a sua apresentação no médico, devido a vergonha, pouca informação e medo de admitir a IU. Assim, a existência de questionários de QDV é importante para levar a cabo estudos na população em geral, de forma a determinar o peso da IU, e calcular os custos e serviços necessários para providenciar cuidados adequados (Kelleher, 2001).

No que respeita à comunicação de situações de IU, a autora refere que as mulheres mais idosas tendem a apresentar-se mais tarde para a avaliação e tratamento da IU, apesar de este facto não servir como base para falar de menos incómodo sentido em relação aos seus sintomas urinários. Parece possível que uma apresentação mais precoce por parte das mulheres mais novas, esteja relacionada com maiores conhecimentos acerca da IU e seu tratamento, mas também é possível que o facto de, muitas vezes, a IU resultar em disfunções a nível sexual e restrições ao nível do exercício físico, possa apresentar-se como mais problemática para estas mulheres.

Para Saltmarche e Gartley (2001), perceber o impacto da IU é importante a vários níveis: pode demonstrar o grau de significância do problema, para a paciente; pode ilustrar a motivação para participar activamente nas potenciais opções de tratamento; pode indicar a vontade ou predisposição para ser submetida a formas mais invasivas de tratamento; entre outros.

McGrother et al. (2001) defendem a importância de considerar não só a gravidade dos sintomas de IU, mas também, o seu impacto psicológico e social. Este impacto pode ser medido directamente, colocando questões acerca do grau de incómodo (problema ou preocupação) provocado pelos sintomas, ou pela avaliação dos efeitos restritivos dos sintomas nas actividades diárias, actividades sociais, relações e emoções.

Se considerarmos, por exemplo, a relação (apesar de não muito forte) entre a gravidade dos sintomas e a percepção de incómodo, poderemos perceber a importância de avaliar este aspecto: 14% das mulheres com IU suave reportaram estar preocupadas com a sua condição, comparadas com 24% das que sofrem de IU urinária moderada, e 29% das que têm problemas de IU grave (McGrother et al., 2001).

Mas também na opinião de Thom (2000), os efeitos da IU (principalmente, da IU de urgência) vão para além dos aspectos físicos, influenciando todos os aspectos da vida do indivíduo, inclusive o bem-estar psicológico, as funções sociais e interacção, as actividades físicas e recreativas, planos de viagem, relacionamentos familiares, e relações sexuais. Assim, este autor apresenta os seguintes factores de QDV afectados por este problema:

- ⇒ Domésticos – Necessidade de cama e roupa interior adequadas; Cuidados especiais com a roupa (ex.: roupa escura para esconder eventuais sinais de incontinência); Problemas conjugais e familiares;
- ⇒ Médicos – Maior risco de institucionalização, nos idosos; Maior risco de quedas e fracturas;
- ⇒ Ocupacionais – Faltas ao emprego;
- ⇒ Relacionados com a actividade física – Limitação ou cessação das actividades físicas e exercício;
- ⇒ Psicológicos – Perda de respeito próprio e dignidade; Baixa auto-estima; Sentimento de ser um fardo; Sentimento de falta de controlo sobre a bexiga; Depressão; Medo de cheirar a urina;
- ⇒ Sexuais – Evitamento de contacto sexual;
- ⇒ Sociais – Cessação de alguns hobbies; Alteração de planos de viagem; Redução de interacções sociais e aumento de isolamento social.

Thom (2000), Kelleher (2001) e Wyman et al. (1987) defendem que a IU de urgência (em comparação com a IU de esforço) tem maior impacto, logo, maior diminuição dos níveis de QDV das pessoas afectadas, que podem ser explicados pelo facto de este tipo de IU ser mais imprevisível, ter mais factores potencialmente precipitantes, e resultar, geralmente, num maior volume de urina perdida, implicando mais sentimentos de descontrolo e maior probabilidade de ocorrência de problemas interpessoais e sexuais.

Os efeitos desta problemática na QDV, têm sido comparados com os efeitos de outras doenças e, no geral, estes estudos referem que: a QDV destas pessoas é significativamente mais reduzida quando comparada com a população em geral; a IU tem maior impacto na QDV do que a Diabetes tipo II, nomeadamente, no que respeita aos aspectos físico, social e emocional (Thom, 2000).

Segundo McGrother et al. (2001), apesar de haver casos em que as pessoas lidam razoavelmente com a situação, ainda que à custa de evitar certas actividades e de adaptar o seu meio envolvente, de forma a acomodar-se ao problema (ex.: visitar apenas locais onde saibam a localização dos lavabos), as estratégias adoptadas habitualmente para lidar com a situação de IU envolvem muitas vezes, rituais extenuantes e que exigem tempo (como idas constantes à casa-de-banho, mudança e lavagem de roupa) e evitamento de contactos sociais – que podem levar a que os indivíduos se tornem socialmente isolados.

Os autores defendem que as actividades mais afectadas costumam ser as compras, as visitas a amigos, as actividades desportivas e de lazer, as viagens, e algumas outras actividades quotidianas. Mas, as relações são também afectadas, principalmente as relações íntimas, devido à possibilidade de episódios de incontinência durante o coito, bem como as vivências de vergonha, embaraço, perda de auto-estima, ansiedade e depressão – distress psicológico.

No entanto, Kelleher (2001) chama a atenção para o facto de que, seria de esperar que a duração e gravidade das perdas de urina fossem bons preditores da diminuição de QDV, mas estes factores, só por si, não parecem correlacionar-se bem com a QDV.

Pelo que, a opinião de Coyne et al. (2002), a avaliação da eficácia de tratamentos deve ser baseada nas percepções dos pacientes. Os resultados obtidos através dos relatos dos pacientes, como o incómodo causado pelos sintomas, ou a QDVRS, são resultados importantes e clinicamente relevantes para avaliar, principalmente, quando não há disponibilidade de meios clínicos objectivos e fiáveis.

Segundo Kelleher (2001) medição da QDV na IU é tão importante para a avaliação e tratamento deste problema que, em muitos estudos, está a substituir as tradicionais medidas de sintomas urinários e resultados urodinâmicos, utilizados até aqui.

Inclusive, resultados de um estudo realizado por Johannesson (1997; in Kelleher, 2001) na Suécia, com 411 mulheres com instabilidade do músculo detrusor, onde foi utilizado o questionário SF-36 (uma medida geral de QDV), apontavam para que as mulheres com IU (de urgência) sofressem de maiores diminuições ao nível da vitalidade e funções sociais, e maiores problemas emocionais, quando comparadas com mulheres com artrite reumatóide, ou qualquer outra condição.

Kelleher (2001) considera que as medidas standardizadas de saúde são de particular importância para a comparação entre tratamentos com poucas diferenças aparentes no que respeita a resultados clínicos, mas com os quais, a morbidade entre os pacientes seja reduzida.

Kelleher (2001) refere inclusivamente, dois estudos, um deles utilizando o NHP (*Nottingham Health Profile*), realizado por Grimby et al. (1993), onde se notaram níveis significativamente mais elevados de dificuldades emocionais e isolamento social, bem como níveis mais elevados de perturbações emocionais entre mulheres com IU de urgência

e mista, do que entre as que sofrem de IU de esforço, e que as mulheres com IU de urgência têm significativamente mais distúrbios do sono do que o grupo de controlo; outro, utilizando o *Kings Health Questionnaire* (KHQ) e levado a cabo por Kelleher et al. (1997), demonstra que as mulheres com IU de urgência têm maior diminuição da QDV, atribuível aos seus sintomas urinários, do que as que têm IU genuína de esforço, ou do que as que têm sintomas urinários, mas apresentam resultados normais na investigação urodinâmica.

Hunskaar et al. (1991; in Donovan et al., 1999) utilizaram o *Sickness Impact Profile* (SIP) para avaliar mulheres com IU de esforço ou de urgência, tendo concluído que as médias eram baixas em ambos os grupos, e que o impacto da IU na QDV era dependente da idade e sintomas.

Por seu lado, Wyman et al. (1987), utilizando o *Incontinence Impact Questionnaire* (IIQ), provaram que as mulheres com IU de urgência apresentam maiores disfuncionalidades psicossociais (como resultado da sua IU), do que as mulheres com IU de esforço, apesar de não terem verificado relações entre as respostas ao questionário e os resultados do diário urinário, ou a medição objectiva da IU (com fralda – *pad test*).

A avaliação inicial das mulheres com IU requer uma rigorosa recolha da história, bem como um exame físico apurado, apesar de a investigação indiciar o pouco reflexo dos sintomas urinários nas causas das disfunções associadas a este problema (Donovan et al., 1999).

Segundo Saltmarche e Gartley (2001), pelo facto de a IU ser um problema pouco reportado e pouco tratado, é claro que as linhas de comunicação entre paciente e médico precisam de ser abertas, o que muitas vezes, não acontece, já que alguma da investigação na área indica que as mulheres têm tendência para “falhar” na comunicação clara, perante o médico, dos seus sintomas de IU, bem como o impacto que têm nas suas vidas.

Na opinião dos mesmos autores, muitas mulheres não tiram tempo aos seus horários diários preenchidos, nem para reflectir acerca do efeito da IU nas suas vidas, e podem mesmo, não se aperceber das alterações feitas para lidar com o problema. Outras mulheres, ao sentir-se envergonhadas, podem não considerar os seus sintomas suficientemente importantes para “tirar tempo” ao seu médico. Outras ainda, podem ter medo de ser confrontadas com más notícias, e com a necessidade de tratamento. Estas pacientes não dizem nada, quando o que mais precisam é de falar acerca de um tema que lhes provoca pesar, diminuindo, em grande escala, a sua QDV.

A investigação tem demonstrado que mais de 90% dos médicos acredita que alguns problemas médicos sérios poderiam ser evitados, se as pacientes estivessem mais predispostas a falar acerca dos seus problemas; os factores educação, medo e vergonha parecem ser os maiores obstáculos a uma comunicação paciente-médico eficaz (Saltmarche & Gartley, 2001).

Estes autores, sugerem como forma de introduzir o tema da IU, e de maneira a diminuir o nível de desconforto da paciente, a utilização de questões abertas no início da avaliação do problema, já que assim se pode ajudar a paciente a reflectir e reconhecer o nível de alterações que fez na sua vida (na tentativa de diminuir acidentes ou chegar à casa-de-banho a tempo).

1.4.3. Incontinência e Sexualidade

Donovan et al. (1999) referem que vários estudos têm abordado a temática do impacto da IU no funcionamento e satisfação sexual, nas mulheres, indicando, no geral, que a IU

tem impacto nesta área, mas a maior parte dos estudos realizados tem utilizado medidas não sujeitas a testagem das propriedades psicométricas, o que implica dizer que esta é uma área que requer mais investigação.

A sexualidade de uma mulher relaciona-se, não só com a sua actividade sexual, mas também com a percepção da sua própria imagem, e estabelecimento de relações com os outros (Wheeler, 1990; in Hextall & Cardozo, 2001).

Segundo Hextall e Cardozo (2001), perto de 50% das mulheres com IU (de frequência ou urgência) referem sentir-se estranhas ou diferentes das outras pessoas, devido aos seus problemas de bexiga, e 40% sentem-se menos atraentes.

Para as autoras, as relações sexuais podem ter impacto a vários níveis, importantes na abordagem desta temática:

- ⇒ A incontinência coital pode dar origem a problemas sexuais para a mulher, para o seu companheiro, ou ambos, em casos onde não existiam problemas anteriores;
- ⇒ A incontinência durante a penetração pode também ser causa de problemas relacionais, apesar de alguns problemas de disfunção sexual já existentes;
- ⇒ A actividade sexual pode dar origem a problemas urogenitais, como a disuria e infecções do tracto urinário.

Na opinião de Hextall e Cardozo (2001), a existência de problemas sexuais é mais frequente entre as mulheres com IU do que se julga, podendo este facto ser explicado por factores físicos e psicológicos:

- ⇒ Sexualidade reduzida – baixa auto-estima, depressão, diminuição da libido, presença de fraldas ou pensos, espontaneidade reduzida;
- ⇒ Ansiedade de performance – preocupação com os odores, medo de perda de urina durante a penetração ou orgasmo;

⇒ Dor – dermatite urinária, dispareunia (dificuldade nas relações sexuais) devida a prolapso ou cirurgia anteriores;

⇒ Reacção adversa por parte do companheiro – atractividade reduzida, disfunção erétil.

Sutherst (1979) realizou um estudo com pacientes de uma clínica urológica, em que a questão de investigação era saber se os sintomas urinários destas mulheres interferiam com a sua relação conjugal e vida sexual: 46% das pacientes com IU sentia a sua vida sexual afectada pelo seu problema de bexiga; 35% referiu diminuição da frequência de relações sexuais; e 12% tinham cessado a sua actividade sexual. As razões apontadas, pelas participantes deste estudo, para a reduzida frequência de relações sexuais foram, por ordem decrescente de referência: dispareunia (dor) ligeira ou profunda, a perda de urina durante toda a noite e necessidade contínua de protecção de uma toalha, perda de urina durante o coito, diminuição da libido, depressão ou embaraço/vergonha, desarmonia conjugal, e a necessidade de camas separadas.

Sutherst (1979) refere ainda que, todas as pacientes deste estudo vêm a sua IU como a causa, e não o efeito, dos distúrbios no seu funcionamento sexual – sugerindo que a falta de realização sexual não é uma causa de instabilidade da bexiga.

Em algumas mulheres, o início da IU pode coincidir com a menopausa (Hextall & Cardozo, 2001), que já é um factor de risco significativo para o aparecimento de disfunções sexuais por si, visto que durante o climatério, muitas mulheres e seus companheiros passam por uma diminuição de interesse, actividade e resposta sexuais, como vimos anteriormente.

Há então, vários factores que podem contribuir para uma disfunção sexual nas mulheres com IU, pois as consequências psicológicas provocadas por esta condição, uma vez

instaladas, podem ser incorporadas no seu estilo de vida e personalidade. Esta disfunção sexual torna-se, muitas vezes, pior com a idade devido ao desenvolvimento de ansiedades relacionadas com a performance, quando o objectivo da sexualidade deixa de ser o prazer, para passar a ser “fazer como deve ser”, expectativa esta, importante na perpetuação de dificuldades sexuais (Hextall & Cardozo, 2001).

1.5. Formulação do Problema

Bosworth et al. (2000) defendem que, à medida que a esperança de vida aumenta, a compreensão de factores relacionados não só com a quantidade, mas também com a Qualidade de Vida (QDV), bem como a associação de factores como o Suporte Social (SS) à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS), vão-se tornando cada vez mais importantes.

Abbey e Andrews (1985; in Barry, 1997), ao tentar perceber porque é que as pessoas se sentem de determinada forma em relação ao seu bem-estar, investigaram a ligação entre o bem-estar percebido e alguns conceitos psicossociais, tendo concluído que os conceitos que se relacionam com a QDV incluem o stresse, o controle sobre a própria vida, o SS, e o desempenho na vida pessoal – o stresse e a depressão relacionam-se negativamente com a QDV percebida, enquanto o locus de controle interno, o desempenho, e o SS têm, com a QDV percebida, uma relação positiva.

Mas então, quais os factores importantes na avaliação do SS em si, e suas relações com outras áreas? No estudo de Hupcey (1998) acerca da coerência conceptual do SS, em que foram analisados cerca de 200 estudos realizados nesta área, a autora afirma que na sua maioria (cerca de 60%), o SS foi operacionalizado em termos das percepções do receptor quanto à sua rede de suporte, ou da sua percepção acerca do tipo de suporte recebido, ou ainda, quanto à percepção de disponibilidade de SS. É ainda de referir a inclusão, em muitos dos estudos, da satisfação do sujeito com o SS recebido, bem como de outras variáveis subjectivas e relacionadas com a saúde/doença, como a percepção do estado de saúde geral, a QDV, e a sintomatologia de doença – reforçando a importância de utilizar a

percepção do SS e a satisfação com o mesmo, na investigação acerca de como o SS influencia a vida das populações.

Também Schwarzer e Leppin (1989, 1991; in Ribeiro, 1999a), realizaram uma meta-análise de estudos acerca da relação entre SS e saúde e os valores das correlações entre SS e má saúde, tendo confirmado que os sujeitos com falta de SS apresentam pior saúde, e que o SS está mais associado à saúde entre as mulheres do que entre os homens.

O SS tem sido, então, um dos factores mais estudados na relação entre limitações funcionais e QDVRS. Por exemplo, Wills (1997) refere, com base em dados de investigações epidemiológicas, que o SS está relacionado com níveis mais baixos de mortalidade na população em geral; e com uma melhor recuperação de doenças, em amostras clínicas (populações com doença), onde, segundo Hyland et al. (1999), as medidas de QDV são de utilização mais comum (do que as de satisfação com a vida, utilizadas em populações sem doença), e as questões incluídas podem ser (tal como para o SS), se as pessoas estão satisfeitas com as suas vidas, ou qual a forma como avaliam a sua QDV, ou se a sua saúde restringe as actividades quotidianas.

Mozes et al. (1999a) defendem que a necessidade de medir o impacto de determinada doença ou problema de saúde, através de instrumentos genéricos de QDV, tem evoluído dos resultados de estudos, que apontam para o facto de a gravidade de sintomas não ser equivalente aos efeitos desses mesmos sintomas nas actividades da vida diária.

Segundo Kelleher (2001), no caso da Incontinência Urinária (IU), a visão do incómodo causado varia significativamente, e é influenciada por vários factores, pelo que a gravidade objectiva dos sintomas (ex.: número de fraldas utilizadas ou quantidade de urina perdida), passa a ser menos importante do que a perspectiva global e pessoal que as pacientes têm acerca do seu problema, até porque as relações encontradas entre estas medidas clínicas de perda de urina e o impacto percebido da IU, têm-se revelado bastante fracas (Donovan et

al., 1999). Por forma a dar resposta a esta situação, Sullivan et al. (2000) defendem que as medidas de incómodo causado por sintomas, são cruciais na compreensão do efeito da doença na QDV.

Na opinião de Donovan et al. (1999), na área dos sintomas relacionados com o baixo tracto urinário, as medidas de sintomas e QDV baseadas na recolha feita por médicos, têm tendência a desaparecer da investigação, por se considerar mais apropriado obter a percepção das pacientes (acerca dos seus sintomas e impacto na QDV), através de diários urinários, ou de questionários preenchidos pelas próprias, que têm demonstrado ser válidos e fieis, notando-se assim, a crescente utilização de medidas de QDV, e desenvolvimento de medidas específicas dirigidas, especialmente, à população feminina.

Para McKenna et al. (1999), são de salientar alguns estudos relativos ao impacto que a IU pode ter na vida das pacientes, como o estudo de Debus-Thiede e Dimpfl (1993) que defendem que a IU pode levar ao isolamento social, depressão e evitamento de relações sexuais; ou de Vierhout e Gianotten (1993) que encontraram no seu estudo, profundos efeitos negativos da IU sobre a sexualidade feminina – os efeitos das perdas de urina durante o acto sexual (cerca de um terço das participantes relatam esta situação) incluem, entre outros, a vergonha e a diminuição da libido.

Relativamente a outro tipo de consequências, McKenna et al. (1999) referem o estudo de Norton (1982), que defende que a IU afecta a actividade social e o bem-estar, enquanto Wyman et al. (1987) argumentam que a auto-percepção e as actividades diárias (principalmente as visitas a locais desconhecidos, e respectiva incerteza quanto à disponibilidade de lavabos) são mais fortemente afectadas pela IU, do que o domínio do funcionamento social.

Também Kelleher (2001) refere vários estudos acerca da influência da IU em diversas áreas, nomeadamente, estudos que onde a IU reduz as relações e actividades sociais,

diminui o bem-estar psicológico e emocional, e as relações sexuais. Há também estudos que referem como consequências da IU, pelo menos, alguns comportamentos de evitamento, planeamento cuidadoso de actividades (por forma a evitar episódios de incontinência) e incómodo, bem como vergonha e diminuição da auto-estima.

No que respeita a factores descritos como influenciados pela IU, podemos vislumbrar alguns estudos acerca da interferência deste problema ao nível da sexualidade/Satisfação Sexual, embora a maior parte se debruce mais sobre a vertente da relação sexual propriamente dita, do que sobre a vertente que consideramos mais importante, aquela que inclui a ligação do acto sexual ao relacionamento em que surge. No entanto, Walfisch et al. (1984), por exemplo, encontrarem no seu estudo, uma correlação significativa (apenas no caso das mulheres) entre o grau de satisfação sexual e as alterações na frequência de contactos sexuais, mas também, uma correlação positiva entre a satisfação geral com a vida e a satisfação sexual.

Também Kaplan (1999) refere que algumas doenças urológicas e ginecológicas, podem resultar em perda secundária do desejo sexual e/ou evitamento sexual, mesmo em pessoas com um perfil hormonal normal, que não usem drogas/medicamentos com efeitos sexuais, que estejam livres de conflitos sexuais intrínsecos, e cujos relacionamentos sejam basicamente sólidos.

Segundo Berghund et al. (1996), a ligação entre IU e problemas sexuais pode apresentar-se de várias formas, como a existência de disfuncionalidade sexual directamente causada pelas perdas de urina, ou a utilização destas perdas como pretexto para o evitamento da actividade sexual, ou ainda, a redução de interesse/desejo sexual.

Mas, e segundo Hextall e Cardozo (2001), é importante perceber se a IU tem impacto no relacionamento com os companheiros, uma vez que existem casais em que esta situação não dá necessariamente, origem a qualquer disfunção sexual.

Todos os factores referidos até aqui, têm demonstrado relações entre si (umas melhores e mais claras do que outras), tornando possível a suposição de que a QDV, o SS e a Satisfação Sexual têm, cada uma por si, um papel importante na vida das mulheres que sofrem de IU. Mas, e em conjunto, quais serão as relações, causas e consequências?

Foram poucos os estudos encontrados acerca destas ligações, apesar de existirem autores que se têm esforçado por dar a conhecer uma visão mais abrangente destas questões, que englobe o maior número possível de vertentes da vida das pessoas, e que, no caso de pessoas com IU, permita avançar para um maior conhecimento e intervenção adequada, nesta área.

Berglund et al. (1996) levaram a cabo um estudo em que pacientes com IU de stress foram entrevistadas (três meses antes da cirurgia, e um ano depois), acerca da sua vida social durante os dois anos anteriores ao tratamento, acerca da sua relação com o companheiro, educação, factores ocupacionais, rede social e actividades de lazer, incluindo hobbies. Os autores concluíram que, com alguma suavização do problema da IU, é possível aumentar a satisfação com as actividades sociais (parte importante da QDV) – todas as mulheres relatavam níveis de actividade bastante reduzidos, antes do tratamento, devido à IU; quanto aos aspectos da rede social, não se verificaram diferenças significativas, apesar de o grupo de mulheres que (após cirurgia) apresentaram apenas melhoras (não ficaram curadas), apresentar níveis mais baixos de integração social (ex.: existência de solidão, e maior necessidade de discussão de assuntos pessoais com pessoas fora da família) – estas mulheres parecem mais propensas a isolamento social, e problemas pessoais; a maioria dos casais mostrou-se satisfeita com a relação com o companheiro e a vida sexual nos dois momentos de entrevista, mas no que respeita ao desejo sexual, o aumento foi notório após um ano de cirurgia, tanto para as mulheres como para os seus

companheiros, apesar de este aumento de desejo sexual, não se traduzir em aumento da frequência de relações sexuais.

Finalmente, é do domínio comum que o contexto em que cada pessoa se insere é diferente, e que são muitos os factores demográficos/contextuais (da sociedade, cultura, faixa etária, género, etc.) e factores próprios de determinada doença/problema de saúde, que influenciam cada atitude, comportamento, pensamento e acção dos indivíduos, pelo que nos parece bastante pertinente a inclusão de variáveis deste tipo (“demográficas” e “de doença”) nas investigações acerca da QDV na IU, principalmente se tivermos em conta a opinião de Michelson et al. (2001), segundo quem, o número de problemas crónicos, a idade, o género, o estado civil, o estatuto económico e profissional, têm impacto na QDVRS.

Dugan et al. (1998), por exemplo, realizaram um estudo cujos objectivos eram determinar a importância da saúde demográfica e variáveis relacionadas com a IU, para a QDV da população idosa com IU, e averiguar de que forma os factores preditores variam para a QDV genérica e QDV especificamente relacionada com a IU – os resultados encontrados sugerem que a IU tem implicações na QDV dos idosos não institucionalizados. A educação mostrou-se como um importante preditor para ambas as medidas genéricas (satisfação com a vida e saúde), mas não se relacionou significativamente com as medidas específicas de IU (*Incontinence Impact Questionnaire* – IIQ 7 – e *Urinary Distress Inventory* – UDI 6). A idade só se associou com o incómodo causado pela IU, mostrando que os sentimentos de satisfação e estado de saúde geral, não estão dependentes da idade cronológica. O impacto da IU foi mais elevado para as pessoas que reportavam mais dias de cama devido a problemas de saúde, e as que relatavam perder maiores quantidades de urina por episódio. O incómodo trazido pelos sintomas de IU

mostrou-se fortemente associado com mais dias de cama, maiores perdas de urina, e existência de dificuldades de mobilidade. Os participantes que se mostram mais afectados por esta condição são as pessoas mais jovens e com graves perdas de urina (as pessoas mais velhas podem ter outras condições que afectem mais a sua QDV, e podem ter-se adaptado psicologicamente e comportamentalmente às perdas de urina). E, finalmente, os resultados mais estáveis de satisfação com a vida e saúde global, não se mostraram influenciados pela flutuação de sintomas como o número de micções diárias ou a frequência de episódios recentes de incontinência. Estas podem ser algumas das variáveis de doença (associadas à IU) com um impacto eventualmente importante na vida destas pessoas.

Mozes et al. (1999a), apresentam várias razões para que se invista na investigação da associação entre sintomas urinários e os domínios da QDV, de entre os quais destacamos o facto de a capacidade de atribuir o impacto destes sintomas a um ou mais domínios da QDV, poder vir a facilitar intervenções (adicionais ou alternativas) aos técnicos empenhados em suavizar os sintomas deste grupo de pacientes.

De facto, e segundo Kelleher e Cardozo (1997), pouco tem sido feito para estudar a forma de oferecer ajuda, ou fazer com que haja procura dessa mesma ajuda, pelo que não surpreende o facto de as mulheres esperarem habitualmente cerca de 4 anos para procurar ajuda médica para esta condição socialmente pouco (ou nada) aceitável.

O tema abordado neste trabalho de investigação surgiu da necessidade e interesses demonstrados por vários técnicos de saúde que se dedicam à área da Uroginecologia, pelo impacto inerente a um problema de saúde que, apesar da sua especificidade, é muitíssimo vasto – a Incontinência Urinária (IU).

Na nossa opinião, a pertinência deste estudo relaciona-se precisamente, com a vastidão de consequências deste problema, que parece interferir com toda a vida dos indivíduos que dele sofrem, a tantos níveis, que parece mesmo impossível que estas pessoas não sejam afectadas, de uma maneira ou de outra, por terem esta ou aquela condição que potencie uma situação de IU.

Por tudo isto, e da reflexão sobre esta temática, surgem-nos as questões de investigação a que nos propomos responder neste estudo:

- ⇒ Quais as relações entre Qualidade de Vida, Suporte Social, Satisfação Sexual e Incontinência Urinária?
- ⇒ Quais são, e de que forma se relacionam, as Variáveis de Doença, com a Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual de mulheres com Incontinência Urinária?
- ⇒ Quais são, e de que forma se relacionam, as Variáveis Demográficas, com a Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual de mulheres com Incontinência Urinária?

II. MÉTODO

2.1. Participantes

A nossa é uma amostra de conveniência, constituída por 93 mulheres com Incontinência Urinária, cuja média de idades, é de 60,15 anos. A escolaridade média das participantes é de 4,47 anos e, em termos de ocupação, a grande maioria encontra-se desempregada ou reformada (43%), verificando-se também, uma grande percentagem (38,7%) de participantes com profissões incluídas na categoria 9 da CNP (Anexo 3) – profissões não diferenciadas, nomeadamente, domésticas (IEFP, 1994). Em relação ao estado civil, 3,2% das participantes são solteiras, 74,2% são casadas (ou em união de facto), 6,5% divorciadas e 16,1% viúvas. Estas mulheres têm, em média, cerca de 2 filhos, e 3 gravidezes. A maioria (58,1%) tem uma vida sexual activa, com uma frequência média de relações sexuais (maioritariamente) entre duas vezes por mês e mais do que uma vez por semana.

As condições de inclusão na amostra foram:

- ⇒ Mulheres adultas;
- ⇒ Participantes escolarizadas, ou com interlocutor válido;
- ⇒ Existência de sintomatologia própria da condição em estudo (IU);
- ⇒ Sem intervenção cirúrgica correctiva, à data da passagem do questionário.

2.2. Material

Por forma a atingir os objectivos a que nos propusemos, procedeu-se à elaboração de um protocolo (Anexo 1) composto por um Questionário Demográfico, e pelas escalas que considerámos mais adequadas a cada um dos conceitos em estudo (SF-8 – para a QDV; ESSS – para o SS; *SEAR Questionnaire* para a Satisfação Sexual; UDI-6 – para a IU), e cujas características desenvolveremos em seguida.

2.2.1. *Questionário Demográfico*

A parte inicial do protocolo é composta por um Questionário Demográfico construído para o efeito, que engloba Variáveis Demográficas e Variáveis de Doença, quanto a nós, pertinentes para a melhor compreensão da problemática em estudo, tendo por base a literatura (Hunskaar et al., 1999; Iosif et al., 1981; Thomas et al., 1980).

As Variáveis Demográficas consideradas foram a Idade, Profissão, Escolaridade, Estado Civil, N ° de Filhos, N ° de Gravidezes, Vida Sexual (activa ou não) e Frequência de Relações Sexuais.

As Variáveis de Doença que constituem este questionário dizem respeito a: Duração de IU, Frequência de Episódios de IU, Aparecimento de Episódios de IU, Percepção do Grau de IU, história de Infecção Urinária nos últimos dois anos, submissão a Cirurgia Local e história de Outros Problemas de Saúde.

2.2.2. *Short-Form 8 (SF-8)*

Segundo Coyne et al. (2002), o grupo de investigadores envolvidos no *Medical Outcomes Study* (MOS) tentou desenvolver um instrumento que permitisse avaliar o estado de saúde, mas que fosse de mais rápido preenchimento do que os instrumentos conhecidos até então, surgindo assim, o *Short-Form 20 (SF-20)*.

No entanto, este instrumento demonstrou pouca fidelidade para algumas das suas dimensões, pelo que foi criado o *Short-Form 36 Health Survey (SF-36)*, que é uma escala de auto-administração constituída por 36 itens distribuídos por oito domínios – funcionamento físico; desempenho físico; vitalidade; saúde geral; dor corporal; funcionamento social; desempenho emocional; saúde mental – cujo objectivo é avaliar o estado de saúde geral. Esta escala tem sido extensivamente utilizada como indicador da QDVRS, estando a sua validade e fidelidade bem documentadas (Ware et al., 1993; in Coyne et al., 2002).

Num estudo de Mozes et al. (1999b), por exemplo, a principal conclusão prende-se com o facto de os domínios do SF-36 explicarem uma grande parte da variância registada nos níveis de QDVRS, em contraste com a pouca contribuição de factores como os dados socio-económicos e a existência de estados de doença – os domínios que mais contribuíram para a variância verificada foram a percepção geral de saúde, o funcionamento físico e a vitalidade; o domínio da saúde mental mostrou-se fortemente associado à QDVRS, principalmente, nas pessoas mais jovens e nas mulheres.

Originalmente, o SF-36 foi concebido para medir a funcionalidade e o bem-estar nas oito dimensões básicas de saúde (acima referidas), e os resultados traduziam-se por perfis de saúde. No entanto, os autores sugeriram a agregação dos resultados das oito escalas, em dois componentes principais distintos – o Componente Físico e o Componente Mental (Taft et al., 2001). As escalas do SF-36 que formam o Componente Físico são o funcionamento físico, o desempenho físico, e a dor corporal, enquanto o Componente Mental é constituído pelas escalas de saúde mental, desempenho emocional e funcionamento social (Ware et al., 1994; in Shmueli, 1998).

Segundo Ware et al. (1995), estes componentes principais foram construídos com base na análise factorial das correlações entre as oito escalas do SF-36 (no *MOS*), e na população em geral dos EUA, tendo demonstrado bons níveis de confiança (0,92 para o Componente Físico, e 0,91 para o Componente Mental).

No entanto, e segundo Lim e Fisher (1999), a preocupação de que o SF-36 fosse ainda, muito longo para algumas utilizações, levou os autores da escala a identificar um conjunto de 12 itens do SF-36 que acabaram por constituir o SF-12 – cujo objectivo é avaliar a saúde física e a saúde mental – e posteriormente, o SF-8. Estas duas escalas mais recentes, traduzem-se então, pelos Componentes acima referidos, com os resultados mais elevados a indicar melhores níveis de saúde (Física e Mental).

Quanto à consistência interna do SF-12, Lim e Fisher (1999) verificaram, no seu estudo com doentes cardíacos, que ambos os Componentes de QDV apresentaram bons valores de alfa de Cronbach (Componente Físico – $\alpha = 0,84$; Componente Mental – $\alpha = 0,81$), demonstrando um elevado grau de consistência interna.

Para o SF-8, e quanto à distribuição dos itens, Ribeiro (2003) refere que o item 1 avalia a Saúde Geral, o item 2, o Funcionamento Físico, o item 3 mede o Desempenho Físico, o item 4 avalia o Desempenho Emocional, o item 5, a Dor Corporal, os itens 6a e 6b medem a Vitalidade e a Saúde Mental (respectivamente), e o item 7 avalia o Funcionamento Social. O autor refere ainda que, após a análise de componentes principais para dois factores, o funcionamento físico, o desempenho físico, a dor corporal e a saúde geral fazem parte do Componente Físico, enquanto a vitalidade, o funcionamento social, o desempenho emocional e a saúde mental, constituem o Componente Mental.

Em termos de resposta, o SF-8 caracteriza-se por vários tipos de respostas, pelo que temos:

- ⇒ Itens 1 (Saúde Geral) e 5 (Dor Corporal) com resposta em escala tipo Likert de 5 posições (de “ótima” a “fraca” para o item 1; de “absolutamente nada” a “imenso” para o item 5);
- ⇒ Item 2 (Funcionamento Físico) com resposta em escala tipo Likert de 3 posições (de “sim, muito limitada” a “não, nada limitada”);
- ⇒ Itens 3 (Desempenho Físico) e 4 (Desempenho Emocional), com resposta dicotómica (“sim” ou “não”);
- ⇒ Itens 6a (Vitalidade), 6b (Saúde Mental) e 7 (Funcionamento Social) com resposta em escala tipo Likert de 6 posições (de “sempre” a “nunca”).

2.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi construída por Ribeiro (1999a), e pretende medir a percepção de SS, por se considerar, segundo o autor, que esta percepção é fundamental para os processos cognitivos e emocionais, quando se abordam as temáticas do bem-estar e QDV.

Segundo o autor, o início da construção da escala foi ditado pela selecção de 20 itens que se consideraram reflectir a satisfação do indivíduo com a sua vida social, nomeadamente, as pessoas com quem interage, e as actividades que desenvolve.

Após a análise de componentes principais, foram seleccionados os itens com carga factorial superior a 0,40, tendo a escala ficado reduzida a 15 itens, distribuídos por quatro factores (sub-escalas ou dimensões) explicativos de 63,1% da variância total (Ribeiro, 1999a).

O autor refere sobre as sub-escalas/dimensões geradas:

⇒ Satisfação com os Amigos – mede a satisfação com as amizades, contém 5 itens (3, 12, 13, 14 e 15), e explica 35% da variância total;

⇒ Intimidade – mede a percepção de suporte social íntimo, contém 4 itens (1, 4, 5 e 6), e explica 12,1% da variância total;

⇒ Satisfação com a Família – mede a satisfação com o suporte familiar, contém 3 itens (9, 10 e 11), e explica 8,7% da variância total;

⇒ Actividades Sociais – mede a satisfação com as actividades sociais realizadas, contém 3 itens (2, 7 e 8), e explica 7,3% da variância total.

É de referir que o factor que parece explicar melhor os resultados obtidos por esta escala é o de “Satisfação com os Amigos”, pois explica mais de metade da variância total da escala (Ribeiro, 1999a).

Quanto aos vários tipos de validade da escala, Ribeiro (1999a) refere resultados bastante satisfatórios, apesar de salientar a necessidade de continuidade de estudos que permitam melhorar as medidas de Suporte Social.

Em seguida, apresentam-se os valores de fidelidade (consistência interna) das sub-escalas ou dimensões, bem como da escala total (Ribeiro, 1999a).

Quadro 1: Coeficientes de *alfa de Cronbach* para a ESSS

Sub-escalas de Suporte Social	Alfa de Cronbach
Satisfação com os Amigos	$\alpha = 0,83$
Intimidade	$\alpha = 0,74$
Satisfação com a Família	$\alpha = 0,74$
Actividades Sociais	$\alpha = 0,64$
Escala Total	$\alpha = 0,85$

A versão final desta escala contém então, 15 itens de auto-preenchimento, aos quais o indivíduo deve responder (se se aplicar ao seu caso) se concorda, através de uma escala tipo Likert com 5 posições:

- ⇒ “concordo totalmente” – 1 ponto;
- ⇒ “concordo na maior parte” – 2 pontos;
- ⇒ “não concordo nem discordo” – 3 pontos;
- ⇒ “discordo na maior parte” – 4 pontos;

⇒ “discordo totalmente” – 5 pontos.

Esta cotação é adequada para todos os itens, excepto os casos de itens invertidos (itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Segundo o autor (Ribeiro, 1999a), a nota de cada dimensão, resulta da soma dos itens que a compõem, e a nota total da escala (que pode variar entre 15 e 75 pontos) resulta da soma da totalidade dos itens, sendo que, quanto mais alta for esta nota, maior é o Suporte Social percebido.

Finalmente, é importante referir que esta escala foi construída e validada com base numa amostra jovem, mas parece ser adequada a outros tipos de população, como se vai provando pela sua utilização em vários estudos que contemplam outros grupos (Ribeiro, 1999a).

2.2.4. Self-Esteem and Relationship (SEAR) Questionnaire

O *SEAR Questionnaire* foi inicialmente construído com o objectivo de avaliar o grau de satisfação com o tratamento da disfunção erétil (através da administração de Viagra – *Sildenafil Citrate*) (Cappelleri et al., 2002).

No entanto, para este estudo, iniciámos o estudo de adaptação da escala, procedendo à sua tradução (e retroversão), por forma a tornar possível a avaliação da variável Satisfação Sexual, principalmente por considerarmos que uma tal avaliação deve incluir, não só questões relacionadas com as relações sexuais propriamente ditas, mas também questões

que abordem outros factores relacionados com esta área (é o caso da Auto-estima e do Relacionamento Geral, como temos vindo a perceber, com base na literatura).

Cappelleri et al. (2002) construíram esta escala com base em 86 questões identificadas através de revisão de literatura, e de grupos de discussão com homens que sofriam de disfunção erétil (idades entre os 40 e os 75 anos), suas companheiras e médicos. Estas questões focavam sentimentos e pensamentos, e correspondente impacto na vida dos homens com disfunção erétil. Para eliminar respostas redundantes, inconsistentes ou ambíguas, e aquelas questões que tinham propriedades métricas mais pobres, foram utilizadas as respostas de 150 homens com disfunção erétil (de idades entre os 18 e os 74 anos).

Este processo de desenvolvimento resultou num questionário de 14 itens, cujo estudo de validação psicométrica, foi realizado com 192 homens (98 com disfunção erétil, e 94 de controle, com idades emparelhadas), e em que se compararam os resultados deste questionário com os de uma “medida de ouro”, o *Erectile Dysfunction Inventory Treatment Satisfaction (EDITS)*, comparação essa, que resultou em valores bastante satisfatórios para o *SEAR*, com podemos verificar em seguida (Cappelleri et al., 2002).

Da análise factorial dos referidos 14 itens, resultou numa solução de estrutura simples, com dois factores principais:

- ⇒ Domínio da Relação Sexual (8 itens – do item 1 ao item 8);
- ⇒ Domínio de Confiança (total de 6 itens)
 - sub-escala de Auto-Estima (4 itens – do item 9 ao item 12);
 - sub-escala de Relacionamento Geral (2 itens – itens 13 e 14).

A resposta a esta escala é referente à forma como o sujeito se sentiu nas últimas quatro semanas, e apresenta-se numa escala de tipo Likert, com 5 posições:

- ⇒ “quase nunca ou nunca” – 1 ponto;
- ⇒ “poucas vezes (menos de metade do tempo)” – 2 pontos;
- ⇒ “algumas vezes (cerca de metade do tempo)” – 3 pontos;
- ⇒ “muitas vezes (mais de metade do tempo)” – 4 pontos;
- ⇒ “quase sempre ou sempre” – 5 pontos.

Os itens são de cotação directa (acima referida), à excepção dos itens 8 e 11 (com cotação inversa).

No estudo de adaptação da escala, e por forma a avaliar a consistência interna do *SEAR Questionnaire*, recorreremos ao *alfa de Cronbach*, verificando que a escala apresentou (para o nosso estudo) uma consistência interna bastante boa – segundo Ribeiro (1999b), os bons valores de consistência interna, devem exceder 0,80, apesar de serem considerados aceitáveis os valores acima de 0,60 – conforme podemos observar no quadro seguinte.

Quadro 2: Coeficientes de *alfa de Cronbach* para o *SEAR Questionnaire*

Domínios do <i>SEAR</i>	Alfa de Cronbach
Domínio da Relação Sexual	$\alpha = 0,90$
Domínio de Confiança	$\alpha = 0,85$
▪ Sub-escala Auto-estima	$\alpha = 0,83$
▪ Sub-escala Relacionamento Geral	$\alpha = 0,73$
Escala Total	$\alpha = 0,90$

2.2.5. Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6)

O *UDI-6* é um questionário de sintomas especificamente construído para avaliar a existência e grau de incómodo causado por sintomas relacionados com a IU, em mulheres.

A sua validação advém de estudos realizados com uma amostra de mulheres de “meia-idade” que aceitaram participar numa investigação acerca das intervenções comportamentais para a IU (Shumaker et al., 1994; Uebersax et al., 1995; in Dugan, 1998).

A resposta a este instrumento é dada através de resposta “sim” ou “não” (se tem, ou não, cada um dos sintomas listados), seguida de uma escala tipo Likert de 4 posições, correspondendo ao grau de incómodo relativo a cada sintoma (os valores mais elevados indicam maior grau de incómodo):

- ⇒ nenhum incómodo – 0 pontos;
- ⇒ incómodo ligeiro – 1 ponto;
- ⇒ incómodo moderado – 2 pontos;
- ⇒ grande incómodo – 3 pontos.

Os resultados desta escala são expressos através de uma nota global, calculada com base na média dos itens (Dugan et al., 1998).

No nosso estudo, iniciámos também, o estudo de adaptação da escala, procedendo à sua tradução (e retroversão), visto não ter sido encontrado um instrumento em português, que medisse o que se pretendia, quanto a nós de forma adequada.

Por forma a avaliar a consistência interna do *UDI-6*, recorreremos ao *alfa de Cronbach*, verificando que a escala apresentou, uma consistência interna bastante aceitável ($\alpha = 0,73$), tendo em conta que os bons valores de consistência interna, devem exceder 0,80 (apesar de serem considerados aceitáveis os valores acima de 0,60) (Ribeiro, 1999b).

2.3. Planificação

Segundo Ribeiro (1999b), os *Desenhos de Investigação* podem ser experimentais, ou observacionais, sendo os últimos, aqueles em que a intenção é a observação do que acontece na natureza, sem manipulação das variáveis por parte do investigador; é uma exploração da realidade, pelo que não se justifica a formulação de hipóteses. Assim sendo, consideramos o presente estudo como estando enquadrado neste tipo de desenho de investigação.

Os estudos observacionais podem ser divididos em estudos *analíticos* e *descritivos*. Nos descritivos, o investigador descreve os fenómenos ocorridos naturalmente, e os efeitos produzidos nos sujeitos por esses mesmos fenómenos. Segundo Ribeiro (1999b), este tipo de estudos têm como principal função fornecer informação acerca da população, considerando “os estudos descritivos são, normalmente, estudos exploratórios que decorrem do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular hipóteses” (p.25), pelo que o desenho de investigação a utilizar deverá permitir a recolha de informação para posterior formulação de hipóteses.

Como tal, consideramos que este nosso estudo tem um carácter observacional, exploratório, descritivo e transversal, na medida em que explora o problema, do geral para o particular, com vista à identificação de variáveis importantes neste campo, pretendendo descrever o “estado” dessas variáveis, para determinada população, e em determinado momento.

Podemos ainda referir, na caracterização deste estudo, o tipo de método de investigação utilizado, que nos parece inscrever-se na categoria dos estudos correlacionais.

Em investigações que se propõem observar o que ocorre sem manipular as variáveis, é muitas vezes, difícil definir qual é a variável dependente ou independente, sendo nestes casos, preferível denominá-las de *variáveis principais e variáveis secundárias* (Ribeiro, 1999b).

Definimos então, para o nosso estudo, as seguintes variáveis:

Variáveis Principais:

- ⇒ Qualidade de Vida;
- ⇒ Suporte Social;
- ⇒ Satisfação Sexual;
- ⇒ Incontinência Urinária (Grau de Incómodo).

Variáveis Secundárias:

- ⇒ Variáveis de Doença - vida sexual activa, frequência de relações sexuais, duração da IU (há quanto tempo), frequência de episódios de IU, aparecimento de episódios de IU, percepção do grau de IU, infecção urinária nos últimos dois anos, submissão a cirurgia local, outros problemas de saúde, e sintomas de IU;
- ⇒ Variáveis Demográficas - idade, escolaridade, profissão, estado civil, n ° de filhos, n ° de gravidezes.

2.4. Procedimento

O primeiro passo dado no sentido da concretização deste estudo, foi a escolha e compilação das escalas adequadas à medição das variáveis em estudo (Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual e Incontinência Urinária), e a criação de um questionário demográfico (com base na opinião de técnicos da área, e na literatura). Depois de elaborado o protocolo (Anexo 1), foi realizada uma testagem inicial, por forma a identificar eventuais dificuldades de preenchimento e/ou compreensão do protocolo (donde não se retiraram considerações que pudessem pôr em causa a utilização do mesmo), após o que pudemos passar à fase de recolha de dados, propriamente dita.

Pela variedade de instituições a que recorreremos, e sendo os primeiros passos comuns a todas elas, sintetizaremos esta fase inicial, da seguinte forma: depois de elaborado o protocolo, foram feitos vários contactos (pessoais e/ou por escrito – Anexo 2) no sentido de obter as devidas autorizações para recolha dos dados necessários.

Foram contactadas, e aceitaram colaborar, as seguintes instituições: Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Consulta de Uroginecologia, Departamento de Psicologia e Serviço de Fisioterapia), Hospital de Santa Cruz do Desterro (Serviço de Uroginecologia), Hospital de Santa Maria (Consulta de Uroginecologia), Centro de Saúde de Sete Rios, e Fisiosped (clínica de fisioterapia).

Obtidas as devidas autorizações, e após os primeiros contactos com os serviços (no sentido de uma melhor percepção das várias realidades), procedeu-se à recolha dos dados, tendo sempre em conta a adequação dos procedimentos ao tipo de funcionamento de cada uma das instituições.

Posteriormente à recolha dos dados, foram codificadas as respostas para permitir a sua introdução no programa *SPSS for Windows* (por forma a criar uma base de dados), após o que se realizou a análise estatística dos mesmos.

Na análise estatística das variáveis deste estudo, foram utilizadas várias técnicas, nomeadamente, técnicas descritivas (médias – \bar{M} –, desvios-padrão – dp , e percentagens) técnicas de comparação de médias (Testes t de Student e Oneway ANOVA) e técnica de correlação (coeficiente de correlação de *Pearson*).

Na análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, em particular, consideramos, para além dos níveis de significância (apresentados junto de cada um dos quadros de resultados), que as correlações com coeficiente inferior a 0,40 são modestas, enquanto as correlações com valor superior a 0,70 são consideradas elevadas.

Após estes procedimentos, obtivemos então, os resultados apresentados na secção seguinte, a cuja discussão passaremos posteriormente.

III. RESULTADOS

Nesta secção encontram-se descritos os resultados obtidos após análise estatística, tendo sempre em conta a necessária adequação do tratamento dos dados às características das variáveis em estudo.

Inicialmente, são expostos os resultados das Variáveis Principais em estudo (Qualidade de Vida, Suporte Social, Satisfação Sexual e Incontinência Urinária) e respectivas relações, após o que se apresentam os resultados das mesmas, mas em função da influência das Variáveis Secundárias (Variáveis Demográficas e Variáveis de Doença).

3.1. Variáveis Principais

Em primeiro lugar, são apresentados os resultados da análise estatística relativa às relações entre Variáveis Principais, para a qual foi utilizada a técnica de correlação de *Pearson*.

Quadro 3: Resultados Correlação de *Pearson* entre Qualidade de Vida e Suporte Social

		Qualidade de Vida		Suporte Social			
		Componente Mental	Componente Físico	Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Actividades Sociais
Qualidade de Vida	Componente Mental	---					
	Componente Físico	0,58****	---				
	Satisfação Amigos	0,42****	0,33***	---			
Suporte Social	Intimidade	0,37****	n. s.	0,44****	---		
	Satisfação Família	0,46****	n. s.	0,47****	0,31**	---	
	Actividades Sociais	0,29**	n. s.	0,23*	n. s.	n. s.	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

No Quadro 3, estão representadas as correlações internas das escalas utilizadas para medir a Qualidade de Vida e o Suporte Social, bem como, as correlações resultantes do cruzamento destas duas Variáveis Principais.

Podemos então, verificar que os dois componentes da escala de QDV (Componente Físico e Componente Mental) se correlacionam de forma estatisticamente significativa e positiva entre si, apresentando um bom coeficiente de correlação.

Quanto às relações entre os domínios de SS contemplados pela escala utilizada, verificamos que a Satisfação com os Amigos se correlaciona de forma positiva, e estatisticamente significativa (com um coeficiente de correlação razoável) com a Intimidade, e Satisfação com a Família; enquanto para as relações entre Satisfação com os Amigos e Actividades Sociais, e entre Intimidade e Satisfação com a Família, verificamos correlações de carácter positivo e estatisticamente significativo, mas modestas.

No que diz respeito à correlação entre Variáveis Principais, é de salientar que o Componente Mental de QDV se correlaciona positivamente e de forma estatisticamente

significativa com todas as dimensões de SS: Satisfação com os Amigos (correlação razoável), a Intimidade (correlação modesta), Satisfação com a Família (correlação razoável), e Actividades Sociais (correlação modesta). O Componente Físico de QDV, por seu lado, só se correlaciona com a Satisfação com os Amigos, com um carácter positivo, estatisticamente significativo, mas modesto.

Quadro 4: Resultados Correlação de *Pearson* entre Qualidade de Vida e Satisfação Sexual

		Qualidade de Vida		Satisfação Sexual			
		Componente Mental	Componente Físico	Domínio Relação Sexual	Domínio Confiança		
					Sub-escala Auto-estima	Sub-escala Relacionamento Geral	
Qualidade de Vida	Componente Mental	---					
	Componente Físico	0,58****	---				
Satisfação Sexual	Domínio Relação Sexual	0,33**	0,28*	---			
	Domínio Confiança	Sub-escala Auto-estima	0,48****	0,44***	0,53****	---	
		Sub-escala Relacionamento Geral	0,41**	n. s.	0,28*	0,58****	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

O Quadro 4 revela-nos a correlação entre domínios da escala de Satisfação Sexual, bem como as correlações entre esta Variável Principal e a QDV.

Verificamos então, que na escala de Satisfação Sexual, o Domínio da Relação Sexual apresenta correlações positivas e estatisticamente significativas com o Domínio da Confiança (Sub-escala de Auto-estima – correlação razoável; Sub-escala de Relacionamento Geral – correlação modesta). As Sub-escalas do Domínio da Confiança

(Auto-estima e Relacionamento Geral) apresentam, entre si, uma correlação razoável, positiva e estatisticamente significativa.

Quanto à relação entre Satisfação Sexual e QDV, verificam-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre o Componente Mental de QDV e ambos os domínios da Satisfação Sexual, com o Domínio da Relação Sexual a apresentar uma correlação modesta, e o Domínio da Confiança (ambas as Sub-escalas) a apresentar correlações razoáveis. O Componente Físico de QDV, apresenta correlações positivas e estatisticamente significativas com o Domínio da Relação Sexual (correlação modesta) e, do Domínio da Confiança, apenas com a Sub-escala de Auto-estima (correlação razoável).

Quadro 5: Resultados Correlação de *Pearson* entre Qualidade de Vida e Incontinência Urinária

		Qualidade de Vida		Incontinência Urinária
		Componente Mental	Componente Físico	Grau de Incómodo
Qualidade de Vida	Componente Mental	---		
	Componente Físico	0,58****	---	
Incontinência Urinária	Grau de Incómodo	- 0,25**	- 0,20*	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

No Quadro 5, podemos verificar que ambos os Componentes de QDV (Mental e Físico) apresentam correlações negativas, modestas e estatisticamente significativas com o Grau de Incómodo face à IU.

Quadro 6: Resultados Correlação de *Pearson* entre Suporte Social e Satisfação Sexual

		Suporte Social				Satisfação Sexual		
		Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Actividades Sociais	Domínio Relação Sexual	Domínio Confiança	
							Sub-escala Auto-estima	Sub-escala Relacionamento Geral
Suporte Social	Satisfação Amigos	---						
	Intimidade	0,44****	---					
	Satisfação Família	0,47****	0,31**	---				
	Actividades Sociais	0,23*	n. s.	n. s.	---			
Satisfação Sexual	Domínio Relação Sexual	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	---		
	Domínio Confiança							
	Sub-escala Auto-estima	0,35**	0,35**	n. s.	n. s.	0,53****	---	
	Sub-escala Relacionamento Geral	0,34**	0,27*	0,32**	n. s.	0,28*	0,58****	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

No Quadro 6, encontramos as correlações entre Suporte Social e Satisfação Sexual, verificando-se que a dimensão Satisfação com os Amigos se correlaciona (embora modestamente) de forma positiva e estatisticamente significativa, com o Domínio de Confiança da Satisfação Sexual (ambas as Sub-escalas – Auto-estima e Relacionamento Geral).

Em relação à dimensão Intimidade, verificamos a mesma situação, correlações positivas e estatisticamente significativas com ambas as Sub-escalas do Domínio de Confiança da Satisfação Sexual (Sub-escalas de Auto-estima e Relacionamento Geral), apesar de modestas.

A Satisfação com a Família correlaciona-se apenas com a Sub-escala de Relacionamento Geral (Domínio de Confiança), de forma positiva, modesta e

estatisticamente significativa, e as Actividades Sociais não apresentam nenhuma correlação estatisticamente significativa com a Satisfação Sexual.

Para finalizar a apresentação das correlações entre Variáveis Principais, chamamos a atenção para o facto de a escala utilizada para avaliar a IU (Grau de Incómodo – *UDI-6*) não apresentar nenhuma correlação significativa com o SS, nem com a Satisfação Sexual (e respectivas dimensões ou domínios).

3.2 Variáveis Secundárias

Em seguida, apresentamos os resultados da análise estatística das Variáveis Secundárias (Variáveis de Doença e Variáveis Demográficas), e sua relação com as Variáveis Principais (Qualidade de Vida, Suporte Social, Satisfação Sexual e Incontinência Urinária).

3.2.1 Estatística Descritiva

Por forma a tornar mais clara a apresentação dos resultados obtidos quanto às Variáveis Secundárias (Variáveis Demográficas e Variáveis de Doença), começamos por apresentar a estatística descritiva das mesmas.

Quadro 7: Estatística Descritiva das Variáveis Secundárias

Variáveis Demográficas	Idade (N = 93):	$\underline{M} = 60,15$; $\underline{dp} = 9,91$ (Min. = 35; Máx. = 81)
	Profissão (N = 93):	
	▪ Categoria 2*	1,1%
	▪ Categoria 4*	7,5%
	▪ Categoria 5*	3,2%
	▪ Categoria 7*	5,4%
	▪ Categoria 8*	1,1%
	▪ Categoria 9*	38,7%
	▪ Desempregada / Reformada	43%
	Escolaridade (N = 93):	$\underline{M} = 4,47$; $\underline{dp} = 3,43$ (Min. = 0; Máx. = 17)
Estado Civil (N = 93):		
▪ Com companheiro (casadas/união de facto)	74,2%	
▪ Sem companheiro (solteiras, divorciadas e viúvas)	25,8%	
N ° de Filhos (N = 93):	$\underline{M} = 2,20$; $\underline{dp} = 1,65$ (Min. = 0; Máx. = 10)	
N ° de Gravidezes (N = 92):	$\underline{M} = 3,53$; $\underline{dp} = 3,57$ (Min. = 0; Máx. = 23)	
Vida Sexual Activa (N = 93):		
▪ Sim	58,1%	
▪ Não	41,9%	

Variáveis de Doença	Frequência Relações Sexuais (N = 91):	
	▪ Mais do que 1 vez por semana	12,9%
	▪ 1 vez por semana	17,2%
	▪ 2 vezes por mês	15,1%
	▪ 1 vez por mês	6,5%
	▪ Menos do que 1 vez por mês	4,3%
	▪ Não respondeu	2,2%
	▪ Não tem vida sexual activa	41,9%
	Duração da IU (N = 93):	
		M (em anos)=6,75; dp=6,98
		(Min. = 4 meses; Máx.= 35 anos)
	Frequência Episódios IU (N = 93):	
	▪ Ocasional (menos de 2 episódios por mês)	5,4%
	▪ Regular (mais de 2 episódios por mês)	94,6%
	Aparecimento episódios IU (N = 93):	
	▪ Período de gravidez, parto e pós-parto	9,7%
	▪ Entre gravidez e menopausa	20,4%
	▪ Depois da menopausa	64,5%
	▪ Outra	5,4%
Percepção do Grau de IU (N = 93):		
▪ Mínimo	10,8%	
▪ Leve	3,2%	
▪ Moderado	48,4%	
▪ Grave	37,6%	
Infecção Urinária nos últimos 2 anos (N = 92):		
▪ Sim	42,5%	
▪ Não	53,8%	
▪ Não respondeu	1,1%	
Cirurgia Local (N = 90):		
▪ Sim	47,3%	
▪ Não	49,5%	
▪ Não respondeu	3,2%	
Outros Problemas Saúde (N = 93):		
▪ Sim	86%	
▪ Não	14%	
Sintomas (N = 93):		
▪ Todos os da escala (UDI-6)	58,1%	
▪ Nem todos os da escala (UDI-6)	41,9%	

* Categorias Profissionais da CNP (Anexo 3 - IEF, 1994)

No Quadro 7, e começando pelas Variáveis Demográficas, verificamos que a média de idades das participantes é de 60,15 anos, e a maioria encontra-se desempregada ou reformada, apesar de haver também, uma grande parte que integra a categoria 9 da CNP.

A Escolaridade média, é baixa, sendo de notar uma diferença significativa entre esta média e o valor máximo de escolaridade (17 anos).

A grande maioria das participantes tem companheiro (Estado Civil – casada/em união de facto), teve em média 2,20 filhos, e 3,53 gravidezes (sendo de salientar, mais uma vez, a discrepância entre as médias verificadas e os valores máximos – 10 filhos e 23 gravidezes).

Em termos de Vida Sexual, verificamos alguma homogeneidade entre as participantes que têm uma vida sexual activa, e as que não têm. Das participantes com vida sexual activa, a maior parte relata uma Frequência média de Relações Sexuais de uma vez por semana, apesar de também se verificarem percentagens significativas para “duas vezes por mês” e “mais do que uma vez por semana”.

Passando para as Variáveis de Doença, é de referir que a duração média da IU é de 6,75 anos (apesar da discrepância entre mínimo – 4 meses – e máximo – 35 anos), a quase totalidade das participantes relata a sua IU como regular (mais do que dois episódios por mês), a maioria identifica o Aparecimento de Episódios de IU depois da menopausa, e percepção a sua IU como sendo de Grau moderado (apesar de a percentagem de participantes que o consideram como grave, ser também bastante elevada).

É ainda de salientar que a maioria não relata Infecção Urinária nos últimos dois (apesar de o grupo que teve infecção, ser também grande), o mesmo acontecendo para a submissão

a Cirurgia Local (a maioria não foi submetida a cirurgia local, mas a diferença é ligeira).

Em relação a Outros Problemas de Saúde, a grande maioria declara a sua existência.

Finalmente, quanto ao número de Sintomas relatados, a maioria refere ter todos os sintomas listados na respectiva escala, mas o número de participantes que não relata todos os sintomas, ser também, elevado.

3.2.2. Variáveis de Doença

Como pudemos ver anteriormente, definimos como Variáveis de Doença, as Variáveis Secundárias relacionadas com a IU, que incluem a Duração da IU, a Frequência de Episódios de IU, o Aparecimento dos Episódios de IU, a Percepção do Grau de IU, a existência (ou não) de Infecção Urinária nos últimos dois anos, a submissão a Cirurgia Local, a presença (ou não) de Outros Problemas de Saúde, e os Sintomas. No entanto, estas variáveis apresentam características diferentes, pelo que o tipo de tratamento estatístico deve ser adequado a cada uma.

3.2.2.1. Comparação de Médias

Para as **Variáveis de Doença (com duas categorias de resposta)** – Frequência de Episódios de IU, história de Infecção Urinária (nos últimos dois anos), submissão a Cirurgia Local, história de Outros Problemas de Saúde, e Sintomas – foi utilizada a

estatística t de Student, tendo sido encontradas bastantes diferenças estatisticamente significativas, que passamos a apresentar conforme as ligações com outras variáveis em estudo (começando pelas Variáveis Principais).

Quadro 8: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Qualidade de Vida

			Qualidade de Vida			
			Componente Mental			
			M	dp	t	
Variáveis de Doença	Infecção Urinária	Sim	43,75	23,34	- 2,01*	
		Não	54	25,11		
	Outros Problemas Saúde	Sim	46,79	22,93	- 2,53**	
		Não	64,90	29,48		
				Componente Físico		
		Outros Problemas Saúde	Sim	35,52	22,81	- 2,44**
Não			51,74	17,79		

Níveis de Significância: * p<0,05; ** p<0,01

No Quadro 8, identificamos as Variáveis de Doença para as quais a QDV apresentou diferenças estatisticamente significativas.

O Componente Mental de QDV registou diferenças estatisticamente significativas relacionadas com história de Infecção Urinária nos últimos dois anos – as participantes que relataram este problema, apresentam níveis mais baixos de QDV (na sua vertente mental) – e de Outros Problemas de Saúde (são também as participantes que relatam outros problemas de saúde, quem apresenta níveis mais baixos na componente mental de QDV).

Para o Componente Físico de QDV, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que respeita à existência de história de Infecção Urinária nos últimos dois anos, com as participantes sem infecção urinária nos últimos dois anos, a apresentar valores de QDV mais elevados (vertente física).

Quadro 9: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Suporte Social

		Suporte Social			
		Satisfação com a Família			
			M	dp	t
Variáveis de Doença	Outros Problemas Saúde	Sim	10,55	2,51	- 2,06*
		Não	12,07	2,17	
	Intimidade				
	Infecção Urinária	Sim	12,11	3,32	- 3,03**
		Não	14,10	2,92	
	Sintomas	Sim	13,90	3,48	2,61**
Não		12,17	2,58		

Níveis de Significância: * p<0,05; ** p<0,01

No Quadro 9, encontramos os resultados estatisticamente significativos do cruzamento entre Variáveis de Doença e SS, sendo duas as dimensões onde se verificaram diferenças significativas – Satisfação com a Família e Intimidade.

A dimensão Satisfação com a Família apresenta diferenças estatisticamente significativas perante a existência (ou ausência) de Outros Problemas de Saúde, com o grupo que não relata outros problemas, a apresentar níveis mais elevados desta dimensão, do que o grupo que tem outros problemas de saúde.

Quanto à dimensão Intimidade, viu-se influenciada de forma estatisticamente significativa, pela existência (ou não) de Infecção Urinária (nos últimos dois anos), e pelo relato de Sintomas de IU (todos os da escala *UDI-6*, ou nem todos) – grupo que relatou não ter tido Infecção Urinária nos últimos dois anos, apresenta níveis mais elevados de Intimidade, do que o grupo que foi confrontado com este tipo de infecção; quanto ao relato de Sintomas, o grupo que relata ter todos os sintomas da escala, é o que demonstra níveis mais elevados de Intimidade, do que o grupo que não tem todos os sintomas.

Chamamos a atenção para o facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas relacionadas com a Variável Principal Satisfação Sexual.

Quadro 10: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Incontinência Urinária

		Incontinência Urinária			
		Grau de Incômodo			
			<u>M</u>	<u>dp</u>	<u>t</u>
Variáveis de Doença	Infecção Urinária	Sim	12,85	3,93	2,09*
		Não	10,98	4,55	

Nível de Significância: * p<0,05

No Quadro 10 são apresentadas as diferenças estatisticamente significativas resultantes do cruzamento das Variáveis de Doença com a Incontinência Urinária (Grau de Incômodo), do qual sobressaem apenas as diferenças encontradas em função da história de Infecção Urinária (nos últimos dois anos), com o grupo que teve Infecção Urinária a demonstrar maior Grau de Incômodo com a sua IU, enquanto o grupo que não teve este problema, se sente menos incomodado.

Quadro 11: Resultados Teste t de Student para Variáveis de Doença e Variáveis Secundárias (Demográficas e de Doença)

		Variáveis Demográficas				
		Profissão				
			<u>M</u>	<u>dp</u>	<u>t</u>	
Variáveis de Doença	Frequência Episódios IU	Ocasional	6	2,73	- 3,53***	
		Regular	8,88	1,71		
			Escolaridade			
	Frequência Episódios IU	Ocasional	9	4,94	3,17**	
		Regular	4,21	3,18		
			Variáveis de Doença			
		Percepção Grau de IU				
Frequência Episódios IU	Ocasional	1,60	0,89	- 4,18****		
	Regular	3,21	0,83			

Níveis de Significância: ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001

No Quadro 11 podemos observar os resultados do cruzamento das Variáveis de Doença com as Variáveis Secundárias (Variáveis Demográficas, e outras Variáveis de Doença), nomeadamente, as diferenças estatisticamente significativas que se verificaram.

Em termos de Variáveis Demográficas, verificamos a existência de diferenças significativas quanto à Frequência de Episódios de IU, para a Profissão das participantes (profissões mais diferenciadas para as participantes cuja Frequência de Episódios de IU é ocasional) e Escolaridade (as participantes cuja IU é ocasional, são mais escolarizadas).

Quanto a Variáveis de Doença (Percepção do Grau de IU), as participantes cujos episódios de IU são regulares, percebem o seu grau de IU como mais grave.

Para as Variáveis de Doença (com mais de duas categorias de resposta) – Duração de IU, Aparecimento de Episódios de IU, e Percepção do Grau de IU – foi utilizada a estatística Oneway ANOVA, sendo de salientar que a única variável deste tipo a apresentar diferenças estatisticamente significativas, foi o Aparecimento de Episódios de IU.

No que respeita a esta variável, apresentam-se para análise, cinco grupos (Grupo 1 – “Antes de engravidar”; Grupo 2 – “Durante período de gravidez, parto e pós-parto”; Grupo 3 – “Entre última gravidez e menopausa”; Grupo 4 – “Depois da menopausa”; Grupo 5 – “Outra altura”), apesar de nenhuma participante ter respondido “Antes de engravidar”.

Quadro 12: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis de Doença e Satisfação Sexual

		Satisfação Sexual			
		Sub-escala Relacionamento Geral			
		<u>M</u>	<u>dp</u>	<u>F</u>	
Variáveis de doença	Aparecimento Episódios IU	Grupo 2	45,83	23,38	2,66*
		Grupo 3	75	32,29	
		Grupo 4	70,09	31,43	
		Grupo 5	100	0	

Nível de Significância: * $p < 0,05$

No Quadro 12, encontra-se descrita a relação estatisticamente significativa entre o Aparecimento de Episódios de IU e a Satisfação Sexual (Sub-escala de Relacionamento

Geral) – única Variável Principal que apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação a esta Variável de Doença – com o grupo de participantes que relata “Outra altura” (para o aparecimento dos seus episódios de IU) a apresentar os níveis mais elevados na Sub-escala de Relacionamento Geral, seguido do grupo que identifica o período “Entre a última gravidez e a menopausa” (como altura do aparecimento), logo depois, o grupo que relata ter começado a ter episódios de IU “Depois da menopausa” e, finalmente, o grupo que refere como altura do aparecimento dos episódios o “Período de gravidez, parto e pós-parto” (com os níveis mais baixos de Satisfação Sexual, ao nível do Relacionamento Geral).

Quadro 13: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis de Doença e Variáveis Demográficas

		Variáveis Demográficas				
		Idade				
			M	dp	F	
Variáveis de Doença	Aparecimento Episódios IU	Grupo 2	52,44	12,22	11,36****	
		Grupo 3	52,89	7,18		
		Grupo 4	63,96	8		
		Grupo 5	55,80	12,47		
			Frequência Relações Sexuais			
	Aparecimento Episódios IU	Grupo 2	2,75	1,58	4,19**	
		Grupo 3	3,57	2,61		
		Grupo 4	5,45	2,08		
Grupo 5		6	3,08			

Níveis de Significância: ** p<0,01; **** p<0,0001

No Quadro anterior, são apresentadas as diferenças estatisticamente significativas que encontramos ao averiguar as relações entre Variáveis de Doença (Aparecimento de Episódios de IU) e Variáveis Demográficas, nomeadamente, Idade e Frequência de Relações Sexuais.

Quanto à Idade, verificamos que o grupo que relatou o Aparecimento dos seus Episódios de IU “Depois da menopausa”, comporta as mulheres mais velhas, seguido do

grupo que respondeu “Outra altura”, depois o grupo que relatou ter começado com episódios de IU “Entre a última gravidez e a menopausa” e finalmente, o grupo que refere que foi “Durante o período de gravidez, parto e pós-parto” (com as mulheres mais jovens).

Em termos de Frequência de Relações Sexuais, e tendo em conta que a cotação desta variável deveria ser inversa, o grupo 5 (“Outra altura”) apresenta a menor frequência de relações sexuais, seguido do grupo 4 (“Depois da menopausa”), do grupo 3 (“Entre a última gravidez e a menopausa”) e do grupo 2 (“Durante o período de gravidez, parto e pós-parto”), com a maior frequência média de relações sexuais.

Quadro 14: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis de Doença entre si

		Variáveis de Doença			
		Duração IU			
		M	dp	F	
Variáveis de Doença	Aparecimento Episódios IU	Grupo 2	19,94	11,94	21,65*****
		Grupo 3	7,31	5,96	
		Grupo 4	4,47	3,42	
		Grupo 5	8,20	5,49	
	Sintomas				
	Aparecimento Episódios IU	Grupo 2	1	0	1,11**
		Grupo 3	0,78	0,41	
		Grupo 4	0,46	0,50	
Grupo 5		0,40	0,54		

Níveis de Significância: ** p<0,01; ***** p<0,0001

No Quadro 14, encontram-se então, descritas as relações estatisticamente significativas entre o Aparecimento de Episódios de IU e outras Variáveis de Doença, nomeadamente, a Duração de IU e os Sintomas.

No que respeita à Duração de IU, o grupo 2 demonstra maior tempo de duração da sua IU, seguido do grupo 5, grupo 3, e grupo 4, com menos tempo de duração de IU, enquanto em termos de Sintomas, o grupo 2 é o que apresenta mais sintomas (da escala), seguido

dos restantes grupos (em ordem decrescente), até ao grupo 5 (com menos sintomas relatados).

3.2.2.2. Correlações

Por forma a averiguar quais as correlações das Variáveis de Doença com outras variáveis (Variáveis Principais e Variáveis Demográficas), bem como, entre as próprias Variáveis de Doença, utilizámos o coeficiente de correlação de *Pearson*, cujos resultados apresentamos em seguida.

Quadro 15: Resultados Correlação de *Pearson* entre Variáveis de Doença e Variáveis Principais

		Suporte Social		Satisfação Sexual	Incontinência Urinária	Variáveis de Doença	
		Satisfação com Amigos	Intimidade	Domínio Relação Sexual	Grau de Incómodo	Duração IU	Percepção Grau IU
Suporte Social	Satisfação com Amigos	---					
	Intimidade	0,44****	---				
Satisfação Sexual	Domínio Relação Sexual	n. s.	n. s.	---			
Incontinência Urinária	Grau de Incómodo	n. s.	n. s.	n. s.	---		
Variáveis de Doença	Duração IU	0,21*	0,23*	- 0,29*	n. s.	---	
	Percepção Grau IU	n. s.	n. s.	n. s.	0,41****	n. s.	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

No Quadro 15, podemos observar as correlações estatisticamente significativas, no que respeita ao cruzamento das Variáveis de Doença, neste caso, Duração de IU e Percepção do Grau de IU, com as Variáveis Principais – o SS, a Satisfação Sexual e a IU foram as únicas para as quais se verificaram resultados significativos.

Verificamos então, que a Duração de IU correlaciona-se positivamente (e de forma modesta) com o Suporte Social (dimensões de Satisfação com os Amigos e Intimidade), e negativamente (também de forma modesta) com a Satisfação Sexual (Domínio da Relação Sexual).

A Percepção do Grau de IU, por seu lado, correlaciona-se significativamente (coeficiente razoável) com o Grau de Incómodo inerente à IU.

Finalmente, salientamos a existência de apenas uma correlação estatisticamente significativa entre Variáveis de Doença e Variáveis Demográficas: entre a Percepção do Grau de IU e a Escolaridade ($r(93) = -0,32; p < 0,001$) – correlação negativa e modesta.

3.2.3. Variáveis Demográficas

Como foi descrito no Quadro 7, as Variáveis Demográficas deste estudo incluem a Idade, Profissão, Escolaridade, Estado Civil, N° de Filhos, N° de Gravidezes, Vida Sexual Activa e Frequência de Relações Sexuais. Tal como referido para as Variáveis de Doença (apresentadas anteriormente), também para as Variáveis Demográficas, utilizámos tratamentos estatísticos diferentes consoante as características de cada variável.

3.2.3.1. Comparação de Médias

Em seguida, começamos por apresentar os resultados que obtivemos no que respeita às **Variáveis Demográficas (com duas categorias de resposta)** – Estado Civil e Vida Sexual Activa – e quais as suas relações com as outras variáveis em estudo.

Quadro 16: Resultados Teste t de Student para Variáveis Demográficas e Suporte Social

		Suporte Social			
		Intimidade			
			<u>M</u>	<u>dp</u>	<u>t</u>
Variáveis Demográficas	Vida Sexual Activa	Sim	13,90	3,48	2,61**
		Não	12,17	2,58	

Níveis de Significância: ** p<0,01

No Quadro 16 podemos verificar que o único resultado estatisticamente significativo do cruzamento deste tipo de Variáveis Demográficas com as Variáveis Principais, diz respeito à influência da Vida Sexual Activa na dimensão Intimidade (Variável Principal Suporte Social), com as participantes que relatam ter uma sexualidade activa a apresentar níveis mais elevados de Intimidade, do que as que não têm actividade sexual.

Quadro 17: Resultados Teste t de Student para Variáveis Demográficas e Variáveis de Doença

		Variáveis de Doença			
		Duração IU			
			<u>M</u>	<u>dp</u>	<u>t</u>
Variáveis Demográficas	Vida Sexual Activa	Sim	8,14	8,32	2,30*
		Não	4,83	3,86	
	Aparecimento Episódios IU				
	Vida Sexual Activa	Sim	3,42	0,81	- 3,83****
		Não	3,97	0,42	
	Estado Civil	Sem companheiro	4	0,29	2,77**
	Com companheiro	3,07	0,79		

Níveis de Significância: * p<0,05; ** p<0,01; **** p<0,0001

No Quadro 17 encontram-se representadas as relações, entre Variáveis Demográficas e Variáveis de Doença, para as quais se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

A Duração de IU e o Aparecimento de Episódios de IU revelaram-se influenciadas pela Actividade Sexual, com as participantes sexualmente activas a apresentar mais tempo de Duração de IU e a relatar o Aparecimento de Episódios de IU mais precocemente do que as participantes sem vida sexual activa.

Quanto ao Estado Civil das participantes, demonstrou relacionar-se com a Frequência de Relações Sexuais, com as participantes sós (sem companheiro) a demonstrar uma frequência sexual mais reduzida do que as participantes com companheiro (tendo em atenção que esta variável se encontra inversamente cotada).

Quadro 18: Resultados Teste t de Student para Variáveis Demográficas

		Variáveis Demográficas				
		Idade				
			M	dp	t	
Variáveis Demográficas	Vida Sexual Activa	Sim	56,12	9,02	- 5,22****	
		Não	65,71	8,32		
	Estado Civil	Sem companheiro	66	8,29	3,56***	
		Com companheiro	58,11	9,66		
			Profissão			
	Vida Sexual Activa	Sim	8,40	2,06	- 1,98*	
		Não	9,17	1,50		
			Frequência Relações Sexuais			
	Estado Civil	Sem companheiro	7,45	1,84	6,10****	
		Com companheiro	3,92	2,60		

Níveis de Significância: * p<0,05; *** p<0,001; **** p<0,0001

No Quadro anterior, encontramos os resultados estatisticamente significativos, obtidos quanto à relação entre Variáveis Demográficas.

A Vida Sexual das participantes deu origem a diferenças estatisticamente significativas quanto à Idade (as participantes sem Vida Sexual Activa são mais velhas) e Profissão (as participantes com Vida Sexual Activa são mais diferenciadas em termos profissionais).

Quanto ao Estado Civil, verificamos diferenças estatisticamente significativas para a Idade (as participantes Sem companheiro apresentam uma média de idades superior à das participantes Com companheiro) e para a Frequência de Relações Sexuais, com as participantes Sem companheiro a relatar menor frequência sexual (questão cotada inversamente) do que as Com companheiro.

Passamos, em seguida, à apresentação dos resultados das **Variáveis Demográficas (com mais de duas categorias de resposta)**, nomeadamente a Profissão (única que apresentou diferenças estatisticamente significativas), para a qual definimos os Grupos 1 a 9 (baseados nas categorias da Classificação Nacional e Profissões – Anexo 3) e Grupo 10 (onde incluímos as participantes desempregadas e reformadas), salientando que não tivemos nenhuma participante incluída nos grupos 1, 3 e 6.

Quadro 19: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis Demográficas e Qualidade de Vida

		Qualidade de Vida			
		Componente Físico			
		M	dp	F	
Variáveis Demográficas	Profissão	Grupo 2	67,27	0	2,52*
		Grupo 4	49,61	17,01	
		Grupo 5	51,51	13,88	
		Grupo 7	57,81	18,78	
		Grupo 8	76,36	0	
		Grupo 9	35,40	22,74	
		Grupo 10	32,63	22,09	
	Profissão	Componente Mental			3,07**
		Grupo 2	62,50	0	
		Grupo 4	66,96	10,02	
Grupo 5		35,41	25,25		
Grupo 7		81,25	19,76		
Grupo 8		75	0		
Grupo 9		46,87	23,97		
Grupo 10	44,53	23,90			

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

No Quadro 19, apresentamos as diferenças estatisticamente significativas quanto à relação entre o Aparecimento de Episódios de IU e QDV (ambos os Componentes).

No que respeita ao Componente Físico de QDV, a categoria profissional com valores mais elevados, foi a categoria 8, seguida, em ordem decrescente, pelas categorias 2, 7, 5, 4, 9 e 10 (com os valores mais baixos de QDV, na sua componente física).

Para o Componente Mental de QDV, a categoria com médias mais elevadas foi a categoria 7, seguida, por ordem decrescente, das categorias 8, 4, 2, 9, 10 e 5 (que apresentou as médias mais baixas de QDV, na sua vertente mental).

Salientamos que, no que diz respeito à Variável Principal Suporte Social, não se verificaram resultados estatisticamente significativos.

Quadro 20: Resultados Teste Oneway ANOVA para Variáveis Demográficas e Satisfação Sexual

		Satisfação Sexual			
		Domínio Relação Sexual			
		M	dp	F	
Variáveis Demográficas	Profissão	Grupo 2	78,12	0	2,77*
		Grupo 4	75,62	25,03	
		Grupo 5	90,62	0	
		Grupo 7	44,37	32,95	
		Grupo 8	62,50	0	
		Grupo 9	44,79	25,71	
		Grupo 10	30,75	26,98	

Nível de Significância: * $p < 0,05$

Neste Quadro, encontramos os resultados (estatisticamente significativos) do cruzamentos entre a Profissão das participantes e a Satisfação Sexual (Domínio da Relação Sexual), com o grupo 5 a apresentar os valores mais elevados no Domínio da Relação Sexual, seguido dos grupos 2, 4, 8, 9, 7 e 10 (com os valores mais baixos de Satisfação Sexual, na sua vertente da Relação Sexual).

Quadro 21: Resultados Teste Oneway ANOVA entre Variáveis Demográficas

		Variáveis Demográficas			
		Idade			
		M	dp	F	
Variáveis Demográficas	Profissão	Grupo 2	38	0	3,99***
		Grupo 4	55,57	10,61	
		Grupo 5	55	1,73	
		Grupo 7	51,40	6,10	
		Grupo 8	58	0	
		Grupo 9	58,50	8,52	
		Grupo 10	64,52	9,73	
		Escolaridade			
	Profissão	Grupo 2	17	0	5,36****
		Grupo 4	8,42	4,92	
		Grupo 5	5,66	2,88	
		Grupo 7	4	0	
		Grupo 8	4	0	
		Grupo 9	4,11	2,38	
Grupo 10		3,77	3,31		

Níveis de Significância: *** p<0,001; **** p<0,0001

No Quadro 21, são apresentados os resultados estatisticamente significativos quanto à Profissão (quando cruzada com outras Variáveis Demográficas).

Verificamos então, diferenças estatisticamente significativas para a Idade, com o grupo 10 (desempregadas e reformadas) a englobar as participantes mais velhas, seguido pelos grupos 9, 8, 4, 5, 7 e 2 (com as participantes mais jovens), e para a Escolaridade, com grupo 2 a demonstrar se o mais escolarizado, seguido dos grupos 4, 5, 9, 7, 8 e 10 (com o nível de Escolaridade mais baixo).

3.2.3.2. Correlações

Finalmente, e por forma a averiguar quais as correlações das Variáveis Demográficas com outras variáveis (Variáveis Principais e Variáveis de Doença), bem como, entre as próprias Variáveis Demográficas, utilizámos o coeficiente de correlação de *Pearson*, cujos resultados apresentamos em seguida.

Quadro 22: Resultados Correlação de *Pearson* entre Qualidade de Vida e Variáveis Demográficas

		Qualidade de Vida		Variáveis Demográficas	
		Componente Mental	Componente Físico	Escolaridade	Frequência Relações Sexuais
Qualidade de Vida	Componente Mental	---			
	Componente Físico	0,58****	---		
Variáveis Demográficas	Escolaridade	n. s.	0,29**	---	
	Frequência Relações Sexuais	0,23*	n. s.	n. s.	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

Neste Quadro são apresentadas as ligações entre os Componentes de QDV e as Variáveis Demográficas com as quais foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Verifica-se que o Componente Mental de QDV apenas se correlacionou com a Frequência de Relações Sexuais, de forma modesta, positiva e estatisticamente significativa, enquanto o Componente Físico de QDV apresenta também, uma correlação modesta, positiva e estatisticamente significativa, mas com a Escolaridade.

Quadro 23: Resultados Correlação de *Pearson* entre Suporte Social e Variáveis Demográficas

		Suporte Social		Variáveis Demográficas		
		Sat. com Amigos	Sat. com Família	Escolaridade	Frequência Relações Sexuais	N ° Gravidezes
Suporte Social	Sat. com Amigos	---				
	Sat. com Família	0,47****	---			
Variáveis Demográficas	Escolaridade	0,21*	n. s.	---		
	Frequência Relações Sexuais	n. s.	0,22*	n. s.	---	
	N ° Gravidezes	n. s.	- 0,23*	n. s.	n. s.	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

No Quadro 23 são apresentadas as correlações estatisticamente significativas entre Suporte Social e Variáveis Demográficas.

Podemos então, verificar que a dimensão Satisfação com os Amigos apresenta uma correlação modesta, positiva e estatisticamente significativa com a Escolaridade, enquanto a dimensão Satisfação com a Família, apresenta correlações moderadas e estatisticamente significativas com a Frequência de Relações Sexuais (correlação positiva) e com o N ° de Gravidezes (correlação negativa).

Quadro 24: Resultados Correlação de *Pearson* entre Satisfação Sexual e Variáveis Demográficas

		Satisfação Sexual	Variáveis Demográficas		
		Domínio Relação Sexual	Idade	Escolaridade	Frequência Relações Sexuais
Satisfação Sexual	Domínio Relação Sexual	---			
Variáveis Demográficas	Idade	- 0,33**	---		
	Escolaridade	0,43***	- 0,24**	---	
	Frequência Relações Sexuais	0,44***	- 0,53****	n. s.	---

Níveis de Significância: ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001; n. s. – correlação não significativa

No Quadro 24 apresentam-se as correlações estatisticamente significativas entre Satisfação Sexual e Variáveis Demográficas, sendo também possível verificar algumas correlações entre Variáveis Demográficas.

Podemos então, verificar que o Domínio da Relação Sexual apresenta uma correlação negativa, modesta e estatisticamente significativa com a Idade das participantes; e correlações positivas, razoáveis e estatisticamente significativas com a Escolaridade e a Frequência de Relações Sexuais.

Quanto às correlações entre Variáveis Demográficas, verificamos que apenas a Idade, se correlaciona com outras, nomeadamente, com a Escolaridade (correlação modesta, negativa e estatisticamente significativa), e com a Frequência de Relações Sexuais (correlação negativa, razoável e estatisticamente significativa).

Chamamos a atenção para o facto de não se terem verificado correlações estatisticamente significativas entre Variáveis Demográficas e a IU.

Finalmente, apresentamos as correlações estatisticamente significativas, verificadas após o cruzamento de Variáveis Demográficas entre si (apenas das que não foi possível inserir nos Quadros anteriores).

Quadro 25: Resultados Correlação de *Pearson* entre Variáveis Demográficas

		Variáveis Demográficas				
		Idade	Escolaridade	N ° Filhos	N ° Gravidezes	Frequência Relações Sexuais
Variáveis Demográficas	Idade	---				
	Escolaridade	- 0,24*	---			
	N ° Filhos	n. s.	- 0,20*	---		
	N ° Gravidezes	n. s.	n. s.	0,48****	---	
	Frequência Relações Sexuais	- 0,53****	n. s.	n. s.	n. s.	---

Níveis de Significância: * $p < 0,05$; **** $p < 0,0001$; n. s. – correlação não significativa

Deste Quadro salientam-se as correlações da Idade com a Escolaridade (correlação negativa, modesta, e estatisticamente significativa), e com a Frequência de Relações (correlação negativa, razoável e estatisticamente significativa).

Verificamos ainda, que o N ° de Filhos se correlaciona com a Escolaridade (correlação negativa, modesta e estatisticamente significativa), e com o N ° de Gravidezes (correlação positiva, razoável e estatisticamente significativa).

IV. DISCUSSÃO

Apresentados os resultados, a presente secção é dedicada à sua reflexão e discussão, começando pela análise da forma como, internamente, se comporta cada uma das Variáveis Principais – Qualidade de Vida, Suporte Social, Satisfação Sexual e Incontinência Urinária – seguida das correlações verificadas entre elas.

No caso da **Qualidade de Vida**, a correlação positiva entre os seus dois componentes (Mental e Físico), demonstrou ser estatisticamente significativa, ou seja, quanto mais elevados os níveis de QDV relativa ao Componente Mental, mais elevados serão também, os níveis do Componente Físico. Deste modo, os níveis de QDV provam estar fortemente relacionados com ambos os componentes da vida das pessoas e, quando um deles cresce, o outro acompanha inevitavelmente, esse crescimento.

Quanto ao **Suporte Social**, verificou-se que a dimensão que se correlacionou mais e melhor com as restantes, foi a Satisfação com os Amigos – boa correlação com a Intimidade e Satisfação com a Família e correlação modesta com as Actividades Sociais – em concordância com Ribeiro (1999a), que refere ser esta a dimensão que melhor explica a variância total da escala ESSS (utilizada para medir a satisfação com o SS). A Satisfação com a Família e a Intimidade correlacionam-se menos com as restantes dimensões, do que a Satisfação com o Amigos, sendo a dimensão Actividades Sociais, considerada a mais fraca, por se correlacionar apenas com a Satisfação com os Amigos.

A **Satisfação Sexual** apresenta correlações significativas entre todos os seus parâmetros. O Domínio da Relação Sexual correlaciona-se positivamente com ambas as sub-escalas do Domínio da Confiança (Auto-estima e Relacionamento Geral), mas principalmente com a Sub-escala de Auto-estima, suportando, de certa forma, autores como Baumeister e Tice (2001), que defendem uma forte ligação entre auto-estima e a área

da sexualidade, nomeadamente, pelo facto de uma boa auto-estima proporcionar maior confiança no desempenho sexual, ainda que só a nível psicológico.

A correlação do Domínio da Relação Sexual com a Sub-escala do Relacionamento Geral não é tão forte, mas é também visivelmente importante, como defende, por exemplo, Riley (1997), para quem a actividade sexual é um catalisador para um maior desenvolvimento da relação em que surge, relação essa, cuja qualidade, por seu lado, também é importante para o interesse sexual. Também Heimen et al. (1980) apontam aspectos gerais da relação (ex.: capacidade de comunicação, busca activa de intimidade, autonomia, entre outros), como componentes necessários para que as pessoas se sintam satisfeitas com as relações sexuais.

No Domínio da Confiança, as duas Sub-escalas (Auto-estima e Relacionamento Geral) revelaram um bom coeficiente de correlação, o que nos leva a pensar que, efectivamente, os relacionamentos íntimos são extremamente importantes para a auto-estima dos indivíduos (e vice-versa), principalmente se pensarmos em termos de aceitação – auto e hetero-aceitação – tópico para o qual Baumeister e Tice (2001) nos chamam a atenção.

Ao analisar as associações das Variáveis Principais entre si, e quanto ao cruzamento da QDV com o SS, parece-nos bastante interessante verificar que o Componente Mental de QDV se correlaciona positivamente com todas as dimensões do SS, sendo a associação mais forte com a Satisfação com a Família, e a menos forte com as Actividades Sociais. Parece-nos então, legítimo sugerir o suporte familiar como determinante para o bem-estar das participantes, tal como Ribeiro (1994; in Ribeiro, 1999a) encontrou para a população jovem (portuguesa), e Olsen et al. (1991) referem (como fonte de SS mais importante) para

os jovens e idosos. O Componente Físico de QDV só se correlacionou com a dimensão Satisfação com os Amigos.

Nesta análise da QDV e sua associação ao SS, podemos verificar que o SS aumenta na mesma medida em que a QDV aumenta (principalmente, o Componente Mental), ou seja, se aumentarmos os níveis de QDV Mental, a satisfação com o SS aumentará; mas também que, se a satisfação com as várias dimensões de SS puder ser aumentada, a QDV (principalmente ao nível da saúde mental, mas indirectamente, ao nível físico), poderá também melhorar, o que vem corroborar DiMatteo e Hays (1981), para quem o SS influencia o estado físico e emocional, mas também o estado físico e emocional podem influenciar o SS que determinado indivíduo recebe.

Ao analisar os resultados da associação entre **Satisfação Sexual** e **QDV**, é de referir que as correlações são positivas, ou seja, quando a QDV aumenta, a Satisfação Sexual acompanha esse aumento (e vice-versa), fazendo um pouco, lembrar Coleman (2000) que defende que ter QDV implica ter liberdade de expressão sexual.

O Domínio da Relação Sexual (Satisfação Sexual) correlacionou-se (ainda que com coeficientes modestos) com ambos os componentes de QDV (Mental e Físico), reiterando a visão de Rico (2000), para quem a sexualidade constitui uma função vital para os seres humanos, fundamental na manutenção da saúde física e psíquica das pessoas.

No Domínio da Confiança (Satisfação Sexual), verificaram-se correlações razoavelmente significativas entre a Sub-escala de Auto-estima e ambos os componentes de QDV, talvez devido ao facto de a Auto-estima incluir aspectos psicológicos e físicos (como a auto-imagem ou a relação com o outro através do corpo), não esquecendo que as nossas participantes apresentam um condicionamento ao nível físico, que lhes pode abalar

a auto-estima. Já a Sub-escala do Relacionamento Geral, só se correlacionou com o Componente Mental de QDV.

Verificamos assim, que o Componente Mental da QDV é de grande importância para a Satisfação Sexual, influenciando e sendo influenciado, por todos os domínios desta variável. O Componente Físico ganha aqui, um pouco mais de relevância (em relação ao verificado para o SS), pois só não se correlaciona com a Sub-escala de Relacionamento Geral.

Podemos dizer com alguma propriedade que, pelo menos neste estudo, bons níveis de QDV (principalmente do Componente Mental), implicam bons níveis de Satisfação Sexual, mas também, que a Satisfação Sexual influencia de forma positiva a QDV, valorizando a perspectiva de que, para uma boa saúde (tanto ao nível psicológico, como físico), é importante considerar a área da saúde sexual, principalmente quando falamos de mulheres, como defendem Dunn et al. (1999).

Quanto à associação entre a **QDV** e o Grau de Incômodo relacionado com a **Incontinência Urinária**, verificamos correlações estatisticamente significativas (ainda que modestas), mas de sentido negativo, da IU com ambos os Componentes de QDV, o que equivale a dizer que, quanto mais incomodadas as nossas participantes se sentem com o seu problema de IU, menores são os seus níveis de QDV, tal como podemos ver defendido, entre outros, por Saltmarche e Gartley (2001) e Thom (2000), que referem níveis bastante mais baixos de QDVRS em populações com IU, quando comparadas com outras.

No que diz respeito ao cruzamento da satisfação com o **Suporte Social** e **Satisfação Sexual**, é de salientar que, novamente, se verificam apenas correlações positivas, ou seja, à medida que os níveis de satisfação com o SS aumentam, também os níveis de Satisfação

Sexual crescem (e vice-versa), mas só em relação ao Domínio da Confiança (Auto-estima e Relacionamento Geral), denotando uma relação apenas indirecta, entre SS e relações sexuais. O Domínio da Relação Sexual não apresentou correlações significativas com nenhuma das dimensões de SS, tal como a dimensão Actividades Sociais (do SS), que não se correlacionou de forma significativa com nenhum dos domínios da Satisfação Sexual.

Dentro do Domínio da Confiança (Satisfação Sexual), a Sub-escala de Auto-estima influencia e é influenciada (sempre de forma positiva) pela Satisfação com os Amigos e Intimidade, o que nos relembra autores como Baumeister e Tice (2001), que defendem que a aceitação por parte de outros (a todos os níveis) aumenta a auto-estima, logo, melhora a forma como as pessoas se vêem, se relacionam e encaram as suas vidas.

A Sub-escala Relacionamento Geral (Satisfação Sexual), por seu lado, correlaciona-se com a Satisfação com os Amigos, Intimidade e Satisfação com a Família, fazendo crer que, para as nossas participantes, o facto de haver um bom relacionamento ao nível conjugal, está associado a maior satisfação com o SS de uma maneira geral, e vice-versa (exceptuando as actividades sociais).

No que concerne às relações **Suporte Social/Grau de Incómodo com IU e Satisfação Sexual/Grau de Incómodo com IU**, o facto de não se terem verificado correlações significativas, pode dever-se a algumas “técnicas” de evitamento, de certa forma, características desta população: sentimos que ao responder à ESSS (medida de SS), por exemplo, as participantes relatavam-se satisfeitas com determinadas situações, mas com alguma resignação, e reportando-se, acima de tudo, ao seu relacionamento com a família, como que evitando outro tipo de actividades e relações (refugiadas no facto de as suas vidas não lhes permitirem funcionar de outra forma). Quanto à Satisfação Sexual (*SEAR*

Questionnaire), uma explicação possível é o facto de se ter verificado uma grande taxa de não actividade (ou evitamento) sexual, o que pode ter inviabilizado de certa forma, a correcta averiguação deste ponto. No entanto, parece-nos relevante mencionar que a tendência é, segundo a análise estatística, para a ocorrência de correlações negativas, em ambos os casos, tal como se verificou efectivamente, para a ligação com a QDV.

Todos os factores referidos até aqui, acerca dos resultados, parecem conduzir-nos numa mesma direcção, a consideração de cada indivíduo como um todo, em que as partes estão correlacionadas positivamente (com tendência para a harmonia entre si) e, a existência de um problema de saúde (neste caso, a IU), constitui-se como elemento destabilizador (já que os resultados relativos à IU, foram os únicos que se mostraram negativamente correlacionados com variáveis principais, nomeadamente, com a QDV).

Passando à reflexão acerca da relação das Variáveis Principais com as Variáveis Secundárias, que dividimos em Variáveis de Doença e Variáveis Demográficas, notamos uma vasta panóplia de influências, analisadas e discutidas em seguida.

Em relação a **Variáveis de Doença**, a QDV demonstrou sofrer influências da existência de outros problemas de saúde em geral (no caso de ambos os componentes), e de história de infecção urinária nos últimos dois anos, em particular (mas só no caso do Componente Mental) – na presença destes problemas, os níveis de QDV diminuem. Também Michelson et al. (2001), a partir do seu estudo, defendem que o aumento e acumulação de problemas de saúde diminui os níveis de QDVRS, independentemente da idade. No entanto parece-nos pertinente salientar que Variáveis de Doença como a Duração de IU ou a Percepção do Grau de IU, não se associaram à QDV, tal como é defendido por Kelleher (2001) ao referir que aspectos como a duração e gravidade das perdas de urina, não se correlacionam bem

com a QDV, levando a crer, que um dos aspectos mais importantes, senão o mais importante, seja o incómodo sentido com a situação.

Quanto à influência das **Variáveis Demográficas** na QDV, ambos os componentes mostraram diferenças relacionadas com a Profissão das participantes – tendencialmente, quanto menor for a diferenciação Profissional, menores os níveis de QDV; e em termos de correlações, verificámos que o Componente Mental varia no mesmo sentido da Frequência de Relações Sexuais, enquanto o Componente Físico varia, também no mesmo sentido que a Escolaridade. Parece-nos possível dizer, a propósito destes resultados, que a QDV engloba aspectos (como a profissão, a escolaridade, a frequência de relações sexuais, entre tantos outros) não directamente relacionados com a saúde, mas que, em última análise, podem também vir a ter expressão ao nível do estado de saúde dos sujeitos (por exemplo, más condições de trabalho, para além do efeito directo na QDV, podem contribuir para o aparecimento de doenças, que vão ter outro tipo de influência sobre a QDV – QDVRS).

No caso do **Suporte Social**, as associações com **Variáveis de Doença e Variáveis Demográficas**, foram bastantes. A dimensão Satisfação com os Amigos, correlacionou-se positivamente quer com a Duração da IU, quer com a Escolaridade (quanto maiores estas variáveis, maior a satisfação com o suporte por parte dos amigos).

A Dimensão Intimidade, recebeu a influência de Variáveis de Doença (nomeadamente Infecção Urinária e Sintomas, e correlação positiva com a Duração de IU) e de Variáveis Demográficas (nomeadamente da Vida Sexual Activa) – é percebido maior suporte íntimo quanto maior for o tempo de IU, quando não há história de Infecção Urinária, quando são relatados todos os Sintomas de IU, e quando as participantes têm vida Sexual Activa. Aparentemente, podemos sugerir que a actividade sexual, bem como a ausência de infecção urinária, promovem o suporte íntimo, proporcionando eventuais melhorias nas relações íntimas (a necessidade de maior entrega neste tipo de relações, requer liberdade,

para que se possa atingir a qualidade); por outro lado, a habituação à situação de IU parece-nos ser a única resposta possível ao facto de ser sentido maior suporte, ao nível da Intimidade, nos casos de maior duração da IU e mais sintomas relacionados com este problema.

A dimensão Satisfação com a Família, por seu lado, parece ser influenciada pela existência de outros problemas de saúde (níveis mais elevados de satisfação com o suporte familiar quando não há Outros Problemas de Saúde), e correlacionou-se (positivamente com a Frequência de Relações Sexuais, e negativamente com o N ° de Gravidezes) – verificam-se níveis mais elevados de satisfação com o suporte familiar, quanto maior a Frequência de Relações Sexuais, e menor o N ° de Gravidezes. Talvez possamos então, sugerir que o suporte sentido por parte da família parece ser melhor quando não surgem situações que potencialmente sobrecarreguem a relação conjugal e o ambiente familiar, eventualmente devido a expectativas de que, se tais situações se verificassem, a família estaria disponível.

Finalmente, a última dimensão do SS (Actividades Sociais), não obteve correlações nem influências de outras variáveis que não as Principais (como referido anteriormente).

No que respeita à **Satisfação Sexual**, salientamos que o Domínio da Relação Sexual sofreu a influência de uma única **Variável Demográfica** (Profissão – tendência para quanto maior a diferenciação profissional, mais elevados os níveis de Satisfação Sexual, no Domínio da Relação Sexual), apresentando, no entanto correlações, quer com **Variáveis de Doença** (correlação negativa com a Duração de IU), quer com Variáveis Demográficas – correlações positivas com Escolaridade e Frequência de Relações Sexuais, e negativa com a Idade. Parece-nos possível sugerir que melhores níveis de satisfação sexual (ao nível da relação sexual) estão associados a maiores níveis de conhecimento e diferenciação (escolaridade e diferenciação profissional)

Já o Domínio da Confiança, para além das relações entre Variáveis Principais anteriormente referidas, só se mostrou influenciado pela Variável de Doença “Aparecimento de Episódios de IU”, particularmente com a Sub-escala de Relacionamento Geral – os níveis desta Sub-escala parecem ter tendência para aumentar quanto mais tarde se dá o aparecimento destes episódios, denunciando a importância que a situação de IU pode ter ao nível do relacionamento geral com o companheiro, e não só ao nível da relação sexual.

Quanto à **Incontinência Urinária**, nomeadamente, o Grau de Incómodo associado a esta dificuldade, assistimos apenas à influência de **Variáveis de Doença**, com a história de Infecção Urinária nos últimos dois anos a desempenhar um papel importante (maior incómodo quando há história de infecção urinária), bem como a Percepção que as participantes têm acerca do seu Grau de IU (correlação positiva com o Grau de Incómodo relatado – quanto mais grave as participantes percebem que seja a sua IU, maior o incómodo que sentem, ou quanto mais incomodadas se sentem com a situação, mais grave consideram a sua IU). Estes resultados podem ser considerados, quanto a nós, bastante compreensíveis, principalmente se considerarmos, como Kelleher (2001), que não é tanto a gravidade objectiva dos sintomas que importa considerar, mas sim a interpretação que é feita por parte das pacientes e o incómodo que sentem com a situação, que no nosso estudo, está relacionado com a Percepção da gravidade, e não necessariamente com o grau objectivo de IU (já que este não foi considerado).

Finalmente, se considerarmos as relações observadas dentro das próprias Variáveis Secundárias, há que ter em atenção, as questões relacionadas com as Variáveis de Doença (entre si, e com as Variáveis Demográficas), e com as Variáveis Demográficas (entre si, e com as Variáveis de Doença).

Dentro das **Variáveis de Doença**, a Frequência de Episódios de IU influencia a Percepção do Grau de IU (percepção da IU como mais grave nas participantes cujos episódios de IU são regulares), e a altura de Aparecimento de Episódios de IU, influencia a Duração da IU e a quantidade de Sintomas relatados – quanto mais tardio o aparecimento de episódios, menor é a duração de IU, e menos são os sintomas relatados. Mais uma vez, podemos verificar que a Percepção que as pacientes têm acerca do seu grau de IU, tem a ver com o facto de, provavelmente, se sentirem mais incomodadas com a regularidade da IU. Por outro lado, é óbvio que quanto mais tarde aparecem os episódios de IU, menos tempo de IU as participantes relatam, mas é interessante verificar que também os sintomas parecem ser menos, eventualmente, por ainda não se encontrarem num estágio muito avançado de IU (inclusivamente, talvez possa não haver uma percepção total dos sintomas), ou por alguma inibição em relatar todos os sintomas (sendo uma situação algo recente, seria natural alguma falta de à vontade na abordagem da questão).

Da ligação entre **Variáveis de Doença** e **Variáveis Demográficas**, é de salientar a influência da Vida Sexual Activa na Duração da IU e no Aparecimento de Episódios de IU (as participantes com vida sexual activa, têm IU há mais tempo, e o seu aparecimento deu-se ligeiramente mais cedo do que nas que não têm vida sexual activa). Aqui, lembramos outros estudos onde, como referem Hunskaar et al. (1999), é equacionado o risco de alguns factores (como as gravidezes, partos, histerectomia, menopausa, entre outros – relacionados com “sobrecarga” do pavimento pélvico) para a situação de IU, podendo nós, eventualmente, acrescentar a necessidade de aprofundar a influência da actividade sexual, por forma a clarificar estas influências, até porque, também no nosso estudo, elas não foram muito claras.

O Aparecimento de Episódios de IU, sofre também, a influência do Estado Civil das participantes – o aparecimento de episódios foi mais precoce nas participantes com

companheiro. Em termos de correlações, a Percepção do Grau de IU e a Escolaridade das participantes correlacionam-se de forma negativa – quanto menor o nível de Escolaridade, mais as participantes consideram a sua IU como grave – provavelmente, devido a alguma falta de conhecimentos, pode surgir a tendência para considerar a inexistência de soluções.

No que diz respeito às relações verificadas entre **Variáveis Demográficas** e **Variáveis de Doença**, salientamos que a Frequência de Episódios de IU parece ter relação com a Profissão e Escolaridade das participantes (quando a IU é regular, o nível de diferenciação profissional é mais baixo, bem como a escolaridade); e que a altura de Aparecimento dos Episódios de IU influencia a Idade e a Frequência de Relações Sexuais das participantes – quanto mais precoce o aparecimento de episódios, menor é actualmente, a frequência de relações sexuais e maior a idade das participantes.

Finalmente, no que se refere às relações das **Variáveis Demográficas** entre si, salientamos a associação da Vida Sexual Activa à Idade e Profissão das participantes (quando não há actividade sexual, as mulheres são mais velhas e menos diferenciadas profissionalmente); a relação do Estado civil com a Idade e Frequência de Relações Sexuais (as participantes sem companheiro são mais velhas e praticamente não têm relações sexuais); a influência da Profissão sobre a Idade e Escolaridade (tendência para quanto menor a diferenciação profissional, mais idade têm as participantes, e menos escolarizadas); as correlações negativas Idade/Escolaridade, Idade/Frequência de Relações Sexuais (quanto maior a idade, menor a escolaridade e menor a frequência de relações sexuais), e Escolaridade/N ° de Filhos (quanto maior a escolaridade, menor o número de filhos); e, finalmente, a correlação positiva entre N ° de Filhos e N ° de Gravidezes (quanto maior o número de gravidezes, maior o número de filhos).

Resumindo, e tentando vislumbrar, com base nos resultados obtidos neste estudo, uma possibilidade de operacionalização para uma intervenção (que poderia ser utilizada para prevenção e promoção de comportamentos saudáveis, ou para situações que necessitem de tratamento), diríamos que:

O principal aspecto a privilegiar numa intervenção ao nível da Incontinência Urinária, parece ser a QDV (ambos os Componentes), uma vez que esta se apresenta como a única Variável Principal directamente relacionada (correlação negativa) com o Grau de Incómodo associado à IU.

Esta forma de intervenção pode, à partida, assumir pelo menos dois caminhos:

- ⇒ Podemos intervir ao nível da IU, quer através de procedimentos médicos que reduzam ou façam desaparecer os sintomas e incómodo associados à IU; quer pela intervenção a um nível menos directo, como o investimento na redução de história de Infecção Urinária, ou numa intervenção de carácter multidisciplinar que trabalhe a Percepção que as pacientes têm acerca do Grau/gravidade do seu problema;
- ⇒ Podemos intervir ao nível da QDV, quer privilegiemos o investimento nas chamadas Variáveis Secundárias, reduzindo a possibilidade de Infecções Urinárias e Outros Problemas de Saúde, e aumentando a Frequência de Relações Sexuais, os níveis de Escolaridade e de diferenciação Profissional; quer, por outro lado, foquemos as nossas atenções na abordagem do Suporte Social e Satisfação Sexual (que se verificou estarem directamente relacionadas com a QDV, logo, indirectamente, com o Grau de Incómodo da IU).

Se a via escolhida for a da intervenção na QDV através de melhorias ao nível da satisfação com o SS e da Satisfação Sexual, há que ter em conta que toda a intervenção

nestas variáveis influencia a QDV, acima de tudo, ao nível do Componente Mental, tal como Mozes et al. (1999b) verificaram, o domínio da saúde mental está fortemente associado à QDVRS, principalmente em pessoas jovens e nas mulheres (o Componente Físico só se correlaciona, negativamente, com a IU).

Talvez possamos trabalhar então, a QDV das mulheres com IU a partir da intervenção ao nível do SS, nomeadamente, se puder ser fomentada a redução da história de Infecção Urinária e de Outros Problemas de Saúde; sendo importante, por outro lado, a manutenção da Actividade Sexual, o aumento da Frequência de Relações Sexuais e dos níveis de Escolaridade, e como prevenção, a diminuição do N ° de Gravidezes (muitas das quais acabam por se traduzir em abortos).

No entanto, Hatchett et al. (1997) consideram importante chamar a atenção para o facto de que, para melhorar os níveis de bem-estar psicológico, não basta focarmos a mobilização de SS, é também relevante reduzir os conflitos interpessoais, ajustando as expectativas dos pacientes e suas famílias. Este tipo de estratégia pode ser mais eficaz do que alguns esforços feitos para aumentar o SS – reduzir os conflitos interpessoais, através do ajustamento das expectativas interpessoais, pode levar a um melhor funcionamento psicológico, e maior entendimento interpessoal.

Parece-nos ainda, relevante salientar que, se interviermos no sentido da melhoria dos níveis de SS, e tendo em conta que esta variável se correlaciona positivamente com a Satisfação Sexual (Domínio da Confiança – Auto-estima e Relacionamento Geral), estaremos a potenciar a obtenção de resultados positivos, também ao nível da Satisfação Sexual.

Parece também possível melhorar os níveis de QDV, através da intervenção ao nível da Satisfação Sexual (uma vez que esta variável também se encontra positivamente correlacionada com a QDV), principalmente se for possível adiar o Aparecimento de

Episódios de IU, logo a Duração da IU; e trabalhar, principalmente com mulheres mais jovens, ao nível do aumento da Escolaridade, diferenciação Profissional e Frequência de Relações Sexuais.

Heimen et al. (1980) defendem que quando algum, ou vários dos aspectos gerais de uma relação (capacidade de comunicação, busca activa de intimidade, sentimento de confiança e compromisso da relação, existência de atracção erótica entre os parceiros, e um grau importante de autonomia) são insuficientes, ou falham, o nível de satisfação sexual tende a diminuir, pelo que, melhorando o funcionamento destes aspectos, muitas vezes, acaba por se caminhar no sentido da resolução de possíveis dificuldades, parecendo esta uma abordagem com algumas potencialidades para a intervenção ao nível da Satisfação Sexual (e, em última instância, ao nível da QDV) das mulheres com IU.

Seja como for, o aspecto mais importante de qualquer intervenção, parece-nos ser a necessidade premente de mudanças ao nível das atitudes e comportamentos face à IU, não só das próprias pessoas que dela sofrem, mas também, de toda uma sociedade (por exemplo, com a sensibilização para a necessidade de melhorias ao nível da prestação de diferentes tipos de SS, e por fontes diversas, razão pela qual, todos os intervenientes sociais são importantes).

No entanto, e após todas estas considerações, parece-nos importante chamar a atenção para a necessidade de aprofundar e dar continuidade ao levantamento das necessidades sentidas pelas mulheres que sofrem de IU, no sentido de melhorar a intervenção, nunca perdendo de vista a noção de que todas as pessoas são diferentes, e têm percursos diferentes, pelo que, para uma intervenção adequada, é necessário ter em consideração a abordagem com a qual determinado indivíduo se sente mais identificado, bem como o contexto onde se pretende que a intervenção tenha lugar.

Também ao nível do tratamento da IU, Iosif et al. (1981), consideram que se deve intervir tendo em conta as particularidades de cada indivíduo, apresentando como principais hipóteses a psicoterapia, o tratamento farmacológico ou a cirurgia, consoante a atitude das pacientes face à situação, o que vem acentuar a importância de mais estudos na área da percepção do impacto que a IU tem sobre as pessoas (e como actua) e consequentemente, da melhor forma de intervir (ao nível da prevenção e/ou do tratamento).

Ribeiro (2001) refere que a investigação tem demonstrado o impacto positivo das variáveis psicológicas na vivência da doença e na sobrevivência, ou seja, se a intervenção psicológica desenvolver estratégias para enfrentar a doença, terá impacto positivo na QDV, o que, aliado ao sentimento de que as mulheres com IU necessitam de apoio ao nível da vivência do seu problema (e não só), nos leva a acreditar nas potencialidades de uma intervenção psicológica junto destas mulheres, como complemento de todo e qualquer outro tipo de intervenção.

Parece-nos importante, no final deste trabalho, constatar que não restam dúvidas quanto à natureza prejudicial de uma situação de IU, para a Qualidade de Vida das mulheres, nem quanto à importância de ter em conta aspectos relacionados como Suporte Social e Satisfação Sexual (ainda que não de uma forma tão directa), reforçando a visão global dos indivíduos.

Assim, se voltarmos a considerar, como no início deste trabalho, as águas como a essência da nossa forma de relacionamento connosco próprios, facilmente entenderemos que as mulheres com IU não parecem relacionar-se bem consigo próprias, quanto a nós, e numa perspectiva proporcionada pela convivência próxima com algumas delas, por

dificuldades de comunicação ao nível dos afectos (acima de tudo, dos afectos positivos) e, como nos diz Galvão (2000), o aspecto psíquico, alegre, desinibido, descontraído, assumido e plenamente satisfeito, é muito importante, pois pode preservar a saúde geral (individual e social).

Estas são mulheres com histórias de vida por vezes complicadas, que nesta ou naquela situação, por esta ou aquela razão (racionalmente plausíveis para as próprias), parecem reagir sempre com base num controle excessivo das suas emoções, e com recurso a inúmeras restrições (qualquer que seja a sua natureza), acabando por ter que se confrontar com uma das coisas que mais parecem temer, a falta de controle. Mais ainda, parece falhar nestas mulheres, a liberdade e alegria de viver, nomeadamente, em relação a aspectos como a sua sexualidade e relações interpessoais, criando um ciclo vicioso, na medida em que este tipo de restrições acabam por promover restrições ainda maiores (chegando mesmo ao isolamento), quando o que parece faltar a estas mulheres, é expansão.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angermeyer, M. & Kilian, R. (1997). Theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 19-30). Chichester: John Wiley and Sons.
- Antonucci, T., Lansford, J. & Ajrouch, K. (2000). Social Support. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress*, Vol. 3; N-Z (pp. 479-482). Academic Press.
- Barrera, M. (2000). Social Support Research in Community Psychology. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 215-245). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barry, M. (1997). Well-being and Life Satisfaction as Components of Quality of Life in Mental Disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 31-42). Chichester: John Wiley and Sons.
- Baumeister, R. & Tice, D. (2001). *The Social Dimension of Sex*. Boston: Ally and Bacon.
- Beedell, S. (1975). *A menopausa: perguntas e respostas*. Porto: Paisagem Editora.
- Berglund, A., Eisemann, M., Lalos, A. & Lalos, O. (1996). Social Adjustment and Spouse Relationships among Women with Incontinence Before and After Surgical Treatment. *Social Science and Medicine*, 42(11), 1537-1544.
- Berzon, R. (1998). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M. Staquet, R. Hays & P. Fayers (Eds.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.

Bosworth, H., Siegler, I., Olsen, M., Brummett, B., Barefoot, J., Williams, R., Clapp-Channing, N. & Mark, D. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 9, 829-839.

Cappelleri, J., Dutttagupta, S., Shpilsky, A., Stecher, V., Sweeney, M. & Althof, S. (2002). *Correlations Between the Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction and the Self-Esteem and Relationship (SEAR) Questionnaire Following Treatment With Viagra (Sildenafil Citrate): Results From a Multicenter Open-label Study*. 9th Annual Meeting of the International Society of Quality of Life Research. Orlando, Florida.

Cavalcanti, R. & Cavalcanti, M. (1997). *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Roca.

Coelho, A. (1995). *A sociedade portuguesa de sexologia clínica* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cohen, S. & Syme, S. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 3-22). Orlando: Academic Press Inc..

Coleman, E. (2000). Revolutionary changes in sexuality in third millennium: Sexual health, diversity and sexual rights. In EMLNG, J. Borrás-Valls, M. Pérez-Conchilho & E. Coleman (Eds.), *Sexuality in the new millennium* (pp. 1-9). Bologna: Editrice Compositori.

Coyne, K., Revecki, D., Hunt, T., Corey, R., Stewart, W., Bentkover, Kurth, H. & Abrams, P. (2002). Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Quality of Life Research*, 11, 563-574.

- DiMatteo, M. & Hays, R. (1981). Social Support and Serious Illness. In B. Gottlieb (Ed.), *Social Networks and Social Support* (pp. 117-148). Beverly Hills: Sage Publications.
- Donovan, J., Naughton, M., Gotoh, M., Corcos, J., Jackson, S., Kelleher, C., Lukacs, B. & Costa, P. (1999). Symptom and Quality of Life Assessment. In P. Abrams, S. Khoury & A. Wein (Eds.), *Incontinence – 1st Internacional Consultation on Incontinence* (pp. 297-331). Health Publication Ltd.
- Dugan, E., Cohen, S., Robinson, D., Anderson, R., Preisser, J., Suggs, P., Pearce, K., Poehling, U. & McGann, P. (1998). The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition-specific predictors. *Quality of Life Research*, 7, 337-344.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T. (1990). Differentiating the Cognitive and Behavioral Aspects of Social Support. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.), *Social Support – an interactional view* (pp. 267-296). New York: John Wiley and Sons, Inc..
- Dunn, K., Croft, P. & Hackett, G. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiol. Community Health*, 53, 144-148.
- Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life – The missing measurement in Health Care*. London: Human Horizons Series.
- Foucault, M. (1977). *História da Sexualidade: Vol. 1. A vontade do saber*. Lisboa: Edições António Ramos. (Obra original em Francês, 1976)
- Galvão, J. (2000). *Um olhar sobre a Sexualidade Humana para uma parentalidade responsável*. Lisboa: Paulinas.

- Gomes, A. (1987). A sexualidade na segunda metade da vida. In A. Albuquerque & J. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal: A Sexologia Clínica* (pp. 94-100). Lisboa: Texto Editora.
- Hatchett, L., Friend, R., Symister, P. & Wadhwa, N. (1997). Interpersonal Expectations, Social Support, and Adjustment to Chronic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 73 (nº3), 560-573.
- Heller, K., Price, R. & Hogg, J. (1990). The Role of Social Support in Community and Clinical Interventions. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.), *Social Support – an interactional view* (pp. 482-507). New York: John Wiley and Sons, Inc..
- Hextall, A. & Cardozo, L. (2001). Problems associated with sexual activity. In L. Cardozo & D. Staskin (Eds.), *Textbook of female urology and Urogynaecology* (pp. 959-967). Isis Medical Media, Ltd..
- Hobfoll, S., Shoham, S. & Ritter, C. (1991). Women's Satisfaction With Social Support and Their Receipt of Aid. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 61 (nº2), 332-341.
- House, J, Kahn, R., McLeod, J. & Williams, D. (1985). Measures and Concepts of Social Support. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 83-108). Orlando: Academic Press Inc..
- Hunnskaar, S., Arnold, E., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A. & Mallett, V. (1999). Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. In P. Abrams, S. Khoury & A. Wein (Eds.), *Incontinence – 1st International Consultation on Incontinence* (pp. 199-226). Health Publication Ltd.

- Hupcey, J. E. (1998). Social Support: Assessing Conceptual Coherence. *Qualitative Health Research*, vol. 8 (nº 3), 304-318.
- Hyland, M., Sodergren, S. & Singh, S. (1999). Variety of activity: relationship with health status, demographic variables and global quality of life. *Psychology, Health and Medicine*, 4(3), 241-252.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação Nacional de Profissões*. Lisboa: IEFP.
- Iosif, S., Henriksson, L. & Ulmsten, U. (1981). The Frequency of Disorders of the Lower Urinary Tract, Urinary Incontinence in Particular, as Evaluated by a Questionnaire Survey in a Gynecological Health Control Population. *Acta Obstetrics Gynecol Scand*, 60, 71-76.
- Kaplan, H. (1981). Current concepts of human sexuality. In S. Arieti & H. Brodie (Eds.), *American Handbook of Psychiatry* (2nd ed., vol. 7) (pp. 408-422). New York: Basic Books.
- Kaplan, H. S. (1999). *Transtornos do Desejo Sexual: Regulação Disfuncional da Motivação Sexual*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. (Tradução do original em Inglês *The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/Mazel, Inc.).
- Kaplan, R. & Toshima, M. (1990). The Functional Effects of Social Relationships on Chronic Illnesses and Disability. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.), *Social Support – an interactional view* (pp. 427-453). New York: John Wiley and Sons, Inc..
- Kelleher, C. & Cardozo, L. (1997). Sex and the bladder. In L. Cardozo (Ed.), *Urogynecology* (pp. 503-512). Churchill Livingstone.

- Kelleher, C. (2001). Quality of life and urinary incontinence. In L. Cardozo & D. Staskin (Eds.), *Textbook of female urology and Urogynaecology* (pp. 47-58). Isis Medical Media, Ltd..
- Lakey, B. & Cassady, P. (1990). Cognitive Processes in Perceived Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 59 (nº2), 337-343.
- Lim, L. & Fisher, J. (1999). Use of the 12-item Short-Form (SF-12) Health Survey in an Australian heart and stroke population. *Quality of Life Research*, 8, 1-8.
- Lopéz, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- LoPiccolo, J. (1983). The prevention of sexual problems in men. In G. Albee, S. Gorgon & H. Leitenberg (Eds.), *Promoting sexual responsibility and preventing sexual problems*. Hanover: University Press of New England.
- Masters, W. & Johnson, V. (1974). *The pleasure bond: A new look at sexuality and commitment*. Canadá: Little, Brown & Company.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1985). *La Sexualidad humana: Personalidad y Conducta Sexual*. Barcelona: Ediciones Grijalbo. (Tradução do original em Inglês *Human Sexuality*.)
- McGrother, C. W., Shaw, C., Perry, S. I., Dallosso, H. M. & Mensah, F. K. (2001). Epidemiology (Europe). In L. Cardozo & D. Staskin (Eds.), *Textbook of female urology and Urogynaecology* (pp. 21-34). Isis Medical Media, Ltd..

- McHorney, C., Ware, J., Lu, J. & Sherbourne, C. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care*, 32(1), 40-66.
- McIntosh, N. (1991). Identification and investigation of properties of social support. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 12, 201-217.
- McKenna, S., Whalley, D., Renck-Hooper, U., Carlin, S. & Doward, L. (1999). The development of a quality of life instrument for use with post-menopausal women with urogenital atrophy in the UK and Sweden. *Quality of Life Research*, 8, 393-398.
- Michelson, H., Bolund, C. & Brandberg, Y. (2001). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research*, 9, 1093-1104.
- Mozes, B., Maor, Y. & Shmueli, A. (1999a). The competing effects of disease states on quality of life of the elderly: the case of urinary symptoms in men. *Quality of Life Research*, 8, 93-99.
- Mozes, B., Maor, Y. & Shmueli, A. (1999b). Do we know what global ratings of health-related quality of life measure?. *Quality of Life Research*, 8, 269-273.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi. (Traduzido do original em Inglês *Health Psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press).
- Oliveira, R., Viveiros, A., Tenreiro, I., Abrantes, C., Laíns, J. & Paixão, R. (1999). O Suporte Social em doentes em reabilitação. In Sequeira, A., Teixeira, J. C., Ornelas, J,

- Silveira, M. J. e Amaro, J. P. (Editores) *Reabilitação e Comunidade – Actas da 1ª Conferência “Reabilitação e Comunidade”* (p. 177-180). Lisboa: ISPA.
- Olsen, O., Iversen, L. & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32 (7), 767-771.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, XII (2/3), 333-339.
- Otero, A. (1998). Conducta y patología sexual. In J. Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (4ª ed.)* (pp. 273-297). Barcelona: Masson.
- Pacheco, J. (1998). *O tempo e o sexo*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Pinto, H. (1999). Níveis de Bem-Estar e Qualidade de Vida nos Idosos. Tese de dissertação da Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica* XII (2/3), 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 253-282). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, XVII (3), 547-557.
- Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ribeiro, J. L. P. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias e E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2003). Estudo de Validação de um Questionário de Saúde. (Em Preparação).
- Rico, J. (2000). Crenças e ciência na farmacopeia da sexualidade. In A. Barbosa & J. Gomes-Pedro (Eds.), *Sexualidade* (pp. 123-128). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Riley, A. (1997). Sexual behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 162-165). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rowland, J. (1990). Interpersonal Resources: Social Support. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology – Psychological Care of the Patients with Cancer* (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.
- Saltmarche, A. & Gartley, C. (2001). Communication: the key to effective incontinence assessment, treatment and patient satisfaction. In L. Cardozo & D. Staskin (Eds.), *Textbook of female urology and Urogynaecology* (pp. 59-63). Isis Medical Media, Ltd..
- Sarason, B., Pierce, G. & I. Sarason (1990b). Social Support: The Sense of Acceptance and the Role of Relationships. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.), *Social Support – an interactional view* (pp. 97-128). New York: John Wiley and Sons, Inc..

- Sarason, B., Sarason, I. & Pierce, G. (1990a). Traditional Views of Social Support and Their Impact on Assessment. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.), *Social Support – an interactional view* (pp. 9-25). New York: John Wiley and Sons, Inc..
- Sarason, I., Sarason, B. & Pierce, G. (1988). Social support, personality, and health. In S. Maes, C. Spielberg, P. Defares & I. Sarason (Eds.), *Topics in Health Psychology* (pp. 245-256). John Wiley & Sons Ltd.
- Schulz, R. & Rau, M. (1985). Social Support through the Life Course. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 129-149). Orlando: Academic Press Inc..
- Shmueli, A. (1998). The SF-36 profile and health-related quality of life: an interpretative analysis. *Quality of Life Research*, 7, 187-195.
- Silny, A. (1993). Sexuality and aging. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of Human Sexuality* (pp. 124-144). New Jersey: Janson Aronson Inc.
- Sullivan, M., Kempen, G., Van Sonderen, E. & Ormel, J. (2000). Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Quality of Life Research*, 9, 801-810.
- Sutherst, J. (1979). Sexual Dysfunction and Urinary Incontinence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 86, 387-388.
- Taft, C., Karlsson, J. & Sullivan, M. (2001). Do SF-36 summary component scores accurately summarize subscale scores?. *Quality of Life Research*, 10, 395-404.
- Thom, D. H. (2000). Overactive Bladder: Epidemiology and impact on quality of life. *Patient Care*, Winter 2000, 6-14.

- Thomas, T., Plymat, K., Blannin, J. & Meade, T. (1980). Prevalence of urinary incontinence. *British Medical Journal*, 281, 1243-1245.
- Van Wijk, C. G. & Kolk, A. (1997). Sex Differences in Physical Symptoms: The Contribution of Symptom Perception Theory. *Social Science and Medicine*, 45 (2), 231-246.
- Verkerk, M., Busschbach, J. & Karssing, E. (2001). Health-related quality of life research and the capability approach of Amartya Sen. *Quality of Life Research*, 10, 49-55.
- Von Dras, D. & Siegler, I. (1997). Stability in Extraversion and Aspects of Social Support at Midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 72 (n°1), 233-241.
- Walfisch, S., Maoz, B. & Antonovsky, H. (1984). Sexual satisfaction among middle-aged couples: correlation with frequency of intercourse and health status. *Maturitas*, 6 (3), 285-296.
- Ware, J. (1995). The Status of Health Assessment 1994. *Annual Review of Public Health*, 16, 327-354.
- Ware, J., Kosinski, M., Bayliss, M., McHorney, C., Rogers, W. & Raczek, A. (1995). Comparison of Methods for the Scoring and Statistical Analysis of SF-36 Health Profile and Summary Measures: Summary of Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33(4), AS264-AS279.
- Wein, A. (2000). Putting Overactive Bladder into Clinical Perspective. *Patient Care*, Winter 2000, 1-5.

- WHOQOL (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wiersma, D. (1997). Role Functioning as a Component of Quality of Life in Mental Disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 43-54). Chichester: John Wiley and Sons.
- Wills, T. (1997). Social support and health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 168-171). Cambridge University Press.
- Winstead, B., Derlega, V. & Rose, S. (1997). *Gender and close relationships*. USA: Sage Publications.
- Wortman, C. & Conway, T. (1985). The Role of Social Support in Adaptation and Recovery from Physical Illness. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 281-302). Orlando: Academic Press Inc..
- Wyman, J., Harkins, S., Choi, S., Taylor, J. & Fantl, J. (1987). Psychosocial Impact of Urinary Incontinence in Women. *Obstetrics and Gynecology*, vol. 70 (n° 3, part 1), 378-381.

VI. ANEXOS

Anexo 1. Protocolo/Instrumento

É no âmbito de um trabalho de investigação que tem por objectivo estudar a Qualidade de Vida, que solicitamos a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Para levar a cabo este trabalho, são pedidas algumas informações acerca das participantes, sendo assegurado desde já o **anonimato** e **confidencialidade** de tais dados, que serão tratados estatisticamente, e não individualmente.

Assim, pedimos que **leia atentamente** as instruções e responda a todas as **questões**, dando a sua **opinião sincera**, e sabendo que **não existem respostas certas nem erradas**.

Obrigada pela sua colaboração.

Idade: _____ anos

Profissão: _____

Escolaridade: 4ª classe

9º ano

12º ano

Licenciatura

Outra _____

Estado Civil: Solteira

Casada/Em União de Facto

Divorciada

Viúva

Nº de filhos? _____

Nº de gravidezes? _____

Tem vida sexual activa? Sim

Não

Qual é, em média, a frequência com que tem relações sexuais?

Mais do que uma vez por semana

Uma vez por semana

Duas vezes por mês

Uma vez por mês

Menos do que uma vez por mês

Sofre de Incontinência Urinária? Sim

Não

Se, e só se respondeu Sim, à pergunta anterior:

Há quanto tempo? _____

Considera a sua Incontinência Urinária: Ocasional (menos de 2 episódios por mês)

Regular (2 ou mais episódios por mês)

O aparecimento de episódios de Incontinência ocorreu:

- Antes de engravidar
- Durante o período de gravidez, parto e pós-parto
- Entre a última gravidez e a menopausa
- Depois da menopausa
- Outra altura Qual? _____

Considera o seu grau de Incontinência Urinária como:

- Mínimo
- Leve
- Moderado
- Grave

Teve alguma infecção urinária nos últimos 2 anos? Sim Não

Já foi submetida a alguma intervenção cirúrgica na zona do baixo ventre?

Sim Não

Tem outros problemas de saúde? Sim Não

Se sim, qual ou quais? _____

7. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sempre | A maior parte | Bastante | Algum | Pouco | Nunca |
| | do tempo | tempo | tempo | tempo | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras, de “concordo totalmente” (A) a “discordo totalmente” (E). Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2. Não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

13. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

De seguida são apresentadas algumas afirmações às quais pedimos que responda consoante a sua opinião, assinalando-a com uma cruz no quadrado que melhor a expressar.

Durante as últimas quatro semanas:

	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos de metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Muitas vezes (mais de metade do tempo)	Quase sempre ou sempre
1. Senti-me à vontade ao iniciar relações sexuais com o meu companheiro.					
2. Senti-me confiante de estar suficientemente excitada durante a relação sexual.					
3. Fiquei satisfeita com o meu desempenho sexual.					
4. Senti que o sexo pode ser espontâneo.					
5. Senti-me apta a iniciar relações sexuais.					
6. Senti-me confiante no desempenho sexual.					
7. Senti-me satisfeita com a nossa vida sexual.					
8. O meu companheiro sentiu-se insatisfeito com a qualidade das nossas relações sexuais.					
9. Tenho tido boa auto-estima.					
10. Senti-me uma mulher completa.					
11. Senti-me muitas vezes falhada.					
12. Senti-me confiante.					
13. O meu companheiro mostrou-se satisfeito com a nossa relação em geral.					
14. Eu estou satisfeita com a nossa relação em geral.					

Por favor, indique com uma cruz quais dos sintomas abaixo descritos apresenta actualmente (Sim ou Não), e qual o grau de incómodo que lhe causam (Nenhum, Ligeiro, Moderado ou Grande).

	Sim	Não	Nenhum incómodo	Incómodo ligeiro	Incómodo moderado	Grande incómodo
1. Idas frequentes à casa-de-banho, para urinar						
2. Perdas de urina relacionadas com sensação de urgência (muita vontade)						
3. Perdas de urina relacionadas com a actividade física, tosse ou espirro						
4. Perda de pequenas quantidades de urina (ou seja, gotas)						
5. Dificuldade no esvaziamento da bexiga						
6. Dor nas zonas abdominal baixa ou genital						

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2. Carta Pedido de Recolha de Amostra

Lisboa, XXX de XX

Exmos. Senhores:

Eu, XXX, Psicóloga (área de Clínica), portadora do B.I. nº XXX, e carteira profissional nº XXX, venho por este meio solicitar a V. Exas. a possibilidade de colaboração na recolha de parte da amostra para um trabalho de investigação a realizar no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde (pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada).

Este trabalho tem em vista a elaboração da tese de dissertação para o Mestrado acima referido, sob a supervisão do Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, visando estudar as variáveis Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual, em Mulheres com Incontinência Urinária.

Sem mais assunto de momento, apresento a minha disponibilidade para qualquer contacto necessário (Tel. XXX), agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Anexo 3. Classificação Nacional de Profissões (IEFP)

GRANDES GRUPOS	NÚMERO DE SUB GRANDES GRUPOS	NÚMERO DE SUB GRUPOS	NÚMERO DE GRUPOS BASE
1 Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas		6	28
2 Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	4	17	49
3 Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário		19	63
4 Pessoal Administrativo e Similares	2	7	20
5 Pessoal dos Serviços e Vendedores	2	8	24
6 Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	2	6	14
7 Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	4	17	70
8 Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	3	20	67
9 Trabalhadores não Qualificados	5	10	23

Anexo 4. Base de Datos

Base Dados

	idade	profissa	escola	ecivil	nfilhos	ngravide	vsexual
1	62,00	9,00	3,00	4,00	2,00	3,00	2,00
2	66,00	9,00	4,00	2,00	2,00	5,00	1,00
3	46,00	9,00	,00	2,00	4,00	4,00	1,00
4	49,00	9,00	6,00	2,00	4,00	6,00	1,00
5	44,00	10,00	12,00	2,00	2,00	3,00	1,00
6	58,00	9,00	4,00	2,00	3,00	3,00	2,00
7	56,00	5,00	4,00	2,00	3,00	5,00	1,00
8	49,00	9,00	4,00	2,00	2,00	4,00	1,00
9	59,00	4,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00
10	38,00	2,00	17,00	2,00	2,00	2,00	1,00
11	64,00	9,00	4,00	4,00	1,00	1,00	2,00
12	53,00	10,00	4,00	2,00	2,00	23,00	1,00
13	52,00	9,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
14	51,00	9,00	4,00	2,00	2,00	3,00	1,00
15	66,00	9,00	,00	4,00	1,00	1,00	2,00
16	66,00	9,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00
17	77,00	10,00	4,00	2,00	3,00	5,00	1,00
18	57,00	10,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
19	60,00	9,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00
20	69,00	10,00	,00	2,00	3,00	2,00	2,00
21	76,00	10,00	3,00	4,00	1,00	1,00	2,00
22	70,00	10,00	4,00	2,00	1,00	3,00	1,00
23	71,00	10,00	3,00	2,00	1,00	4,00	2,00
24	66,00	10,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00
25	53,00	5,00	9,00	2,00	2,00	2,00	2,00
26	62,00	9,00	,00	1,00	,00	,00	2,00
27	50,00	9,00	6,00	2,00	2,00	99,00	1,00
28	77,00	10,00	,00	2,00	3,00	4,00	2,00
29	63,00	9,00	12,00	4,00	2,00	4,00	2,00
30	46,00	9,00	9,00	2,00	1,00	1,00	1,00
31	76,00	10,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00
32	51,00	10,00	,00	2,00	2,00	4,00	2,00
33	55,00	10,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
34	56,00	5,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
35	70,00	10,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
36	64,00	9,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
37	73,00	10,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00
38	46,00	7,00	4,00	2,00	4,00	4,00	1,00
39	75,00	9,00	,00	2,00	,00	,00	2,00
40	53,00	7,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00
41	72,00	10,00	3,00	2,00	,00	,00	2,00
42	53,00	9,00	4,00	2,00	2,00	5,00	1,00

Base Dados

	fregsexu	tempo	fregepis	aparecim	grau	inforin	cirurgia
1	8,00	5,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
2	3,00	10,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00
3	1,00	1,00	2,00	3,00	4,00	1,00	2,00
4	2,00	2,00	2,00	4,00	2,00	1,00	1,00
5	1,00	4,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00
6	8,00	15,00	2,00	3,00	3,00	2,00	99,00
7	3,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
8	3,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00
9	1,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
10	3,00	14,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00
11	8,00	3,00	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00
12	5,00	12,00	2,00	5,00	4,00	2,00	1,00
13	4,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
14	2,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
15	8,00	3,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
16	8,00	4,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
17	2,00	1,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
18	99,00	,58	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00
19	8,00	4,00	1,00	4,00	3,00	1,00	1,00
20	8,00	5,00	2,00	4,00	4,00	2,00	1,00
21	8,00	5,00	2,00	4,00	4,00	2,00	2,00
22	3,00	21,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00
23	8,00	6,00	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00
24	1,00	10,00	2,00	4,00	4,00	2,00	1,00
25	8,00	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00
26	8,00	3,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
27	2,00	6,00	2,00	3,00	3,00	2,00	1,00
28	8,00	1,00	2,00	5,00	4,00	2,00	1,00
29	8,00	10,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
30	2,00	16,50	2,00	2,00	4,00	2,00	2,00
31	8,00	1,50	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
32	8,00	4,00	2,00	5,00	4,00	1,00	1,00
33	4,00	10,00	2,00	3,00	3,00	2,00	1,00
34	2,00	3,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00
35	3,00	3,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00
36	3,00	35,00	2,00	2,00	4,00	1,00	2,00
37	5,00	35,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00
38	1,00	7,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00
39	8,00	7,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
40	2,00	,50	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
41	8,00	17,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
42	99,00	30,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00

Base Dados

	outrprob	qdv1	qdv2	qdv3	qdv4	qdv5	qdv6
1	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00
2	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
3	1,00	3,40	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00
4	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	3,00
5	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	4,00	5,00
6	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00
8	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	4,00	6,00
9	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00
10	1,00	3,40	3,00	2,00	1,00	3,00	4,00
11	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
12	1,00	5,00	2,00	1,00	2,00	4,00	1,00
13	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00
15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00
16	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
17	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00
18	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
19	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	4,00
20	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	2,00
21	2,00	3,40	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00
22	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00
23	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	4,00
24	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	4,00
25	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	5,00	1,00
26	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	4,00	5,00
27	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00
28	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	4,00
29	1,00	4,40	2,00	1,00	1,00	2,00	5,00
30	1,00	4,40	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00
31	2,00	3,40	2,00	1,00	1,00	4,00	3,00
32	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
33	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00
34	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00
35	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00
36	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00
37	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
38	1,00	3,40	3,00	2,00	2,00	3,00	6,00
39	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
40	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	4,00
41	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
42	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00

Base Dados

	qdv7	qdv8	ss1	ss2	ss3	ss4	ss5
1	6,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
2	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	4,00	5,00
3	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	4,00
4	4,00	3,00	2,00	1,00	5,00	1,00	5,00
5	5,00	5,00	3,00	1,00	3,00	4,00	4,00
6	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00
7	1,00	6,00	3,00	3,00	99,00	5,00	5,00
8	6,00	6,00	5,00	2,00	2,00	1,00	5,00
9	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00
10	4,00	5,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00
11	1,00	2,00	1,00	2,00	4,00	5,00	5,00
12	5,00	1,00	4,00	2,00	5,00	5,00	5,00
13	2,00	2,00	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00
14	2,00	5,00	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00
15	4,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00
16	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	4,00	2,00
17	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
18	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00
19	4,00	4,00	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00
20	4,00	6,00	5,00	2,00	2,00	4,00	4,00
21	5,00	6,00	4,00	2,00	3,00	4,00	4,00
22	5,00	5,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00
23	4,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	2,00
24	5,00	4,00	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00
25	1,00	3,00	2,00	2,00	4,00	2,00	4,00
26	2,00	6,00	2,00	2,00	2,00	4,00	2,00
27	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
28	4,00	5,00	4,00	2,00	4,00	4,00	5,00
29	1,00	2,00	2,00	2,00	4,00	5,00	1,00
30	4,00	4,00	4,00	2,00	5,00	5,00	5,00
31	3,00	5,00	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00
32	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00	4,00	3,00
33	4,00	4,00	5,00	2,00	2,00	5,00	5,00
34	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
35	4,00	1,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
36	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
37	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
38	5,00	6,00	2,00	4,00	4,00	2,00	4,00
39	1,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00
40	3,00	4,00	4,00	2,00	2,00	5,00	5,00
41	4,00	4,00	1,00	1,00	2,00	5,00	5,00
42	4,00	4,00	1,00	1,00	4,00	5,00	4,00

Base Dados

	ss6	ss7	ss8	ss9	ss10	ss11	ss12
1	2,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00
2	1,00	1,00	4,00	5,00	4,00	5,00	5,00
3	1,00	3,00	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00
4	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00
5	5,00	1,00	1,00	5,00	2,00	4,00	5,00
6	4,00	2,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00
7	1,00	1,00	4,00	5,00	5,00	3,00	2,00
8	1,00	1,00	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00
9	3,00	4,00	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00
10	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00	5,00
11	2,00	4,00	3,00	5,00	2,00	4,00	4,00
12	4,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	5,00
13	4,00	3,00	2,00	5,00	4,00	5,00	4,00
14	2,00	2,00	1,00	5,00	5,00	4,00	4,00
15	1,00	4,00	2,00	5,00	2,00	4,00	4,00
16	2,00	1,00	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00
17	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
18	2,00	5,00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00
19	2,00	2,00	3,00	4,00	2,00	4,00	4,00
20	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00
21	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00
22	2,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00
23	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
24	1,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
25	4,00	4,00	2,00	4,00	1,00	2,00	4,00
26	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	3,00	2,00
27	5,00	1,00	3,00	1,00	3,00	3,00	3,00
28	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00
29	1,00	5,00	5,00	4,00	4,00	2,00	5,00
30	5,00	5,00	1,00	5,00	4,00	4,00	5,00
31	1,00	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00
32	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	4,00
33	4,00	1,00	2,00	5,00	4,00	4,00	2,00
34	4,00	4,00	2,00	5,00	2,00	4,00	4,00
35	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00
36	4,00	4,00	3,00	4,00	2,00	4,00	4,00
37	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00
38	4,00	3,00	2,00	4,00	5,00	4,00	4,00
39	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
40	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
41	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	2,00	4,00
42	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	3,00	4,00

Base Dados

	ss13	ss14	ss15	ssex1	ssex2	ssex3	ssex4
1	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
2	4,00	4,00	4,00	2,00	3,00	5,00	2,00
3	3,00	4,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00
4	5,00	5,00	5,00	5,00	2,00	3,00	1,00
5	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
6	3,00	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
7	5,00	99,00	5,00	1,00	99,00	1,00	1,00
8	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	5,00	3,00
9	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
10	5,00	4,00	3,00	1,00	5,00	5,00	4,00
11	2,00	3,00	5,00	8,00	8,00	8,00	8,00
12	2,00	4,00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00
13	2,00	4,00	4,00	3,00	3,00	2,00	1,00
14	2,00	4,00	4,00	1,00	3,00	3,00	4,00
15	2,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
16	2,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
17	4,00	4,00	4,00	3,00	2,00	2,00	3,00
18	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
19	4,00	4,00	3,00	8,00	8,00	8,00	8,00
20	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
21	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
22	4,00	4,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00
23	4,00	3,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
24	2,00	2,00	4,00	3,00	5,00	3,00	2,00
25	3,00	3,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
26	3,00	3,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
27	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00
28	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
29	3,00	3,00	1,00	8,00	8,00	8,00	8,00
30	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
31	4,00	2,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
32	2,00	2,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
33	2,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	2,00
34	2,00	4,00	4,00	2,00	5,00	5,00	5,00
35	4,00	4,00	4,00	3,00	2,00	1,00	3,00
36	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00
37	4,00	4,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00
38	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
39	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
40	2,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
41	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
42	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	1,00	3,00

Base Dados

	ssex5	ssex6	ssex7	ssex8	ssex9	ssex10	ssex11
1	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
2	1,00	5,00	3,00	1,00	2,00	3,00	1,00
3	1,00	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00
4	2,00	2,00	2,00	3,00	5,00	2,00	3,00
5	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	1,00
6	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
7	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00
8	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	5,00
9	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00
10	4,00	4,00	5,00	5,00	3,00	3,00	99,00
11	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
12	1,00	1,00	1,00	5,00	5,00	5,00	5,00
13	1,00	2,00	1,00	4,00	1,00	2,00	4,00
14	2,00	2,00	3,00	1,00	3,00	2,00	2,00
15	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
16	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
17	2,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	3,00
18	4,00	4,00	1,00	2,00	3,00	4,00	3,00
19	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
20	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
21	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
22	1,00	1,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,00
23	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
24	2,00	2,00	2,00	4,00	3,00	3,00	2,00
25	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
26	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
27	2,00	3,00	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00
28	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
29	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
30	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	4,00	4,00
31	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
32	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
33	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00	3,00	5,00
34	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
35	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00
36	1,00	1,00	2,00	1,00	5,00	3,00	3,00
37	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00
38	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
39	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
40	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	5,00	3,00
41	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
42	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00

Base Dados

	ssex12	ssex13	ssex14	udi1	udi2	udi3	udi4
1	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	2,00
2	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	,00	3,00
3	2,00	2,00	1,00	,00	,00	3,00	3,00
4	3,00	3,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00
5	5,00	5,00	5,00	2,00	2,00	2,00	2,00
6	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
7	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00
8	4,00	4,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
9	5,00	5,00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00
10	2,00	5,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00
11	8,00	8,00	8,00	2,00	3,00	2,00	2,00
12	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00
13	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
14	2,00	5,00	5,00	2,00	3,00	3,00	3,00
15	8,00	8,00	8,00	2,00	3,00	3,00	3,00
16	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
17	2,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00
18	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00
19	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	2,00	2,00
20	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	2,00
21	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
22	2,00	5,00	5,00	1,00	1,00	3,00	2,00
23	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	2,00
24	3,00	5,00	5,00	2,00	2,00	3,00	,00
25	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
26	8,00	8,00	8,00	2,00	2,00	2,00	2,00
27	5,00	3,00	5,00	,00	3,00	3,00	,00
28	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
29	8,00	8,00	8,00	2,00	2,00	2,00	2,00
30	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	2,00
31	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
32	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
33	2,00	3,00	5,00	2,00	3,00	3,00	,00
34	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	2,00	,00
35	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
36	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00
37	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
38	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	2,00	2,00
39	8,00	8,00	8,00	2,00	2,00	2,00	1,00
40	3,00	4,00	4,00	1,00	2,00	3,00	1,00
41	8,00	8,00	8,00	2,00	1,00	2,00	2,00
42	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00

Base Dados

	udi5	udi6	ssamigos	ssintmd	ssfamil	ssasocia	sesxrs
1	,00	2,00	20,00	14,00	15,00	12,00	.
2	,00	3,00	20,00	12,00	14,00	7,00	43,75
3	,00	1,00	17,00	7,00	10,00	7,00	15,63
4	3,00	3,00	25,00	13,00	13,00	11,00	37,50
5	,00	,00	20,00	16,00	11,00	3,00	100,00
6	3,00	,00	12,00	12,00	10,00	7,00	.
7	2,00	1,00	.	14,00	13,00	8,00	.
8	,00	,00	18,00	12,00	13,00	5,00	53,13
9	,00	,00	19,00	14,00	13,00	9,00	100,00
10	3,00	2,00	20,00	8,00	9,00	6,00	78,13
11	2,00	2,00	18,00	13,00	11,00	9,00	.
12	3,00	3,00	21,00	18,00	4,00	5,00	12,50
13	,00	3,00	16,00	16,00	14,00	7,00	28,13
14	3,00	3,00	18,00	13,00	14,00	5,00	34,38
15	3,00	3,00	16,00	8,00	11,00	8,00	.
16	3,00	3,00	16,00	10,00	13,00	5,00	.
17	,00	3,00	19,00	8,00	12,00	10,00	37,50
18	,00	3,00	8,00	12,00	3,00	11,00	59,38
19	2,00	3,00	17,00	10,00	10,00	6,00	.
20	3,00	3,00	18,00	15,00	13,00	6,00	.
21	3,00	3,00	19,00	16,00	13,00	10,00	.
22	,00	,00	18,00	14,00	13,00	12,00	12,50
23	1,00	3,00	18,00	11,00	12,00	8,00	.
24	,00	2,00	14,00	11,00	12,00	6,00	46,88
25	2,00	2,00	16,00	12,00	7,00	8,00	.
26	2,00	2,00	12,00	12,00	9,00	8,00	.
27	3,00	3,00	8,00	8,00	7,00	5,00	31,25
28	3,00	1,00	20,00	17,00	13,00	10,00	.
29	2,00	2,00	16,00	9,00	10,00	12,00	.
30	3,00	3,00	22,00	19,00	13,00	8,00	100,00
31	3,00	3,00	16,00	11,00	13,00	10,00	.
32	3,00	3,00	16,00	11,00	7,00	6,00	.
33	,00	,00	12,00	19,00	13,00	5,00	25,00
34	3,00	,00	18,00	16,00	11,00	8,00	90,63
35	3,00	,00	20,00	16,00	10,00	10,00	21,88
36	3,00	1,00	20,00	16,00	10,00	9,00	9,38
37	3,00	,00	20,00	16,00	10,00	10,00	3,13
38	,00	2,00	20,00	12,00	13,00	9,00	100,00
39	2,00	2,00	18,00	16,00	12,00	12,00	.
40	,00	,00	16,00	16,00	12,00	10,00	31,25
41	2,00	3,00	18,00	13,00	7,00	3,00	.
42	2,00	3,00	18,00	11,00	7,00	7,00	25,00

Base Dados

	sexae	sexrg	sintomas	udigeral	udigera	smental	sfisico
1	.	.	,00	2,60	13,00	87,50	45,45
2	25,00	50,00	1,00	3,00	12,00	25,00	18,18
3	12,50	12,50	1,00	2,33	7,00	37,50	30,91
4	56,25	75,00	1,00	3,00	18,00	43,75	36,36
5	75,00	100,00	1,00	2,00	8,00	75,00	63,64
6	.	.	,00	3,00	15,00	12,50	,00
7	,00	,00	1,00	1,50	9,00	31,25	36,36
8	75,00	75,00	1,00	1,00	4,00	100,00	63,64
9	87,50	100,00	1,00	1,00	4,00	62,50	45,45
10	.	50,00	1,00	2,67	16,00	62,50	67,27
11	.	.	,00	2,17	13,00	12,50	9,09
12	100,00	100,00	1,00	3,00	18,00	31,25	72,73
13	37,50	50,00	1,00	3,00	15,00	12,50	18,18
14	31,25	100,00	1,00	2,83	17,00	43,75	9,09
15	.	.	,00	2,83	17,00	37,50	27,27
16	.	.	,00	3,00	18,00	37,50	,00
17	37,50	87,50	1,00	3,00	15,00	18,75	27,27
18	43,75	,00	1,00	2,80	14,00	18,75	,00
19	.	.	,00	2,50	15,00	56,25	36,36
20	.	.	,00	2,83	17,00	56,25	36,36
21	.	.	,00	3,00	18,00	81,25	40,00
22	37,50	100,00	1,00	1,75	7,00	81,25	36,36
23	.	.	,00	2,50	15,00	62,50	9,09
24	43,75	100,00	1,00	1,80	9,00	62,50	27,27
25	.	.	,00	2,67	16,00	12,50	54,55
26	.	.	,00	2,00	12,00	62,50	63,64
27	43,75	75,00	1,00	3,00	12,00	18,75	36,36
28	.	.	,00	2,67	16,00	62,50	45,45
29	.	.	,00	2,00	12,00	31,25	49,09
30	75,00	100,00	1,00	2,83	17,00	50,00	40,00
31	.	.	,00	3,00	18,00	50,00	58,18
32	.	.	,00	3,00	18,00	6,25	9,09
33	62,50	75,00	1,00	2,67	8,00	37,50	27,27
34	100,00	100,00	1,00	2,75	11,00	62,50	63,64
35	50,00	50,00	1,00	3,00	15,00	18,75	27,27
36	62,50	37,50	1,00	2,67	16,00	56,25	27,27
37	50,00	50,00	1,00	3,00	15,00	37,50	18,18
38	93,75	100,00	1,00	2,40	12,00	93,75	67,27
39	.	.	,00	1,83	11,00	18,75	18,18
40	62,50	75,00	1,00	1,75	7,00	50,00	27,27
41	.	.	,00	2,00	12,00	37,50	18,18
42	12,50	25,00	1,00	2,17	13,00	43,75	36,36

Base Datos

	ecivilr
1	1,00
2	2,00
3	2,00
4	2,00
5	2,00
6	2,00
7	2,00
8	2,00
9	2,00
10	2,00
11	1,00
12	2,00
13	2,00
14	2,00
15	1,00
16	2,00
17	2,00
18	2,00
19	2,00
20	2,00
21	1,00
22	2,00
23	2,00
24	2,00
25	2,00
26	1,00
27	2,00
28	2,00
29	1,00
30	2,00
31	2,00
32	2,00
33	2,00
34	2,00
35	2,00
36	2,00
37	2,00
38	2,00
39	2,00
40	2,00
41	2,00
42	2,00

Base Dados

	idade	profissa	escola	ecivil	nfilhos	ngravide	vsexual
43	58,00	9,00	6,00	2,00	2,00	20,00	1,00
44	67,00	4,00	9,00	1,00	1,00	1,00	2,00
45	62,00	4,00	4,00	4,00	2,00	3,00	2,00
46	44,00	9,00	6,00	2,00	2,00	4,00	1,00
47	54,00	10,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
48	78,00	10,00	4,00	4,00	2,00	10,00	2,00
49	62,00	4,00	17,00	2,00	1,00	1,00	1,00
50	54,00	9,00	4,00	3,00	1,00	1,00	2,00
51	59,00	9,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
52	49,00	10,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,00
53	72,00	10,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00
54	58,00	8,00	4,00	2,00	3,00	4,00	1,00
55	53,00	4,00	12,00	3,00	3,00	4,00	1,00
56	53,00	10,00	4,00	2,00	3,00	4,00	1,00
57	78,00	10,00	9,00	4,00	1,00	1,00	2,00
58	76,00	9,00	7,00	4,00	2,00	2,00	2,00
59	67,00	10,00	4,00	2,00	2,00	9,00	1,00
60	58,00	10,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00
61	63,00	10,00	,00	3,00	4,00	7,00	2,00
62	70,00	10,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
63	67,00	10,00	,00	2,00	10,00	10,00	1,00
64	61,00	10,00	4,00	2,00	1,00	3,00	1,00
65	57,00	9,00	4,00	4,00	5,00	6,00	2,00
66	35,00	4,00	9,00	2,00	2,00	3,00	1,00
67	65,00	9,00	6,00	3,00	1,00	4,00	2,00
68	53,00	9,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00
69	71,00	10,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00
70	56,00	10,00	4,00	2,00	1,00	3,00	1,00
71	55,00	9,00	4,00	2,00	2,00	4,00	1,00
72	53,00	9,00	4,00	2,00	2,00	3,00	1,00
73	57,00	7,00	4,00	2,00	3,00	3,00	1,00
74	63,00	9,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00
75	57,00	7,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
76	66,00	10,00	,00	2,00	6,00	9,00	2,00
77	63,00	10,00	,00	2,00	,00	,00	2,00
78	54,00	9,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00
79	70,00	9,00	4,00	2,00	3,00	4,00	1,00
80	68,00	10,00	17,00	3,00	2,00	2,00	2,00
81	73,00	9,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00
82	47,00	9,00	4,00	2,00	2,00	8,00	1,00
83	53,00	10,00	9,00	1,00	2,00	2,00	2,00
84	44,00	7,00	4,00	2,00	1,00	4,00	1,00

Base Dados

	freqsexu	tempo	freqepis	aparecim	grau	infurin	cirurgia
43	3,00	15,00	2,00	4,00	4,00	1,00	1,00
44	8,00	8,00	1,00	4,00	1,00	2,00	1,00
45	8,00	5,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
46	1,00	10,00	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00
47	3,00	15,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00
48	8,00	5,00	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00
49	2,00	4,00	1,00	4,00	1,00	99,00	1,00
50	8,00	14,00	2,00	5,00	4,00	1,00	1,00
51	3,00	9,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
52	8,00	4,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00
53	8,00	,58	2,00	4,00	4,00	2,00	1,00
54	2,00	3,00	2,00	4,00	4,00	2,00	1,00
55	1,00	4,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
56	1,00	4,00	2,00	4,00	4,00	1,00	1,00
57	8,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
58	8,00	6,00	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00
59	3,00	7,00	2,00	4,00	4,00	2,00	2,00
60	8,00	6,00	2,00	4,00	4,00	2,00	1,00
61	8,00	4,00	2,00	4,00	4,00	1,00	1,00
62	3,00	4,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
63	3,00	4,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
64	5,00	23,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00
65	8,00	,33	2,00	4,00	4,00	1,00	1,00
66	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	99,00
67	8,00	3,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00
68	1,00	1,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,00
69	8,00	1,00	2,00	4,00	1,00	2,00	2,00
70	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00	2,00	2,00
71	2,00	3,00	2,00	4,00	4,00	2,00	2,00
72	2,00	18,00	2,00	2,00	4,00	2,00	1,00
73	3,00	1,00	2,00	4,00	4,00	2,00	1,00
74	5,00	15,00	2,00	3,00	4,00	1,00	1,00
75	2,00	5,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00
76	8,00	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	1,00
77	8,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
78	2,00	10,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00
79	4,00	5,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
80	8,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
81	8,00	10,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00
82	4,00	3,00	2,00	3,00	4,00	1,00	2,00
83	8,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00
84	2,00	10,00	2,00	3,00	4,00	1,00	99,00

Base Dados

	outprob	qdv1	qdv2	qdv3	qdv4	qdv5	qdv6
43	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	2,00
44	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	4,00
45	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00
46	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00
47	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00	3,00
48	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00
49	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00
50	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00
51	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00	5,00
52	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00
53	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00
54	1,00	3,40	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00
55	1,00	4,40	2,00	1,00	2,00	2,00	5,00
56	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00
57	1,00	5,00	3,00	2,00	2,00	4,00	4,00
58	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	4,00
59	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00
60	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	2,00
61	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	4,00
62	1,00	3,40	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00
63	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00
64	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00
65	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	4,00	4,00
66	2,00	3,40	2,00	2,00	2,00	4,00	5,00
67	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	5,00	2,00
68	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
69	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00
70	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
71	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
72	1,00	5,00	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00
73	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	5,00	6,00
74	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	4,00	4,00
75	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	5,00	6,00
76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00
77	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00
78	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00
79	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00	5,00
80	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	4,00
81	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	5,00	5,00
82	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	3,00
83	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	3,00
84	2,00	3,40	2,00	2,00	2,00	5,00	5,00

Base Dados

	qdv7	qdv8	ss1	ss2	ss3	ss4	ss5
43	5,00	3,00	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00
44	5,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00
45	5,00	5,00	3,00	4,00	4,00	4,00	5,00
46	6,00	6,00	5,00	3,00	5,00	5,00	5,00
47	4,00	6,00	4,00	3,00	4,00	2,00	4,00
48	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00
49	4,00	4,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00
50	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00
51	3,00	5,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00
52	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00
53	2,00	6,00	2,00	2,00	2,00	4,00	3,00
54	4,00	6,00	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00
55	5,00	4,00	5,00	2,00	3,00	5,00	5,00
56	5,00	5,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00
57	3,00	6,00	5,00	2,00	4,00	4,00	2,00
58	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	4,00	4,00
59	3,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	4,00
60	2,00	5,00	2,00	2,00	3,00	4,00	4,00
61	3,00	5,00	2,00	2,00	2,00	4,00	2,00
62	5,00	6,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
63	4,00	5,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
64	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	5,00	4,00
65	4,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	5,00
66	5,00	5,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00
67	4,00	3,00	1,00	2,00	4,00	5,00	4,00
68	3,00	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00
69	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00
70	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00
71	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00
72	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00
73	6,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00
74	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
75	4,00	5,00	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00
76	1,00	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00
77	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	2,00
78	4,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
79	5,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
80	3,00	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00	4,00
81	5,00	5,00	4,00	2,00	2,00	4,00	2,00
82	1,00	6,00	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00
83	4,00	6,00	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00
84	5,00	6,00	5,00	1,00	5,00	5,00	5,00

Base Dados

	ss6	ss7	ss8	ss9	ss10	ss11	ss12
43	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
44	2,00	3,00	3,00	5,00	3,00	5,00	5,00
45	3,00	4,00	4,00	5,00	2,00	4,00	4,00
46	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
47	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00
48	1,00	3,00	2,00	2,00	4,00	2,00	4,00
49	1,00	2,00	5,00	5,00	2,00	4,00	5,00
50	2,00	2,00	4,00	5,00	2,00	4,00	4,00
51	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
52	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
53	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	3,00
54	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00
55	5,00	2,00	1,00	5,00	4,00	5,00	1,00
56	1,00	1,00	1,00	5,00	2,00	4,00	4,00
57	2,00	2,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00
58	1,00	2,00	2,00	5,00	5,00	5,00	4,00
59	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
60	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00
61	2,00	2,00	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00
62	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
63	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
64	4,00	4,00	2,00	4,00	5,00	4,00	4,00
65	2,00	2,00	3,00	5,00	3,00	4,00	5,00
66	1,00	3,00	5,00	4,00	4,00	4,00	3,00
67	1,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	4,00
68	4,00	3,00	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00
69	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00
70	1,00	4,00	2,00	3,00	2,00	4,00	2,00
71	2,00	4,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00
72	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00
73	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
74	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00
75	4,00	4,00	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00
76	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00
77	2,00	2,00	4,00	4,00	2,00	2,00	3,00
78	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	4,00
79	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
80	4,00	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00
81	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
82	4,00	2,00	2,00	4,00	1,00	4,00	4,00
83	4,00	2,00	2,00	5,00	2,00	4,00	4,00
84	5,00	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00	5,00

Base Dados

	ss13	ss14	ss15	ssex1	ssex2	ssex3	ssex4
43	2,00	4,00	4,00	5,00	5,00	2,00	5,00
44	3,00	5,00	5,00	8,00	8,00	8,00	8,00
45	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
46	1,00	5,00	5,00	5,00	4,00	3,00	5,00
47	4,00	2,00	4,00	5,00	1,00	1,00	1,00
48	2,00	2,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
49	3,00	5,00	5,00	4,00	3,00	5,00	4,00
50	2,00	2,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
51	4,00	4,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
52	2,00	2,00	3,00	8,00	8,00	8,00	8,00
53	2,00	3,00	3,00	8,00	8,00	8,00	8,00
54	2,00	3,00	4,00	5,00	5,00	5,00	3,00
55	3,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
56	2,00	4,00	4,00	5,00	1,00	2,00	2,00
57	4,00	4,00	5,00	8,00	8,00	8,00	8,00
58	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
59	4,00	3,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00
60	4,00	4,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
61	4,00	2,00	3,00	8,00	8,00	8,00	8,00
62	2,00	2,00	4,00	5,00	5,00	5,00	3,00
63	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00
64	2,00	4,00	4,00	3,00	1,00	1,00	3,00
65	3,00	4,00	5,00	8,00	8,00	8,00	8,00
66	3,00	3,00	4,00	2,00	3,00	3,00	2,00
67	2,00	3,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
68	4,00	4,00	4,00	5,00	2,00	3,00	3,00
69	2,00	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
70	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00
71	2,00	2,00	2,00	5,00	2,00	3,00	3,00
72	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00
73	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	5,00
74	4,00	4,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
75	4,00	4,00	4,00	3,00	2,00	3,00	3,00
76	1,00	1,00	1,00	8,00	8,00	8,00	8,00
77	2,00	2,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
78	4,00	4,00	4,00	5,00	2,00	1,00	1,00
79	4,00	4,00	4,00	1,00	1,00	2,00	5,00
80	2,00	2,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
81	2,00	3,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
82	2,00	2,00	4,00	5,00	2,00	4,00	2,00
83	2,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
84	5,00	4,00	5,00	4,00	2,00	3,00	2,00

Base Dados

	ssex5	ssex6	ssex7	ssex8	ssex9	ssex10	ssex11
43	3,00	5,00	5,00	2,00	5,00	5,00	2,00
44	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
45	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
46	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00
47	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00	4,00
48	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
49	3,00	3,00	4,00	3,00	5,00	5,00	5,00
50	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
51	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00
52	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
53	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
54	3,00	3,00	3,00	1,00	3,00	3,00	3,00
55	4,00	4,00	5,00	1,00	5,00	5,00	5,00
56	1,00	2,00	2,00	5,00	4,00	5,00	4,00
57	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
58	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
59	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	3,00	3,00
60	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
61	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
62	5,00	3,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00
63	2,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
64	2,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00
65	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
66	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00
67	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
68	5,00	3,00	5,00	5,00	5,00	2,00	3,00
69	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
70	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00
71	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	1,00	3,00
72	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00
73	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	5,00
74	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
75	2,00	3,00	1,00	3,00	5,00	5,00	3,00
76	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
77	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
78	1,00	1,00	1,00	5,00	5,00	3,00	2,00
79	3,00	3,00	5,00	4,00	5,00	5,00	4,00
80	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
81	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
82	2,00	2,00	2,00	5,00	1,00	1,00	4,00
83	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
84	3,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	3,00

Base Dados

	ssex12	ssex13	ssex14	udi1	udi2	udi3	udi4
43	5,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00
44	8,00	8,00	8,00	1,00	1,00	2,00	3,00
45	8,00	8,00	8,00	1,00	1,00	2,00	2,00
46	5,00	5,00	5,00	1,00	1,00	,00	,00
47	3,00	5,00	5,00	2,00	2,00	1,00	1,00
48	8,00	8,00	8,00	2,00	2,00	1,00	1,00
49	4,00	3,00	5,00	,00	,00	1,00	,00
50	8,00	8,00	8,00	,00	3,00	3,00	3,00
51	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00
52	8,00	8,00	8,00	1,00	2,00	2,00	2,00
53	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	,00	,00
54	3,00	5,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00
55	5,00	5,00	5,00	,00	3,00	3,00	2,00
56	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	1,00
57	8,00	8,00	8,00	1,00	1,00	,00	,00
58	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	2,00
59	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
60	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	,00	,00
61	8,00	8,00	8,00	,00	3,00	3,00	,00
62	5,00	5,00	5,00	2,00	3,00	3,00	3,00
63	5,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00
64	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	,00
65	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	1,00	3,00
66	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00
67	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	,00	,00
68	5,00	3,00	5,00	3,00	3,00	,00	,00
69	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	,00	,00
70	1,00	5,00	1,00	3,00	3,00	3,00	,00
71	2,00	4,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00
72	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00
73	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00
74	4,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00
75	5,00	3,00	5,00	,00	1,00	2,00	1,00
76	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	2,00	1,00
77	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	,00	3,00
78	3,00	5,00	5,00	2,00	3,00	3,00	2,00
79	5,00	5,00	5,00	3,00	2,00	1,00	1,00
80	8,00	8,00	8,00	2,00	3,00	2,00	2,00
81	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
82	2,00	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00
83	8,00	8,00	8,00	2,00	1,00	1,00	,00
84	4,00	5,00	5,00	1,00	2,00	3,00	3,00

Base Dados

	udi5	udi6	ssamigos	ssintmd	ssifamil	ssasocia	sesxrs
43	,00	3,00	18,00	15,00	12,00	6,00	75,00
44	,00	2,00	21,00	12,00	13,00	9,00	.
45	2,00	2,00	20,00	15,00	11,00	12,00	.
46	,00	,00	21,00	20,00	15,00	13,00	90,63
47	,00	2,00	18,00	14,00	11,00	11,00	25,00
48	,00	2,00	14,00	6,00	8,00	7,00	.
49	,00	,00	21,00	12,00	11,00	9,00	65,63
50	,00	1,00	16,00	15,00	11,00	10,00	.
51	,00	3,00	19,00	16,00	12,00	9,00	6,25
52	,00	,00	11,00	10,00	6,00	5,00	.
53	,00	,00	13,00	11,00	10,00	10,00	.
54	,00	,00	15,00	12,00	10,00	10,00	62,50
55	,00	,00	15,00	20,00	14,00	5,00	81,25
56	3,00	3,00	16,00	9,00	11,00	4,00	37,50
57	,00	,00	21,00	13,00	10,00	8,00	.
58	3,00	,00	18,00	10,00	15,00	6,00	.
59	,00	1,00	17,00	14,00	12,00	12,00	3,13
60	3,00	,00	17,00	14,00	10,00	8,00	.
61	,00	,00	13,00	10,00	10,00	8,00	.
62	3,00	3,00	16,00	16,00	12,00	6,00	84,38
63	3,00	3,00	20,00	16,00	12,00	8,00	46,88
64	,00	3,00	16,00	17,00	13,00	8,00	21,88
65	,00	2,00	20,00	14,00	12,00	8,00	.
66	3,00	3,00	16,00	5,00	12,00	10,00	37,50
67	,00	,00	17,00	11,00	6,00	8,00	.
68	,00	,00	20,00	14,00	12,00	6,00	71,88
69	,00	,00	10,00	12,00	8,00	8,00	.
70	3,00	3,00	9,00	8,00	9,00	7,00	18,75
71	3,00	3,00	10,00	10,00	8,00	8,00	65,63
72	,00	,00	19,00	16,00	10,00	12,00	43,75
73	,00	,00	16,00	17,00	12,00	12,00	12,50
74	,00	1,00	20,00	14,00	10,00	10,00	18,75
75	,00	,00	18,00	16,00	13,00	8,00	37,50
76	3,00	3,00	7,00	9,00	3,00	8,00	.
77	2,00	3,00	12,00	10,00	8,00	7,00	.
78	,00	,00	20,00	16,00	6,00	12,00	28,13
79	1,00	,00	20,00	14,00	12,00	8,00	50,00
80	,00	,00	16,00	13,00	10,00	6,00	.
81	3,00	3,00	15,00	12,00	12,00	8,00	.
82	2,00	2,00	14,00	16,00	9,00	6,00	50,00
83	2,00	2,00	16,00	16,00	11,00	6,00	.
84	,00	,00	24,00	20,00	12,00	8,00	40,63

Base Dados

	sexae	sexrg	sintomas	udigeral	udigera	smental	sfisico
43	81,25	12,50	1,00	3,00	15,00	43,75	45,45
44	.	.	,00	1,80	9,00	68,75	36,36
45	.	.	,00	1,67	10,00	62,50	27,27
46	93,75	100,00	1,00	1,00	2,00	87,50	27,27
47	56,25	100,00	1,00	1,60	8,00	68,75	45,45
48	.	.	,00	1,60	8,00	,00	18,18
49	93,75	75,00	1,00	,50	1,00	50,00	45,45
50	.	.	,00	2,50	10,00	62,50	18,18
51	50,00	50,00	1,00	2,80	14,00	68,75	45,45
52	.	.	,00	1,75	7,00	43,75	,00
53	.	.	,00	3,00	6,00	62,50	45,45
54	50,00	62,50	1,00	3,00	12,00	75,00	76,36
55	100,00	100,00	1,00	2,67	8,00	75,00	49,09
56	87,50	100,00	1,00	2,67	16,00	50,00	45,45
57	.	.	,00	,67	2,00	68,75	90,91
58	.	.	,00	2,80	14,00	37,50	36,36
59	56,25	37,50	1,00	2,60	13,00	50,00	9,09
60	.	.	,00	3,00	9,00	37,50	36,36
61	.	.	,00	3,00	6,00	56,25	45,45
62	100,00	100,00	1,00	2,83	17,00	81,25	58,18
63	100,00	87,50	1,00	3,00	18,00	56,25	9,09
64	,00	50,00	1,00	3,00	12,00	56,25	18,18
65	.	.	,00	2,40	12,00	37,50	63,64
66	50,00	25,00	1,00	3,00	18,00	81,25	67,27
67	.	.	,00	3,00	6,00	37,50	72,73
68	68,75	75,00	1,00	3,00	6,00	37,50	,00
69	.	.	,00	3,00	6,00	18,75	27,27
70	,00	50,00	1,00	3,00	15,00	25,00	,00
71	31,25	37,50	1,00	3,00	18,00	6,25	,00
72	43,75	25,00	1,00	3,00	12,00	62,50	90,91
73	62,50	100,00	1,00	3,00	12,00	100,00	63,64
74	56,25	62,50	1,00	2,60	13,00	50,00	54,55
75	87,50	75,00	1,00	1,33	4,00	75,00	54,55
76	.	.	,00	2,50	15,00	,00	36,36
77	.	.	,00	2,80	14,00	18,75	18,18
78	56,25	100,00	1,00	2,50	10,00	68,75	45,45
79	93,75	100,00	1,00	1,60	8,00	75,00	54,55
80	.	.	,00	2,25	9,00	37,50	36,36
81	.	.	,00	3,00	18,00	81,25	54,55
82	25,00	,00	1,00	2,67	16,00	43,75	45,45
83	.	.	,00	1,60	8,00	62,50	36,36
84	68,75	100,00	1,00	2,25	9,00	87,50	76,36

Base Datos

	ecivilr
43	2,00
44	1,00
45	1,00
46	2,00
47	2,00
48	1,00
49	2,00
50	1,00
51	2,00
52	2,00
53	1,00
54	2,00
55	1,00
56	2,00
57	1,00
58	1,00
59	2,00
60	2,00
61	1,00
62	2,00
63	2,00
64	2,00
65	1,00
66	2,00
67	1,00
68	2,00
69	2,00
70	2,00
71	2,00
72	2,00
73	2,00
74	2,00
75	2,00
76	2,00
77	2,00
78	2,00
79	2,00
80	1,00
81	1,00
82	2,00
83	1,00
84	2,00

Base Dados

	idade	profissa	escola	ecivil	nfilhos	ngravide	vsexual
85	69,00	9,00	,00	2,00	1,00	1,00	2,00
86	54,00	9,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
87	51,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
88	49,00	10,00	4,00	2,00	5,00	9,00	1,00
89	56,00	10,00	,00	3,00	9,00	10,00	2,00
90	56,00	10,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00
91	72,00	10,00	,00	4,00	6,00	6,00	1,00
92	81,00	10,00	4,00	4,00	7,00	7,00	2,00
93	63,00	10,00	4,00	4,00	1,00	1,00	2,00

Base Dados

	freqsexu	tempo	freqepis	aparecim	grau	infurin	cirurgia
85	8,00	4,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
86	4,00	8,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00
87	1,00	2,00	2,00	3,00	4,00	1,00	1,00
88	1,00	7,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
89	8,00	6,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00
90	4,00	5,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00
91	2,00	12,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00
92	8,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00
93	8,00	5,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00

Base Dados

	outprob	qdv1	qdv2	qdv3	qdv4	qdv5	qdv6
85	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
86	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	4,00	6,00
87	1,00	3,40	3,00	2,00	1,00	4,00	4,00
88	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	5,00	1,00
89	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00
90	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
91	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00
92	2,00	3,40	3,00	2,00	2,00	4,00	6,00
93	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	4,00	4,00

Base Dados

	qdv7	qdv8	ss1	ss2	ss3	ss4	ss5
85	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00
86	4,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
87	4,00	6,00	2,00	2,00	4,00	2,00	4,00
88	2,00	5,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
89	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
90	1,00	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00
91	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00
92	5,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
93	3,00	5,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00

Base Dados

	ss6	ss7	ss8	ss9	ss10	ss11	ss12
85	5,00	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
86	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
87	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
88	4,00	2,00	2,00	4,00	2,00	2,00	4,00
89	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00	3,00
90	4,00	2,00	1,00	4,00	4,00	4,00	4,00
91	1,00	2,00	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00
92	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
93	4,00	2,00	2,00	5,00	2,00	4,00	4,00

Base Dados

	ss13	ss14	ss15	ssex1	ssex2	ssex3	ssex4
85	2,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
86	4,00	4,00	4,00	5,00	3,00	3,00	3,00
87	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
88	2,00	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00	2,00
89	4,00	4,00	3,00	8,00	8,00	8,00	8,00
90	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00
91	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
92	4,00	3,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00
93	2,00	4,00	4,00	8,00	8,00	8,00	8,00

Base Dados

	ssex5	ssex6	ssex7	ssex8	ssex9	ssex10	ssex11
85	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
86	3,00	5,00	3,00	3,00	5,00	3,00	5,00
87	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
88	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	3,00	1,00
89	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
90	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
91	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	4,00	3,00
92	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
93	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00

Base Dados

	ssex12	ssex13	ssex14	udi1	udi2	udi3	udi4
85	8,00	8,00	8,00	2,00	3,00	3,00	,00
86	3,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00
87	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00
88	5,00	3,00	3,00	2,00	,00	2,00	,00
89	8,00	8,00	8,00	3,00	3,00	3,00	3,00
90	3,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00
91	5,00	4,00	3,00	2,00	2,00	3,00	,00
92	8,00	8,00	8,00	2,00	2,00	,00	1,00
93	8,00	8,00	8,00	,00	3,00	2,00	1,00

Base Dados

	udi5	udi6	ssamigos	ssintmd	ssifamil	ssasocia	sesxrs
85	,00	,00	16,00	10,00	12,00	5,00	.
86	,00	,00	20,00	16,00	12,00	12,00	62,50
87	,00	,00	20,00	12,00	12,00	8,00	93,75
88	2,00	,00	16,00	16,00	8,00	6,00	9,38
89	3,00	3,00	16,00	10,00	8,00	6,00	.
90	,00	3,00	20,00	14,00	12,00	5,00	15,63
91	,00	,00	10,00	9,00	10,00	6,00	3,13
92	,00	,00	19,00	16,00	12,00	12,00	.
93	3,00	,00	18,00	16,00	11,00	6,00	.

	sexae	sexrg	sintomas	udigeral	udigera	smental	sfsico
85	.	.	,00	2,67	8,00	18,75	,00
86	75,00	75,00	1,00	2,25	9,00	81,25	54,55
87	100,00	100,00	1,00	3,00	12,00	68,75	76,36
88	56,25	50,00	1,00	2,00	6,00	31,25	63,64
89	.	.	,00	3,00	18,00	31,25	9,09
90	31,25	100,00	1,00	3,00	15,00	12,50	9,09
91	68,75	62,50	1,00	2,33	7,00	25,00	18,18
92	.	.	,00	1,67	5,00	93,75	76,36
93	.	.	,00	2,25	9,00	56,25	36,36

Base Datos

	ecivilr
85	2,00
86	2,00
87	2,00
88	2,00
89	1,00
90	2,00
91	1,00
92	1,00
93	1,00