



**Barreiras à Procura de Tratamento para a
Incontinência Urinária Feminina**

MARIA MARGARIDA PINTO RAMOS

Orientadora da Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Co-Orientadora da Dissertação:
MESTRE MARTA PORTO

Professora do Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de:
Professora Doutora Filipa Pimenta (Orientadora) e Mestre
Marta Porto (Co-Orientadora), apresentado no ISPA –
Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na
especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

À Professora Dr^a Filipa Pimenta pela orientação, conhecimento e apoio que me deu ao longo deste percurso.

À Mestre Marta Porto pela oportunidade, voto de confiança e, acima de tudo, empatia.

Aos meus amigos e família, que me foram dando palavras encorajadoras ao longo de todo o processo, em especial à Leonor, obrigada por me acompanhares nesta (e em todas) as viagens.

Para o meu Avô Lino e Avó Tininha,
da vossa “*querida Margarida*”

Resumo

Introdução: A investigação aponta que três em cada quatro mulheres não procuram tratamento para a incontinência urinária (IU), apesar do impacto que a IU tem na vida das mulheres. Este estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-UI) e explorar as relações entre percepção de Impacto da IU na Qualidade de Vida (v.i.), Conhecimento sobre IU (v.i.), uso de estratégias de coping (v.i.) e barreiras à procura de tratamento (v.d). **Método:** Estudo com 186 mulheres com IU que não procuraram tratamento, com idades compreendidas entre os 30 e 65 anos ($M=49.12$ $DP=8.951$), que responderam a um questionário sociodemográfico, ao International Consultation On Incontinence Questionnaire -Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-IU SF), ao King's Health Questionnaire (KHQ-UI), ao Prolapse and Incontinence Knowledge Quizz-UI (PIKQ-UI), UI-Self Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI) e um Questionário sobre Barreiras à Procura de Tratamento (BPT-IU). **Resultados:** A Análise Fatorial Exploratória realizada ($KMO=.805$, Teste de Esfericidade de Barlett $p<.001$) demonstrou uma solução de 8 fatores (40 itens) que explicou 65% da variância total. O questionário demonstrou ter boa fiabilidade ($.73<\alpha<.94$) e cargas fatoriais das dimensões adequadas ($.565 \leq \lambda \leq .964$). O modelo estrutural demonstrou um bom ajustamento ($CFI=.913$ $TLI=.908$ $RMSEA=.059$ $SRMR=.101$). A utilização de Estratégias de Gestão da IU disfuncionais impacta positivamente as barreiras Relação com o Profissional de Saúde e Medo/Vergonha. A barreira Crenças sobre IU é negativamente impactada pela percepção de Impacto da IU na Qualidade de Vida. As principais barreiras identificadas pelas mulheres nesta amostra foram: Elevado tempo de espera para ter acesso a uma consulta; Não saber onde se dirigir dentro do sistema nacional de saúde para avaliar a IU; Crença de que é normal ter incontinência urinária e Sentir vergonha sobre a IU. **Conclusão:** A identificação das barreiras permite a compreensão dos fatores associados à procura de tratamento para a incontinência urinária feminina em Portugal, e desta forma reduzir o impacto da IU na qualidade de vida, o encargo económico dos custos diretos, atenuar o estigma associado à incontinência urinária promovendo a procura de tratamento.

Keywords: incontinência urinária feminina, procura de tratamento, barreiras à procura de tratamento

Abstract

Introduction: Research shows that three out of four women do not seek treatment for urinary incontinence (UI), despite the impact that UI has on all areas of women's lives. This study aimed to develop and evaluate the psychometric properties of the Barriers to Seeking Treatment for Female Urinary Incontinence Questionnaire (BPT-UI) and explore the relationships between perceived impact of UI on QoL, knowledge of UI, use of coping strategies, and identified barriers to seeking treatment. **Method:** Study involving 186 women with female urinary incontinence aged between 30 and 65 ($M=49.12$ $DP=8.951$), who responded to a sociodemographic questionnaire, International Consultation On Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-IU SF), King's Health Questionnaire (KHQ-UI), Prolapse and Incontinence Knowledge Quiz-UI (PIKQ-UI), UI-Self Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI), and Questionnaire on Barriers to Seeking Treatment (BPT-IU). **Results:** The Exploratory Factor Analysis performed ($KMO=.805$, Bartlett's Sphericity Test $p<.001$) demonstrated an 8-factor solution (40 items) that explained 65% of the total variance. The questionnaire demonstrated good reliability ($.73<\alpha<.94$) and adequate factor loadings ($.565\leq\lambda\leq.964$). The structural model showed a good fit ($CFI=.913$ $TLI=.908$ $RMSEA=.059$ $SRMR=.101$). The use of dysfunctional UI Management Strategies positively impacts the barriers Relationship with the Health Professional and Fear/Shame. The barrier Beliefs about UI is negatively impacted by the perception of Impact of UI on Quality of Life. The main barriers identified by women in this sample were: Long waiting times to access a consultation; Not knowing where to go within the national health system to have UI assessed; Belief that it is normal to have urinary incontinence; and Feeling ashamed about UI. **Conclusion:** Identifying barriers allows us to understand the factors associated with seeking treatment for female urinary incontinence in Portugal, thereby reducing the impact of UI on quality of life and the economic burden of direct costs, as well as mitigating the stigma associated with urinary incontinence by promoting treatment seeking.

Keywords: female urinary incontinence, healthcare seeking behavior, barriers to care seeking

Índice

Introdução	1
Incontinência Urinária (IU).....	1
Prevenção da IU.....	2
Literacia em Saúde.....	2
Modelo de Crenças de Saúde.....	3
Procura de Tratamento.....	3
Procura de Tratamento - Incontinência Urinária	4
Barreiras à Procura de Tratamento para a IU.....	5
O Presente Estudo.....	6
Método	8
Delineamento da Investigação	8
Participantes.....	8
Materiais	10
<i>Questionário sociodemográfico e de caracterização clínica</i>	10
<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence short form (ICIQ-IU SF)</i>	10
<i>King’s Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ-UI)</i>	10
<i>Prolapse and Incontinence Knowledge Quiz - Urinary Incontinence Scale (PIKQ-UI)</i> . 11	
<i>UI Self-Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI)</i>	11
<i>Questionário sobre Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU)</i>	11
Procedimento	12
Análise de Dados	13
Resultados.....	16
Caracterização da amostra clínica.....	16
Estudo das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos.....	17
Barreiras à procura de tratamento para a incontinência urinária feminina (BPT-IU).....	17
Análise Fatorial Exploratória (AFE).....	17

International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence short form (ICIQ-IU SF).....	22
King’s Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ).....	23
Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire - Urinary Incontinence (PIKQ-UI).....	26
Self-Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI).....	27
Modelo Estrutural	29
Modelo Estrutural Refinado.....	31
Discussão	34
Referências.....	40
Anexos	43
Anexo A – Revisão literatura alargada	43
Anexo B – Consentimento Informado	50
Anexo C – Questionário sociodemográfico e de caracterização clínica.....	52
Anexo D – Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU) - Protocolo	54
Anexo E – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-UI).....	59
Anexo F – King’s Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ-UI).....	59
Anexo G - Prolapse and Incontinence Knowledge Quizz (PIKQ-UI).....	62
Anexo H – UI Self-Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI) PT	63

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra mulheres com incontinência urinária	8
Tabela 2. Análise Fatorial Exploratória (Método ULS com Rotação Varimax)	18
Tabela 3. Estatística descritiva dos itens BPT-IU.....	20
Tabela 4. Estatística descritiva dos itens do ICIQ-UI SF	23
Tabela 5. Estatística descritiva dos itens do KHQ	25
Tabela 6. Estatística descritiva dos itens da escala PIKQ-UI	27
Tabela 7. Estatística descritiva dos itens da escala UI-SMCSI.....	28
Tabela 8. Trajetórias entre as variáveis Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde, Dificuldades de Navegação dos Cuidados de Saúde, Crenças sobre IU, Medo e Vergonha, Relação com o Profissional de Saúde e as variáveis Impacto da IU na Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Conhecimento sobre Tratamento para a IU.....	33

Índice de Figuras

Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória do instrumento Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU)	19
Figura 2. Análise Fatorial Confirmatória do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence short form (ICIQ-IU SF)	22
Figura 3. Análise Fatorial Confirmatória Refinada do instrumento King’s Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ-UI)	24
Figura 4. Análise Fatorial Confirmatória Refinada da Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire - Urinary Incontinence (PIKQ-UI)	26
Figura 5. Análise Fatorial Confirmatória do UI-SMCSI	27
Figura 6. Modelo Estrutural Preditivo Refinado	31

Introdução

Incontinência Urinária (IU)

A Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária (IU) como a perda involuntária de urina (ICS, 2024; SPG, 2024). As três formas mais comuns de IU são: IU de esforço, a mais comum, com uma prevalência estimada de 10% a 39% na população portuguesa, envolve perdas de urina ao tossir espirrar, rir ou a praticar algum tipo de exercício físico. IU de urgência, que se caracteriza por uma grande vontade súbita de querer urinar; e IU mista, em que há características dos dois tipos mencionados (Cardozo et al., 2023; Guerra et al., 2021; ICS, 2024; SPG, 2024).

O tratamento conservador da incontinência é a primeira linha de intervenção recomendada (intervenções sem cirurgia e/ou medicação). Pode incluir, por exemplo, alterações de hábitos e estilo de vida e prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Quando a sintomatologia é grave e o método conservador não é eficaz, os profissionais de saúde recomendam intervenção cirúrgica. Importa ressaltar que se trata de uma condição com uma taxa de cura de 90%, quando o tratamento conservador é implementado numa fase inicial (Bretschneider et al., 2023; Cardozo et al., 2023; Guerra et al., 2021; Liang et al., 2023).

Já os fatores de risco associados à IU avançada incluem a idade avançada, obesidade, gravidez e tipo de parto, paridade, terapia de reposição hormonal na menopausa, histerectomia, hábitos alimentares, estatuto socioeconómico e tabagismo. Adicionalmente, mulheres com condições de saúde crónicas e doenças neurológicas apresentam um risco maior de desenvolver IU (Cardozo et al., 2023; Guerra et al., 2021; Scharp et al., 2024; Scime et al., 2022; Scime et al., 2022).

Em Portugal, a prevalência da IU nas mulheres portuguesas é de 9,9%, valor que vai aumentando à medida que as mulheres envelhecem (6.3% 18-39 anos e 40% a partir dos 75 anos) (Manso et al., 2023). Nesse sentido, em 2021 a Direção Geral de Saúde considerou a IU um dos problemas de saúde de elevada magnitude dentro das doenças do aparelho genito-urinário em Portugal.

Já no contexto europeu, a Associação Europeia de Urologia (2021) estimou o peso da IU nos países da UE em termos de prevalência, custos associados aos cuidados de saúde e impacto ambiental desta doença no relatório "*An urge to Act*" (Balken et al., 2021). De acordo com os dados do relatório, sem a implementação efetiva de medidas proativas para promover a saúde, a IU tornar-se-á um problema significativo em toda a Europa, exacerbado pelo

envelhecimento da população mundial (Balken et al., 2021). Em 2023, o encargo económico da IU na União Europeia foi estimado em 40 mil milhões de euros (Balken et al., 2021). As projeções indicam que, já em 2030, este encargo económico atingirá cerca de metade dos custos diretos da diabetes e dois terços do encargo económico do cancro (Balken et al., 2021).

Em Portugal, o encargo económico da IU para as mulheres foi cerca de 900 milhões de euros em 2023, com um encargo anual estimado por doente de 931 euros (Balken et al., 2021). Relativamente aos custos diretos da IU, a maior parte provém dos produtos absorventes (ex.: pensos de continência, cuecas-fralda) e da fisioterapia (Balken et al., 2021). Ainda, o absentismo contribui significativamente para o encargo económico da IU (Balken et al., 2021).

Prevenção da IU

De acordo com Cardozo et al. (2023) a prevenção da IU envolve iniciativas comunitárias para promover comportamentos promotores de saúde, não apenas devido aos custos de saúde associados, mas principalmente pelo impacto significativo na vida das mulheres. Um aspeto importante na promoção da continência é desafiar crenças disfuncionais (por exemplo o mito de que a incontinência é normal, uma consequência inevitável do envelhecimento ou do parto), de forma a promover a procura de cuidados e tratamentos adequados (Cardozo et al., 2023). Segundo a Cardozo et al. (2023) intervenções destinadas a prevenir a IU podem reduzir a necessidade de medidas dispendiosas como, por exemplo, a cirurgia. A Sociedade Internacional da Continência (2023) refere que as medidas de prevenção devem incidir sobre a educação para a saúde ao nível dos comportamentos que aumentam o risco de incontinência, da função normal do sistema urogenital, das alterações esperadas relacionadas com a idade, quais os tratamentos eficazes disponíveis, promoção de comportamentos de saúde, a redução do risco de doença e os cuidados antes e depois da gravidez (ICS, 2023). Ao aumentar a consciencialização sobre os problemas de saúde, fornecer informações sobre a terminologia apropriada para descrever os sintomas, entre outras medidas preventivas, poder-se-á atenuar o estigma associado à IU e promover o comportamento de procura de tratamento (Cardozo et al., 2023; Carvalhais, Araújo, & Ferreira, 2020; ICS, 2023; Manso et al., 2023; SPG, 2024; Wu et al., 2015).

Literacia em Saúde

Em Portugal, os dados do inquérito nacional de literacia em saúde (Arriaga et al. 2022), realizado entre 2019 e 2021, demonstram que os portugueses têm bons níveis de literacia geral, no entanto, apresentam níveis baixos no processamento de informação relativa à prevenção da doença e níveis inadequados e problemáticos de literacia na navegação dos cuidados de saúde (Arriaga et al. 2022). A literacia em saúde implica também conhecimento e competências para encontrar, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, de modo a fazer julgamentos e tomar decisões relativamente a cuidados de saúde e prevenção de doença (Arriaga et al. 2022).

Modelo de Crenças de Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde é um dos modelos mais utilizados para compreender os comportamentos de saúde, permitindo identificá-los através de indicadores comportamentais (Leal & Pais-Ribeiro, 2021; Rosenstock, 1974). O seu princípio fundamental postula que os indivíduos tendem a agir quando percebem uma potencial ameaça ao seu bem-estar e quando os benefícios percebidos de adotar comportamentos promotores de saúde superam os riscos percebidos (Leal & Pais-Ribeiro, 2021; Rosenstock, 1974). Na prática, as pessoas avaliam os benefícios associados à mudança comportamental para mitigar a ameaça à saúde, e o processo de tomada de decisão é resultado dessa avaliação. O modelo tem seis construtos: benefícios percebidos (crenças acerca dos benefícios associados à implementação de comportamentos que reduzem a perceção de ameaça da doença), barreiras percebidas (aspectos negativos acerca de comportamentos de saúde que podem dissuadir o indivíduo de adoptá-los), suscetibilidade percebida (crenças sobre a probabilidade do indivíduo desenvolver uma determinada doença), gravidade percebida (crenças sobre a gravidade da doença), pistas de ação (fatores que desencadeiam o comportamento de saúde) e autoeficácia (a confiança que o indivíduo tem na sua capacidade em executar com sucesso o comportamento de saúde) (Leal & Pais-Ribeiro, 2021; Rosenstock, 1974). Este modelo tem vindo a ser aplicado para compreender a tomada de decisão nos mais diversos comportamentos de saúde, como, por exemplo na mudança de hábitos alimentares, rastreios e procura de tratamento (Alyafei & Easton-Carr, 2024; Caçip & Gozum, 2004; Gillibrand & Stevensen, 2006; Gilliland et al., 1999).

Procura de Tratamento

O comportamento de procura de cuidados de saúde define-se como qualquer ação realizada por indivíduos em resposta a um dado estímulo (percepção de um sintoma) que consideram relevante e um indicador de um problema/condição que precisa de ser avaliado e examinado por um profissional de saúde (Cornally & McCarthy, 2011; Gilliland et al., 1999). Este é precedido por um processo de tomada de decisão influenciado pelas características individuais (físicas e psicológicas), pelo contexto sociocultural, pela literacia e conhecimento, bem como pelas características e comportamentos dos profissionais de saúde. A procura de tratamento implica capacitação e motivação para pôr em prática a decisão, isto é, consultar um profissional de saúde. Adicionalmente, os indivíduos diferem na sua disposição para procurar ajuda junto de profissionais e serviços de saúde (Scott & Walter, 2017; Kanbarkar & Chandrika, 2017). De acordo com Gilliland et al. (1999), o atraso na procura de ajuda após o início da sintomatologia impõe-se como uma barreira significativa ao diagnóstico e tratamento atempados, podendo agravar o prognóstico em casos agudos e crónicos (como por exemplo, nas neoplasias). Isto deve-se a diversos fatores, nomeadamente, crença de que o problema poderá desaparecer; crença que não é grave; falta de tempo; dificuldades de acesso a consultas com um profissional de saúde; preocupação com os custos associados ao tratamento e autogestão da doença. Dadas estas características é importante compreender que fatores influenciam o comportamento da procura de tratamento no contexto da IU (Abraham, 2018; Cornally & McCarthy, 2011; Gilliland et al., 1999; Lauver, 1992).

Procura de Tratamento - Incontinência Urinária

Cerca de três quartos das mulheres que sofrem com IU não procuram tratamento (Carvalhais et al., 2020; Hannestad et al., 2002; LaPier et al., 2024; SPG, 2024; Wu et al., 2015). Uma meta-análise que analisou quarenta estudos com mais de trinta mil mulheres com IU estimou a prevalência da procura de tratamento nos 28% (Liang et al., 2023). Por sua vez, o estudo de Harris et al. (2007) revelou que 55% das mulheres que sofriam de IU não procuraram tratamento para as suas perdas de urina (Harris et al., 2007). Já outras investigações indicam que mais de 60% das mulheres não procuraram tratamento para as suas perdas de urina (Mahfouz et al., 2023; Scime et al., 2022). Apesar do impacto significativo que a IU tem na qualidade de vida das mulheres, o número de mulheres que procuram tratamento é bastante baixo (Carvalhais et al., 2020; Hannestad et al., 2002; LaPier et al., 2024; SPG, 2024; Wu et al., 2015).

Os fatores associados à procura de tratamento são a gravidade da IU, a procura ativa de conhecimento sobre a IU, idade avançada e impacto elevado dos sintomas da IU na qualidade de vida das mulheres (Hannestad et al., 2002; Kinchen et al., 2003; Mahfouz et al., 2023; Pedersen et al., 2017; Rortveit & Hunskaar, 2002). Níveis mais elevados de conhecimento sobre IU podem melhorar a procura de ajuda das mulheres (Shah et al., 2008). Adicionalmente, uma boa relação com o profissional de saúde, ausência de constrangimentos em falar sobre sintomatologia das perdas urinárias e as competências no uso dos serviços de saúde também estão associados à procura de tratamento (Kinchen et al., 2003). A idade avançada é também um dos fatores associados à procura de tratamento. A sintomatologia vai piorando ao longo do envelhecimento, possivelmente atingindo um nível de incómodo e impacto muito elevados, culminando na procura de ajuda (Scime et al., 2022). E, quando efetivamente decidem procurar tratamento, as mulheres reportam sintomatologia mais agravada e níveis de qualidade de vida baixos (Scime et al., 2022). Isto pode dever-se também a um efeito cumulativo, ou seja, mulheres mais velhas têm mais contacto e interações com os serviços de saúde, dada a incidência de comorbilidades que podem estar associadas, e por isso têm mais oportunidades para comunicar a presença dos sintomas ao profissional de saúde (Scime et al., 2022; Toye & Baker, 2020). Por conseguinte, dadas as implicações da IU, as mulheres adotam estratégias de autogestão para lidar com as suas perdas urinárias e para conseguir manter a funcionalidade no dia a dia (Diokono, 2004; Porto et al., 2025). Estudos indicam que quase 90% das mulheres com IU que não procuraram tratamento adotam estratégias de autogestão das suas perdas urinárias (Wojtowicz et al., 2015). Estas podem ser funcionais (ex.: reduzir ou ajustar o consumo de líquidos, utilizar produtos com materiais absorventes como pensos) ou disfuncionais (ex.: limitar atividade sexual, limitar atividades sociais, usar vestuário que oculte perdas de urina). A utilização destas estratégias, leva, muitas vezes, ao atraso do diagnóstico da IU, ao agravamento da sintomatologia e consequentemente menor qualidade de vida. (Porto et al., 2025; Diokono, 2004).

Barreiras à Procura de Tratamento para a IU

A literatura sugere que a não procura de tratamento se deve: à vergonha experienciada pelas mulheres que sofrem com IU, à falta de conhecimento sobre os tratamentos disponíveis, à perceção de que é normal, crença de que faz parte do envelhecimento e à conceção de que se trata de uma consequência do parto e crença de que a cirurgia é a única opção de tratamento disponível (Hannestad et al., 2002; Hannestad et al., 2023; LaPier et al., 2024; Toye & Baker,

2020). As mulheres com IU classificada como leve a moderada não procuram ajuda, em parte porque não consideram a IU como um problema de saúde grave que necessite de tratamento (Pedersen et al., 2017). Já mulheres com menos conhecimento sobre IU identificam mais barreiras à procura de ajuda (Pancheshnikov et al., 2024). Wartjen et al. (2018) relatam que 55% das mulheres que não procuraram tratamento reportou que o profissional de saúde nunca perguntou ou questionou sobre a uma eventual presença de sintomas de perdas urinárias.

No que diz respeito às barreiras à procura de tratamento para a IU feminina, podem dever-se a fatores internos (ex.: vergonha, medo ou a normalização do problema) e fatores externos, isto é, condições externas específicas e objetivas que impedem ou dificultam o comportamento de procura de tratamento (ex.: transportes, custos, acesso a um profissional de saúde) (Heit et al., 2008). Diversos estudos sobre procura de tratamento relatam que as mulheres identificam como principais barreiras percebidas os problemas de logística relacionados com os cuidados de saúde (ex. consultas marcadas com muita antecedência e falta de profissionais de saúde); o custo do tratamento; vergonha; medo; estigma, falta de conhecimento; percepção de que os médicos ignoram os seus sintomas e a consequente normalização/desvalorização dos sintomas menos incómodos; a crença de que é uma condição sem cura; crença de que a IU é normal e parte do envelhecimento; crença de que o tratamento é ineficaz; baixas expectativas em relação às consultas médicas e comunicação ineficiente com o profissional de saúde (Almajed et al., 2025; Jouanny et al., 2024; Mahfouz et al., 2023; Mallett et al., 2018; Rebullar et al., 2025; Yesilyurt et al., 2025).

Neste sentido é necessário promover a sensibilização para esta problemática de forma a influenciar o comportamento de procura de cuidados de saúde e também melhorar o cumprimento das recomendações do tratamento da IU (Carvalhais et al., 2020). O estudo e compreensão das barreiras à procura de ajuda para a IU permite identificar os fatores que influenciam procura de tratamento e, desta forma, desenvolver intervenções que promovam a tomada de decisão de forma estratégica e relevante e, ainda, o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde pública (Liang et al., 2023).

Estas barreiras à procura de tratamento podem variar entre países e contextos culturais, como tal é essencial que os instrumentos desenvolvidos para o estudo desta temática reflitam não só o contexto sociocultural como as características do sistema de saúde (Almajed et al., 2025; Mahfouz et al., 2023).

O Presente Estudo

Nesse sentido, para colmatar a lacuna que existe ao nível de instrumentos para mensuração de barreiras à procura de tratamento para a IU no contexto português, desenvolveu-se um questionário multidimensional concebido para identificar as barreiras à procura de tratamento para a IU com base no trabalho de Heit et al. (2008) e literatura sobre os fatores associados à não procura de tratamento.

Deste modo, para o presente estudo foram definidos três objetivos: 1) Desenvolvimento e validação de um questionário de identificação de barreiras à procura de tratamento para a incontinência urinária feminina (BPT-IU) numa amostra de mulheres portuguesas; 2) Estudo das propriedades psicométricas do questionário desenvolvido (BPT-IU) e dos instrumentos aplicados e 3) Explorar e compreender se a perceção de impacto da IU na qualidade de vida (v.i.), o conhecimento sobre IU (v.i.) e o uso de estratégias de coping (v.i.) predizem as barreiras à procura de tratamento para a IU (v.d) numa amostra de mulheres com perdas de urina.

Método

Delineamento da Investigação

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, utilizando uma amostra clínica não-probabilística.

Participantes

Na realização deste estudo participaram 302 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos de idade com IU ($M_{idade}=49.12$; $DP_{idade}=8.951$). Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (1) sexo feminino; (2) ter entre 30 e 65 anos; (3) ter perdas de urina involuntárias. Como critérios de exclusão foram definidos: (1) estar grávida ou encontrar-se em período pós-parto (6 meses). A amostra foi posteriormente dividida em dois grupos: procurou tratamento ($n=116$ 38.5%) e não procurou tratamento ($n=186$, 61.5%). Uma vez que neste estudo se pretende estudar o comportamento da não procura de ajuda, a amostra final compreendeu 186 mulheres com perdas de urina auto-reportadas que não procuraram tratamento para a IU feminina. A amostra foi caracterizada em termos sociodemográficos, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra mulheres com incontinência urinária

Características	Mulheres (N= 186) n(%)
<i>Idade</i>	
30-35	17 (9.1%)
36-40	20 (10.8%)
41-45	22 (11.8%)
46-50	45 (24.2%)
51-55	34 (18.3%)
56-60	27 (14.5%)
60-65	21 (11.3%)
<i>Habilitações Literárias</i>	
Outros	7 (3.8%)
9º ano	6 (3.2%)
Ensino Secundário	51 (27.4%)
Licenciatura	92 (49.5%)
Mestrado	24 (12.9%)
Doutoramento	6 (3.2%)
<i>Situação profissional</i>	
Inativa	23 (12%)
Ativa	163 (87.6%)

<i>Nº de filhos biológicos</i>	
0	22 (11.8%)
1	76 (40.9%)
2	76 (40.9%)
3 ou mais	12 (6.4%)
<i>Partos vaginais</i>	
0	84 (45.2%)
1	53 (28.5%)
2	39 (21%)
3	7 (3.8%)
4	3 (1.6%)
<i>Menopausa</i>	
Sim	88 (47.3%)
Não	98 (52.7%)
<i>Doença(s) diagnosticada(s)</i>	
Não	95 (51.1%)
Sim	91 (48.9%)
Hipertensão	19 (10%)
Diabetes	10 (5.5%)
Doença Autoimune (Lúpus, Artrite reumatóide, Crohn, Doença Celíaca...)	15 (8.1%)
Obesidade	12 (6.5%)
Outras	24 (12.9%)
<i>Fumadora</i>	
Sim	27 (14.5%)
Não	159 (85.5%)
<i>Obstipação</i>	
Sim	71 (38.2%)
Não	115 (61.8%)
<i>Consumo de café</i>	
Sim	161 (86.5%)
Não	25 (13.4%)
<i>Pontuação ICIQ-UI SF</i>	
IU Leve [1–5]	92 (49.5%)
IU Moderada [6–12]	72 (38.7%)
IU Grave [13–18]	21 (11.3%)
IU Muito grave [19–21]	1 (0.5%)
<i>Gravidade da IU</i>	
Leve a moderada	164 (88%)
Moderada a grave	22 (12%)

Materiais

Questionário sociodemográfico e de caracterização clínica. Foi aplicado um questionário sociodemográfico (Anexo C) preenchido pelas participantes para recolha de dados: idade, habilitações literárias, número de filhos, situação profissional, doenças diagnosticadas (doenças autoimunes, hipertensão, diabetes, obesidade, outras), menopausa, caracterização dos hábitos de consumo e estilo de vida (café, tabagismo, prática de exercício físico) e também informações sobre realização de tratamento para a incontinência urinária (toma de medicação, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, cirurgia).

International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence short form (ICIQ-IU SF). O International Consultation on Incontinence Questionnaire (Anexo E) foi desenvolvido por Avery et al. (2004) e validado para uma amostra portuguesa por Guerra, Almeida, Nogueira e Alves (2023). Permite avaliar a frequência, gravidade e impacto geral das perdas urinárias na qualidade de vida das mulheres. O questionário contém seis itens (ex.: “Com que frequência perde urina?; “De que forma a perda de urina interfere com o seu quotidiano?”). O score total é obtido através da soma dos itens (0 a 21 pontos), sendo que pontuações mais elevadas indicam sintomatologia mais grave de incontinência urinária. Os scores entre 1 a 5 indicam incontinência leve, 6 a 12 moderada, 13 a 18 grave e 19 a 21 muito grave. O questionário original apresenta boas propriedades psicométricas nomeadamente excelente consistência interna na versão original ($\alpha = 0.95$) e boa consistência interna na versão portuguesa ($\alpha = 0.85$) (Guerra et al., 2023).

King’s Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ-UI). Esta escala foi desenvolvida por Kelleher et al. (1997) (Anexo F) e validada para a população portuguesa por Viana et al. (2015). O KHQ consiste em 21 itens de autorrelato para avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres, ao nível psicossocial, relacional e físico. O questionário está dividido em 9 domínios: 1) perceção geral de saúde 2) impacto da incontinência 3) limitações de desempenho 4) limitações físicas 5) limitações sociais 6) limitações pessoais 7) emoções 8) sono e energia e 9) gravidade da IU. Cada um destes domínios é pontuado numa escala de orientação negativa de 0 a 100, em que scores mais elevados indicam uma perceção de maior impacto da IU na qualidade de vida. Foi utilizada uma escala de resposta tipo *Likert* (1– nada/nunca a 5 - muito/sempre). O score total varia entre 13 e 65 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais frequente a utilização de estratégias

de coping. O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas ($\alpha = 0.85$) (Kelleher et al., 1997).

Prolapse and Incontinence Knowledge Quiz - Urinary Incontinence Scale (PIKQ-UI).

Este instrumento foi desenvolvido por Shah, et al. (2008) (Anexo G) e avalia o conhecimento sobre a epidemiologia, patogênese, diagnóstico e tratamento da incontinência urinária. A escala contém 12 itens com resposta tipo “concordo”, “discordo” ou “não sei” (ex.: “mulheres têm maior probabilidade de desenvolver incontinência urinária do que os homens”; “a cirurgia é o único tratamento para a incontinência urinária”). O score total (entre 0 e 12 pontos) é calculado através da soma da pontuação das respostas corretas, avaliando deste modo o grau de conhecimento cumulativo sobre IU. A PIKQ-UI no artigo de validação apresenta boa consistência interna ($\alpha > .80$) (Shah et al., 2008).

UI Self-Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI). Este instrumento foi desenvolvido por Porto et al. (2025) (Anexo H), baseado no framework conceptual proposto por Diokno et al. (2004), para avaliar as estratégias não médicas utilizadas pelas mulheres para gerir a incontinência urinária. O instrumento bifatorial compreende um total de 16 itens divididos em duas dimensões: Coping de Ocultação e Coping de Evitamento (9 itens). Neste estudo será utilizada apenas a dimensão “Evitamento”. A segunda dimensão inclui comportamentos direcionados a prevenir ou controlar a perda de urina por meio de restrição ou ação preventiva (ex.: “limitar atividades sociais”; “limitar ingestão de líquidos”). Foi utilizada uma escala de resposta tipo *Likert* (nunca- 1 a sempre- 5). O score total varia entre 13 e 65 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais frequente a utilização de estratégias de coping. O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas no que diz respeito à consistência interna ($\alpha = .94$) (Porto et al., 2025).

Questionário sobre Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU).

O Barriers to Incontinence Care Seeking Questionnaire (BICS-Q) foi originalmente desenvolvido por Heit et al. (2008). É uma escala de 13 itens concebida para avaliar barreiras objetivas e externas, associadas a contextos socioeconómicos desfavorecidos e disparidades no acesso aos cuidados de saúde, que impedem as pessoas que sofrem de IU de procurar tratamento. Este instrumento contém 5 dimensões – *Inconveniência, Relação, Localização, Custos Associados e Medo* (ex.: “não há transportes até ao gabinete ou clínica”,

“o custo associado à avaliação médica das minhas perdas de urina é demasiado elevado”, “por alguma razão tenho medo do profissional de saúde”). Pontuações mais altas na escala de barreiras implicam uma menor probabilidade de procura de tratamento para a IU, já pontuação mais baixas significam menos barreiras identificadas. O questionário desenvolvido neste estudo (Anexo D) tem como base alguns dos itens da BISC-Q e literatura acerca das principais barreiras à procura de tratamento para a incontinência urinária feminina.

Procedimento

O Questionário sobre Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU) foi desenvolvido atendendo às recomendações de Boateng et al. (2018) de boas práticas para o desenvolvimento e validação de escalas para investigação na área da saúde, social e comportamental. O processo dividiu-se em três fases distintas: desenvolvimento dos itens, desenvolvimento do questionário e avaliação do questionário.

Na primeira etapa procedeu-se à identificação e definição do construto das barreiras à procura de tratamento para a IU feminina e respetivas dimensões através de uma revisão da literatura. Neste processo identificou-se categorias de barreiras que iam além das definidas na escala BICS-Q original. Os itens foram gerados através da adaptação dos itens já desenvolvidos por Heit et al. (2008), e mediante as barreiras identificadas na literatura (crenças, conhecimento, medo e vergonha, entre outros).

Posteriormente agruparam-se os itens desenvolvidos em 8 fatores latentes (Anexo D): Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde (7 itens, ex.: “O tempo de espera para ter acesso a uma consulta é demasiado longo”; “Não há apoios do Estado para o tratamento completo da minha IU”); Dificuldade de Navegação dos Cuidados de Saúde (2 itens, ex.: “Eu não sei qual é a especialidade que avalia a IU”); Crenças sobre IU (7 itens, ex.: “É normal ter IU”); Medo/vergonha (9 itens, ex.: “Sinto vergonha quando falo da minha IU”); Relação com o profissional de Saúde (5 itens, ex.: O profissional de saúde não me faz perguntas sobre a minha IU”); Benefícios Percebidos Psicológicos (3 itens, ex.: Se procurar tratamento para a minha IU junto de profissionais de saúde...vou-me sentir melhor comigo mesma); Benefícios Percebidos Sociais (2 itens, ex.: “Se procurar tratamento para a minha IU junto de profissionais de saúde...poderei voltar a fazer atividades que antes me davam prazer”) e Pistas de Ação (5 itens, ex.: “Procuraria tratamento para a minha IU junto de profissionais de saúde.. se a minha relação afetivo-sexual fosse afetada). Importa ainda referir que a escala de resposta também foi ponderada em consideração com as recomendações de Boateng et al. (2018). O questionário

tem uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos que avalia o grau de concordância, à semelhança do instrumento original BICS-Q variando de 0 (Discordo Totalmente) a 4 (Concordo Totalmente).

De modo a proceder à avaliação da validade de conteúdo e linguística, já na segunda fase do processo de desenvolvimento, consultou-se no decorrer de novembro de 2024 um grupo de profissionais de saúde (n=4) para avaliar a clareza, pertinência e representatividade de cada item em relação ao fator latente. De seguida realizou-se um pré-teste reunindo-se um grupo de mulheres da população-alvo (n=8) e realizaram-se entrevistas cognitivas para avaliar a clareza e linguagem, das perguntas, formatação do questionário e dar feedback acerca do tempo de preenchimento. Neste processo mantiveram-se os itens que geraram maior concordância (40 itens), foram revistos e reescritos 10 itens e excluíram-se 20 itens.

A recolha de dados para este estudo realizou-se entre dezembro de 2024 e maio de 2025. A divulgação do protocolo (plataforma *Google Forms*) efetuou-se a partir das redes sociais em grupos de Facebook, Instagram e LinkedIn e presencialmente. As mulheres que integraram o estudo receberam um link de acesso ao protocolo que continha o consentimento informado, os questionários e respetivos instrumentos acima descritos, sendo assegurada e garantida a confidencialidade dos dados e anonimato. Os dados de contacto caso surgisse alguma dúvida ou questão foram também divulgados.

Análise de Dados

A análise descritiva dos dados em estudo (média, desvio-padrão, assimetria univariada (*Sk*) e curtose (*Ku*)) foi concretizada utilizando o software IBM SPSS Statistics (v 30). Em seguida efetuou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE) com o objetivo de descobrir a estrutura do conjunto de variáveis do questionário desenvolvido (Marôco, 2018). Por forma a determinar a qualidade dos dados para proceder à realização da AFE, avaliou-se o resultado do teste de esfericidade de Bartlett que deve ser significativo ($p < .05$) e a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), sendo que foi considerada adequada para valores de $KMO > 0.7$ (Marôco, 2018). A comunalidade dos itens foi igualmente analisada, adotando-se o critério de rejeitar itens que apresentassem um valor de comunalidade inferior a 0.300 ($h^2 < .300$). O método de extração dos fatores utilizado foi o (ULS) Unweighted Least Squares, com rotação ortogonal (Varimax). No que diz respeito à decisão para retenção dos fatores utilizou-se o critério de Kaiser (*Eigenvalue* >1), o critério de *Scree Plot* para identificar o ponto de inflexão e extração do número de fatores que explique, pelo menos, 50% da variância total

(Marôco, 2014). Por fim, os itens foram selecionados se apresentassem, simultaneamente, carga fatorial superior a 0.500 e ausência de *Cross Loadings* significativos (pesos fatoriais >0.300 em mais do que um fator).

Posteriormente procedeu-se à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) dos instrumentos BPT-IU, ICIQ-SF, KHQ-UI, PIKQ-UI, UI-SMCSI (dimensão Evitamento), de modo a avaliar a qualidade do ajustamento dos modelos de medida, bem como o estudo das qualidades psicométricas de cada escala na amostra em estudo. Dada a dimensão da amostra em estudo não foi possível realizar a Análise Fatorial Confirmatória Multigrupos. Estas análises foram realizadas com recurso ao software R studio (versão R 4.5.1), utilizando o pacote Lavaan. Optou-se pelo estimador Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) em todas as análises, dado que é adequado para o tratamento de variáveis de natureza ordinal (escala de resposta tipo *Likert* 1 a 5). Para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo recorreu-se aos índices relativos Comparative Fit Index (CFI >0.8) e Tucker–Lewis index (TLI >0.8), o índice de discrepância populacional Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA ≤ 0.08) e o índice absoluto Standardized Root Mean Square Residual (SRMR ≤ 0.08) (Marôco, 2021). No que diz respeito à qualidade psicométrica das escalas, analisou-se a sensibilidade dos itens, a evidência de validade com base na estrutura interna, a validade convergente e a fiabilidade. Para avaliar a sensibilidade dos itens e verificar violações graves aos pressupostos da normalidade utilizou-se o critério $|Sk| \leq 3$ e $|Ku| \leq 7$ (Marôco, 2021). A validade baseada na estrutura interna foi avaliada através da carga fatorial dos itens (std.all), que se considera adequada quando $\lambda \geq 0.500$ e através da fiabilidade interna ($r^2 \geq 0.25$). Para analisar a evidência de validade convergente avaliou-se a variância extraída da média (AVE) e, segundo o critério de Forell-Larcker, há evidências quando $AVE \geq 0.500$ (Marôco, 2021). Por fim, avaliou-se a consistência interna através do α de Cronbach e a fiabilidade compósita através do ω de Macdonald (adequado se α e $\omega \geq 0.70$) (Marôco, 2021). Esta análise da fiabilidade foi realizada com recurso ao pacote semtools do software R studio (versão R 4.5.1).

De modo a cumprir o terceiro objetivo deste estudo, isto é, compreender se as variáveis de natureza psicossocial predizem as barreiras à procura de tratamento identificadas, foi desenvolvido um modelo de equações estruturais e, posteriormente, um modelo preditivo refinado. É de referir que os modelos foram refinados após a verificação dos índices de ajustamento do modelo e outros indicadores, como os pesos fatoriais, os índices de modificação (*mi*) e a relevância teórica (Marôco, 2021). De seguida analisaram-se os preditores identificados pelo modelo, de modo a perceber quais das variáveis independentes (ou seja,

Impacto da IU na Qualidade de vida, Conhecimento sobre IU, Utilização de Estratégias de Coping) predizem significativamente as variáveis dependentes (Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde, Dificuldade de Navegação aos Cuidados de Saúde, Crenças sobre IU, Medo e Vergonha, Relação como Profissional de Saúde, Benefícios Percebidos Psicológicos, Benefícios Percebidos Sociais e Pistas de Ação). Por último, criou-se o modelo refinado, incluindo apenas os preditores significativos.

Resultados

Caracterização da amostra

Neste estudo 61.5% das participantes não procurou tratamento ou ajuda médica para a sua incontinência urinária (n=186). Relativamente às barreiras à procura de tratamento para IU, “o tempo de espera para ter acesso a uma consulta é demasiado longo” foi a barreira à procura de tratamento mais identificada pelas mulheres nesta amostra ($M=3.31; DP=1.13$), bem como a percepção de que “o profissional de saúde não coloca questões sobre a IU” às mulheres ($M=3.26; DP=1.26$), seguida da crença de que “é normal ter IU” ($M=3.25; DP=1.01$). A análise também permitiu compreender que “sentir vergonha ao falar da IU” é a emoção mais presente nesta amostra ($M=2.99; DP=1.25$). O benefício percebido mais identificado pelas mulheres foi que “sentir-se-iam melhor consigo mesmas caso procurassem tratamento” ($M=4.02 DP=.61$). Adicionalmente, relativamente às pistas de ação, o “impacto da IU na relação afetivo-sexual” aparenta ser um facilitador da procura de tratamento ($M=3.90; DP=.93$). Relativamente às estratégias de coping mais usadas, as mulheres reportaram “o uso de produtos com materiais absorventes” ($M=1.77; DP=1.41$) e “ir muitas vezes à casa de banho, mesmo sem vontade, de forma a manter a bexiga vazia” ($M=1.39; DP=1.13$). Já o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres foi percecionado como ligeiro ou baixo ($M=37.53; DP=10.70$). Por último, as participantes demonstraram um nível de conhecimento sobre a IU moderado ($M=5.54; DP=2.21$).

Estudo das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos

Barreiras à procura de tratamento para a incontinência urinária feminina (BPT-IU)

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

De seguida apresenta-se os resultados da análise fatorial exploratória (AFE) da presente amostra (n=186) realizada com o propósito de identificar a estrutura fatorial do questionário de Barreiras à procura de tratamento para a incontinência urinária feminina (BPT-IU). Foi realizada uma AFE com o método de extração ULS e rotação ortogonal (Varimax com normalização de Keiser) que identificou 8 fatores que explicaram 65.50% da variância com 40 itens (>50%, Marôco, 2014). A adequação dos dados à AFE foi confirmada pelo resultado significativo do teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2(630) = 4091.698, p < .001$), bem como a medida de adequação da amostra KMO que apresentou um valor considerado bom (KMO=.805), confirmando assim a adequação da amostra para a AFE. O método de extração dos fatores utilizado foi o (ULS) Unweighted Least Squares, com rotação ortogonal (Varimax com normalização de Keiser). Todos os itens apresentaram valores de comunalidade adequados, à exceção de um (item $h^2_{CREN_6}=.186$). No que diz respeito à decisão para retenção dos fatores, retiveram-se itens com *Eigenvalues* >1 e a análise do gráfico *Scree Plot* permitiu identificar o ponto de inflexão nos 8 fatores. Por fim, foram selecionados os itens que demonstraram, simultaneamente, carga fatorial superior a 0.500 e ausência de *Cross Loadings* significativos (pesos fatoriais >0.300 em mais do que um fator). Com base nos critérios descritos anteriormente, o item “Eu consigo gerir o tratamento da minha IU sem ajuda de profissionais de saúde” foi eliminado dado que apresentou um *Cross Loading* significativo no fator Crenças sobre IU ($\lambda_{CRENCA_2}=.355$) e simultaneamente no fator Dificuldades de Navegação nos Cuidados de Saúde ($\lambda_{CRENCA_2}=.316$). O item “A mudança de alguns comportamentos pode diminuir a gravidade da IU” foi excluído porque apresentou um valor de comunalidade desadequado ($h^2_{CRENCA_3}=.186$). E por último foram retirados os itens “Acredito que existem tratamentos eficazes para a minha IU” ($\lambda_{CRENCA_5}=.385$) e “Eu não falo com ninguém sobre a minha IU” ($\lambda_{EMO_7}=.356$) por apresentarem cargas fatoriais inadequadas. Já os itens “O hospital, centro de saúde ou clínica ficar demasiado longe” ($\lambda_{BAR_2}=.426$) e “Eu não tenho tempo para tratar a minha incontinência urinária” ($\lambda_{BAR_4}=.438$) foram retidos devido à sua relevância teórica. O resultado final da AFE confirmou uma solução de 8 fatores com 35 itens. Os restantes itens e os pesos fatoriais estão apresentados na Tabela 2, a descrição dos itens encontra-se em anexo (Anexo D).

Tabela 2*Análise Fatorial Exploratória (Método ULS com Rotação Varimax)*

Fator	Item	Peso fatorial (λ)
INA	O tempo de espera para ter acesso a uma consulta é demasiado longo.	.703
	O hospital, centro de saúde ou clínica ficar demasiado longe	.426
	Os horários disponíveis para marcar consultas para a IU são limitados/insuficientes	.701
	Eu não tenho tempo para tratar a minha incontinência urinária.	.438
	Os produtos de continência e medicamentos para complicações associadas à IU (exemplo, infeção do trato urinário) têm um custo elevado.	.835
	O meu seguro de saúde não cobre as despesas relacionadas com o meu tratamento da IU.	.763
	Não há apoios do Estado para o tratamento completo da minha IU	.590
DIF	Eu NÃO sei qual é a especialidade que avalia a incontinência urinária (IU).	.757
	Eu NÃO sei onde me devo dirigir no sistema nacional de saúde para avaliar a minha IU.	.646
CREN	A IU é um fenómeno normal do envelhecimento.	.574
	É normal ter IU.	.681
	É normal que eu tenha IU, dado que outras mulheres mais velhas da minha família (ex: mãe) também tiveram/têm	.752
EMO	Tenho medo dos tratamentos (ex.cirurgia) para tratar a incontinência urinária (IU).	.556
	Tenho medo que as minhas perdas de urina estejam associadas a um problema grave de saúde.	.492
	Sinto vergonha quando falo da minha IU.	.627
	Tenho medo dos profissionais de saúde	.660
	Eu não gosto ser examinada para a minha IU.	.747
	Eu não gosto que os profissionais de saúde façam muitas perguntas sobre a minha IU.	.818
	Eu não falo com ninguém sobre a minha IU.	.723
RPS	Tenho vergonha em falar da minha incontinência urinária (IU) quando o profissional de saúde é do sexo masculino.	.723
	Não tenho acesso a um profissional de saúde que me ajude com a minha IU.	.589
	Tenho uma má relação com o meu profissional de saúde.	.609
	Os profissionais de saúde não estão interessados nas minhas preocupações com a minha IU.	.719
	O meu profissional de saúde não me faz perguntas sobre a minha IU.	.622
	O profissional de saúde não tem tempo para responder às minhas perguntas sobre a IU.	.805
	Os sintomas da minha Incontinência Urinária vão melhorar.	.702
BPP	Terei mais qualidade de vida.	.695
	Vou me sentir melhor comigo mesma.	.793
	Vou-me isolar menos dos outros.	.667
	Poderei voltar a fazer atividades que antes me davam prazer.	.778
BPS	Os outros sentissem repulsa de mim.	.681
	O meu trabalho e produtividade fossem afetados.	.879
PA	Se me sentisse isolada dos outros.	.877
	Se a minha relação afetivo-sexual fosse afetada.	.885
	Se me sentisse menos atraente.	.838

NOTA: INA-Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde; DIF - Dificuldade de Navegação dos Cuidados de Saúde; CREN-Crenças sobre IU; EMO- Medo/vergonha; RPS-Relação com o Profissional de Saúde; BPP- Benefícios Percebidos Sociais; BPS – Benefícios Percebidos Psicológicos; PA- Pistas de Ação.

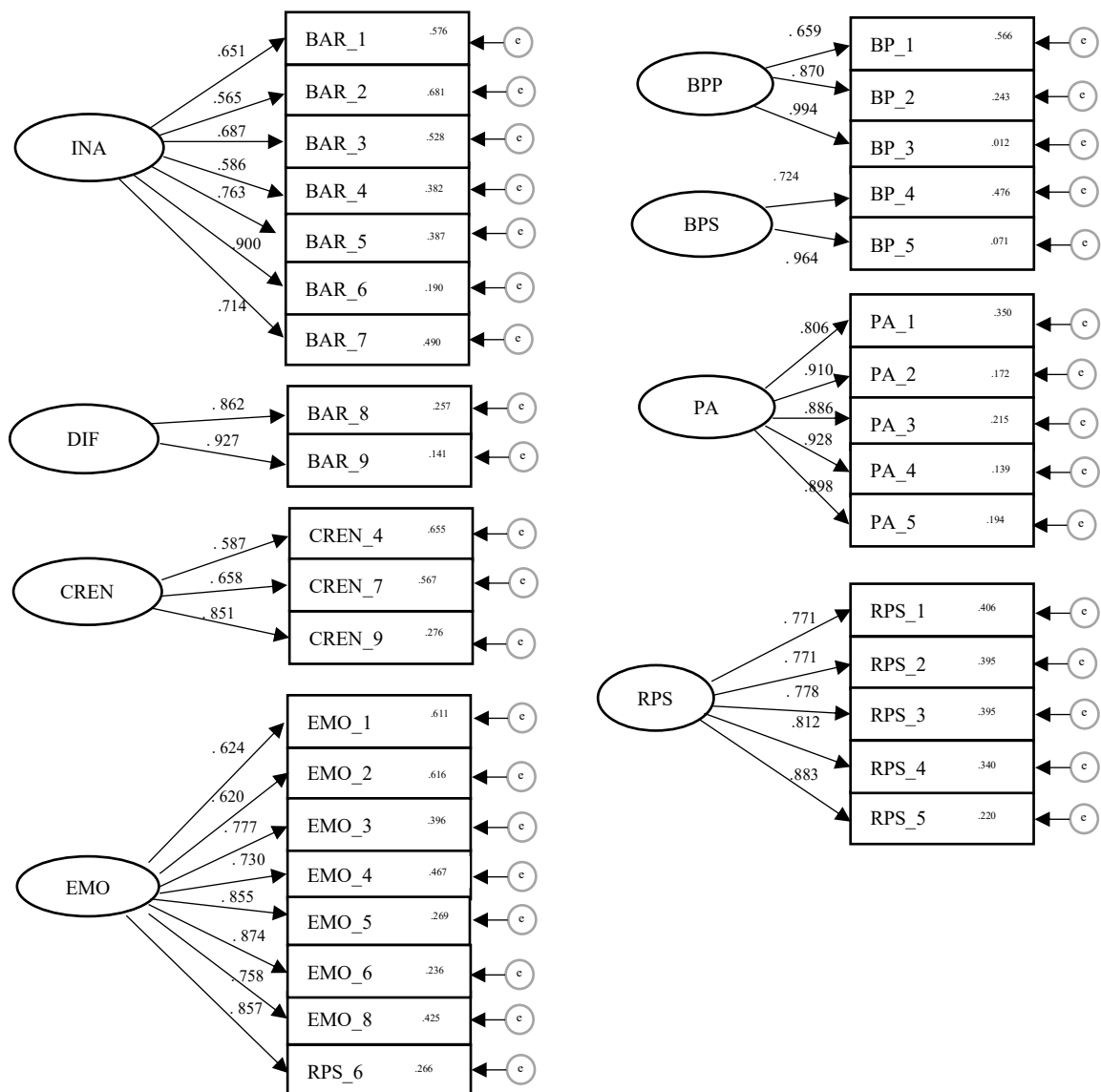
Análise Fatorial Confirmatória BPT-IU

Evidência de validade com base na estrutura interna

De seguida apresenta-se a Análise Fatorial Confirmatória do BPT-IU (figura 1), com uma estrutura de 8 fatores, utilizado para avaliar as variáveis latentes seguintes neste estudo: “Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde (INA)”, “Dificuldade de Navegação dos Cuidados de Saúde (DIF)”, “Crenças sobre IU (CREN)”, “Medo e Vergonha (EMO)”, “Relação com o Profissional de Saúde (RPS)”, “Benefícios Percebidos Psicológicos (BPP)”, “Benefícios Percebidos Sociais (BPS)” e “Pistas de Ação (PA)”.

Figura 1.

Análise Fatorial Confirmatória do instrumento Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU)



Relativamente à evidência de validade com base na estrutura interna do BPT, todos os itens do instrumento apresentam cargas fatoriais adequadas ($.565 \leq \lambda \leq .964$).

Adicionalmente, todos os itens da escala demonstraram fiabilidade individual apropriada ($r^2 \geq .250$). No que diz respeito à qualidade do ajustamento do modelo, após a análise dos índices de modificação, identificou-se uma correlação entre os erros dos itens BAR 1-3 ($mi=49.303$) e itens PA 1-3($mi=27.800$). Ao proceder às respetivas correlações sugeridas pelos índices de modificação, o modelo demonstrou um bom ajustamento (CFI=.939 TLI=.932 RMSEA=.007 SRMR= .0088 $p<.001$; 90% CI=[.066, .079]).

Sensibilidade dos itens. A análise da sensibilidade do instrumento de Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU) (tabela 6) demonstra que as questões foram respondidas e distribuídas pelos valores mínimo e máximo do questionário (de 1 a 5). Não se encontraram violações graves da normalidade, dado que todos os itens da escala exibiram valores absolutos adequados de assimetria ($.04 \leq |Sk| \leq 1.20$) e curtose ($.09 \leq |Ku| \leq 1.83$). Assim sendo, os itens do BPT-IU exibem boa sensibilidade psicométrica.

Tabela 3

Estatística descritiva dos itens BPT-IU

	Item	M	DP	Min	Máx.	sk	ku
Inaccessibilidade dos cuidados de saúde	BAR_1	3.31	1.129	1	5	-.343	-.332
	BAR_2	2.21	1.057	1	5	.431	-.485
	BAR_3	3.18	1.044	1	5	-.143	.091
	BAR_4	2.63	1.152	1	5	.056	-.828
	BAR_5	2.95	.955	1	5	-.091	.554
	BAR_6	2.85	1.058	1	5	.156	.161
Dificuldades de navegação dos cuidados de saúde	BAR_7	3.16	.910	1	5	.066	1.025
	BAR_8	2.70	1.313	1	5	.17	-1.202
	BAR_9	2.84	1.272	1	5	-.123	-1.206
Crenças procura de tratamento IU	CRENCA_2	2.68	1.051	1	5	-.044	-.789
	CRENCA_3	2.58	.687	1	5	-.137	-1.470
	CRENCA_4	3.25	1.011	1	5	-.779	-.417
	CRENCA_5	2.18	.697	1	5	-.511	-1.660
	CRENCA_7	2.69	1.024	1	5	-.137	-.775
	CRENCA_9	2.80	1.019	1	5	-.168	-.356
	EMO_1	2.69	1.153	1	5	-.115	-1.095
	EMO_2	2.40	1.004	1	5	.235	-.739
	EMO_3	2.99	1.254	1	5	-.156	-1.15

Medo e vergonha	EMO_4	1.89	.863	1	5	.872	.758
	EMO_5	2.58	1.170	1	5	.144	-1.103
	EMO_6	2.17	.999	1	5	.603	-.234
	EMO_7	2.76	1.212	1	5	.059	-1.266
	EMO_8	2.32	1.154	1	5	.636	-.53
Relação com o profissional de saúde	RPS_6	2.41	1.174	1	5	.422	-1.028
	RPS_1	2.57	1.069	1	5	.258	-.504
	RPS_2	2.08	.978	1	5	.934	.709
	RPS_3	2.58	1.053	1	5	.121	-.387
	RPS_4	3.26	1.260	1	5	-.417	-.821
Benefícios Percebidos psicológicos /sociais	RPS_5	2.63	1.113	1	5	.239	-.388
	BP_1	3.72	.874	1	5	-.893	.984
	BP_2	3.97	.689	1	5	-.66	1.669
	BP_3	4.02	.606	1	5	-.304	.799
	BP_4	3.04	1.065	1	5	-.141	-.454
Pistas de Ação	BP_5	3.29	1.116	1	5	-.335	-.545
	PA_1	3.30	1.267	1	5	-.455	-.827
	PA_2	3.89	.955	1	5	-1.203	1.625
	PA_3	3.69	1.055	1	5	-.911	.421
	PA_4	3.90	.927	1	5	-1.152	1.833
	PA_5	3.82	.951	1	5	-.973	1.032

Fiabilidade de construto. No que diz respeito à consistência interna do BPT, demonstrou ser boa na dimensão Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde ($\alpha = .86$; $\omega = .81$), boa na dimensão Dificuldades de Navegação dos Cuidados de Saúde ($\alpha = .89$; $\omega = .85$), aceitável na dimensão Crenças sobre IU ($\alpha_{ina} = .73$; $\omega = .70$), boa na dimensão Medo e Vergonha ($\alpha = .91$; $\omega = .90$), boa na dimensão Relação com o Profissional de Saúde ($\alpha = .90$; $\omega = .88$), boa na dimensão Benefícios Percebidos Psicológicos ($\alpha = .88$; $\omega = .79$), boa na dimensão Benefícios Percebidos Sociais ($\alpha = .82$; $\omega = .81$) e, por último, excelente na dimensão Pistas de Ação ($\alpha = .94$; $\omega = .92$).

Validade convergente. Relativamente à validade convergente do BPT-UI, a variância extraída da média (VEM) apresentou um valor adequado ($AVE > .500$) em todas as dimensões do instrumento ($AVE_{ina} = .595$; $AVE_{dif} = .801$; $AVE_{cren} = .500$; $AVE_{emo} = .589$; $AVE_{rps} = .649$; $AVE_{bpp} = .727$; $AVE_{bps} = .727$; $AVE_{pa} = .786$).

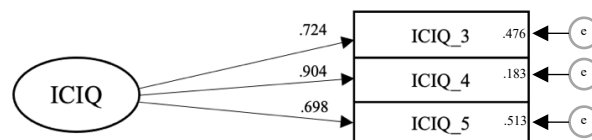
International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence short form (ICIQ-IU SF)

Evidência de validade com base na estrutura interna

A Figura 2 representa a Análise Fatorial Confirmatória do *ICIQ-IU SF* com uma estrutura unifatorial (conforme validado numa amostra de jovens portugueses) utilizada para avaliar a variável latente denominada “gravidade da incontinência urinária (ICIQ)” no presente estudo.

Figura 2.

Análise Fatorial Confirmatória do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence short form (ICIQ-IU SF)



No que concerne a evidência de validade com base na estrutura interna do ICIQ - UI SF, os três itens do instrumento apresentam cargas fatoriais adequadas ($\lambda > .500$) e significativas ($.698 \leq \lambda \leq .904$). Todos os itens demonstraram fiabilidade individual adequada (item 3 $r^2 = .449$; item 4 $r^2 = .477$; item 5 $r^2 = .436$). Relativamente à qualidade do modelo de medida, o score da escala é calculado com apenas três itens (ICIQ_3, ICIQ_4 e ICIQ_5) alocados a um só fator (unifatorial), por isso tem zero graus de liberdade, e consequentemente, o modelo de medida é saturado. Este instrumento foi utilizado apenas para caracterização da gravidade da sintomatologia da IU das mulheres no presente estudo.

Sensibilidade dos itens. A análise da sensibilidade do instrumento (tabela 6) demonstra que as questões foram respondidas e distribuídas pelos valores mínimo e máximo do questionário. Não se encontraram violações graves da normalidade, dado que os três itens da escala exibiram valores absolutos adequados de assimetria ($.83 \leq |Sk| \leq 1.51$) e curtose ($.01 \leq |Ku| \leq 4.96$). Assim sendo, os itens exibem boa sensibilidade psicométrica.

Tabela 4

Estatística descritiva dos itens do ICIQ-UI SF

Item	M	DP	Min	Máx.	sk	ku
ICIQ_3	1.95	1.126	0	5	.968	.005
ICIQ_4	1	.550	0	3	.984	4.019
ICIQ_5	3.26	3.83	0	10	.830	-.431

Validade convergente. Relativamente à validade convergente do ICIQ-UI SF, a variância extraída da média (VEM) do instrumento apresentou um valor inadequado (AVE=.438).

Fiabilidade de construto. A consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach ($\alpha_{\text{ordinal}}=.81$) e ω de McDonald ($\omega=.62$). O ICIQ-UI SF não apresenta boa consistência interna para a amostra em estudo.

King's Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ)

Evidência de validade com base na estrutura interna

A figura seguinte (figura 3) mostra a Análise Fatorial Confirmatória do KHQ-UI com uma estrutura de fator de fator de segunda utilizada para avaliar a variável latente “Impacto da IU na Qualidade de Vida (QDV)” na amostra deste estudo.

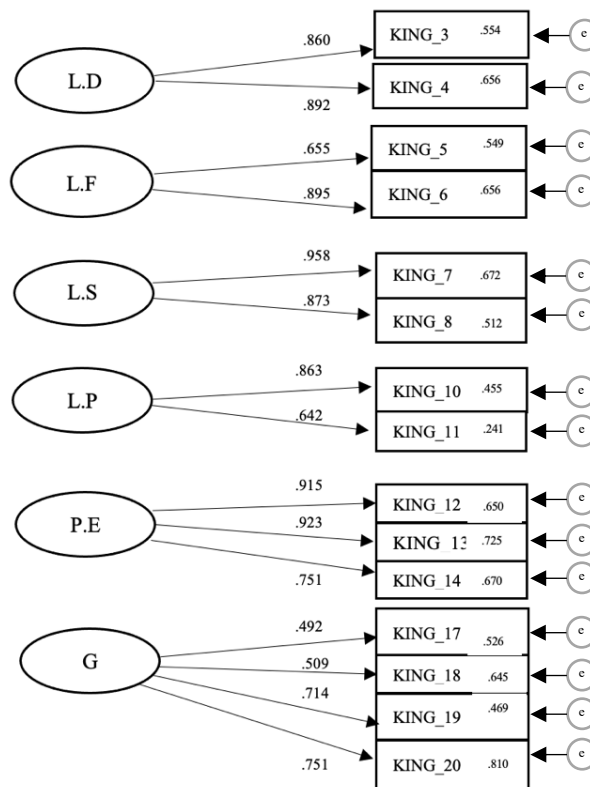
No que concerna a evidência de validade com base na estrutura interna do KHQ, todos os itens do instrumento apresentam cargas fatoriais adequadas ($\lambda > .500$) e significativas ($.502 \leq \lambda \leq .958$), à exceção dos itens 9 e 21 ($\lambda < .500$) que foram, por esse motivo, eliminados.

Adicionalmente, todos os itens da escala demonstraram fiabilidade individual apropriada ($r^2 \geq .250$). Em relação à qualidade do ajustamento do modelo, o ajustamento inicial era aceitável (CFI=.957 TLI=.94 RMSEA=.0076 SRMR=.0048). Após a análise os índices de modificação identificaram uma correlação entre itens 11-15 ($mi=38.58$). Ao proceder à eliminação dos itens acima mencionados e respetivas correlações sugeridas pelos índices de

modificação, o modelo demonstrou uma melhoria no seu ajustamento (CFI=.979; TLI=.937; RMSEA=.061; SRMR=.085, $p<.001$; 90% CI=.001, .117[]).

Figura 3.

Análise Fatorial Confirmatória Refinada do instrumento King's Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ-UI)



Sensibilidade dos itens. Na análise da sensibilidade dos itens do KHQ (tabela 7) verificou-se que os itens 9, 10 e 11 apresentam violações da normalidade ($|Sk|>3$ $|Ku|>7$). Nos restantes itens não se encontraram violações graves da normalidade, as questões foram respondidas e distribuídas pelos valores mínimo e máximo do questionário apresentando valores absolutos adequados de assimetria ($.099 \leq |Sk| \leq 2.62$) e curtose ($.08 \leq |Ku| \leq 6.67$). Assim, os itens da escala KHQ exibem boa sensibilidade psicométrica (Tabela 5).

Tabela 5*Estatística descritiva dos itens do KHQ*

Item	M	DP	Min	Máx.	sk	ku
KING_1	2.36	.841	1	4	.339	-.407
KING_2	1.96	.850	1	4	.670	-.081
KING_3	1.37	.646	1	4	1.914	3.724
KING_4	1.52	.737	1	4	1.36	1.382
KING_5	1.68	.840	1	4	1.111	.513
KING_6	1.4	.745	1	4	1.984	3.408
KING_7	1.38	.704	1	4	2.046	3.952
KING_8	1.24	.589	1	4	2.62	6.675
KING_9	2.19	.482	2	5	2.809	8.862
KING_10	2.2	.528	2	5	3.065	10.182
KING_11	2.1	.377	2	5	4.722	25.948
KING_12	1.44	.712	1	4	1.663	2.411
KING_13	1.6	.787	1	4	1.238	1.238
KING_14	1.83	.894	1	4	.886	.886
KING_15	1.29	.580	1	4	2.212	2.212
KING_16	2.31	.851	1	4	.098	.098
KING_17	2.13	1.073	1	4	.51	.51
KING_18	1.72	.924	1	4	1.138	1.138
KING_19	1.98	.906	1	4	.924	.924
KING_20	2.2	1.081	1	4	.492	-1.02
KING_21	1.63	.898	1	4	1.379	1.025

Validade convergente. Relativamente à evidência de validade convergente do KHQ-UI, esta está presente na dimensão Limitações de Desempenho (AVE=.772), dimensão Limitações Físicas (AVE=.592), na dimensão Limitações Sociais (AVE=.853), na dimensão Limitações Pessoais (AVE=.633) e na dimensão Problemas Emocionais (AVE=.729). Já a dimensão Gravidade não demonstrou validade convergente, dado que o valor da AVE estava abaixo do valor de referência (AVE=.394).

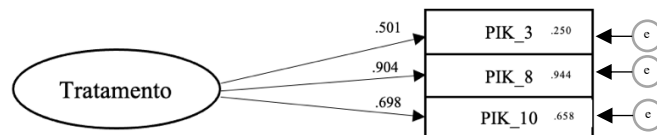
Fiabilidade de construto. No que diz respeito à consistência interna do KHQ, demonstrou ser boa na dimensão Limitações de Desempenho ($\alpha = .86$; $\omega = .87$), aceitável na dimensão Limitações Físicas ($\alpha = .73$; $\omega = .74$), excelente na dimensão Limitações Sociais ($\alpha = .91$; $\omega = .92$), aceitável na dimensão Limitações Pessoais ($\alpha = .71$; $\omega = .76$), boa na dimensão Problemas Emocionais ($\alpha = .89$; $\omega = .89$) e aceitável na dimensão Gravidade ($\alpha = .70$; $\omega = .71$). Já a dimensão Sono e Energia (itens 15 e 16) foi excluída devido aos valores abaixo do valor critério ($\alpha = .34$; $\omega = .36$).

Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire - Urinary Incontinence (PIKQ-UI)

A figura 4 mostra o resultado da Análise Fatorial Confirmatória do PIKQ-UI, constituído inicialmente por três dimensões (Patogénese, Diagnóstico, Tratamento). Utilizou-se o fator tratamento e respetivos itens de modo a avaliar a variável latente “Conhecimento sobre tratamento para a IU”.

Figura 4.

Análise Fatorial Confirmatória Refinada da Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire - Urinary Incontinence (PIKQ-UI)



Evidência de validade com base na estrutura interna

A evidência de validade com base na estrutura interna do instrumento PIKQ-UI foi alvo de análise, todos os itens apresentaram cargas fatoriais adequadas e significativas ($.473 \leq \lambda \leq .972$), à exceção do item 2 ($\lambda=.192$) e do item 6 ($\lambda=.404$), que por esse motivo foram excluídos. Todos os itens da dimensão Tratamento da escala PIKQ-UI demonstraram boa fiabilidade individual ($r^2 > .250$), à exceção do item 6 ($r^2 = .162$).

Em relação à qualidade do ajustamento do modelo de medida, após a eliminação dos itens mencionados e respetivas correções, o modelo refinado demonstrou um bom ajustamento (CFI=.987; TLI=.971; RMSEA=.061; SRMR=.073, $p < .001$; 90% CI=[.001, .119]).

Sensibilidade dos itens Através da análise da distribuição dos itens da dimensão Tratamento do instrumento PIKQ-UI, averiguou-se que todas as questões foram respondidas e distribuídas pelo máximo e mínimo da escala. Não se encontraram violações graves da normalidade, os itens da escala exibiram valores absolutos adequados de assimetria ($.13 \leq |Sk| \leq 1.80$) e curtose ($.59 \leq |Ku| \leq 4.50$). Assim sendo, os itens exibem boa sensibilidade psicométrica.

Tabela 6*Estatística descritiva dos itens da escala PIKQ-UI*

Item	M	DP	Min	Máx.	sk	ku
PIK_3	.62	.487	0	1	-.491	-1.778
PIK_8	.56	.598	0	1	-.240	-1.964
PIK_10	.53	.500	0	1	-.130	-2.005

Validade convergente. Relativamente à validade convergente do PIKQ-UI, a variância extraída da média (VEM) da dimensão Tratamento apresentou um valor adequado (AVE= .500), no entanto a dimensão Diagnóstico não (AVE= .497).

Fiabilidade de construto. No que diz respeito à consistência interna do instrumento PIKQ-UI, as dimensões “Patogénese” ($\alpha=.51$; $\omega=.34$) e “Diagnóstico” ($\alpha=.66$; $\omega=.48$) apresentaram valores de fiabilidade abaixo do valor de referência, e por esse motivo foram excluídas, tal como os respetivos itens. Já a consistência interna da dimensão Conhecimento sobre Tratamento para a IU demonstrou ser boa e adequada ($\alpha=.77$; $\omega=.78$).

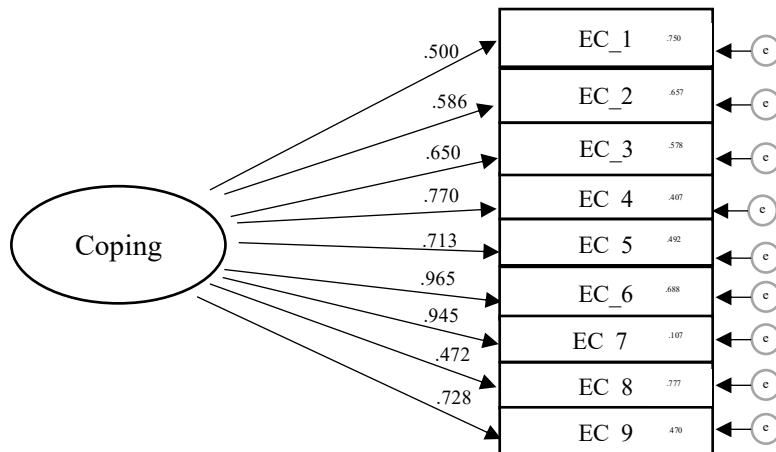
Self-Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI)

Evidência de validade com base na estrutura interna

A figura 5 apresenta o resultado da Análise Fatorial Confirmatória da adaptação portuguesa da UI-SMCSI na presente amostra, com uma estrutura unifatorial (dimensão “Evitamento” da escala UI-SMCSI UI), de modo a avaliar a variável latente “Coping”.

Figura 5.

Análise Fatorial Confirmatória do UI-SMCSI



Evidência de validade com base na estrutura interna

A evidência de validade com base na estrutura interna do instrumento UI-SMCSI foi alvo de análise, todos os itens apresentaram cargas fatoriais adequadas e significativas ($.473 \leq \lambda \leq .972$), à exceção do item 2 ($\lambda = .192$) e do item 6 ($\lambda = .404$). Todos os itens do instrumento UI-SMCSI também demonstraram boa fiabilidade individual ($r^2 > .250$).

Em relação à qualidade do modelo de medida, o ajustamento inicial não era aceitável (CFI=.946 TLI=.927 RMSEA=.156 SRMR= .101 $p < .001$; 90% CI=[.132, .181]). A análise dos índices de modificação permitiu identificar uma covariância entre os itens 2-3 ($mi=26.619$). Após a respetiva correção, o modelo de medida refinado demonstrou um bom ajustamento (CFI=.979; TLI=.969; RMSEA=.075; SRMR=.068, $p < .001$; 90% CI=[.061, .129]).

Sensibilidade dos itens Através da análise da distribuição dos itens da dimensão Evitamento do instrumento UI-SMCSI, averiguou-se que todas as questões foram respondidas e distribuídas pelo máximo e mínimo da escala. Não se encontraram violações graves da normalidade, os itens da escala exibiram valores absolutos adequados de assimetria ($.17 \leq |Sk| \leq 2.30$) e curtose ($.26 \leq |Ku| \leq 4.88$). Assim sendo, os itens exibem boa sensibilidade psicométrica.

Tabela 7

Estatística descritiva dos itens da escala UI-SMCSI

Item	M	DP	Min	Máx.	sk	ku
EC_1	1.39	1.130	0	4	.407	-.609
EC_2	1.33	1.240	0	4	.585	-.689
EC_3	.73	1.016	0	4	-1.354	1.135

EC_4	.53	.954	0	4	1.707	1.759
EC_5	.73	1.015	0	4	1.188	.260
EC_6	.37	.790	0	4	2.297	4.856
EC_7	.41	.848	0	4	2.174	4.233
EC_8	1.77	1.412	0	4	.173	-1.205
EC_9	.74	1.115	0	4	1.411	1.050
ECscore	7.99	6.735	0	30	1.193	1.411

Fiabilidade de construto. No que diz respeito à consistência interna do instrumento UI-SMCSI a dimensão Coping ($\alpha=.90$; $\omega=.80$) apresentou valores de fiabilidade acima do valor de referência, demonstrando boa consistência interna.

Validade convergente. Relativamente à validade convergente do UI-SMCSI, a variância extraída da média (VEM) da dimensão Evitamento apresentou um valor adequado (AVE= .521).

Modelo Estrutural

Após a exploração da qualidade da estrutura interna dos instrumentos ICIQ-IU, PIKQ-UI, KHQ, UI-SMCSI, bem como do novo instrumento em desenvolvimento BPT-IU, foi possível verificar que todas as escalas detinham boas propriedades psicométricas. Deste modo, foi possível prosseguir com a construção de um modelo de equações estruturais para explorar a relação entre as variáveis independentes (Impacto da IU na Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Conhecimento sobre Tratamento para IU) e as variáveis dependentes (Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde, Dificuldades de Navegação dos Cuidados de Saúde, Crenças, Medo e Vergonha, Relação com o Profissional de Saúde, Benefícios Percebidos Psicológicos, Benefícios Percebidos Sociais e Pistas de Ação).

O modelo estrutural inicial demonstrou um bom ajustamento (CFI=.927; TLI=.921; RMSEA=.053; SRMR=.101 $p<.001$; 90% IC= [.049, .056]). Todos os itens com peso fatorial inferior ao valor de referência (item 18 KHQ $\lambda<500$; item 6 PIKQ $\lambda=.284$; item 1 Coping $\lambda=.386$) foram removidos de modo a obter uma melhoria no ajustamento do modelo ($.501 \leq \lambda$

$\leq .992$), dado que o índice SRMR está muito acima do recomendado ($SRMR \leq .08$). Adicionalmente, os índices de modificação indicaram uma correlação entre os erros dos itens 1-3 da dimensão Pistas de Ação ($mi=43.493$) e os itens 19 e 20 da dimensão Gravidade ($mi=31.318$). Após a respetiva correção, o modelo apresentou uma ligeira melhoria no ajustamento ($CFI=.929$; $TLI=.923$; $RMSEA=.053$; $SRMR=.101$ $p < .001$; $90\% IC = [.050, .058]$). Embora o Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) esteja acima do valor de referência ($SRMR \leq .08$) (Hu & Bentler, 1999; Marôco, 2021), é importante considerar que este índice é sobrestimado em amostras pequenas ($N=186$) como será discutido na secção seguinte.

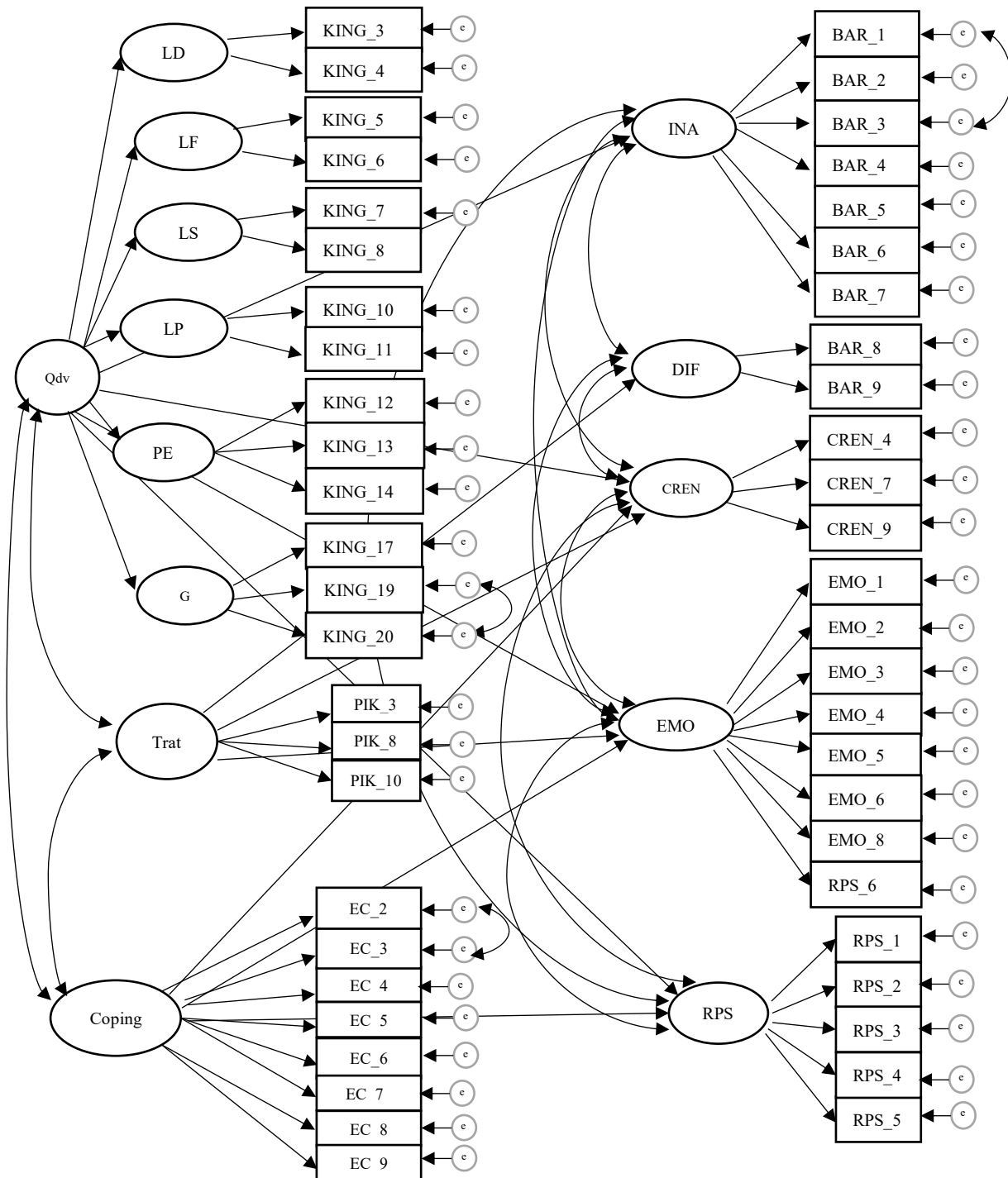
Assim sendo, a avaliação dos restantes índices de ajustamento global do modelo estrutural refinado permite concluir que o modelo estrutural é válido e tem um bom ajustamento aos dados em estudo. Aquando da análise foi possível averiguar que Benefícios Percebidos Sociais ($\beta=.454$; $p=.065$; $\beta=.002$; $p=.986$; $\beta=-.220$; $p=.399$), Benefícios Percebidos Psicológicos ($\beta=.178$; $p=.459$; $\beta=.467$; $p=.467$; $\beta=-.002$; $p=.936$) e Pistas de Ação ($\beta=-.197$; $p=.478$; $\beta=.196$; $p=.076$; $\beta=.385$; $p=.170$) não foram preditos significativamente por nenhuma das variáveis independentes, Impacto da IU na Qualidade de Vida, Conhecimento sobre IU e Estratégias de Coping, respectivamente, nesta amostra. Após a análise do modelo inicial desenvolveu-se um novo modelo estrutural refinado (figura 6) que incluiu apenas os preditores significativos. O modelo refinado demonstrou um bom ajustamento ($SRMR = .101$; $CFI = .913$; $TLI = .908$; $RMSEA = .059$; $p < 0.001$; $IC = [.050, .063]$).

Modelo Estrutural Refinado

Figura 6.

Modelo Estrutural Preditivo Refinado

CFI =.913; TLI =.908; RMSEA =.059; SRMR =.101



Relativamente aos fatores que influenciam a experiência das mulheres com IU que não procuraram tratamento (Tabela 8), podemos observar que a percepção de Impacto da IU na Qualidade de Vida revelou-se um preditor positivo e significativo da barreira Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde ($\beta = .611$; $p < .001$). Isto é, quanto maior a percepção de impacto da IU na qualidade de vida das mulheres, mais frequentemente a barreira da inacessibilidade dos cuidados de saúde era mencionada. Por sua vez, a percepção de impacto da IU na Qualidade de Vida também se revelou um preditor significativo e negativo das Crenças sobre IU ($\beta = -.853$; $p = .037$). Assim sendo, quanto menor o impacto da IU na qualidade de vida, mais presentes estão as crenças disfuncionais sobre IU. Ainda, a percepção de Impacto da IU na Qualidade de Vida apresenta-se também como preditor significativo e negativo da barreira Medo e Vergonha ($\beta = -.702$; $p = .003$). Tal sugere que, quanto menor for a percepção do impacto da IU na qualidade de vida, maior é o nível de medo, desconforto e vergonha associados à procura de tratamento para a IU. Já a Relação com o Profissional de Saúde ($\beta = .773$; $p = .003$) foi predita significativa e positivamente pelo Impacto da IU na Qualidade de Vida. Isto é, quanto maior é a percepção de impacto da IU na qualidade de vida, maior é a percepção da qualidade da relação com o profissional de saúde como uma barreira à procura de tratamento.

A análise permite também compreender que as Estratégias de Gestão da IU predizem de forma significativa e positiva as Crenças sobre IU ($\beta = .627$; $p < .026$). Quanto maior é a adoção de estratégias de gestão defensivas das perdas de urina, mais presentes estão as crenças disfuncionais sobre a IU. As Estratégias de Coping também se revelam um preditor significativo e positivo do Medo e Vergonha ($\beta = .890$; $p = .001$). Ou seja, atendendo à magnitude forte da relação entre as variáveis, a utilização de estratégias de gestão da IU estão associadas a níveis mais elevados de medo e vergonha. Por último, as Estratégias de Coping estão positiva e significativamente associadas à Relação com o Profissional de Saúde ($\beta = .963$; $p = .001$). Quanto maior o uso de estratégias de gestão disfuncionais por parte das mulheres, maior é a percepção da relação com o profissional de saúde como uma barreira.

No que diz respeito ao Conhecimento sobre Tratamento para a IU este revelou ser um preditor significativo e negativo da Dificuldade de Navegação dos Cuidados de Saúde ($\beta = -.749$; $p = .001$). Isto é, quanto menores os níveis de conhecimento sobre tratamento para a incontinência urinária, maior a dificuldade de navegação dos cuidados de saúde. Adicionalmente, Conhecimento sobre Tratamento para a IU também demonstrou ser um preditor significativo e negativo das Crenças sobre IU ($\beta = -.555$; $p = .005$). Ou seja, menores

níveis de conhecimento sobre tratamento para a IU estão associados a maiores níveis de crenças disfuncionais sobre IU. Relativamente à dimensão Medo e Vergonha, esta é prevista significativa e negativamente pelo Conhecimento sobre Tratamento para a IU ($\beta=-.284$; $p=.026$). Isto é, quanto menor o conhecimento sobre o tratamento para a IU, maior é a vergonha e o medo.

Tabela 8

Trajetórias entre as variáveis Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde, Dificuldades de Navegação dos Cuidados de Saúde, Crenças sobre IU, Medo e Vergonha, Relação com o Profissional de Saúde e as variáveis Impacto da IU na Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Conhecimento sobre Tratamento para a IU.

Trajetórias ←	β	p
INA ← Qdv	.611	***
DIF ← Tratamento	-.749	.001
CREN ← Qdv	-.853	.037
CREN ← Tratamento	-.555	.005
CREN ← Coping	.627	.026
EMO ← Qdv	-.702	.003
EMO ← Tratamento	-.284	.026
EMO ← Coping	.890	.001
RPS ← Qdv	-.773	.03
RPS ← Coping	.963	.001

Nota: INA-Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde; DIF - Dificuldades de Navegação dos Cuidados de Saúde; CREN-Crenças sobre IU; EMO- Medo e Vergonha; RPS-Relação com o Profissional de Saúde; Qdv- Impacto da IU na Qualidade de Vida; Coping-Estratégias de Coping; Tratamento-Conhecimento sobre Tratamento para a IU.

*** $p<.001$

Discussão

O presente estudo teve como objetivo, primeiramente, desenvolver e validar um questionário de identificação de barreiras à procura de tratamento para a incontinência urinária feminina em mulheres numa amostra de mulheres portuguesas (BPT-IU). Posteriormente procedeu-se ao estudo das propriedades psicométricas do questionário desenvolvido (BPT-IU) e dos instrumentos aplicados (ICIQ-UI SF, KHQ-UI, PIKQ-UI, UI-SMCS). Por último, estudou-se a relação entre perceção do impacto da IU na qualidade de vida, conhecimento sobre IU, uso de estratégias de autogestão e as barreiras à procura de tratamento para a IU identificadas na amostra de mulheres com perdas de urina.

Esta investigação é relevante dado que estudos demonstram que apenas uma em cada quatro mulheres que sofrem com IU procuram tratamento (Carvalhais et al., 2020; Hannestad et al., 2002; LaPier et al., 2024; SPG, 2024; Wu et al., 2015). Os dados deste estudo, à semelhança de outras investigações (Harris et al., 2007; Mahfouz et al., 2023; Scime et al., 2022), revelaram que cerca de 61.5% das mulheres da amostra não procuraram tratamento. Apesar do impacto significativo que a IU tem na qualidade de vida das mulheres, e da eficácia dos tratamentos conservadores quando a IU é leve a moderada (taxa de cura nos 90%), o número de mulheres que efetivamente procurou tratamento é muito baixo (Cardozo et al., 2023; DGS, 2021; Guerra et al., 2021).

Relativamente ao primeiro objetivo, desenvolveu-se um questionário de barreiras à procura de tratamento para a IU, com base nas recomendações de boas práticas de desenvolvimento e validação de escalas para investigação na área da saúde, social e comportamental (Boateng et al., 2018). Os resultados demonstraram uma estrutura de 8 fatores de primeira ordem identificada pela AFE. Os índices de ajustamento do modelo de medida foram bons, as dimensões apresentaram boa consistência interna e variância extraída da média adequada. No entanto importa ressaltar que o critério de 5-10 participantes por variável manifesta, ou seja, 200 a 400 participantes, não foi cumprido (Jaber et al., 2025). A recolha de amostra foi também insuficiente (N =186) atendendo ao número de itens do questionário (40 itens). Assim sendo, não foi possível avaliar a invariância do questionário através de uma análise fatorial confirmatória multigrupos, visto que o processo implica dividir a amostra em 50%. Tal traduzir-se-ia num número demasiado elevado de parâmetros para estimar (N<200) da amostra em estudo, impedindo a realização da análise (Jaber et al., 2025; Marôco, 2021).

Cerca de 48.9% das mulheres reportou alguma doença diagnosticada, sendo a mais comum a perturbação na área da ansiedade e/ou depressão, seguida da hipertensão/doença

cardiovascular, doença autoimune, obesidade e diabetes. Estes dados vão de encontro aos fatores de risco para a IU identificados na literatura (Cardozo et al., 2023; Guerra et al., 2021).

Em relação à gravidade da IU, 88% das mulheres nesta amostra têm sintomatologia leve a moderada de IU. Este resultado é consistente com os dados na literatura que relatam que as mulheres com IU classificada como leve a moderada tendem a não procurar ajuda (Pedersen et al., 2017).

A investigação revela, tal como mencionado acima, que há vários fatores associados à não procura de tratamento. Por isso, o estudo e compreensão das barreiras à procura de ajuda para a IU permite identificar quais os fatores que influenciam a procura de tratamento (Liang et al., 2023). As barreiras mais identificadas nesta amostra de mulheres portuguesas com perdas de urina que não procuraram tratamento para a IU foram: “O tempo de espera para ter acesso a uma consulta é demasiado longo”, “Não há apoios do Estado para o tratamento completo da minha IU”, “Não sei onde me dirigir no sistema nacional de saúde para avaliar a minha IU”, “É normal ter incontinência urinária”; “Sinto vergonha quando falo da minha IU”, “O meu profissional de saúde não me faz perguntas sobre a minha incontinência urinária”. Estes resultados são semelhantes aos estudos de mensuração de barreiras à procura de ajuda realizados noutros países (Almajed et al., 2025; Mahfouz et al., 2023; Yesilyurt et al., 2025). Estes dados vão, primeiramente, ao encontro da investigação sobre literacia em saúde em Portugal, dado que a população apresenta níveis inadequados e problemáticos de literacia na navegação dos cuidados de saúde (Arriaga et al. 2022). A identificação da falta de apoios estatais para o tratamento da IU pode estar diretamente relacionada com o elevado encargo económico, nomeadamente, os custos diretos associados ao tratamento (Balken et al., 2021). Já a identificação da barreira “É normal ter incontinência urinária” mostra-se congruente com a literatura sobre a normalização e desvalorização da IU (Hannestad et al., 2002; Kinchen et al., 2003; Toye & Baker, 2020). Ainda, a vergonha sentida pelas mulheres na presente amostra é semelhante à experiência relatada por outros estudos (Kinchen et al., 2003; Toye & Baker, 2020). Já a identificação da barreira da falha de comunicação entre o médico e o doente, ao nível da colocação de perguntas sobre a IU ou averiguação de sintomas, também vai ao encontro do que é relatado noutras investigações (Almajed et al., 2025; Jouanny et al., 2024; Heit et al., 2008).

No que concerne o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres, este foi percecionado como ligeiro ou baixo, o que também demonstra ser congruente com as características referidas na literatura das mulheres que não procuram tratamento para a IU (Hannestad et al., 2002; Rortveit & Hunskaar, 2002). Relativamente às estratégias de

autogestão mais usadas, as mulheres reportam “o uso de produtos com materiais absorventes” e “ir muitas vezes à casa de banho, mesmo sem vontade, de forma a manter a bexiga vazia”, tal como na investigação de Porto et al. (2025). Isto demonstra uma preferência por estratégias focadas na minimização do risco de perdas de urina e gestão sintomatológica (Porto et al., 2025). Por último, as participantes demonstraram um nível de conhecimento sobre a IU moderado, à semelhança do que acontece noutras investigações em que mulheres com menos conhecimento sobre IU identificam mais barreiras à procura de ajuda (Pancheshnikov et al., 2024).

Importa também proceder à análise dos fatores do modelo refinado que influenciam a experiência das mulheres com IU que não procuraram tratamento. Nesse sentido, podemos concluir que o Impacto da IU na Qualidade de Vida revelou ser um preditor da barreira Inacessibilidade dos Cuidados de Saúde. Isto é, quanto maior a perceção de impacto da IU na qualidade de vida das mulheres, maior a perceção de barreiras na acessibilidade dos cuidados de saúde. Isto sugere que o sofrimento elevado pode levar a uma perceção negativa dos serviços de saúde e recursos disponíveis para ajudar com a IU. Por sua vez, o Impacto da IU na Qualidade de Vida também demonstrou ser um preditor da barreira Crenças sobre IU. Ou seja, quanto menor o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres, mais presentes estão as crenças disfuncionais sobre IU. Ainda, Impacto da IU na Qualidade de Vida apresenta-se também como preditor da barreira Medo e Vergonha. Ou seja, quanto menor for a perceção do impacto da IU na qualidade de vida, maior é o nível de medo e vergonha, bem como das crenças erróneas. Esta aparente contradição sugere que uma menor perceção de impacto na qualidade de vida pode refletir um mecanismo de negação ou minimização da problemática. Esta minimização pode advir de uma elevada presença de medo e vergonha da IU e perpetuar o desenvolvimento de crenças erróneas.

Ainda, a perceção de impacto da IU na qualidade de vida também se revelou um preditor da barreira Relação com o Profissional de Saúde. Isto é, quanto maior é o impacto da IU na qualidade de vida, maior é a perceção da relação com o profissional de saúde como uma barreira à procura de tratamento. Isto poderá estar relacionado com o nível de vulnerabilidade e exposição que o primeiro contacto com o profissional de saúde implica (por exemplo, “é difícil falar de algo tão íntimo com o profissional de saúde”).

A análise permite também perceber que o uso de Estratégias de Coping prediz a barreira das Crenças sobre IU. Quanto maior a adoção de estratégias de gestão defensivas das perdas de urina, mais presentes estão as crenças erróneas sobre a IU. As Estratégias de Coping também são um preditor da barreira Medo e Vergonha. Ou seja, a utilização de estratégias de coping

estão associadas a níveis mais elevados de medo e vergonha. Por último, as Estratégias de Coping também demonstraram ser um preditor da barreira Relação com o Profissional de Saúde. Quanto maior o uso de estratégias de gestão disfuncionais por parte das mulheres, maior é a percepção da relação com o profissional de saúde como uma barreira. Isto sugere que o evitamento (possivelmente derivado do medo e da vergonha) impede uma confrontação direta com a IU, o que poderá perpetuar o desenvolvimento de crenças erróneas sobre a mesma. Este comportamento defensivo pode traduzir-se num sentimento de desconfiança e ineficácia para com os profissionais de saúde.

No que diz respeito ao Conhecimento sobre Tratamento para a IU, este revelou ser um preditor da barreira Dificuldade de Navegação dos Cuidados de Saúde. Isto é, quanto menores os níveis de conhecimento sobre tratamento para a IU, maior a dificuldade de navegação dos cuidados de saúde. Tal sugere que o desconhecimento do modo de funcionamento do sistema nacional de saúde e dos recursos disponíveis para proceder à procura de tratamento para a IU podem advir da falta de literacia e conhecimento. Adicionalmente, Conhecimento sobre Tratamento para a IU também demonstrou ser um preditor da barreira Crenças sobre IU. Ou seja, menores níveis de conhecimento sobre tratamento para a IU estão associados a maiores níveis de crenças disfuncionais sobre IU. Relativamente à dimensão Medo e Vergonha, esta também está associada ao Conhecimento sobre Tratamento para a IU. Isto é, quanto menor o conhecimento sobre o tratamento para a IU, maior é a vergonha e o medo associados à IU. Tal realça a importância da educação para a saúde (Cardozo et al., 2023) como um meio de combate e desmitificação das crenças erróneas sobre IU, sobre como navegar nos cuidados de saúde públicos, o que poderá traduzir-se também na diminuição do estigma e medo associados.

Aquando da análise foi possível averiguar que os Benefícios Percebidos Sociais, Benefícios Percebidos Psicológicos e Pistas de Ação não foram preditos pelo Impacto da IU na Qualidade de Vida, Conhecimento sobre IU e das Estratégias de Coping, respectivamente. Isto pode dever-se, em parte, à formulação e conteúdo dos itens estar mais direcionada para captar possíveis facilitadores da procura de tratamento(ex.: “procuraria tratamento para a minha IU junto de um profissional de saúde se...).

Assim, este estudo permitiu compreender que as barreiras à procura de tratamento mais identificadas pelas mulheres com IU foram: O tempo de espera para ter acesso a uma consulta ser demasiado longo; Não saber navegar no sistema; Não saber onde se dirigir dentro do sistema nacional de saúde para avaliar a IU; Não existirem apoios do Estado para o tratamento completo da IU; Crença de que é normal ter incontinência urinária; Sentir vergonha quando falam da IU e O profissional de saúde não fazer perguntas sobre a IU.

Apesar das limitações acima descritas acerca da validação do Questionário de Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU), a sua pertinência clínica deve-se em parte à contribuição para uma compreensão mais extensiva dos fatores associados à procura de tratamento para a IU feminina em Portugal.

No que concerne a outras limitações deste estudo, é importante salientar que os instrumentos aplicados são de autorelato, e como tal, propícios ao viés da desejabilidade social. Adicionalmente, as características da amostra em estudo são outra limitação, isto porque, por um lado, trata-se de uma amostra não-probabilística, por outro, o tamanho da amostra não cumpriu o critério de 5-10 participantes por variável manifesta (N =186), o que não só dificultou todo o processo de análise e estimação dos modelos, como pode invalidar a solução fatorial encontrada e a validação da estrutura interna do questionário.

Não obstante, alguns dos contributos do estudo prendem-se com a fundamentação de possíveis intervenções que promovam a tomada de decisão e o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde pública (Liang et al., 2023). Adicionalmente, tal como referido anteriormente, é essencial que os instrumentos, particularmente no campo da mudança comportamental, reflitam, não só o contexto sociocultural, como as características do sistema de saúde (Almajed et al., 2025; Mahfouz et al., 2023). No seguimento, o estudo é inovador no sentido em que procurou desenvolver uma forma de identificação e mensuração de barreiras à procura de tratamento. Este abrangeu os fatores mais reportados nas investigações sobre procura de tratamento, adaptando-se às especificidades culturais do sistema de saúde da população portuguesa (por exemplo, através da inclusão de itens de medição das dificuldades de navegação nos cuidados de saúde, que é atualmente uma das lacunas da literacia em saúde nacional (Arriaga et al., 2022)).

Desta forma, os resultados da investigação têm o potencial de poder informar o planeamento de campanhas de prevenção de saúde pública no contexto desta problemática. Tal como referido anteriormente, a maioria das mulheres não procura ajuda, apesar da IU ter uma taxa de cura próxima de 90% e implicações severas em todas as áreas da vida das mulheres. Por isso, a identificação das barreiras permite também que os recursos sejam direcionados para a mitigação das barreiras mais críticas à falta de adesão à procura de tratamento, indo ao encontro das recomendações da Sociedade Internacional da Continência (2023).

Por fim, ao aumentar a consciencialização e conhecimento sobre a IU, divulgar literacia sobre navegação e acesso aos cuidados de saúde, clarificar opções de tratamento disponíveis, desmistificar crenças erróneas, intervir nos fatores de risco modificáveis - entre outras medidas - poder-se-á reduzir o impacto da IU na qualidade de vida, o encargo económico dos custos

diretos e também a necessidade de medidas dispendiosas e interventivas, como a cirurgia. E, desta forma, atenuar o estigma associado à IU promovendo o comportamento de procura de tratamento para a IU logo após o surgimento dos primeiros sintomas (Cardozo et al., 2023; Carvalhais, Araújo, & Ferreira, 2020; ICS, 2023; Manso et al., 2023; SPG, 2024; Wu et al., 2015).

Referências

- Almajed, E.& Alqurashi, N. (2025). Barriers to Seeking Medical Consultation for Urinary Incontinence: ANationwide Population-Based Study in Saudi Arabia. *Lower Urinary Track Symptoms, 17*, 10.1111/luts.70033
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C. & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *Int. J. Environ. Res. PublicHealth, 19*,4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M, & Abrams P. (2004). ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol.Urodyn. 23*(4) :322-30. <https://icq.net/icq-ui-sf>
- Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR and Young SL. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front. Public Health 6*:149.10.3389/fpubh.2018.00149
- Bretschneider, C. E., Liu, Q., Smith, A. R., Mansfield, S. A., Kirkali, Z., Amundsen, C. L., ... & Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction Research Network (LURN) Study Group. (2023). Development and validation of models predicting treatment patterns in women with urinary urgency and/or urgency incontinence: A Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction Research Network observational cohort study. *Neurourology and Urodynamics, 42*(6), 1214-1226
- Cardozo, L., Rovner, E., Wagg, A., Wein, A.& Abrams., P. (2023). *Incontinence*. ICUD-ICS. ISBN: 978-0-9569607-4-0.
- Carvalho, A., Araújo, F. & Ferreira, M. (2020). Incontinence Quizz: Translation, validation, and reproducibility in Portuguese Women. *Neurology and Urodynamics, 39*, 2490-2497.
- Candoso, B., Alegria, S. & Castro, M. G. (2021). *Consenso Nacional sobre Uroginecologia. Seccção Portuguesa de Uroginecologia (2ª Ed.)*. S.P.U.G.
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2030: saúde sustentável de todos para todos*
- European Association of Urology (2024) *The health, socio-economic and environmental costs of continence problems in the EU*.
- Guerra, M. J., Almeida, S. P. D., Nogueira, H. M., & Alves, P. J. P. (2023). Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UISF)” for the Portuguese population. *Enfermeria Global, 22*(3), 501-511. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554941>
- Gillibrand, R. and Stevenson, J. (2006), The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *British Journal of Health Psychology, 11*: 155-169. <https://doi.org/10.1348/135910705X39485>
- Gilliand, J.M., Phillips, M.M., Raczynski, M. J., Smith, E. D., Cornell, C. E. & Bittner, V. (1999). *Handbook of Health Promotion and Disease Prevention*
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., & Hunskar, S. (2002). Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. *Epidemiology of*

- Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *Scandinavian journal of primary health care*, 20(2), 102–107.
- Heit, M., Blackwell, L. & Kelly, S. (2008). Measuring barriers to incontinence care seeking. *Neurourology and Urodynamics*, 27 (3), 174-178, 10.1002/nau.20473
- Heit, M., Blackwell, L., & Kelly, S. (2008). Adapting the theory of care seeking behavior to the clinical problem of urinary incontinence. *Urogynecology*, 14(1), 29-35.
- Jaber, B. A. M. (2025). The impact of sample size on exploratory and confirmatory factor analysis: A simulation study. *International Journal of Environmental Sciences*, 11(6s).
- Kelleher, CJ, Cardozo, LD, Khullar, V & Salvatore, S. (1997) A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 104, 1374-79.
- Kinchen, Kraig S.; Burgio, Kathryn; Diokno, Ananias C.; Fultz, Nancy H.; Bump, Richard; Obenchain, Robert . (2003). Factors Associated with Women's Decisions to Seek Treatment for Urinary Incontinence. *Journal of Women's Health*, 12(7), 687–698. doi:10.1089/154099903322404339
- LaCoursiere, D. Y., Kane Low, L., Putnam, S., Wyman, J. F., Newman, D. K., Cunningham, S. (2023). Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) Research Consortium. Development of a tool to assess bladder health knowledge, attitudes, and beliefs (BH-KAB). *Neurourology and urodynamics*, 42(5), 1055-1067.
- Lauver, D. (1992). A theory of care-seeking behavior. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 281-288.
- LaPier, Z., Jericevic, D., Lang, D., Gregg, S., Brucker, B., & Escobar, C. (2024). Predictors of CareSeeking Behavior for Treatment of Urinary Incontinence in Women. *Urogynecology*, 30(3), 352-362.
- Leal, I. & Pais-Ribeiro (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. ISBN: 978-989-693-105-6
- Liang, S., Li, J., Chen, Z., Li, Y., Hao, F., & Cai, W. (2023). Prevalence and Influencing Factors of Help-Seeking Behavior Among Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of women's health* (2002), 32(12), 1363–1379. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0482>
- Mahfouz IA, Blanker MH, Asali F, et al. Seeking consultation for urinary incontinence: behaviours and barriers among Jordanian women. *Neurourol Urodyn*. 2023; 42: 1299-1310 10.1002/nau.25189.
- Manso, M., Botelho, F., Bulhões, C., Cruz, F., & Pacheco-Figueiredo, L. (2023). Self-reported urinary incontinence in women is higher with increased age, lower educational level, lower income, number of comorbidities, and impairment of mental health. Results of a large, population-based, national survey in Portugal. *World journal of urology*, 41(12), 3657–3662. <https://doi.org/10.1007/s00345-023-04677-5>
- Mallett, V. T., Jezari, A. M., Carrillo, T., Sanchez, S., & Mulla, Z. D. (2018). Barriers to seeking care for urinary incontinence in Mexican American women. *International Urogynecology Journal*, 29(2), 235-241.
- Melnik, K. A. M. (1990). Barriers to care: Operationalizing the variable. *Nurs Res*, 108-112.
- Newman, D. K., Gordon, C. H. E. D., Srini, V. S., Williams, K., Cahill, B., Gordon, B.,

- Griebing, T., Nishimura, K. & Norton, N. (2023). Continence promotion, education & primary prevention. In L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein. P. Abrams. (Eds.), *Incontinence* (7th ed., pp 1643-1684). ICUD ICS. ISBN:978-0-9569607-4-0
- Nicola Cornally; Geraldine McCarthy. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. , *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 280–288. doi:10.1111/j.1440-172x.2011.01936.x
- Pedersen, Louise, Lose, Gunnar, Hoybye, Mette, Jürgensen, Martina, Waldmann, Annika & Rudnicki, Martin. (2017). Predictors and reasons for help-seeking behavior among women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 29. 10.1007/s00192-017-3434-0.
- Porto, M. G.; Marôco, J. P.; Mascarenhas, T.; Pimenta, F. (2024). Corrigendum: Beliefs and strategies about urinary incontinence: A possible moderation role between symptoms and sexual function, and quality of life. *Frontiers in Psychology* 15 (2024): 1359674.
- Porto, M.G., Pimenta, F., Queiroz-Garcia, I. (2025). Assessing Self-Management Coping in Urinary Incontinence: Psychometric Evaluation of the UI-SMCSI in Middle-Aged Women. *Int Urogynecol J* <https://doi.org/10.1007/s00192-025-06274-z>
- Rebullar, K., Launer, B., Kaufman, M. R., Dmochowski, R. R., & Sebesta, E. M. (n.d.). Understanding Barriers to Care For Urinary Incontinence Among a Contemporary Cohort of Women. *Journal of Urology*, 0(0). 2025
- Rosenstock I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4):354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Shah, A.D., Massagli, M.P., Kohli, N. *et al.* A reliable, valid instrument to assess patient knowledge about urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 19, 1283–1289 (2008). <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0631-x>
- Siddiqui N.Y., Ammarell N. B., Bosworth H. (2016). Urinary incontinence and health seeking behavior among white, Black, and Latina women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016;25(5):340–5.
- Scharp, D., Harkins, S. E., & Topaz, M. (2023). Comorbidities of community-dwelling older adults with urinary incontinence: A scoping review. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 53, 280–294. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.08.005>
- Toye, F. & Barker, K. (2020). A meta-ethnography to understand the experience of living with urinary incontinence: ‘is it just part and parcel of life?’. *BMC Urology*, 20. 17510.1186/s12894-019-0555-4 <https://uroweb.org/an-urge-to-act>
- Viana, R., Viana, S., Neto, F. (2015). Adaptation and validation of the King’s Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 26, 1027–1033. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2628-6>
- Wo’jtowicz, A., Kopański, Z., & Dmoch, E. (2014). Self-management strategies in the urinary incontinence of women. *Przegląd Lekarski*, 71(5), 256–259.

Anexos

Anexo A – Revisão literatura alargada

Incontinência Urinária (IU)

A Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária (IU) como a perda involuntária de urina (ICS, 2024; SPG, 2024). Pode classificar-se de três formas, atendendo à sintomatologia experienciada: IU de esforço, a mais comum, com uma prevalência estimada de 10% a 39% na população portuguesa, envolve perdas de urina ao tossir espirrar, rir ou a praticar algum tipo de exercício físico. IU de urgência, que se caracteriza por uma grande vontade súbita de querer urinar; e IU mista, em que há características dos dois tipos mencionados (Cardozo et al., 2023; Guerra et al., 2021; ICS, 2024; SPG, 2024).

O tratamento conservador da incontinência, a primeira linha de intervenção recomendada, consiste em intervenções que não exigem cirurgia e/ou medicação. Pode incluir alterações de hábitos e estilo de vida (por exemplo cessar o consumo tabágico, perda de peso ou alteração dos hábitos alimentares) prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (com biofeedback, em alguns casos), cones vaginais, estimulação elétrica e magnética, planos de micção programada e medicina alternativa (Bretschneider et al., 2023; Cardozo, Rovner, Wagg, Wein, & Abrams, 2023; Guerra et al., 2021; Liang et al., 2023). Quando a sintomatologia é grave (e o método conservador não é eficaz) recomenda-se a intervenção cirúrgica (Cardozo et al., 2023).

Os fatores de risco associados à IU incluem, também, a idade avançada, obesidade, gravidez e tipo de parto, terapia de reposição hormonal na menopausa, histerectomia, hábitos alimentares, estatuto socioeconómico e tabagismo. Já relativamente às comorbilidades, a literatura aponta a diabetes, infecção do trato urinário, perturbações neurológicas e depressão (Cardozo et al., 2023; Guerra et al., 2021; Scharp, Harkins, & Topaz, 2024). Adicionalmente, mulheres com condições de saúde crónicas apresentam um risco maior de desenvolver IU (Scime et al., 2022).

Em Portugal, a prevalência da IU nas mulheres portuguesas é de 9,9%, valor que vai aumentando à medida que as mulheres envelhecem (6.3% 18-39 anos e 40% a partir dos 75 anos) (Manso, Botelho, Bulhões, Cruz & Pacheco-Figueiredo, 2023). A Direção Geral de Saúde (2021) contempla a IU como um dos problemas de saúde de elevada magnitude dentro das doenças do aparelho génito-urinário em Portugal.

Já no contexto europeu, a Associação Europeia de Urologia (2021) estimou o peso da IU nos países da UE em termos de prevalência, custos associados aos cuidados de saúde e impacto ambiental desta doença no relatório "*An urge to Act*". De acordo com os dados do relatório, sem a implementação efetiva de medidas proativas para apoiar a saúde da continência, a IU tornar-se-á um problema de saúde significativo em toda a Europa, exacerbado pelo envelhecimento da população (Balken et al., 2021). Em 2023, o encargo económico da incontinência urinária na União europeia foi estimado em 40 mil milhões de euros. As projeções indicam que, já em 2030, este encargo económico atingirá cerca de metade dos custos diretos da diabetes e dois terços do encargo económico do cancro (Balken et al., 2021).

Em Portugal, o encargo económico da IU para as mulheres foi cerca de 900 milhões de euros em 2023, com um encargo anual estimado por doente de 931 euros. Relativamente aos custos diretos da IU, a maior parte provém dos materiais com produtos absorventes (ex.: pensos de continência, cuecas-fralda) e da fisioterapia. Adicionalmente, o absentismo contribui significativamente para o encargo económico da IU (EAU, 2021).

Prevenção da IU

De acordo com Cardozo et al. (2023), a prevenção envolve iniciativas comunitárias para promover comportamentos promotores de saúde, não apenas devido aos custos de saúde associados, mas principalmente pelo impacto significativo na vida das mulheres. Um aspeto importante na promoção da continência é desafiar a crença e o mito de que a IU é normal, que se trata de uma consequência inevitável do envelhecimento ou do parto e que não se trata de uma preocupação médica. Por outro lado, a descrição pouco clara da IU como uma doença também dificulta, em parte, os esforços para aumentar a consciencialização e promover a procura de cuidados e tratamentos adequados. Na prevenção, o objetivo é reduzir a incidência da IU através da intervenção ao nível dos fatores de risco modificáveis, assim intervenções destinadas a prevenir a IU podem reduzir a necessidade de medidas dispendiosas como, por exemplo, a cirurgia. A Sociedade Internacional da Continência (2023) refere que as medidas de prevenção devem incidir sobre a educação para a saúde ao nível dos comportamentos que aumentam o risco de incontinência, da função normal do sistema urogenital, das alterações esperadas relacionadas com a idade, das mudanças de desenvolvimento, quais os tratamentos eficazes disponíveis, promoção de comportamentos de saúde, a redução do risco de doença e os cuidados antes e depois da gravidez (ICS, 2023). Ao aumentar a consciencialização sobre os problemas de saúde, fornecer informações sobre a terminologia apropriada para descrever

os sintomas, entre outras medidas preventivas, pode atenuar-se o estigma associado à IU, reduzir o sofrimento e promover o comportamento de procura de tratamento para a incontinência urinária (Cardozo et al., 2023; Carvalhais, Araújo, & Ferreira, 2020; ICS, 2023; Manso et al., 2023; SPG, 2024; Wu et al., 2015).

Literacia em Saúde

Neste sentido, a literacia em saúde é considerada um determinante modificável da tomada de decisão, comportamento e *outcomes* de saúde. Engloba conhecimento e competências para encontrar, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, de modo a fazer julgamentos e decisões relativamente a cuidados de saúde e prevenção de doença. Em Portugal, os dados do inquérito de literacia em saúde nacional (Arriaga et al. 2022), realizado entre 2019 e 2021, demonstram que os portugueses têm bons níveis de literacia geral, no entanto, apresentam níveis baixos no processamento de informação relativa à prevenção da doença e níveis inadequados problemáticos de literacia em navegação dos cuidados de saúde (Arriaga et al. 2022).

Modelo de Crenças de Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde explica e prevê mudanças individuais nos comportamentos de saúde. É um dos modelos mais utilizados para compreender os comportamentos de saúde, permitindo identificá-los através de indicadores comportamentais (Leal & Pais-Ribeiro, 2021; Rosenstock, 1974). O seu princípio fundamental postula que os indivíduos tendem a agir quando percebem um potencial dano ao seu bem-estar e quando os benefícios de adotar comportamentos promotores de saúde superam os riscos percebidos. Na prática, as pessoas avaliam os benefícios associados à mudança comportamental para mitigar a ameaça à saúde, e o processo de tomada de decisão para concretização desse mesmo comportamento é resultado dessa avaliação. O modelo é constituído pelas seguintes dimensões: Benefícios Percebidos, Barreiras Percebidas, Suscetibilidade Percebida, Gravidade Percebida, Pistas de Ação e Autoeficácia. Este modelo tem vindo a ser aplicado para compreender a tomada de decisão nos mais diversos comportamentos de saúde, como, por exemplo na mudança de hábitos alimentares, hábitos alimentares e rastreios (Alyafei & Easton-Carr, 2024; Caçip & Gozum, 2004; Gillibrand & Stevensen, 2006). Os construtos do HBM demonstraram

valor preditivo na explicação das diferenças encontradas no conhecimento, nas atitudes em relação ao cancro da mama e adesão à mamografia em alguns estudos (Gilliand et al., 1999).

Procura de Tratamento

O comportamento de procura de cuidados de saúde define-se como qualquer ação realizada por indivíduos em resposta a um dado estímulo (perceção de um sintoma) que consideram relevante e um indicador de um problema/condição que precisa de ser avaliado e examinado por um profissional de saúde (Cornally & McCarthy, 2011; Gilliand et al., 1999).

Este comportamento de procura de tratamento é precedido por um processo de tomada de decisão influenciado pelas características individuais (físicas e psicológicas), pelo contexto sociocultural, pela literacia e conhecimento, bem como pelas características e comportamentos dos prestadores de serviços de saúde. Scott e Walter (2017) afirmam também que a procura de ajuda para os sintomas envolve também capacitação e motivação para pôr em prática a decisão, isto é, consultar um profissional de saúde. Adicionalmente, as pessoas diferem na sua disposição para procurar ajuda junto de profissionais e serviços de saúde (Kanbarkar & Chandrika, 2017).

Se algumas pessoas procuram tratamento prontamente, outras só o fazem quando a gravidade e impacto da sintomatologia são elevados e encontram-se num estado mais avançado de doença. De acordo com Gilliand et al. (1999) o atraso na procura de ajuda após o surgimento dos sintomas, tal como já referido anteriormente, impõe-se como uma barreira significativa ao diagnóstico e tratamento atempados, podendo agravar o prognóstico em casos agudos e crónicos (como por exemplo, nas neoplasias). Isto deve-se a diversos fatores, nomeadamente (Gilliand et al., 1999): crença de que o problema poderá desaparecer/não é grave; falta de tempo; dificuldades de acesso a consultas com um profissional de saúde; preocupação com os custos associados ao tratamento e autogestão da doença. Dadas estas características, é importante compreender, no contexto da IU, que fatores influenciam o comportamento da procura de ajuda e tratamento (Abraham, 2018; Cornally & McCarthy, 2011; Lauver, 1992).

Procura de Tratamento - Incontinência Urinária

Os estudos indicam que três quartos das mulheres que sofrem com IU não procuram tratamento (Carvalhais et al., 2020; Hannestad et al., 2002; LaPier et al., 2024; SPG, 2024; Wu et al., 2015). Uma meta-análise que analisou quarenta estudos com mais de trinta mil mulheres

com IU estimou a prevalência da procura de tratamento nos 28% (Liang et al., 2023). Um estudo revelou que 55% das mulheres que sofriam de IU semanal não procuraram tratamento para as suas perdas de urina (Harris et al., 2007). Já outras investigações indicam que mais de 60% das mulheres não procuraram tratamento para as suas perdas de urina (Mahfouz et al., 2023; Scime et al., 2022). Apesar do impacto significativo que a IU tem na qualidade de vida das mulheres, o número de mulheres que procuram tratamento é bastante baixo (Carvalhais et al., 2020; Hannestad et al., 2002; LaPier et al., 2024; SPG, 2024; Wu et al., 2015).

A gravidade da condição, a procura ativa de conhecimento sobre a IU, idade avançada e impacto elevado dos sintomas da IU na qualidade de vida das mulheres constituem alguns dos fatores que se encontram significativamente associados à procura de tratamento para a IU (Hannestad et al., 2002; Kinchen et al., 2003; Mahfouz et al., 2023; Pedersen et al., 2017; Rortveit & Hunskaar, 2002). Ainda, níveis mais elevados de conhecimento sobre IU podem melhorar a procura de ajuda das mulheres (Shah et al., 2008). Adicionalmente, uma boa relação com o profissional de saúde, ausência de constrangimentos em falar sobre sintomatologia das perdas urinárias e as competências no uso dos serviços de saúde também estão associados à procura de tratamento (Kinchen et al., 2003). A idade avançada é também um dos fatores associados à procura de tratamento. Como os sintomas não são inicialmente tratados após as primeiras manifestações, vão piorando ao longo do envelhecimento, possivelmente atingindo um nível de incómodo e impacto muito elevados despoletando a procura de ajuda (Scime et al., 2022). E, quando efetivamente decidem procurar tratamento, reportam sintomatologia mais agravada e níveis de qualidade de vida baixos (Scime et al., 2022). Isto pode dever-se também a um efeito cumulativo, ou seja, mulheres mais velhas têm mais contacto e interações com os serviços de saúde, dada a incidência de comorbilidades que podem estar associadas, e por isso têm mais oportunidades para abordar a presença dos sintomas junto de um profissional de saúde (Scime et al., 2022; Toye & Baker, 2020).

Por conseguinte, dadas as implicações da IU as mulheres adotam estratégias de autogestão para lidar com as suas perdas urinárias e para conseguir manter a funcionalidade no dia a dia (Diokono, 2004; Porto et al., 2025). Estudos indicam que quase 90% das mulheres com IU que não procuraram tratamento adotam estratégias de autogestão das suas perdas urinárias (Wojtowicz et al., 2015). Estas podem ser funcionais (ex.: reduzir ou ajustar o consumo de líquidos, utilizar produtos com materiais absorventes como pensos) ou disfuncionais (ex.: limitar atividade sexual, limitar atividades sociais, usar vestuário que oculte perdas de urina) (Porto et al., 2025; Diokono, 2004).

Barreiras à Procura de Tratamento para a IU

A literatura sugere que a não procura de tratamento se deve: à vergonha experienciada pelas mulheres que sofrem com IU, à falta de conhecimento sobre os tratamentos disponíveis, à percepção de que é normal, crença de que faz parte do envelhecimento e à concepção de que se trata de uma consequência do parto e crença de que a cirurgia é a única opção de tratamento disponível (Hannestad et al., 2002; Hannestad et al., 2023; LaPier et al., 2024; Toye & Baker, 2020). As mulheres com IU classificada como leve a moderada não procuram ajuda, em parte porque não consideram a IU como um problema de saúde grave que necessite de tratamento (Pedersen et al., 2017). Adicionalmente, estão mais propensas a relatar várias comorbidades, gravidade da IU mais acentuada e níveis baixos de qualidade de vida (Rebullar et al., 2025). Já mulheres com menos conhecimento sobre IU identificam mais barreiras à procura de ajuda (Pancheshnikov et al., 2024). Wartjen et al. (2018) relatam que 55% das mulheres que não procuraram tratamento reportou que o profissional de saúde nunca perguntou ou questionou sobre a uma eventual presença de sintomas de perdas urinárias.

No que diz respeito às barreiras à procura de tratamento para a IU nas mulheres, estas podem dever-se a fatores internos (ex.: vergonha, medo ou a normalização do problema) e fatores externos que se referem a condições externas específicas e objetivas que impedem ou dificultam o comportamento de procura de tratamento (transportes, custos, acesso a um profissional de saúde) (Heit et al., 2008). Diversos estudos sobre procura de tratamento relatam que as mulheres identificam como principais barreiras percebidas: problemas de logística relacionados com os cuidados de saúde (consultas marcadas com muita antecedência e falta de profissionais de saúde); o custo do tratamento; vergonha; medo; estigma, falta de conhecimento; percepção de que os médicos ignoram os seus sintomas e a consequente normalização/desvalorização dos sintomas menos incómodos; a crença de que é uma condição sem cura; crença de que a IU é normal e parte do envelhecimento; crença de que o tratamento é ineficaz; baixas expectativas em relação às consultas médicas e má comunicação com o profissional de saúde (Almajed et al., 2025; Jouanny et al., 2024; Mahfouz et al., 2023; Mallett et al., 2018; Rebullar et al., 2025; Yesilyurt et al., 2025).

Por isso, é importante que os profissionais de saúde saibam quais os doentes que têm IU, de modo a prescrever o tratamento adequado e providenciar informação sobre a as várias opções de tratamento. Assim, as mulheres podem de facto tomar decisões informadas e conscientes sobre a sua saúde (Hannestad et al., 2002).

Neste sentido é necessário promover a sensibilização para esta problemática de forma a influenciar o comportamento de procura de cuidados de saúde e também para melhorar o cumprimento das recomendações de tratamento da IU (Carvalhais et al., 2020). O estudo e compreensão do comportamento de não procura de ajuda para a IU permite identificar os fatores que influenciam procura de tratamento e, desta forma, desenvolver intervenções que promovam a tomada de decisão de forma estratégica e relevante e, ainda, o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde pública (Liang et al., 2023).

Assim, dado que as barreiras à procura de tratamento podem variar entre países e contextos culturais, os instrumentos desenvolvidos para o estudo desta temática devem ser sensíveis ao contexto sociocultural (Almajed et al., 2025; Mahfouz et al., 2023). Nesse sentido, para colmatar a lacuna que existe ao nível de instrumentos para mensuração de barreiras à procura de tratamento para a IU no contexto português, desenvolveu-se um questionário multidimensional concebido para identificar as barreiras à procura de tratamento para a IU (BPT-UI) com base no trabalho de Heit et al. (2008), literatura disponível sobre os fatores associados à não procura de ajuda e construtos do modelo de crenças de saúde.

O Presente Estudo

Deste modo, para o presente estudo foram definidos três objetivos: 1) Desenvolvimento e validação de um questionário de identificação de barreiras à procura de tratamento para a IU feminina (BPT-IU) numa amostra de mulheres portuguesas; 2) Estudo das propriedades psicométricas do questionário desenvolvido (BPT-IU) e dos instrumentos aplicados e 3) Explorar e compreender a relação entre percepção de impacto da IU na qualidade de vida (vi), conhecimento sobre IU (vi), uso de estratégias de coping (vi) e as barreiras à procura de tratamento para a IU identificadas na amostra de mulheres com perdas de urina (vd).

**Procura de Tratamento:
Incontinência Urinária Feminina**

Consentimento Informado

O presente estudo tem como objetivo identificar quais são as Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária em mulheres entre os 30 e os 65 anos.

A sua participação é de elevada importância para que possamos compreender o modo como a Incontinência Urinária afeta a vida das mulheres e quais as barreiras à procura de tratamento para a mesma. Ao participar estará a ajudar outras mulheres que sofrem com incontinência urinária, muitas vezes em silêncio e isoladas. Caso esteja interessada em habilitar-se a ganhar um VOUCHER da empresa SONAE no valor de 50 euros, deixe-nos o seu contacto de e-mail no fim. Vamos sortear como voto de agradecimento pela sua contribuição.

Quem pode participar nesta investigação:

Podem participar nesta investigação todas as pessoas que preencham os seguintes critérios:

- (1)Mulheres de nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade;
- (2)Mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos;
- (3)Mulheres que tenham perdas de urina (sem estarem associadas a gravidez e/ou até 6 meses pós-parto);

A presente investigação é realizada no âmbito do Mestrado na especialidade de Psicologia da Saúde é da responsabilidade de Margarida Ramos com a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta (William James Center for Research, ISPA - Instituto Universitário) e coorientação da Mestre Marta Porto (William James Center for Research, ISPA - Instituto Universitário). Convidamo-la a participar nesta investigação através do preenchimento de um questionário que encontrará nas páginas seguintes, com uma duração aproximada de 15 minutos. A sua participação é de elevada importância para que possamos compreender o modo como a Incontinência Urinária afeta a vida das mulheres e quais as barreiras à procura de tratamento para a mesma.

Participação voluntária

A participação é totalmente voluntária e pode desistir de participar a qualquer momento, sem que isso tenha quaisquer consequências para si.

Se concordar em participar, ser-lhe-á pedido que assine este Consentimento Informado para a participação no estudo e processamento de dados, antes de começar no primeiro momento de avaliação. A assinatura deste Consentimento destina-se a assegurar que recebeu todas as informações e que expressa livremente a sua vontade de participar. Esta assinatura não implica qualquer compromisso da sua parte para continuar o estudo, não constitui uma obrigação contratual, nem representa uma renúncia aos direitos que lhe assistem.

Confidencialidade

Os dados fornecidos nos momentos de avaliação serão tornados não-identificáveis, ou seja, o material recolhido será anónimo. Este material será analisado e divulgado apenas em contexto científico (em congressos e/ou publicações em revistas científicas), sem nunca divulgar a sua identidade. Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente confidenciais e anónimos. Caso concorde em participar voluntariamente neste estudo anónimo e confidencial quanto à divulgação e processamento de dados, por favor seleciona a opção abaixo.

Li a informação acima e aceito participar no estudo: **Sim Não**

Muito obrigada pela sua participação e disponibilidade!

Margarida Ramos (e-mail: tratardemim.iu@gmail.com)

Anexo C – Questionário sociodemográfico e de caracterização clínica

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1. Idade: _____
2. Nacionalidade: _____
3. Habilitações Literárias: _____
4. Situação profissional atual: Ativa _____ Inativa _____
5. Número filhos biológicos: _____
6. Gravidez Atual: Sim _____ Não _____
7. Número Partos Vaginais: _____
8. Rompimento Não intencional do Períneo (“rasgão” entre abertura vaginal e ânus) durante o parto: Sim ___ Não ___
9. Rompimento Intencional do Períneo (“rasgão” entre abertura vaginal e ânus) durante o parto: Sim ___ Não ___
10. Doença(s) diagnosticada: Sim ___ Não ___ Qual(ais)? _____
11. Tem alguma perturbação psicológica diagnosticada por um profissional de saúde: Sim ___ Não ___ Qual(ais)? _____ perturbação na área da ansiedade/perturbação na área da depressão.
12. Cirurgias/tratamentos realizados: Remoção do útero ___ Remoção do útero e dos 2 ovários ___ Radioterapia/Quimioterapia ___ Não realizei qualquer cirurgia ___
13. Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos ou mais longos, isto é, com menos, ou mais, 7 dias que o habitual (por exemplo, ter o período de 24 em 24 dias em vez de 31 em 31 dias, como habitualmente)? Sim ___ Não ___
14. Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, permaneceu sem ter o período durante 60 dias consecutivos ou mais? Sim ___ Não ___
15. Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação? Sim ___ Não ___
16. Teve uma menopausa natural, isto é, sem ser consequência de intervenção médico-cirúrgica? Sim ___ Não ___ Ainda não estive 12 meses sem menstruação ___ Não se aplica a mim _____
17. Que idade tinha quando teve a última (ou mais recente) menstruação? _____
18. Fuma atualmente? Sim ___ Não ___
19. Bebe café? Sim ___ Não ___ Quantos cafés por dia? _____
20. Costuma consumir alimentos com fibras? Sim ___ Não ___
21. Tem obstipação ou prisão de ventre? Sim ___ Não ___

22. Consume alimentos/ bebidas ácidas? Sim ___ Não ___

23. Pratica atividade física de alto impacto (e.x. corrida)? Sim ___ Não ___

Tratamento para a Incontinência Urinária

1. Já alguma vez falou com o seu médico sobre a sua incontinência urinária? Sim_ Não_

2. Já alguma vez falou com um médico sobre a sua incontinência urinária? Sim_ Não_

3. Já foi diagnosticada com incontinência urinária por um médico? Sim___ Não___

2.1 Se sim, qual foi a recomendação? _____

4. Toma medicação para a Incontinência Urinária? Sim ___ Não ___ Qual?

5. Faz atualmente exercícios para fortalecimento do pavimento pélvico (ex., exercícios Kegel), para a Incontinência Urinária? Sim ___ Não ___

6. Faz prática diária/de forma consistente de exercícios de pavimento pélvico? Sim _____

Não___

7. Já se submeteu a uma cirurgia para recuperação da Incontinência Urinária? Sim ___

Não ___

8. Já fez outro tipo de tratamento para a incontinência (por exemplo, biofeedback)? Sim

___ Não ___

Anexo D – Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU) - Protocolo

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
INACESSIBILIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE					
Para mim, é difícil procurar tratamento para a minha incontinência urinária porque...:					
1... o tempo de espera para ter acesso a uma consulta é demasiado longo.	1	2	3	4	5
2...o hospital, centro de saúde ou clínica ficar demasiado longe.	1	2	3	4	5
3. ...Os horários disponíveis para marcar consultas para a IU são limitados/insuficientes.	1	2	3	4	5
4. ...Eu não tenho tempo para tratar a minha incontinência urinária.	1	2	3	4	5
5. ...os produtos de continência e medicamentos para complicações associadas à IU (exemplo, infeção do trato urinário) têm um custo elevado.	1	2	3	4	5
6. ...O meu seguro de saúde não cobre as despesas relacionadas com o meu tratamento da IU.	1	2	3	4	5
7. ...Não há apoios do Estado para o tratamento completo da minha IU.	1	2	3	4	5
DIFICULDADE DE NAVEGAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE					
Para mim, é difícil procurar tratamento para a minha incontinência urinária porque...:					
8. ...Eu NÃO sei qual é a especialidade que avalia a incontinência urinária (IU).	1	2	3	4	5
9. ...Eu NÃO sei onde me devo dirigir no sistema nacional de saúde para avaliar a minha IU.	1	2	3	4	5
CRENÇAS SOBRE PROCURA DE TRATAMENTO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA					
Abaixo encontram-se algumas afirmações sobre incontinência urinária (perdas involuntárias de urina). Assinale o seu grau de concordância com cada afirmação.					
2. Eu consigo gerir o tratamento da minha IU sem ajuda de profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
3. A mudança de alguns comportamentos pode diminuir a gravidade da IU.	1	2	3	4	5
4.A IU é um fenómeno normal do envelhecimento.	1	2	3	4	5

5. Acredito que existem tratamentos eficazes para a minha IU.	1	2	3	4	5
6. A IU não necessita de tratamento.	1	2	3	4	5
7. É normal ter IU.	1	2	3	4	5
9.É normal que eu tenha IU, dado que outras mulheres mais velhas da minha família (ex: mãe) também tiveram/têm.*	1	2	3	4	5
MEDO E VERGONHA					
Diga se concorda com cada afirmação, recorrendo à escala apresentada. Não há respostas corretas, não perca muito tempo com cada afirmação e responda a todos os itens.					
1.Tenho medo dos tratamentos (ex.cirurgia) para tratar a incontinência urinária (IU).	1	2	3	4	5
2.Tenho medo que as minhas perdas de urina estejam associadas a um problema grave de saúde	1	2	3	4	5
3 Sinto vergonha quando falo da minha IU.	1	2	3	4	5
4Tenho medo dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
5.Eu não gosto ser examinada para a minha IU.	1	2	3	4	5
6.Eu não gosto que os profissionais de saúde façam muitas perguntas sobre a minha IU.	1	2	3	4	5
7.Eu não falo com ninguém sobre a minha IU.	1	2	3	4	5
8.Tenho vergonha em falar da minha incontinência urinária (IU) quando o profissional de saúde é do sexo masculino.	1	2	3	4	5
14. É difícil falar de algo tão íntimo com o profissional de saúde.	1	2	3	4	5
RELAÇÃO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE					
Diga se concorda com cada afirmação, recorrendo à escala apresentada. Não há respostas corretas, não perca muito tempo com cada afirmação e responda a todos os itens.					
9. Não tenho acesso a um profissional de saúde que me ajude com a minha IU.	1	2	3	4	5
10.Tenho uma má relação com o meu profissional de saúde.	1	2	3	4	5
11.Os profissionais de saúde não estão interessados nas minhas preocupações com a minha saúde	1	2	3	4	5

12 O meu profissional de saúde não me faz perguntas sobre a minha IU.	1	2	3	4	5
13. O profissional de saúde não tem tempo para responder às minhas perguntas sobre a IU.	1	2	3	4	5
BENEFÍCIOS PERCEBIDOS PSICOLÓGICOS					
<u>Se</u> procurar tratamento para a minha incontinência urinária junto de profissionais de saúde:					
1.... Os sintomas da minha Incontinência Urinária vão melhorar.	1	2	3	4	5
2.... Terei mais qualidade de vida.	1	2	3	4	5
3.... Vou-me sentir melhor comigo mesma.	1	2	3	4	5
BENEFÍCIOS PERCEBIDOS SOCIAIS					
<u>Se</u> procurar tratamento para a minha incontinência urinária junto de profissionais de saúde:					
4.... Vou me isolar menos dos outros.	1	2	3	4	5
5.... Poderei voltar a fazer atividades que antes me davam prazer.	1	2	3	4	5
PISTAS PARA A AÇÃO					
Procuraria tratamento para a minha incontinência urinária junto de profissionais de saúde se:					
9....Os outros sentissem repulsa de mim.	1	2	3	4	5
10....O meu trabalho e produtividade fossem afetados.	1	2	3	4	5
11...Se me sentisse isolada dos outros.	1	2	3	4	5
12....Se a minha relação afetivo-sexual fosse afetada.	1	2	3	4	5
13....Se me sentisse menos atraente.	1	2	3	4	5

Barreiras à Procura de Tratamento para a Incontinência Urinária Feminina (BPT-IU)

BPT-IU

Escala de resposta

(1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente)

Dimensão	Item
	Para mim, é difícil procurar tratamento para a minha incontinência urinária porque...:
	... o tempo de espera para ter acesso a uma consulta é demasiado longo.
	...o hospital, centro de saúde ou clínica ficar demasiado longe.
Inacessibilidade dos cuidados de saúde	...Os horários disponíveis para marcar consultas para a IU são limitados/insuficientes.
	... Eu não tenho tempo para tratar a minha incontinência urinária.
	... os produtos de continência e medicamentos para complicações associadas à IU (exemplo, infeção do trato urinário) têm um custo elevado.
	... O meu seguro de saúde não cobre as despesas relacionadas com o meu tratamento da IU..
	...Não há apoios do Estado para o tratamento completo da minha IU.
	Para mim, é difícil procurar tratamento para a minha incontinência urinária porque...:
Dificuldade de navegação dos cuidados de saúde	...Eu NÃO sei qual é a especialidade que avalia a incontinência urinária (IU).
	...Eu NÃO sei onde me devo dirigir no sistema nacional de saúde para avaliar a minha IU.
	Abaixo encontram-se algumas afirmações sobre incontinência urinária (perdas involuntárias de urina). Assinale o seu grau de concordância com cada afirmação.
Crenças sobre procura de tratamento para a incontinência urinária	A IU é um fenómeno normal do envelhecimento.
	É normal ter IU.
	É normal que eu tenha IU, dado que outras mulheres mais velhas da minha família (ex: mãe) também tiveram/têm.
	Diga se concorda com cada afirmação, recorrendo à escala apresentada. Não há respostas corretas, não perca muito tempo com cada afirmação e responda a todos os itens.
Medo e Vergonha	Tenho medo dos tratamentos (ex.cirurgia) para tratar a incontinência urinária (IU).
	Tenho medo que as minhas perdas de urina estejam associadas a um problema grave de saúde.

Sinto vergonha quando falo da minha IU.

Tenho medo dos profissionais de saúde

Eu não gosto ser examinada para a minha IU.

Eu não gosto que os profissionais de saúde façam muitas perguntas sobre a minha IU.

Eu não falo com ninguém sobre a minha IU.

Tenho vergonha em falar da minha incontinência urinária (IU) quando o profissional de saúde é do sexo masculino.

É difícil falar de algo tão íntimo com o profissional de saúde.

Diga se concorda com cada afirmação, recorrendo à escala apresentada. Não há respostas corretas, não perca muito tempo com cada afirmação e responda a todos os itens.

	Não tenho acesso a um profissional de saúde que me ajude com a minha IU.
Relação com o profissional de saúde	Tenho uma má relação com o meu profissional de saúde.
	Os profissionais de saúde não estão interessados nas minhas preocupações com a minha IU.
	O meu profissional de saúde não me faz perguntas sobre a minha IU.
	O profissional de saúde não tem tempo para responder às minhas perguntas sobre a IU.

Se procurar tratamento para a minha incontinência urinária junto de profissionais de saúde:

Benefícios percebidos psicológicos	... Os sintomas da minha Incontinência Urinária vão melhorar.
	... Terei mais qualidade de vida.
	... Vou me sentir melhor comigo mesma.

Se procurar tratamento para a minha incontinência urinária junto de profissionais de saúde:

Benefícios percebidos sociais	... Vou me isolar menos dos outros.
	... Poderei voltar a fazer atividades que antes me davam prazer.

Procuraria tratamento para a minha incontinência urinária junto de profissionais de saúde se:

	...Os outros sentissem repulsa de mim.
Pistas para a ação	...O meu trabalho e produtividade fossem afetados.
	...Se me sentisse isolada dos outros.
	...Se a minha relação afetivo-sexual fosse afetada.
	...Se me sentisse menos atraente.

Anexo E – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-UI)

ICIQ-UI

International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

Instrução: Responda por favor às seguintes perguntas sobre como tem passado, em média, nas últimas 4 semanas:

	Nunca	Uma vez por semana ou menos	2 ou 3 vezes por semana	Uma vez por dia	Várias vezes por dia	Sempre
1.Com que frequência perde urina?	0	1	2	3	4	5

	Nada	Uma pequena quantidade	Uma quantidade moderada	Uma grande quantidade
2.Gostaríamos de saber a quantidade de urina que pensa que perde (quer use proteção ou não).	0	1	2	3

3.De que forma perder urina interfere com o seu cotidiano?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente

4.Quando é que perde urina?

	Nunca	Uma vez por semana	2 ou 3 vezes por semana	Uma vez por dia	Várias vezes por dia	Sempre
Perco urina quando tusso ou espirro.	0	1	2	3	4	5
Perco urina durante o sono.	0	1	2	3	4	5
Perco urina durante a atividade física/exercício.	0	1	2	3	4	5
Perco urina quando acabo de urinar e já estou vestida.	0	1	2	3	4	5
Perco urina por nenhuma razão óbvia	0	1	2	3	4	5
Perco urina constantemente.	0	1	2	3	4	5

Anexo F – King’s Health Questionnaire – Urinary Incontinence (KHQ-UI)

KHQ-UI

Instrução: Marque com um círculo por favor como tem passado, em média, nas últimas 4 semanas.

1. Como descreveria o seu atual estado de saúde?

Muito bom	Bom	Neutro	Mau	Muito mau
1	2	3	4	5

2. De que modo a sua incontinência urinária afeta a sua vida?

Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1	2	3	4

3. Responda, por favor, a cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3. De que maneira a sua incontinência urinária afeta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc.?	1	2	3	4
4. De que modo a sua incontinência urinária afeta o seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?	1	2	3	4
5. A sua incontinência urinária afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc.?	1	2	3	4
6. A sua incontinência urinária afeta as suas viagens?	1	2	3	4
7. A sua incontinência urinária limita a sua vida social?	1	2	3	4
8. A sua incontinência urinária limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?	1	2	3	4

	Não se aplica	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
9. A sua incontinência urinária afeta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
10. A sua incontinência urinária afeta a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
11. A sua incontinência urinária afeta a sua vida familiar?	1	2	3	4	5

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
12. A sua incontinência urinária faz com que se sinta deprimida?	1	2	3	4
13. A sua incontinência urinária faz com que se sinta nervosa?	1	2	3	4

14. A sua incontinência urinária faz com que se sintam mal consigo mesma?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Alguma destes comportamentos corresponde ao que faz? Se sim, com que regularidade?

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17.. Usa forros ou pensos para se manter seca?	1	2	3	4
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	1	2	3	4
19. Troca a sua roupa interior porque está molhada?	1	2	3	4
20. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?	1	2	3	4

	Não se Aplica	Um Pouco	Moderadamente	Muito
22.Ir muitas vezes à casa de banho	1	2	3	4
23.Levantar-se à noite para urinar	1	2	3	4
24.Uma forte dificuldade em controlar a vontade de urinar.	1	2	3	4
25.Perda de urina associada a uma vontade muito grande de urinar.	1	2	3	4
26.Perda de urina associada a atividade física (ex., tossir, correr).	1	2	3	4
27.Molhar a cama à noite.	1	2	3	4
28.Perda urinária durante relações sexuais.	1	2	3	4
29.Infeções urinárias	1	2	3	4
30.Dor na bexiga	1	2	3	4

Anexo G - Prolapse and Incontinence Knowledge Quizz (PIKQ-UI)

PIKQ-UI

Instruções: Abaixo encontram-se algumas afirmações sobre incontinência urinária (perda de urina). Por favor assinale se concorda ou discorda de cada frase, ou se não sabe (**concordo, discordo, não sei**).

	Concordo	Discordo	Não sei
Conhecimento (PIKQ-UI)			
2. As mulheres têm maior probabilidade de ter incontinência urinária do que os homens.	1	0	0
3. Para além do uso de pensos higiénicos e fraldas, não há muito que possa ser feito para gerir a incontinência urinária.	0	1	0
4 Não é importante diagnosticar o tipo de perda urinária antes de tentar tratá-la.	0	1	0
6 Podem-se praticar alguns exercícios para ajudar a controlar a perda urinária (pavimento pélvico, keggels)	1	0	0
7. Alguns medicamentos podem causar incontinência urinária.	1	0	0
8. A partir do momento em que as pessoas começam a perder urina, nunca conseguirão voltar a controlar a sua urina.	0	1	0
9. Os médicos podem realizar testes especiais à bexiga para diagnosticar perdas urinárias.	1	0	0
10 A cirurgia é o único tratamento para a incontinência urinária.	0	1	0
11 Ter vários partos vaginais pode facilitar o desenvolvimento de incontinência urinária.	1	0	0

Anexo H – UI Self-Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI) PT

UI Self-Management Coping Strategies Instrument (UI-SMCSI) PT

Instruções: Por favor, assinale a **frequência** com que utilizou cada uma das estratégias indicadas para gerir perdas de urina.

	Nunca	Raramente	Algu mas vezes	Frequente mente	Sempre
1.Ir muitas vezes à casa de banho, mesmo sem vontade, de forma a manter a bexiga vazia.	0	1	2	3	4
2.Procurar de imediato onde é a casa de banho quando chega a um local desconhecido.	0	1	2	3	4
3.Evitar ir a locais onde desconhece a localização das casas de banho.	0	1	2	3	4
4. Limitar atividades sexuais devido à possibilidade de perder urina.*	0	1	2	3	4
5.Limitar a atividade física.	0	1	2	3	4
6.Limitar as saídas sociais.	0	1	2	3	4
7.Limitar atividades, como viajar, que requerem estar longe da casa de banho durante um longo período.	0	1	2	3	4
8.Usar produtos com materiais absorventes para conter perdas de urina (cuecas-fralda, pensos higiénicos femininos, fraldas de adultos).	0	1	2	3	4
9.Usar vestuário que cubra manchas de urina (casacos compridos, roupas escuras que escondam a urina).	0	1	2	3	4