



**“Incontinência Urinária, Menopausa e IMC: O Impacto na
Qualidade de Vida e na Produtividade Laboral”**

ANA PATRÍCIA ARAÚJO ESTUDANTE AMARAL VERGAMOTA

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coorientador de Dissertação:

MESTRE MARTA PORTO

Professor do Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta e sob a coorientação da Mestre Marta Porto, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação contou com a incansável ajuda de algumas pessoas, sem as quais este processo teria se revelado ainda mais complexo. Como tal, agradeço:

À Prof. Doutora Filipa Pimenta, pela orientação desta dissertação.

À Mestre Marta Porto, que coorientou esta dissertação e aceitou de braços abertos o meu pedido de colaboração no Projeto PURI-PRO. Pela atenção, cooperação, entusiasmo e constante valorização do meu trabalho, muito obrigada.

À Professora Doutora Isabel Leal, pela orientação e preocupação com o sucesso dos seus alunos, e por ser uma inspiração e um exemplo de dedicação e de profissionalismo na área da Psicologia.

À minha mãe, ao meu pai e à minha tia, que sempre me apoiaram e incentivaram a dar o meu melhor. Por me encorajarem a sair da minha zona de conforto, com a certeza de que tenho em vocês um porto seguro para voltar, um ‘obrigada’ nunca será suficiente.

Aos meus amigos, pelos momentos de alegria, pelo incentivo mútuo e pela contagem decrescente para os planos de verão, cujas memórias sustentam os desafios do resto do ano. E principalmente à Ana, a irmã que nunca tive, que o sejas nas próximas vidas.

A ti, que continuas a contar histórias através das mais bonitas constelações e pores do sol que me servem de colo, obrigada, para sempre.

Resumo

Introdução: A Incontinência Urinária apresenta uma elevada prevalência em mulheres na meia-idade, podendo impactar a Qualidade de Vida e a Produtividade Laboral. A literatura é escassa sobre o impacto desta condição associada à Menopausa e ao Índice de Massa Corporal.

Objetivo: Explorar o impacto da Incontinência Urinária, das fases de Menopausa e do Índice de Massa Corporal, na Qualidade de Vida e na Produtividade Laboral, numa amostra de mulheres portuguesas de meia-idade.

Método: Participaram 2551 mulheres ($M_{idade}=49,97$; $DP_{idade}=6,737$), entre as quais 1500 (58,8%) confirmaram terem perda de urina ocasional/frequente ($M_{idade}=50,17$; $DP_{idade}=6,657$). Foi desenvolvido um modelo de equações estruturais e, posteriormente, foi realizada uma comparação entre as mulheres com e sem perdas.

Resultados: O modelo estrutural revelou um ajustamento aceitável (CFI= ,846; TLI= ,824; RMSEA=,069; SRMR = ,058). A Qualidade de Vida é negativamente impactada pela gravidade dos sintomas de Incontinência Urinária em todos os seus domínios e por um Índice de Massa Corporal mais elevado em três domínios. A Produtividade Laboral é negativamente impactada pela gravidade dos sintomas de Incontinência Urinária e quanto mais avançada a fase de Menopausa, menor o impacto dos sintomas de Incontinência Urinária na Produtividade. Ademais, mulheres sem sintomas apresentam uma melhor Qualidade de Vida.

Conclusão: Este estudo explora o impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida e Produtividade Laboral de mulheres na meia-idade. Iniciativas em contexto laboral de sensibilização para os benefícios de intervenção precoce na Incontinência Urinária poderão ser úteis para a promoção de uma maior Qualidade de Vida e Produtividade Laboral.

Palavras-Chave: Incontinência Urinária feminina, Índice de Massa Corporal, fases de Menopausa, Qualidade de Vida, Produtividade Laboral

Abstract

Introduction: Urinary Incontinence has a high prevalence in middle-aged women and can impact Quality of Life and Work Productivity. The literature is scarce on the impact of this condition associated with Menopause and Body Mass Index.

Objective: Explore the impact of Urinary Incontinence, Menopause stages and Body Mass Index, on Quality of Life and Work Productivity, in a sample of middle-aged Portuguese women.

Method: 2551 women participated ($M_{age}=49.97$; $SD_{age}=6.737$), among which 1500 (58.8%) confirmed having occasional/frequent urine losses ($M_{age}=50.17$; $SD_{age}=6.657$). A structural equation model was developed and, subsequently, a comparison was made between the results of the participants with and without losses.

Results: The structural model showed an acceptable fit (CFI= .846; TLI= .824; RMSEA= .069; SRMR= .058). Quality of Life is negatively impacted by the severity of urinary incontinence symptoms in all its domains and by a higher Body Mass Index in three domains. Work Productivity is negatively impacted by the severity of Urinary Incontinence symptoms and the more advanced the Menopause stage, the smaller the impact of Urinary Incontinence symptoms on Productivity. In addition, women without symptoms have a better Quality of Life.

Conclusion: This study explores the impact of Urinary Incontinence on the Quality of Life and Work Productivity of middle-aged women. Initiatives in the workplace to raise awareness for the benefits of early intervention in Urinary Incontinence may be useful for promoting a greater Quality of Life and Work Productivity.

Keywords: Female Urinary Incontinence, Body Mass Index level, Menopause stages, Quality of Life, Work Productivity

Índice

Introdução.....	1
Incontinência Urinária	1
Menopausa.....	2
Índice de Massa Corporal.....	3
Incontinência Urinária e Qualidade de Vida	4
Incontinência Urinária e Produtividade Laboral	5
Menopausa e Qualidade de Vida.....	5
Menopausa e Produtividade Laboral.....	6
Índice de Massa Corporal e Qualidade de Vida.....	6
Índice de Massa Corporal e Produtividade Laboral	6
O Presente Estudo	6
Método	7
Delineamento da Investigação.....	7
Participantes.....	7
Materiais.....	10
Procedimento.....	11
Análise de Dados.....	12
Resultados	14
1) Caracterização Clínica da Amostra.....	14
2) Estudo das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos na Amostra de Mulheres com Sintomas de IU	14
Escala de Gravidade de Sintomas de IU	14
Sensibilidade	14
Fiabilidade de Construto	15
Validade de Construto.....	15
Validade Fatorial.....	15
Validade Convergente	16

Validade Discriminante.....	16
WHOQOL-Bref.....	16
Sensibilidade	16
Fiabilidade de Construto	18
Validade de Construto.....	18
Validade Fatorial.....	18
Validade Convergente	19
Validade Discriminante.....	19
Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)	20
Sensibilidade	20
3) Estudo das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos na Amostra de Mulheres sem Sintomas de IU	21
WHOQOL-Bref.....	21
Sensibilidade	21
Fiabilidade de Construto	22
Validade de Construto.....	23
Validade Fatorial.....	23
Validade Convergente	24
Validade Discriminante.....	24
4) Primeiro Estudo	24
5) Segundo Estudo	27
6) Terceiro Estudo	28
Discussão.....	28
Referências Bibliográficas	35
Anexos.....	51
Anexo A – Revisão Alargada de Literatura	51
Anexo B – Consentimento Informado	75
Anexo C – Exemplos dos Materiais	76

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	8
Tabela 2. Estudo da Sensibilidade Psicométrica da Escala de Gravidade de Sintomas de IU....	15
Tabela 3. Escala de Gravidade de Sintomas de IU: Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)	15
Tabela 4. Estudo da Sensibilidade Psicométrica do WHOQOL-Bref.....	17
Tabela 5. WHOQOL-Bref: Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)	18
Tabela 6. Estudo da Validade Discriminante do WHOQOL-Bref.....	20
Tabela 7. Estudo da Sensibilidade Psicométrica do item 6 do WPAI.....	20
Tabela 8. Estudo da Sensibilidade Psicométrica do WHOQOL-Bref.....	21
Tabela 9. WHOQOL-Bref: Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)	23
Tabela 10. Estudo da Validade Discriminante do WHOQOL-Bref.....	24

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Gravidade de Sintomas de IU.....	16
Figura 2. Modelo da Análise Fatorial Confirmatória do WHOQOL-Bref.....	19
Figura 3. Modelo da Análise Fatorial Confirmatória do WHOQOL-Bref.....	23
Figura 4. Modelo preditivo da QdV e do impacto dos sintomas de IU na PL durante a meia- idade, sem as variáveis independentes adicionais	25
Figura 5. Modelo preditivo da QdV e do impacto dos sintomas de IU na PL durante a meia- idade, com as variáveis independentes adicionais: idade e relação afetivo-sexual.....	26

Introdução

Incontinência Urinária

De acordo com a definição divulgada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS), a Incontinência Urinária (IU) é caracterizada pela perda involuntária de urina e perturba cerca de 300 milhões de pessoas a nível mundial (Abrams et al., 2002; Bernasconi et al., 2003; Chaikin et al., 1998; Hannestad et al., 2000; Markland et al., 2010; Palmer, 2023). Em Portugal, em 2022, estimou-se existirem cerca de 600 mil pessoas de várias faixas etárias com IU e a tendência é que este número continue a aumentar, com o progressivo envelhecimento da população (Ministério da Saúde, 2022). Apesar disto, a IU é pouco relatada, subdiagnosticada e subtratada (Nambiar et al., 2017), sendo, por isso, de extrema relevância que se aprofundem os conhecimentos científicos nesta área.

A IU pode ser dividida em três tipos distintos: 1) a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), na qual a perda de urina ocorre na realização de certas atividades (e.g., exercício físico, tosse, espirro), devido a um aumento da pressão na bexiga, sendo este o tipo mais comum de IU, com uma prevalência de 10 a 39% a nível nacional e de 10,3 a 15,4% a nível internacional; 2) a Incontinência Urinária de Urgência (IUU), na qual ocorre uma súbita vontade de urinar, sendo este o tipo menos comum, com uma prevalência de 1 a 7% a nível nacional e de 3,5 a 8,2% a nível internacional; 3) a Incontinência Urinária Mista (IUM), na qual estão presentes os sintomas de IUE e de IUU, com uma prevalência de 7,5 a 25% a nível nacional e de 7 a 11,8% a nível internacional (Abrams et al., 2002; SPG, 2021; Coyne et al., 2014; ICS, 2020). Com base na literatura, concluiu-se que mulheres mais velhas têm uma maior probabilidade de apresentarem IUU e IUM, enquanto mulheres mais novas têm uma maior probabilidade de apresentarem IUE (Abrams et al., 2002; Persson et al., 2000; Thorp et al., 1999; Troko et al., 2016).

Como já referido, a IU é pouco relatada, considerando que apenas uma em quatro mulheres procura tratamento (Dionko et al., 1986; Lara & Nacey, 1994), principalmente devido à vergonha e ao estigma social, à crença de que é um problema menor e também à crença de que a incontinência decorre do processo normal de envelhecimento ou de gravidez e pós-parto (i.e., embora possa ser normal no final da gravidez e no pós-parto, necessita de tratamento), devido à falta de conhecimento acerca dos tratamentos e às baixas expectativas de que poderão ser benéficos, e ainda por percecionarem como eficaz a sua autogestão da incontinência (Bates

& Porter, 2002; Burgess et al., 2001; Bush et al., 2001; Engberg et al., 1995; Foldspang & Mommsen, 1997; Hannestad, et al., 2002; Margalith et al., 2004; Stach-Lempinen et al., 2003).

Menopausa

Com base na definição estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), a Menopausa natural caracteriza-se pela interrupção permanente da menstruação, a qual ocorre devido à perda de atividade folicular ovariana. Adicionalmente, considera-se que a Menopausa natural ocorra após 12 meses consecutivos de amenorreia, sem qualquer outra causa patológica ou fisiológica (OMS, 1996). Por outro lado, a Menopausa induzida é definida pela interrupção da menstruação seguida da remoção dos ovários ou da ablação iatrogénica da função ovariana (OMS, 1996). Relativamente ao período de pré-menopausa, este remete para a fase reprodutiva que antecede a Menopausa, sendo o período de pós-menopausa aquele que sucede a última menstruação (Davis et al., 2012; Davison et al., 2005; Shuster et al., 2010). Já a peri-menopausa remete para o período posterior à conclusão da fase reprodutiva e que antecede a Menopausa, caracterizando-se por flutuações hormonais que possuem um grande impacto no ciclo menstrual e, conseqüentemente, pelo início dos sintomas físicos, psíquicos e biológicos (Davis et al., 2012; Davison et al., 2005; Harlow et al., 2012; Shuster et al., 2010).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2004), o índice da esperança média de vida tem vindo a aumentar ao longo dos anos e, como tal, atualmente, as mulheres podem viver mais de um terço da sua vida na pós-menopausa, existindo uma tendência para que este período seja cada vez maior. Posto isto, revela-se como imprescindível elevar os conhecimentos científicos referentes à saúde das mulheres que se encontram na fase da meia-idade, com uma particular atenção no período de transição para a Menopausa e nas patologias e fatores de saúde que a ele se podem associar e impactar negativamente vários aspetos da vida das mulheres (e.g., qualidade de vida e produtividade laboral). Entre as referidas patologias e fatores de saúde, encontram-se a IU e o Índice de Massa Corporal (IMC).

Neste sentido, durante a Menopausa, a diminuição do nível de estrogénio resulta numa redução da espessura da mucosa e da submucosa, do conteúdo de colagénio, da elastina da uretra e da sensibilidade do músculo detrusor (Alperin et al., 2018; Waetjen et al., 2009). Em conformidade, a incidência da IU é maior no período da meia-idade, com uma prevalência entre os 30 e os 40% (Minassian et al., 2012). Adicionalmente, esta prevalência é superior em mulheres nas fases de peri-menopausa e pós-menopausa, sendo mais agudizada na fase de peri-menopausa (Alperin et al., 2018; Cody et al., 2012; Legendre et al., 2013; Milsom & Gyhagen,

2018; Møller et al., 2000; Parazzini et al., 2000; Rekers et al., 1992; Sampsel et al., 2002; Samuelsson et al., 1997; Sturdee & Panay, 2010; Waetjen et al., 2009).

Posto isto, não só a Menopausa constitui um preditor significativo de IU e da sua severidade, como também a existência de um IMC elevado e de diabetes constituem um fator de risco para a IU, na medida em que o aumento do perímetro abdominal, resultante do aumento da gordura, coloca pressão no pavimento pélvico, o que, por sua vez pressiona a bexiga, levando a uma maior quantidade de urina a ser perdida (Legendre et al., 2014; Minassian et al., 2008; Sampsel et al., 2002; Whitcomb & Subak, 2011).

Índice de Massa Corporal

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), o IMC representa o peso de um indivíduo em kilogramas (kg), dividido pelo quadrado da altura em metros. Este índice divide-se em 5 níveis: abaixo do peso (inferior a 18,49 kg/m²), saudável/normal (18,50 a 24,99), excesso de peso/pré-obesidade (25 a 29,99), obesidade de grau 1 (30 e 34,99), obesidade severa/de grau 2 (35 a 39,99) e obesidade mórbida/de grau 3 (≥ 40) (OMS, 2010).

Com base na definição da Organização Mundial de Saúde (2021), o excesso de peso e a obesidade remetem para uma acumulação de gordura considerada excessiva ou anormal e que pode prejudicar a saúde. Os fatores que podem levar à obesidade nas mulheres são vários, incluindo alterações inerentes ao processo natural de envelhecimento e alterações no estilo de vida, tais como uma diminuição da atividade física e um aumento do consumo de alimentos energéticos (Almeida et al., 2011). De acordo com o último relatório da Organização Mundial de Saúde (2022a), mais de 1 bilhão de pessoas, a nível mundial, têm obesidade, sendo que 650 milhões são adultos. Adicionalmente, com base no Relatório Europeu de Obesidade Regional, da Organização Mundial de Saúde (2022b), 57,5% dos adultos, em Portugal, vivem com excesso de peso ou obesidade.

A incidência da obesidade é maior em mulheres entre os 45 e os 74 anos, principalmente no período de peri- e pós-menopausa (Domenico et al., 2008; Sayón-Orea et al., 2015), durante o qual as mulheres ganham, em média, cerca de 0,5kg por ano, sendo que, aproximadamente, 20% das mulheres ganha cerca de 4,5kg no total deste período (Knight, 2021). Como já referido, durante a fase de Menopausa, há um aumento da massa gorda e um decréscimo da massa muscular magra (Greendale et al., 2019) e, para além disto, certos medicamentos utilizados para combater as alterações hormonais e físicas na Menopausa (e.g., antidepressivos e tratamentos hormonais) têm demonstrado conduzir a um aumento significativo do peso (Standford et al.,

2020; Reid et al., 2014; Serretti & Mandelli, 2010). Também a grande diminuição do estrogénio associada ao período de transição para a Menopausa resulta numa tendência para o aumento da massa visceral gorda (Kozakowski et al., 2017).

Adicionalmente, a obesidade constitui um dos principais fatores de risco para a IU, tendo sido concluído que um aumento do IMC ao longo do tempo está associado a um aumento da probabilidade de desenvolver IU (Townsend, et al., 2007; Subak et al., 2009). Para além disto, quanto mais tempo durar o aumento do IMC, mais graves serão os sintomas de IU (Marcelissen, et al., 2019). Desta forma, ambas as condições médicas são consideradas um problema de saúde pública, mas também um problema social e económico (Kozakowski et al., 2017), considerando que a obesidade representa 2 a 8% dos custos de saúde na Europa (OMS, 2016) e está associada a um custo de mais de 100 biliões de dólares nos Estados Unidos (Lehnert et al., 2013).

Incontinência Urinária e Qualidade de Vida

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), a Qualidade de Vida (QdV) remete para as perceções dos indivíduos acerca da sua posição na vida, com base na cultura e nos valores sob os quais vivem e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. Assim, a QdV envolve a saúde física e psicológica, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e os relacionamentos dos indivíduos, sendo, por isso, um conceito subjetivo, inserido num contexto cultural, social e ambiental (OMS, 1998).

São várias as repercussões negativas associadas à IU, nomeadamente, a nível físico, como o odor da urina e a roupa molhada (Basak et al., 2013; Botelho et al., 2007; Lasserre et al., 2009; Margalith et al., 2004; Norton et al., 1988; Ortiz, 2004; Valerius, 1997). No entanto, as mulheres com IU também sofrem, a nível psicológico, com o estigma que ainda existe e, por sua vez, com a vergonha a ele associada, podendo isto resultar numa baixa autoestima, ansiedade, depressão e, conseqüentemente, numa considerável perda de autonomia (Basak et al., 2013; Botelho et al., 2007; Lasserre et al., 2009; Margalith et al., 2004; Norton et al., 1988; Ortiz, 2004; Valerius, 1997). Adicionalmente, as conseqüências podem ainda estender-se à vida sociocultural destas mulheres, havendo uma tendência ao isolamento social e à diminuição das atividades sociais e domésticas (Basak et al., 2013; Botelho et al., 2007; Lasserre et al., 2009; Margalith et al., 2004; Norton et al., 1988; Ortiz, 2004; Valerius, 1997). Todos estes fatores resultam numa pior QdV destas mulheres.

Assim, a IU nas mulheres constitui uma questão de saúde pública, possuindo uma elevada prevalência e um grande impacto físico, psicológico e social (Moura, 2005; Norton & Brubaker, 2006; Thom & Brown, 1998). Posto isto, são necessários mais estudos, particularmente a nível nacional, considerando que se desconhece ainda o impacto da IU nas mulheres de meia-idade em Portugal e que continua a ser um problema subdiagnosticado, subtratado e subestimado, tanto a nível nacional, como internacional.

Incontinência Urinária e Produtividade Laboral

Relativamente à Produtividade Laboral (PL), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2017), define-a como uma avaliação da percentagem de tempo ou número de dias em que os indivíduos foram, ou não, produtivos no seu trabalho, ou em que apresentaram um bom funcionamento laboral. Adicionalmente, também considera, como definição, uma avaliação geral da execução ou produtividade dos indivíduos no trabalho (OECD, 2017).

Na IU, também existem repercussões a nível profissional e económico-financeiro, associadas ao absentismo laboral e a uma menor produtividade no local de trabalho, assim como a uma maior despesa económica em roupa interior, pensos e fraldas (Lasserre et al., 2009; Margalith et al., 2004; Norton et al., 1988; Ortiz, 2004; Valerius, 1997). No entanto, a literatura existente acerca do impacto dos sintomas de IU na PL ainda é bastante escassa.

Menopausa e Qualidade de Vida

Durante o período de transição para a Menopausa, as mulheres experienciam algumas mudanças físicas e psicológicas resultantes da diminuição do estrogénio, mas também do envelhecimento natural (Monteleone et al., 2018). Estas mudanças manifestam-se através de sintomas vasomotores e modificações corporais (como o aumento da percentagem de massa gorda), alterações da função sexual, alterações de humor, perturbações do sono, alterações cognitivas (na memória e concentração), fadiga, ansiedade, depressão e incontinência urinária, entre bastantes outros sintomas (Blümel et al., 2012; Llana et al., 2012; Monteleone et al., 2018; Pimenta et al., 2012). Desta forma, estes sintomas podem afetar a qualidade de vida destas mulheres, causando distress e impactando negativamente as suas vidas a nível pessoal, social e profissional (Monteleone et al., 2018).

Menopausa e Produtividade Laboral

O período de transição para a Menopausa também aparenta estar associado a uma diminuição da PL (Brewis, et al., 2017; Fenton & Panay, 2013; Kleinman, et al., 2013; Sarrel, et al., 2015; Whiteley, et al., 2013). Neste sentido, alguns estudos demonstram que os sintomas físicos e psicológicos associados a esta transição prejudicam a PL das mulheres na meia-idade, aumentando, simultaneamente, o absentismo laboral (Geukes, et al., 2012; Griffiths et al., 2013; High & Marcellino, 1994).

Índice de Massa Corporal e Qualidade de Vida

Os ganhos de peso (mais de 10%) durante o período de transição para a Menopausa possuem um impacto significativo nas mulheres que os experienciam, tanto a nível físico, como a nível psicológico (Lee et al., 2019). A nível social e a nível da saúde psicológica, muitas mulheres com obesidade apresentam depressão, ansiedade, baixa autoestima, e baixa satisfação e qualidade de vida, nomeadamente durante a transição para a Menopausa (Fernández-Alonso et al., 2012; Fjeldstad et al., 2008; Kolotkin & Andersen, 2017; Llana et al., 2012; Phelan et al., 2015; Pimenta et al., 2016; Taylor et al., 2013; Wadden & Phelan, 2012; Wee et al., 2008). Ademais, a obesidade aumenta o risco de doença cardiovascular, cancro e diabetes, sendo responsável por 10 a 13% das mortes a nível mundial (OMS, 2016).

Índice de Massa Corporal e Produtividade Laboral

Para além dos custos médicos, outros custos associados à obesidade incluem custos relacionados com a produtividade (Hammond & Levin, 2010). Neste sentido, muitas pessoas com obesidade apresentam uma significativa redução das horas de trabalho (e.g., mais dias de baixa médica), experienciando uma diminuição da PL (Borak, 2011; Finkelstein et al., 2010; Goettler et al., 2017; Lehnert et al., 2013; Li et al., 2015; Neovius et al., 2009; Peitz et al., 2014; Sanchez Bustillos et al., 2014; Shrestha et al., 2016; Van Duijvenbode, 2009). Num estudo realizado em 2015, em 5 países europeus, verificou-se que o prejuízo laboral (i.e., absentismo e perda de produtividade) foi maior consoante o aumento do IMC (Gupta et al., 2015).

O Presente Estudo

Atendendo à revisão de literatura realizada, concluiu-se que é necessária mais investigação que incida sobre o impacto da IU, das diferentes fases de Menopausa e do IMC na QdV e na PL das mulheres na meia-idade. Considerando que todas estas variáveis estão correlacionadas e podem apresentar uma elevada prevalência nestas mulheres, e considerando

ainda a escassez de estudos a nível nacional e internacional na área da IU na Menopausa, principalmente abordando a questão do peso, a realização deste estudo revelou-se fundamental.

Posto isto, o presente estudo procurou responder às seguintes questões de investigação: 1) “De que forma é que a IU, as diferentes fases da Menopausa e o IMC impactam a QdV e a PL das mulheres na meia-idade?”; 2) “Será que mulheres com e sem sintomas de IU têm diferentes níveis de QdV?”; 3) “Será que mulheres com e sem sintomas de IU, e com excesso de peso ou obesidade, têm diferentes níveis de QdV?”, traduzidas em primeiro, segundo e terceiro estudo, respetivamente.

Método

Delineamento da Investigação

O presente estudo seguiu um desenho quantitativo, descritivo, observacional, transversal, correlacional e comparativo (Pais Ribeiro, 1999).

Participantes

As participantes foram selecionadas através de um processo de amostragem não probabilística, de conveniência. Como é possível observar na Tabela 1, participaram neste estudo 2551 mulheres entre os 40 e os 65 anos de idade ($M_{idade}=49,97$; $DP_{idade}=6,737$), entre as quais 1500 (58,8%) mulheres confirmaram ter perda de urina involuntária ocasional ou frequente ($M_{idade}=50,17$; $DP_{idade}=6,657$) e 1051 (41,2%) mulheres relataram não ter esta perda ($M_{idade}=49,68$; $DP_{idade}=6,842$). Relativamente aos tipos de IU, foi possível observar que, entre as mulheres com perda de urina, 299 (19,9%) apresentaram sintomas característicos de IUE; 90 (6,0%) apresentaram sintomatologia característica de IUU; e 232 (15,5%) apresentaram sintomas característicos de IUM. As restantes 879 (58,6%) mulheres apresentaram sintomatologia leve a moderada, não tendo sido possível obter um diagnóstico.

Para o primeiro estudo, foram definidos como critérios de inclusão: o sexo, considerando que, neste estudo, apenas participaram mulheres; a idade, na medida em que este estudo se destinou a mulheres entre os 40 e os 65 anos; a presença de perdas involuntárias de urina ao tossir e/ou ao sentir uma urgência em urinar; e ter acesso à internet, de forma a poderem responder ao questionário. No segundo e terceiro estudos, a presença de perdas involuntárias de urina deixou de se configurar como um critério de inclusão, de forma a proceder-se à comparação entre as mulheres com e sem sintomas de IU, em relação à QdV.

Relativamente aos critérios de exclusão, estes foram: a presença de doenças neurológicas, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, doença de Parkinson ou acidentes vertebro-medulares; mulheres com uma gravidez atual; e mulheres em período de pós-parto inferior a 6 meses. A caracterização da amostra encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização da Amostra

Variáveis	Mulheres com sintomas de IU (n=1500)		Mulheres sem sintomas de IU (n=1051)		Amostra Total (N=2551)	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
40 - 44	352	23,5%	297	28,3%	649	25,4%
45 - 49	387	25,8%	246	23,4%	633	24,8%
50 - 54	365	24,3%	224	21,3%	589	23,1%
55 - 59	238	15,9%	180	17,1%	418	16,4%
60 - 65	158	10,5%	104	9,9%	262	10,3%
Nacionalidade						
Portuguesa	1447	96,5%	1021	97,1%	2468	96,7%
Outra	53	3,5%	30	2,9%	83	3,3%
Habilitações Literárias						
4º ano	6	0,4%	4	0,4%	10	0,4%
9º ano	117	7,8%	73	6,9%	190	7,4%
12º ano	443	29,5%	304	28,9%	747	29,3%
Licenciatura ou Bacharelato	567	37,8%	422	40,2%	989	38,8%
Mestrado ou Pós-Graduação	331	22,1%	224	21,3%	555	21,8%
Doutoramento	36	2,4%	24	2,3%	60	2,4%
Situação Profissional						
Ativa	1214	80,9%	823	78,3%	2037	79,9%
Inativa	286	19,1%	228	21,7%	514	20,2%
Relação Afetivo-Sexual						
Sim	1188	79,2%	856	81,4%	2044	80,1%
Não	312	20,8%	195	18,6%	508	19,9%
Número de filhos biológicos						
0	151	10,1%	148	14,1%	299	11,7%
1	435	29,0%	337	32,1%	772	30,3%
2	686	45,7%	464	44,1%	1150	45,1%
3	185	12,3%	82	7,8%	267	10,5%
4+	43	2,9%	20	1,9%	63	2,5%

Variáveis	Mulheres com sintomas de IU (n=1500)		Mulheres sem sintomas de IU (n=1051)		Amostra Total (N=2551)	
	n	%	n	%	n	%
Número de partos vaginais	422	28,1%	459	43,7%	881	34,5%
0	416	27,7%	261	24,8%	677	26,5%
1	502	33,5%	267	25,4%	769	30,1%
2	130	8,7%	54	5,1%	184	7,2%
3	30	2,0%	10	1,0%	40	1,6%
4+						
Número de partos por cesariana						
0	1051	70,1%	634	60,3%	1685	66,1%
1	299	19,9%	242	23,0%	541	21,2%
2	120	8,0%	148	14,1%	268	10,5%
3	28	1,9%	26	2,5%	54	2,1%
4	2	0,1%	1	0,1%	3	0,1%
Laceração do períneo durante algum do(s) parto(s)						
Sim	816	54,4%	402	38,2%	1218	47,7%
Não	684	45,6%	649	61,8%	1333	52,3%
Diagnóstico de doença física						
Sim	507	33,8%	273	26,0%	780	30,6%
Não	993	66,2%	778	74,0%	1771	69,4%
Diagnóstico de problema psicológico						
Sim	219	14,6%	115	10,9%	334	13,1%
Não	1281	85,4%	936	89,1%	2217	86,9%
Fase de Menopausa						
Pré-Menopausa	337	22,5%	261	24,8%	598	23,4%
Peri-Menopausa	544	36,3%	336	32,0%	880	34,5%
Pós-Menopausa	619	41,3%	454	43,2%	1073	42,1%
Procura de ajuda médica para gerir os sintomas de Menopausa						
Sim	656	43,7%	454	43,2%	1110	43,5%
Não	844	56,3%	597	56,8%	1441	56,5%
Fumadora						
Sim	332	22,1%	264	25,1%	596	23,4%
Não	1168	77,9%	787	74,9%	1955	76,6%
Bebe café						
Sim	1256	83,7%	865	82,3%	2121	83,1%
Não	244	16,3%	186	17,7%	430	16,9%

Variáveis	Mulheres com sintomas de IU (n=1500)		Mulheres sem sintomas de IU (n=1051)		Amostra Total (N=2551)	
	n	%	n	%	n	%
Bebe outras bebidas quentes ou frias durante o dia						
Sim	1273	84,9%	881	83,8%	2154	84,4%
Não	227	15,1%	170	16,2%	397	15,6%
Pratica atividade física de alto impacto						
Sim	206	13,7%	183	17,4%	389	15,2%
Não	1294	86,3%	868	82,6%	2162	84,8%
Nível do IMC						
Abaixo do peso	32	2,1%	19	1,8%	51	2,0%
Normal/Saudável	624	41,6%	491	46,7%	1115	43,7%
Excesso de peso	543	36,2%	348	33,1%	891	34,9%
Obesidade de Grau 1	224	14,9%	158	15,0%	382	15,0%
Obesidade Severa	60	4,0%	31	2,9%	91	3,6%
Obesidade Mórbida	17	1,1%	4	0,4%	21	0,8%

Materiais

Inicialmente, foi utilizado um questionário de autopreenchimento para recolher informação sociodemográfica (e.g., idade, habilitações literárias, paridade), clínica e estado de saúde (e.g., história obstétrica, estado de menopausa, patologias físicas, peso e altura), e estilo de vida (e.g., consumo de álcool e tabaco, exercício físico).

Relativamente aos instrumentos utilizados, em primeiro lugar, utilizou-se a Escala de Gravidade de Sintomas de IU, baseada no King’s Health Questionnaire (KHQ) (Kelleher et al., 1997), a qual se destina a avaliar a gravidade dos sintomas de IU, através das respostas aos itens 22 (“Ir muitas vezes à casa de banho”), 23 (“Noctúria: Levantar-se à noite para urinar”), 25 (“Perda de urina associada a uma vontade muito grande de urinar”), 26 (“Incontinência de Esforço: Perda de urina associada a atividade física (ex., tossir, correr)”) e 29 (“Dor na bexiga”) do KHQ. As respostas dos participantes inserem-se numa escala de *Likert* de 1 (“Nunca” ou “Não se aplica”) a 4 (“Sempre” ou “Muito”) pontos. O *score* global é calculado através da soma destes itens e varia entre 5 e 20 pontos, sendo que quanto maior a pontuação obtida, mais graves são os sintomas de IU. Esta escala apresenta qualidades psicométricas robustas (Porto et al., 2022). No que diz respeito à fiabilidade compósita (FC), na presente amostra (apenas mulheres com sintomas de IU), esta foi de ,744.

De seguida, utilizou-se o WHOQOL-Bref (versão em Português de Portugal; Canavarro et al., 2007). Esta escala representa uma medida genérica, multidimensional e multicultural de avaliação subjetiva da qualidade de vida. É constituído por 26 itens, como por exemplo “Em que medida sente que a sua vida tem sentido?” ou “Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?”, os quais são avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos. Os itens 3, 4 e 26 foram invertidos, para que valores elevados possam ser indicadores de uma baixa ou nula frequência associada. Pode ser utilizado num largo espectro de patologias psicológicas e físicas, bem como com indivíduos saudáveis. A escala integra quatro domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e é avaliado através de cada um desses domínios, não havendo *score* geral. Os *scores* variam entre os 0 e os 100 pontos e quanto maior a pontuação obtida, melhor é a qualidade de vida associada àquele domínio. A escala apresenta boas propriedades psicométricas (Canavarro et al., 2007). No que diz respeito à fiabilidade compósita (FC), na amostra de mulheres com sintomas de IU, esta foi de ,926 e, na amostra de mulheres sem sintomas de IU, esta foi de ,919.

Por último, foi também utilizado um item do questionário Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) (Ciconelli et al., 2006; Reilly et al., 1993), que permite avaliar o impacto dos sintomas de IU na PL. Este questionário é composto por seis itens, mas apenas foi utilizado um, correspondente à seguinte questão: “Quanto é que a sua Incontinência Urinária afetou a sua produtividade enquanto estava a trabalhar?”, sendo este item avaliado numa escala de *Likert* de 10 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior é o impacto dos sintomas de IU na produtividade. Esta escala apresenta boas propriedades psicométricas (Ciconelli et al., 2006; Reilly et al., 1993).

Posto isto, relativamente às mulheres com sintomas de IU, foram aplicados todos os materiais acima referidos e às mulheres sem sintomas de IU apenas foi aplicado o WHOQOL-Bref.

Procedimento

O presente estudo inseriu-se na Fase I do projeto PURI-PRO (Portuguese Urinary Incontinence Project), dirigido pela Doutoranda Marta Gonçalves Porto, orientado pela Professora Doutora Filipa Pimenta e coorientado pelo Professor Doutor João Marôco, ambos pertencentes ao William James Center for Research do ISPA-Instituto Universitário. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (2020.05710.BD).

A Fase I do projeto PURI-PRO teve como objetivo analisar a QdV, a PL, a função sexual, o isolamento social, as crenças relacionadas com a IU e as estratégias implementadas em mulheres entre os 40 e os 65 anos de idade, com e sem sintomas de IU, controlando variáveis físicas (e.g., saúde física auto-percebida), psicológicas (i.e., representação de doença), sociais (i.e., isolamento) e variáveis de risco (IMC e fase de menopausa). Devido à evolução epidemiológica da Covid-19, foi ativado o plano de contingência para a recolha da amostra, tendo a mesma ocorrido em formato *online*, através da divulgação do estudo em grupos de redes sociais relacionados com a Menopausa e a meia-idade.

As normas da APA foram sempre cumpridas e foi pedido às participantes que lessem e concordassem com o consentimento informado, onde indicava que seriam respeitados todos os princípios e orientações práticas presentes no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), nunca revelando a sua identidade, nem quaisquer dados que possam remeter para a participante.

Análise de Dados

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados recolhidos, de forma a obter-se uma caracterização da amostra (Marôco, 2021).

De seguida, foram avaliadas as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados com o intuito de se observar, ou não, as boas qualidades psicométricas dos instrumentos dos autores originais. Esta avaliação foi executada através do software AMOS (Analysis of Moment Structures) (v. 28) e do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (v. 28).

A qualidade do ajustamento do modelo da análise fatorial confirmatória foi avaliada de acordo com os seguintes índices de qualidade de ajustamento e respetivos valores de referência: Comparative Fit Index ($CFI \geq .9$), Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA $< .05$) (Hu & Benter, 1999), Standardised Root Mean Square Residual (SRMR $< .08$) (Steiger et al., 1985) e Tucker-Lewis Index (TLI $\geq .9$) (Bentler & Bonnet, 1980). O modelo foi reajustado através da exclusão de itens com pesos fatoriais padronizados abaixo de ,5 (Cheung & Rensvold, 2002).

A validade convergente avalia se as variáveis observadas de cada dimensão estão fortemente relacionadas entre si e foi analisada através da variância extraída média (VEM) dos fatores, que deve ser superior a ,5 para ser considerada adequada (Marôco, 2021). A Fiabilidade Compósita (FC) foi utilizada para avaliar a fiabilidade. Valores iguais ou superiores a ,7 foram

considerados indicadores de fiabilidade aceitáveis (Marôco, 2021). Posto isto, a adequação das características psicométricas das medidas foi confirmada, nomeadamente a validade de construto, convergente, discriminante, de critério, a fiabilidade e a sensibilidade.

No primeiro estudo, de forma a verificar se a gravidade dos sintomas de IU estava associada à QdV e à PL, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson, por serem variáveis quantitativas (Marôco, 2021). Após a verificação da associação entre estas variáveis, foram verificados os seguintes pressupostos: normalidade dos dados, ausência de *outliers*, ausência de valores omissos e inexistência de multicolineariedade entre as variáveis (Kline, 2011; Hair et al., 2014; Schumacker & Lomax, 2004).

Posteriormente, procedeu-se à elaboração de um modelo de equações estruturais com as variáveis em estudo: variáveis exógenas (i.e., gravidade dos sintomas de IU, fase de Menopausa e IMC) e variáveis endógenas (i.e., QdV e impacto dos sintomas de IU na PL) (Marôco, 2021; Steiger et al., 1985). Inicialmente, o modelo de equações estruturais foi construído sem variáveis independentes adicionais, de forma a avaliar-se a significância estatística e a significância da trajetória do impacto dos sintomas de IU para a QdV e a PL.

De seguida, foi construído um modelo estrutural que incluiu as variáveis independentes adicionais definidas: a idade, considerando que esta se constitui como o principal fator de risco para a IU (Amaral et al., 2015; Correia et al., 2009), e estar numa relação afetivo-sexual.

No segundo e terceiro estudos, foi realizada uma comparação entre os resultados das mulheres com e sem sintomas de IU. Primeiramente, procedeu-se à análise da variância configuracional, de medida, estrita e estrutural, através de uma análise multigrupos, de forma a avaliar se a estrutura do modelo era equivalente nos dois grupos de mulheres: com e sem sintomas de IU. Para o modelo ser invariante, consideraram-se os seguintes valores: $\Delta CFI \leq 0,01$ e $\Delta RMSEA \leq 0,015$. Após se confirmar a invariância, o pressuposto da distribuição normal da variável dependente e o pressuposto da homogeneidade da variância, procedeu-se à realização de testes t-student com um intervalo de confiança de 95%, de forma a verificar se existiam diferenças entre as médias das mulheres com e sem sintomas de IU e ainda entre as mulheres sem sintomas de IU com excesso de peso ou obesidade e as congéneres com sintomas de IU.

Resultados

Nesta secção, apresentar-se-ão os seguintes subtópicos: 1) caracterização clínica da amostra, 2) caracterização psicométrica dos instrumentos na amostra de mulheres com sintomas de IU, 3) caracterização psicométrica dos instrumentos na amostra de mulheres sem sintomas de IU, 4) resultados referentes ao primeiro estudo, 5) resultados referentes ao segundo estudo, 6) resultados referentes ao terceiro estudo.

1) Caracterização Clínica da Amostra

Entre as 1500 participantes com sintomas de IU, 731 (48,7%) apresentaram sintomatologia leve, 690 (46%) apresentaram sintomatologia moderada e 79 (5,3%) apresentaram sintomatologia severa. Adicionalmente, entre as 2551 participantes, apenas 689 (27%) reportaram ter contactado o seu médico acerca da IU, sendo que apenas 77 (7,3%) reportaram já não apresentar sintomas de IU atualmente. Ou seja, entre as 1500 participantes com sintomas de IU, 888 (59,2%) reportaram não ter contactado o seu médico acerca da IU. Por último, ressalta-se que, entre as 2551 participantes, apenas 660 (25,9%) realizaram algum tipo de tratamento para a IU, sendo que apenas 218 (20,7%) reportaram já não apresentar sintomas de IU atualmente. Ou seja, entre as 1500 participantes com sintomas de IU, 1058 (70,5%) não realizaram qualquer tipo de tratamento para a IU.

2) Estudo das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos na Amostra de Mulheres com Sintomas de IU

Escala de Gravidade de Sintomas de IU

Sensibilidade

Como é possível observar na Tabela 2, todos os itens da Escala de Gravidade apresentaram respostas que se distribuíram pelos valores do mínimo ao máximo da escala, sendo que os valores absolutos da assimetria (Sk) e do achatamento (Ku) se encontram, respetivamente, abaixo de três e de dez (Kline, 2011; Marôco, 2021).

Tabela 2

Estudo da Sensibilidade Psicométrica da Escala de Gravidade de Sintomas de IU

Itens da Escala de Gravidade de Sintomas de IU	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
22. Ir muitas vezes à casa de banho.	1	4	-,064	-1,197
23. Noctúria: Levantar-se à noite para urinar.	1	4	,005	-1,236
25. Perda de urina associada a uma vontade muito grande de urinar.	1	4	,191	-1,280
26. Incontinência de Esforço: Perda de urina associada a atividade física (ex., tossir, correr).	1	4	-,421	-,320
29. Dor na bexiga.	1	4	1,356	,581

Fiabilidade de Construto

Como é possível observar na Tabela 3, verificou-se que a Escala de Gravidade de Sintomas de IU apresenta uma boa Fiabilidade Compósita ($FC = ,744$), sendo que esta estrutura fatorial converge nos itens que remetem para a gravidade dos sintomas de IU (Fornell & Larcker, 1981; Marôco 2021).

Tabela 3

Escala de Gravidade de Sintomas de IU: Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)

Fator	VEM	FC
Escala de Gravidade de Sintomas de IU	,404	,744

Validade de Construto

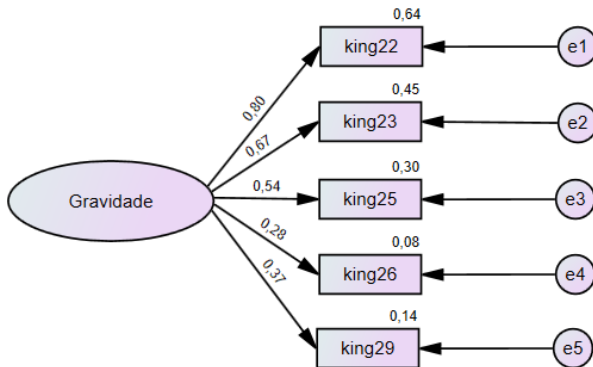
Validade Fatorial

Como é possível observar na Figura 1, a Escala de Gravidade de Sintomas de IU apresentou valores muito adequados de validade fatorial, possuindo um ajustamento muito bom ($CFI = ,969$; $TLI = ,938$; $RMSEA = ,069$; $SRMR = ,031$). Os índices fatoriais dos itens 22, 23 e 25 foram superiores a ,5, e, embora os índices fatoriais dos itens 26 ($\lambda = ,28$) e 29 ($\lambda = ,37$) tenham sido inferiores a ,5, considera-se que a escala apresenta uma boa fiabilidade individual.

Figura 1

Modelo da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Gravidade de Sintomas de IU

Modelo da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Gravidade
CFI= ,969; TLI=,938
RMSEA= ,069; SRMR= ,031



Validade Convergente

Como também é possível observar na Tabela 3, não se verificou Validade Convergente, uma vez que VEM= ,404.

Validade Discriminante

Constatou-se que não se justificava calcular a Validade Discriminante para esta escala, uma vez que a sua estrutura é unifatorial (Fornell & Larcker, 1981).

WHOQOL-Bref

Sensibilidade

Como é possível observar na Tabela 4, todos os itens do WHOQOL-Bref apresentaram respostas que se distribuíram pelos valores do mínimo ao máximo da escala, sendo que os valores absolutos da assimetria (Sk) e do achatamento (Ku) se encontram, respetivamente, abaixo de três e de dez (Kline, 2011; Marôco, 2021).

Tabela 4*Estudo da Sensibilidade Psicométrica do WHOQOL-Bref*

Itens do WHOQOL-Bref	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
Domínio Físico				
3. Em que medida as suas dores (físicas) a impedem de fazer o que precisa de fazer? (inv)	1	5	-,62	-,55
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? (inv)	1	5	-1,35	1,02
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	5	-1,5	-,56
15. Como avaliaria a sua mobilidade?	1	5	-1,17	,86
16. Até que ponto está satisfeita com o seu sono?	1	5	-,08	-1,04
17. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	5	-,73	,01
18. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?	1	5	-,785	,18
Domínio Psicológico				
5. Até que ponto gosta da vida?	1	5	-1,01	,84
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	5	-1,08	1,02
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	5	-,589	-,11
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	5	-,32	-,47
19. Até que ponto está satisfeita consigo própria?	1	5	-,75	,38
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	5	-,24	-,26
Domínio Relacional				
20. Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	1	5	-,81	,28
21. Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?	1	5	-,43	-,86
22. Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	5	-,74	,23
Domínio Ambiental				
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?	1	5	-,84	,48
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	5	-,73	,60
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	5	,09	-,31

Itens do WHOQOL-Bref	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	5	-,56	-,15
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	5	-,15	-,50
23. Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	1	5	-1,07	1,06
24. Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	5	-,81	,24
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	5	-1,03	,81

Nota. (inv) representa um item com cotação invertida.

Fiabilidade de Construto

Como é possível observar na Tabela 5, todos os domínios do instrumento apresentaram uma boa Fiabilidade Compósita: no domínio físico, FC= ,761; no domínio psicológico, FC= ,795; no domínio relacional, FC= ,788; e no domínio ambiental, FC= ,827.

Tabela 5

WHOQOL-Bref: Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)

WHOQOL-Bref	VEM	FC
Domínio Físico	,502	,761
Domínio Psicológico	,489	,795
Domínio Relacional	,650	,788
Domínio Ambiental	,466	,827

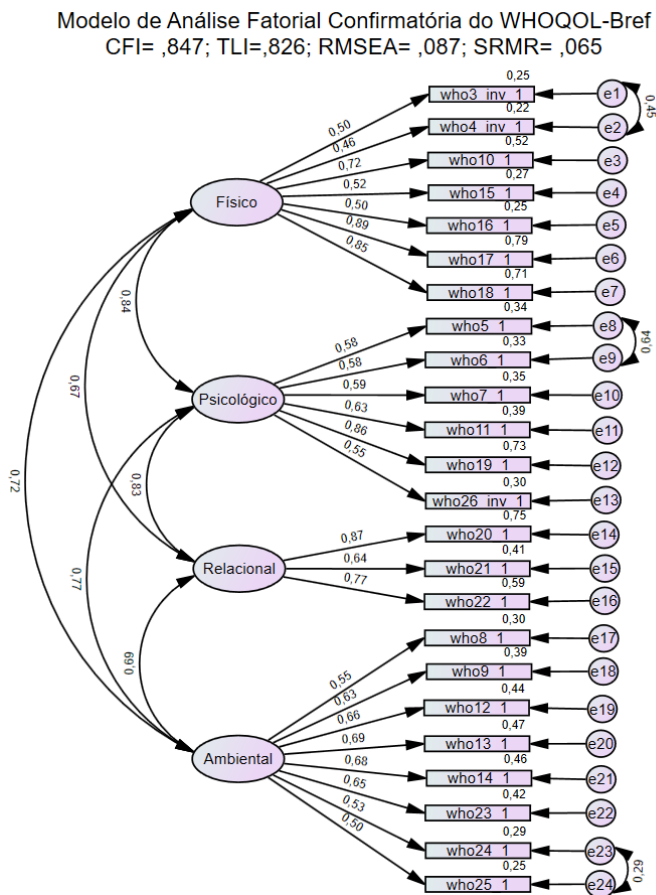
Validade de Construto

Validade Fatorial

Como é possível observar na Figura 2, o instrumento WHOQOL-Bref apresentou valores aceitáveis de validade fatorial, possuindo um ajustamento aceitável (CFI= ,847; TLI= ,826; RMSEA= ,087; SRMR= ,065). Os índices fatoriais de todos os itens foram superiores a ,5, apresentando, assim, uma boa fiabilidade individual.

Figura 2

Modelo da Análise Fatorial Confirmatória do WHOQOL-Bref



Validade Convergente

Como também é possível observar na Tabela 5, o domínio físico (VEM= ,502) e o domínio relacional (VEM= ,650) apresentaram valores de VEM superiores a ,5, indicando a respectiva validade convergente. No que diz respeito aos domínios psicológico (VEM= ,489) e ambiental (VEM= ,466), os valores foram muito próximos a ,5. Posto isto, considera-se que a escala possui Validade Convergente.

Validade Discriminante

Como é possível observar na Tabela 6, de todas as possíveis comparações dos fatores correlacionados, nenhuma apresentou Validade Discriminante. Neste sentido, o WHOQOL-Bref não possui Validade Discriminante.

Tabela 6*Estudo da Validade Discriminante do WHOQOL-Bref*

Associação entre os diferentes domínios	Quadrado das correlações	Validade Discriminante
Físico ↔ Psicológico	,84	Não
Físico ↔ Relacional	,67	Não
Físico ↔ Ambiental	,71	Não
Psicológico ↔ Relacional	,83	Não
Psicológico ↔ Ambiental	,77	Não
Relacional ↔ Ambiental	,69	Não

A ausência de Validade Discriminante do WHOQOL-Bref deve-se à interligação dos seus domínios, os quais pertencem à QdV, não se configurando como discriminantes entre si.

Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)

Como foi referido anteriormente, utilizou-se apenas um item do WPAI, sendo que este foi utilizado como uma variável manifesta. Assim sendo, optou-se por averiguar-se apenas a sensibilidade psicométrica do item utilizado.

Sensibilidade

Como é possível observar na Tabela 7, o item 6 do WPAI apresentou respostas que se distribuíram pelos valores do mínimo ao máximo do item, sendo que os valores absolutos da assimetria (Sk) e do achatamento (Ku) se encontram, respetivamente, abaixo de três e de dez (Kline, 2011; Marôco, 2021).

Tabela 7*Estudo da Sensibilidade Psicométrica do item 6 do WPAI*

Item 6 do WPAI	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
6. Quanto a sua Incontinência Urinária afetou a sua produtividade enquanto estava a trabalhar?	0	10	1,994	3,512

3) Estudo das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos na Amostra de Mulheres sem Sintomas de IU

WHOQOL-Bref

Sensibilidade

Como é possível observar na Tabela 8, todos os itens do WHOQOL-Bref apresentaram respostas que se distribuíram pelos valores do mínimo ao máximo da escala, sendo que os valores absolutos da assimetria (Sk) e do achatamento (Ku) se encontram, respectivamente, abaixo de três e de dez (Kline, 2011; Marôco, 2021).

Tabela 8

Estudo da Sensibilidade Psicométrica do WHOQOL-Bref

Itens do WHOQOL-Bref	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
Domínio Físico				
3. Em que medida as suas dores (físicas) a impedem de fazer o que precisa de fazer? (inv)	1	5	-,85	,17
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? (inv)	1	5	-2,02	4,16
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	5	-,16	-,65
15. Como avaliaria a sua mobilidade?	1	5	-1,20	1,28
16. Até que ponto está satisfeita com o seu sono?	1	5	-,30	-,96
17. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	5	-,90	1,01
18. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?	1	5	-,92	,95
Domínio Psicológico				
5. Até que ponto gosta da vida?	1	5	-1,04	1,47
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	5	-1,20	1,91
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	5	-,66	,44
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	5	-,43	-,18

Itens do WHOQOL-Bref	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
19. Até que ponto está satisfeita consigo própria?	1	5	-,95	1,20
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	5	-,30	-,22
Domínio Relacional				
20. Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	1	5	-,90	,83
21. Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?	1	5	-,57	-,48
22. Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	5	-,72	,45
Domínio Ambiental				
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?	1	5	-1,03	1,48
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	5	-,59	,64
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	5	,17	-,38
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	5	-,48	-,23
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	5	-,26	-,32
23. Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	1	5	-1,14	1,76
24. Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	5	-,75	,31
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	5	-1,10	1,13

Nota. (inv) representa um item com cotação invertida.

Fiabilidade de Construto

Como é possível observar na Tabela 9, todos os domínios do instrumento apresentaram uma elevada Fiabilidade Compósita: no domínio físico, $FC = ,817$; no domínio psicológico, $FC = ,801$; no domínio relacional, $FC = ,794$; e no domínio ambiental, $FC = ,811$.

Tabela 9

WHOQOL-Bref: Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)

WHOQOL-Bref	VEM	FC
Domínio Físico	,407	,817
Domínio Psicológico	,407	,801
Domínio Relacional	,567	,794
Domínio Ambiental	,352	,811

Validade de Construto

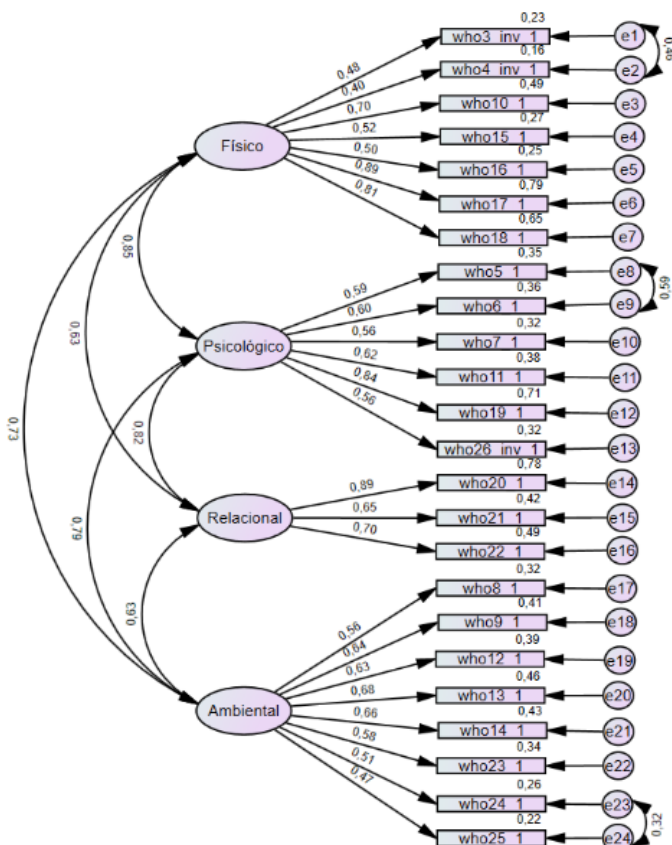
Validade Fatorial

Como é possível observar na Figura 3, o instrumento WHOQOL-Bref apresentou valores aceitáveis de validade fatorial, possuindo um ajustamento aceitável (CFI= ,853; TLI= ,833; RMSEA= ,081; SRMR= ,062). Os índices fatoriais de todos os itens foram superiores ou muito próximos de ,5, apresentando, assim, uma boa fiabilidade individual.

Figura 3

Modelo da Análise Fatorial Confirmatória do WHOQOL-Bref

Modelo de Análise Fatorial Confirmatória do WHOQOL-Bref
CFI= ,853; TLI=,833; RMSEA= ,081; SRMR= ,062



Validade Convergente

Como também é possível observar na Tabela 9, o domínio relacional (VEM= ,567) apresentou um valor de VEM superior a ,5, indicando a respetiva validade convergente. No entanto, no que diz respeito aos domínios físico (VEM= ,407), psicológico (VEM= ,407) e ambiental (VEM= ,352), os valores foram inferiores a ,5. Assim, considera-se que a escala não possui Validade Convergente.

Validade Discriminante

Como é possível observar na Tabela 10, de todas as possíveis comparações dos fatores correlacionados, nenhuma apresentou Validade Discriminante. Neste sentido, o WHOQOL-Bref não possui Validade Discriminante.

Tabela 10

Estudo da Validade Discriminante do WHOQOL-Bref

Associação entre os diferentes domínios	Quadrado das correlações	Validade Discriminante
Físico ↔ Psicológico	,85	Não
Físico ↔ Relacional	,63	Não
Físico ↔ Ambiental	,73	Não
Psicológico ↔ Relacional	,82	Não
Psicológico ↔ Ambiental	,79	Não
Relacional ↔ Ambiental	,63	Não

Como já foi referido, a ausência de Validade Discriminante do WHOQOL-Bref deve-se à interligação dos seus domínios, os quais pertencem à QdV, não se configurando como discriminantes entre si.

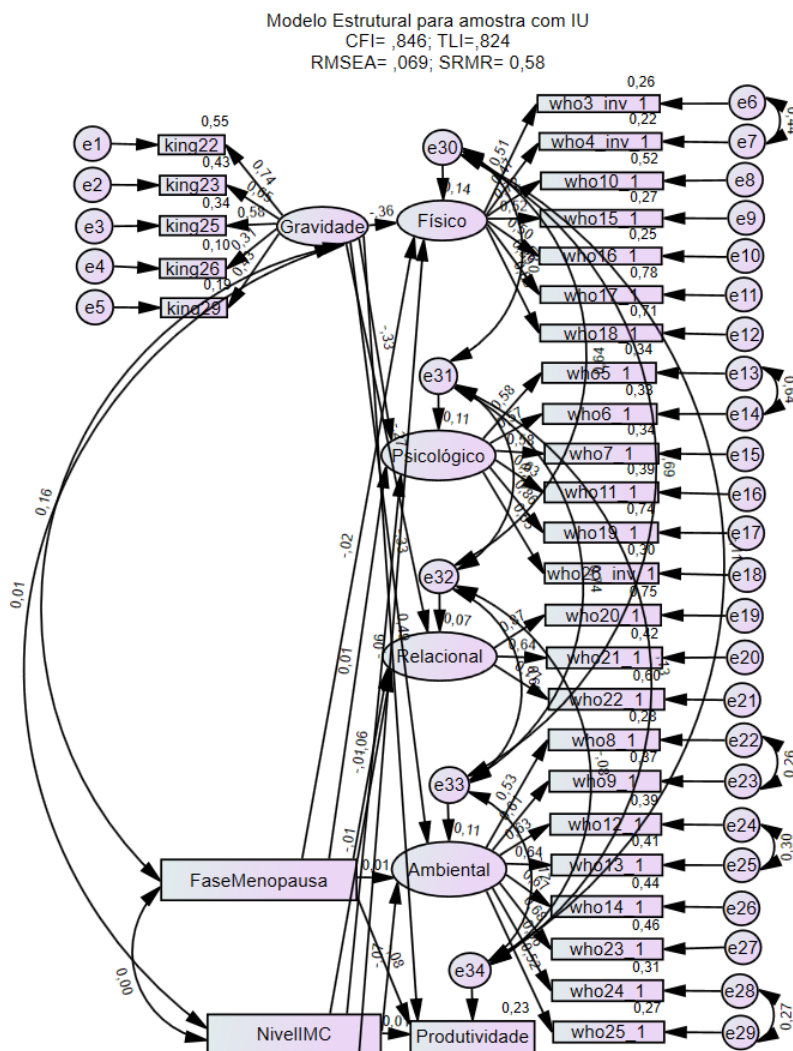
4) Primeiro Estudo

Inicialmente, foram calculadas correlações de Pearson de modo a verificar se a gravidade dos sintomas de IU estava associada à QdV e ao seu impacto na PL. Foram encontradas associações significativas entre a gravidade dos sintomas de IU e a QdV ($r(1498) = -,35, p < ,001$) e entre a gravidade dos sintomas de IU e o seu impacto na PL ($r(1498) = ,44, p < ,001$). Verificando-se a associação significativa entre estas variáveis, procedeu-se à construção do modelo estrutural, de forma a analisar o impacto dos sintomas de IU, das diferentes fases da Menopausa e do IMC na QdV e na PL das mulheres na meia-idade.

Modelo estrutural para testar a relação entre a gravidade dos sintomas de IU, as fases da Menopausa, o IMC e a QdV e impacto na PL das mulheres na meia-idade

Figura 4

Modelo preditivo da QdV e impacto dos sintomas de IU na PL durante a meia-idade, sem as variáveis independentes adicionais



Como é possível observar na Figura 4, o modelo final com a gravidade dos sintomas de IU, fase de menopausa, IMC, como preditores da QdV e do impacto dos sintomas de IU na PL apresentou um ajustamento aceitável (CFI= ,846; TLI= ,824; RMSEA= ,069; SRMR= ,058).

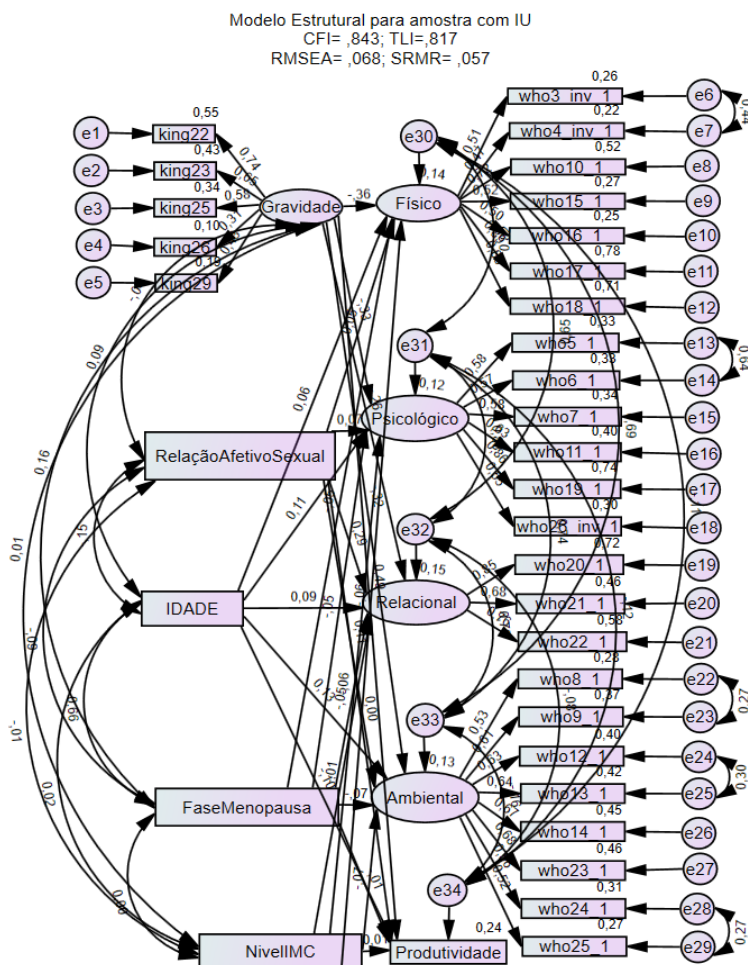
Relativamente à significância das trajetórias, e no que concerne à QdV, a gravidade dos sintomas foi um preditor significativo de todos os seus domínios: físico ($\beta= -,360; p < ,001$), psicológico ($\beta= -,329; p < ,001$), relacional ($\beta= -,267; p < ,001$) e ambiental ($\beta= -,328; p < ,001$). Ou seja, quanto mais graves os sintomas de IU, pior é a QdV nos referidos domínios. Também

o IMC foi um preditor significativo de todos os domínios da QdV, à exceção do relacional ($\beta = -.010$; $p = ,713$): físico ($\beta = -.058$; $p = ,027$), psicológico ($\beta = -.062$; $p = ,024$) e ambiental ($\beta = -.071$; $p = ,011$). Ou seja, quanto maior o IMC, pior é a QdV nos referidos domínios. Contudo, as fases de Menopausa não se constituíram como preditores significativos da QdV, em qualquer um dos domínios: físico ($\beta = -.016$; $p = ,558$), psicológico ($\beta = ,010$; $p = ,725$), relacional ($\beta = -.009$; $p = ,757$) ou ambiental ($\beta = ,006$; $p = ,823$).

Já relativamente à PL, a gravidade dos sintomas foi um preditor significativo ($\beta = ,489$, $p < ,001$). Ou seja, quanto mais graves os sintomas de IU, maior é o seu impacto na PL. Também as fases de Menopausa foram um preditor significativo ($\beta = -.078$; $p = ,001$), ou seja, quanto mais avançada a fase de menopausa, menor o impacto da IU na PL. Contudo, o IMC não se constituiu como um preditor significativo do impacto dos sintomas de IU na PL ($\beta = ,011$; $p = ,650$).

Figura 5

Modelo preditivo da QdV e do impacto dos sintomas de IU na PL durante a meia-idade, com as variáveis independentes adicionais: idade e relação afetivo-sexual



Como é possível observar na Figura 5, o modelo final com a gravidade dos sintomas de IU, fase de menopausa e IMC, como preditores da QdV e do impacto dos sintomas de IU na PL, e com as variáveis independentes adicionais (i.e., idade e relação afetivo-sexual), apresentou um ajustamento aceitável (CFI= ,843; TLI= ,817; RMSEA= ,068; SRMR= ,057).

Relativamente à significância das trajetórias das variáveis independentes adicionais, e no que concerne à QdV, a idade demonstrou ser um preditor significativo de todos os seus domínios, à exceção do físico ($\beta = ,063$; $p = ,075$): psicológico ($\beta = ,106$; $p = ,004$), relacional ($\beta = ,093$; $p = ,009$) ambiental ($\beta = ,133$; $p < ,001$). Ou seja, quanto mais avançada a idade, maior a QdV nos referidos domínios. Também a relação afetivo-sexual foi um preditor significativo de todos os domínios da QdV, à exceção do físico ($\beta = ,046$; $p = ,082$): psicológico ($\beta = ,106$; $p = ,069$), relacional ($\beta = ,288$; $p < ,001$) e ambiental ($\beta = ,112$; $p < ,001$). Ou seja, estar numa relação afetivo-sexual está associado a uma melhor QdV nos referidos domínios.

Já no que concerne à PL, a idade demonstrou ser um preditor significativo ($\beta = -,101$; $p = ,001$). Ou seja, quanto mais avançada a idade, menor o impacto dos sintomas de IU na PL. No entanto, a relação afetivo-sexual não se constituiu como um preditor significativo do impacto dos sintomas de IU na PL ($\beta = -,002$; $p = ,928$).

5) Segundo Estudo

O modelo é invariante, apresentando invariância configuracional, de medida, estrita e estrutural: $\Delta CFI \leq 0,01$ e $\Delta RMSEA \leq 0,015$, ou seja, mulheres com e sem IU interpretam de forma semelhante o mesmo construto.

Confirmada a invariância do modelo, realizaram-se testes t-student e verificou-se que o *score* total do WHOQOL-Bref nas mulheres sem sintomas de IU ($M = 101,62$; $DP = 13,49$) foi significativamente maior do que nas mulheres com sintomas de IU ($M = 96,96$; $DP = 15,26$), ($t(2549) = -7,48$, $p < ,001$; 95% C.I., -5,81-3,51). Ou seja, as mulheres sem sintomas de IU apresentaram uma melhor QdV, em comparação com as mulheres com estes sintomas.

6) Terceiro Estudo

Adicionalmente, também através da realização de testes t-student, verificou-se que o *score* total do WHOQOL-Bref nas mulheres sem sintomas de IU e com excesso de peso ou obesidade ($M= 93,04$; $DP= 12,76$) foi significativamente maior do que nas mulheres com sintomas de IU e com excesso de peso ou obesidade ($M= 89,43$; $DP= 14,35$), ($t(1383)= 4,89$, $p < ,001$; 95% I.C., 5,06-2,16). Ou seja, as mulheres sem sintomas de IU com excesso de peso ou obesidade apresentaram uma melhor QdV, em comparação com as congéneres com estes sintomas.

Discussão

O presente estudo propõe-se a analisar o impacto dos sintomas de Incontinência Urinária (IU) na Qualidade de Vida (QdV) (Físico, Psicológico, Relacional e Ambiental) e na Produtividade Laboral (PL) numa amostra de mulheres portuguesas na meia-idade (40 a 65 anos).

Apesar de os fatores de risco para o desenvolvimento de IU (e.g., obesidade, menopausa, idade avançada, tabagismo, gravidez) serem amplamente abordados na literatura (Danforth et al., 2006; Irwin et al., 2006; Marcelissen, et al., 2019; Minassian et al., 2012; Townsend, et al., 2007; Subak et al., 2009), o impacto da Menopausa e de um IMC elevado nas mulheres com esta sintomatologia é altamente subvalorizado. Como tal, o presente estudo propõe-se ainda a analisar o impacto das diferentes fases de Menopausa e do IMC na QdV e no impacto dos sintomas de IU na PL destas mulheres.

Neste sentido, no que diz respeito aos resultados do presente estudo, verifica-se que a gravidade dos sintomas de IU é um preditor significativo de todos os domínios da QdV (i.e., físico, psicológico, relacional e ambiental). Ou seja, é possível afirmar que as mulheres com sintomas de IU mais graves apresentam uma pior QdV, nos referidos domínios. Adicionalmente, por meio de comparação, verifica-se ainda que as mulheres sem sintomas de IU apresentam níveis mais elevados de QdV do que as mulheres com sintomas de IU.

Estes dados são concordantes com a literatura, através da qual foram demonstrados os prejuízos que as mulheres com sintomas de IU experienciam na sua QdV, tanto a nível da sua saúde física (e.g., odor da urina, roupa molhada), como da sua saúde psicológica (e.g., baixa autoestima, ansiedade, depressão), e ainda a nível social (e.g., isolamento social e diminuição

das atividades sociais e domésticas) (Basak et al., 2013; Botelho et al., 2007; Farage et al., 2008; Lasserre et al., 2009; Margalith et al., 2004; Norton et al., 1988; Ortiz, 2004; Pizzol et al., 2020; Silva et al., 2013; Steibliene et al., 2020; Valerius, 1997).

Ainda relativamente à QdV, verifica-se que também o IMC é um preditor significativo de todos os domínios da QdV, à exceção do domínio relacional, o que significa que as mulheres com sintomas de IU e com um IMC mais elevado apresentam uma pior QdV nos domínios físico, psicológico e ambiental. Adicionalmente, por meio de comparação, verifica-se ainda que as mulheres sem sintomas de IU e com excesso de peso ou obesidade apresentam níveis mais elevados de QdV do que as congéneres com sintomas de IU.

Apesar de o IMC não se constituir como um preditor significativo do domínio relacional da QdV, isto poderá ser justificado pelo facto de a amostra ter sido recolhida durante o período de isolamento social obrigatório, associado à Covid-19, durante o qual os contactos sociais foram bastante restringidos. Assim sendo, estes resultados vão ao encontro do que a literatura tem vindo a reportar, sendo vastamente documentado que os indivíduos com obesidade apresentam uma pior QdV, comparativamente aos indivíduos com um peso saudável (Kolotkin & Andersen, 2017; Phelan et al., 2015; Taylor et al., 2013), particularmente ao nível da sua saúde física (e.g., doenças cardiovasculares, desconforto, dor, incapacidade) e da sua saúde psicológica (e.g., autoestima, depressão). No entanto, e como tem vindo a ser referido, existe uma enorme escassez de literatura relativa ao impacto do IMC na QdV das mulheres com sintomas de IU.

Por último, verifica-se que as diferentes fases de Menopausa não se constituem como preditores significativos da QdV das mulheres com sintomas de IU, em qualquer um dos seus domínios, ou seja, não se verifica nenhuma associação significativa entre estas variáveis.

Estes resultados são incongruentes com a literatura, a qual reporta que a Menopausa impacta negativamente a QdV das mulheres na meia-idade (Monteleone et al., 2018), particularmente daquelas que se encontram na peri-menopausa, onde os sintomas associados à IU são mais intensos (Alperin et al., 2018; Cody et al., 2012; Legendre et al., 2013; Milsom & Gyhagen, 2018; Møller et al., 2000; Parazzini et al., 2000; Rekers et al., 1992; Sampsel et al., 2002; Samuelsson et al., 1997; Sturdee & Panay, 2010; Waetjen et al., 2009). No entanto, uma possível explicação para estes resultados remete para o facto de a maioria das participantes com IU (63,8%) se encontrarem nas fases de pré- ou pós-menopausa, isto é, fases onde os sintomas de IU não são tão agudizados.

Já no que diz respeito ao impacto dos sintomas de IU na PL, verifica-se que a gravidade dos sintomas de IU é um preditor significativo do seu impacto na PL. Ou seja, é possível afirmar que as mulheres com sintomas de IU mais graves apresentam um maior impacto na PL.

Estes dados são concordantes com a literatura, através da qual foram demonstrados os prejuízos que as mulheres com sintomas de IU experienciam na sua PL, nomeadamente através de idas mais frequentes à casa de banho durante o horário de trabalho, ou até de idas a casa para trocarem de roupa, e ainda através de uma maior probabilidade de se deslocarem mais vezes a hospitais e farmácias (Fultz, et al., 2004; Kleinman, et al., 2014; Lasserre et al., 2009; Lin et al., 2018; Margalith et al., 2004; Norton et al., 1988; Ortiz, 2004; Porto et al., 2021; Valerius, 1997). Apesar disto, a literatura existente acerca do impacto dos sintomas de IU na PL ainda é bastante escassa.

Ainda relativamente ao impacto dos sintomas de IU na PL, verifica-se que também as fases de Menopausa são preditores significativos. Ou seja, é possível afirmar que as mulheres numa fase de Menopausa mais avançada apresentam um menor impacto dos sintomas de IU na sua PL.

Isto vai ao encontro do que tem vindo a ser reportado na literatura, na medida em que, e como já foi referido, os sintomas associados à IU são mais intensos durante a peri-menopausa (Alperin et al., 2018; Cody et al., 2012; Legendre et al., 2013; Milsom & Gyhagen, 2018; Møller et al., 2000; Parazzini et al., 2000; Rekers et al., 1992; Sampsel et al., 2002; Samuelsson et al., 1997; Sturdee & Panay, 2010; Waetjen et al., 2009), prejudicando a PL das mulheres na meia-idade (Fultz, et al., 2004; Kleinman, et al., 2014; Lasserre et al., 2009; Lin et al., 2018; Margalith et al., 2004; Norton et al., 1988; Ortiz, 2004; Porto et al., 2021; Valerius, 1997).

Por último, verifica-se que o IMC não se constitui como um preditor significativo do impacto dos sintomas de IU na PL, ou seja, não se verifica qualquer associação entre estas variáveis.

Contudo, e como já foi referido, é importante salientar que a amostra foi recolhida durante o período de isolamento social obrigatório, associado à Covid-19, no qual dominou o teletrabalho (i.e., trabalho a partir de casa), ao invés do trabalho presencial. Posto isto, e tendo em consideração que os indivíduos com obesidade apresentam dificuldades na mobilidade (Busutil et al., 2017; Rillamas-Sun et al., 2014; Vincent et al., 2010), poderá pensar-se que as mulheres com um IMC elevado não tenham visto a sua PL tão prejudicada, pela ausência de deslocação ao local de emprego. Adicionalmente, a literatura tem vindo a demonstrar que os

indivíduos com obesidade apresentam uma significativa redução das horas de trabalho, por solicitarem mais dias de baixa médica (Borak, 2011; Finkelstein et al., 2010; Goettler, et al., 2017; Lehnert, et al., 2013; Li, et al., 2015; Neovius, et al., 2009; Peitz, et al., 2014; Sanchez Bustillos, et al., 2014; Shrestha, et al., 2016; Van Duijvenbode; 2009), algo cuja frequência poderá ter diminuído durante o período de isolamento social obrigatório.

Já relativamente às variáveis independentes adicionais (i.e., idade e relação afetivo-sexual), verifica-se que a idade é um preditor significativo da QdV nos domínios psicológico, relacional e ambiental, sendo, assim, possível afirmar que quanto mais avançada a idade, melhor a QdV das mulheres com sintomas de IU, nos referidos domínios. Estes resultados são incongruentes com a literatura, através da qual tem vindo a ser demonstrado que a QdV das mulheres tende a piorar com o avançar da idade, particularmente devido ao facto de os sintomas associados à IU tenderem a ser mais frequentes e/ou mais intensos (Bresee et al., 2014; Grodstein et al., 2003; Melville et al., 2005; Milsom & Gyhagen, 2018). No entanto, uma possível explicação para estes resultados poderá recair sob o facto de a amostra utilizada apresentar poucas repercussões sintomatológicas, na medida em que, entre as 1500 mulheres com sintomas de IU, 1421 (94,7%) apresentam sintomatologia leve ou moderada.

Adicionalmente, verifica-se que a idade é um preditor significativo do impacto dos sintomas de IU na PL, sendo, assim, possível afirmar que quanto mais avançada a idade, menor o impacto dos sintomas de IU na PL destas mulheres. Estes resultados também são incongruentes com a literatura. No entanto, e à semelhança do que já foi referido, isto poderá ser explicado pelo facto de a amostra utilizada apresentar poucas repercussões sintomatológicas.

No que diz respeito à relação afetivo-sexual, verifica-se que esta é um preditor significativo da QdV nos domínios psicológico, relacional e ambiental, sendo, assim, possível afirmar que as mulheres com sintomas de IU que se encontram numa relação afetivo-sexual apresentam uma melhor QdV nos referidos domínios, do que as congéneres que não estão numa relação afetivo-sexual. Estes dados são congruentes com a literatura, através da qual tem vindo a ser demonstrado que estar numa relação afetivo-sexual está associado a uma melhor QdV (Fernandes et al., 2015; Giannouli et al., 2012; Han et al., 2014).

No entanto, verifica-se que estar numa relação afetivo-sexual não se constitui como um preditor significativo do impacto dos sintomas de IU na PL, não existindo qualquer associação entre estas variáveis. Também a literatura é bastante escassa relativamente ao impacto dos

sintomas de IU na PL, não abordando sequer qualquer associação entre este impacto e estar numa relação afetivo-sexual.

Para além dos resultados obtidos através das análises quantitativas dos dados recolhidos, a análise descritiva permite a obtenção da caracterização sociodemográfica, clínica e de estado de saúde, e de estilo de vida das participantes.

Posto isto, verifica-se que, entre as 1697 mulheres que tiveram um ou mais partos vaginais, 63,5% apresentam sintomas de IU. Estes resultados vão ao encontro do que é sistematicamente referido na literatura, sugerindo que os partos vaginais se constituem, de facto, como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de IU (Amaral et al., 2015; Correia et al., 2009; Danforth et al., 2006; Luber, 2004; Minassian et al., 2003; Parazzini et al., 2000).

Ainda relativamente aos resultados obtidos através da análise descritiva dos dados recolhidos, verifica-se que, entre as 1385 participantes com excesso de peso ou obesidade, 60,9% apresentam sintomas de IU. Assim sendo, estes resultados vão ao encontro do que tem vindo a ser documentado na literatura, sugerindo que o excesso de peso e, particularmente, a obesidade se constituem como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de IU (Hannestad et al., 2000; Hunskaar, 2008; Marcelissen, et al., 2019; Nygaard et al., 2018; Townsend, et al., 2007; Subak et al., 2009; Vaughan et al., 2013).

Relativamente às mulheres com sintomas de IU, constata-se que, entre as 1500 mulheres com perdas de urina atuais, 299 (19,9%) apresentam IUE, sendo este o tipo de IU mais frequentemente apresentado por estas participantes, seguido pela IUM (15,5%) e, por último, pela IUU (6,0%), à semelhança do que é vastamente referido na literatura (Abrams et al., 2002; SPG, 2021; Coyne et al., 2014; ICS, 2020). Assim sendo, parece confirmar-se que a IUE se configura como o tipo de IU mais comum. Importa salientar que, apesar de os seus sintomas não apresentarem os critérios necessários para o diagnóstico dos referidos tipos de IU, as restantes 879 mulheres relatam perdas de urina atuais.

Adicionalmente, 59,2% das mulheres com sintomas de IU relatam não ter contactado o seu médico relativamente a este assunto e 70,5% relatam não ter realizado qualquer tratamento. Estes resultados vão ao encontro do que é amplamente documentado na literatura, através da qual tem vindo a ser demonstrado que as mulheres com sintomas de IU não os reportam aos seus médicos, principalmente por vergonha devido ao estigma associado a esta condição médica, pela falta de conhecimentos acerca dos tratamentos disponíveis e/ou por considerarem

esta condição como uma consequência natural do processo de envelhecimento ou de gravidez e paridade, desvalorizando, assim, os sintomas a ela associados (Bates & Porter, 2002; Burgess et al., 2001; Bush et al., 2001; Demir & Beji, 2015; Dionko et al., 1986; Elenskaia et al., 2011; Engberg et al., 1995; Foldspang & Mommsen, 1997; Hannestad, et al., 2002; Lara & Nacey, 1994; Margalith et al., 2004; Nambiar et al., 2017; Stach-Lempinen et al., 2003). Assim sendo, estes resultados sugerem que grande parte das mulheres com sintomas de IU não os reportam aos seus médicos e, como tal, não realizam qualquer tipo de tratamento.

No que diz respeito às limitações do estudo, em primeiro lugar, pode referir-se o facto de a equipa, ao ser constituída por psicólogas clínicas, não ter competências para realizar um diagnóstico clínico de IU. Estudos futuros deverão utilizar, para além dos instrumentos de auto-reporte dos sintomas de IU, um diagnóstico clínico médico baseado numa avaliação objetiva.

Em segundo lugar, é importante ressaltar o facto de a recolha da amostra ter sido realizada via *online*, não tendo sido possível responder a eventuais dúvidas de preenchimento dos instrumentos. Neste sentido, recomenda-se que o preenchimento do protocolo de investigação se realize presencialmente.

Em terceiro lugar, é também possível referir que a maior parte das participantes apresenta níveis de qualificação escolar superiores ao 12^a ano, o que poderá conduzir ao enviesamento dos resultados. Estudos com uma amostra mais homogénea no que diz respeito ao nível de qualificação escolar são recomendados.

Por último, outra das limitações encontradas é o ajustamento global do modelo estrutural e do modelo da QdV (i.e., WHOQOL-Bref), cujos índices de ajustamento apresentam valores aceitáveis, os quais não são congruentes com os índices de ajustamento muito bons dos estudos dos autores originais. Assim sendo, estudos futuros com as mesmas características relativamente à presente amostra deverão proceder à análise dos índices de ajustamento, de forma a verificar se é uma característica da presente amostra ou do instrumento em si.

Apesar das limitações supracitadas, o presente estudo possui inúmeras contribuições práticas e teóricas: 1) ao possuir uma elevada dimensão da amostra, permite aferir de forma mais rigorosa o impacto das variáveis sob estudo; 2) confirmação do impacto dos sintomas de IU na QdV e na PL; 3) confirmação do impacto do IMC na QdV (sendo que a literatura é escassa relativamente à associação destas variáveis); 4) confirmação do impacto das diferentes fases de Menopausa na PL (sendo que a literatura também é escassa relativamente à associação destas variáveis); 5) comparação segundo a qual se evidencia o impacto da sintomatologia

urinária nas mulheres com sintomas de IU no que diz respeito à QdV, sendo que as mulheres com sintomas de IU apresentam piores níveis de QdV do que as mulheres sem estes sintomas (o que permite colmatar a escassez de estudos comparativos nesta área); 6) comparação segundo a qual se evidencia o impacto do IMC nas mulheres com sintomas de IU no que diz respeito à QdV, sendo que as mulheres com sintomas de IU e com excesso de peso ou obesidade apresentam piores níveis de QdV do que as congéneres sem estes sintomas (o que também permite colmatar a escassez de estudos comparativos nesta área). Outro ponto forte do presente estudo diz respeito à utilização de instrumentos já validados para amostras portuguesas (i.e., Escala de Gravidade de Sintomas de IU, baseada no King's Health Questionnaire (Kelleher et al., 1997; Porto et al., 2022) e versão portuguesa do WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2007).

Como conclusão, os resultados obtidos no presente estudo confirmam que a IU é um fenómeno clínico subreportado, subtratado e subdiagnosticado. Adicionalmente, os resultados do presente estudo poderão ser relevantes para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes para a minimização dos sintomas de Incontinência Urinária, contribuindo, assim, para uma melhoria dos cuidados de saúde na área da urologia, com equipas multidisciplinares (e.g., psicólogos, urologistas, uroginecologistas). Por último, estes resultados reforçam ainda a importância de existirem iniciativas em contexto laboral de sensibilização para os benefícios de intervenção precoce na Incontinência Urinária, as quais poderão ser úteis para a promoção de uma maior Qualidade de Vida e Produtividade Laboral. Posto isto, com o presente estudo, confirma-se que, de facto, existe um impacto significativo dos sintomas de Incontinência Urinária na Qualidade de Vida e na Produtividade Laboral das mulheres portuguesas de meia-idade, assim como do Índice de Massa Corporal na Qualidade de Vida das mulheres com estes sintomas urológicos.

Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Kerrebroeck, P., Victor, A., & Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21(2), 167-178. <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
- Almeida, J. P. M., Carnide, C., Branquinho, M., Geraldês, F., & Águas, F. (2011). Impacto da terapia hormonal sobre o peso corpóreo. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 33(10), 310–314. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032011001000007>
- Alperin, M., Burnett, L., Lukacz, E., & Brubaker, L. (2018). The mysteries of menopause and urogynecologic health. *Menopause*, 1(26). <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001209>
- Amaral, M. O., Coutinho, E. C., Nelas, P. A., Chaves, C. M., & Duarte, J. C. (2015). Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 82-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>
- Basak, T., Kok, G., & Guvenc, G. (2013). Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *International Nursing Review*, 60(4), 448–460. <https://doi.org/10.1111/inr.12048>
- Bates, F., & Porter, G. (2003). The role of the nurse continence advisor in a urology wellness clinic. *Urologic Nursing*, 22(1), 23-26.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Bernasconi, F., Grasso, M., Mantovani, C., Lucchini, E., Arienti, S., & Cerri, C. (2003). Social cost of female urinary incontinence: Epidemiology, cost of illness and cost/effectiveness analysis. *Urogynaecologia International Journal*, 17(1), 9-42. <http://hdl.handle.net/10281/131218>
- Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M., Flores, D., Gomez, G., Hernández-Bueno, J. A., Izaguirre, H., Leon

- Leon, P., Lima, S. M., Mezones-Holguín, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., . . . Vallejo, M. S. (2012). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*, *15*(6), 542–551. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.658462>
- Borak, J. (2011). Obesity and the workplace. *Occupational Medicine*, *61*(4), 220–222. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr030>
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*, *2*, 79-82.
- Bresee, C., Dubina, E. D., Khan, A., Sevilla, C., Grant, D. M., Eilber, K. S., & Anger, J. T. (2014). Prevalence and Correlates of Urinary Incontinence Among Older Community Dwelling Women. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, *20*(6), 328–333. <https://doi.org/10.1097/spv.0000000000000093>
- Brewis, J., Beck, V., Davies, A., & Matheson, J. (2017). *The Effects of Menopause Transition on Women's Economic Participation in the UK*. Department for Education.
- Burgess, C., Hunter, M. S., & Ramirez, A. J. (2001). A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *British Journal of General Practice*, *51*(473), 967-971.
- Bush T. A., Castellucci D. T., & Phillips, C. (2001). Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. *Urologic Nursing*, *21*(3), 211-218.
- Busutil, R., Espallardo, O., Torres, A., Martínez-Galdeano, L., Zozaya, N., & Hidalgo Vega, Á. (2017). The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0773-y>
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, T. P., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Chaikin D., Rosenthal, J., & Blaivas, J. (1998). Pubovaginal fascial sling for all types of stress urinary incontinence. *The Journal of Urology*, *160*(4), 1312–1316.

- [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(01\)62524-2](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(01)62524-2)
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233–255.
https://doi.org/10.1207/s15328007sem0902_5
- Ciconelli, R. M., Soárez, P. C. D., Kowalski, C. C. G., & Ferraz, M. B. (2006). The Brazilian Portuguese version of the Work Productivity and Activity Impairment: General health (WPAI-GH) questionnaire. *Sao Paulo Medical Journal*, 124(6), 325–332.
<https://doi.org/10.1590/s1516-31802006000600005>
- Cody, J. D., Richardson, K., Moehrer, B., Hextall, A., & Glazener, C. (2012). Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *The Cochrane Library*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001405.pub3>
- Correia, S., Dinis, P., Rolo, F., & Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the noninstitutionalized Portuguese population. *International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction*, 20, 1481–1489.
- Coyne, K. S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Milsom, I. (2014). Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(2), 130–140.
<https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.2.130>
- Danforth, K. N., Townsend, M. K., Lifford, K. L., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2), 339–345.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.051>
- Davis, S. R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M. A., Nappi, R. E., Shah, D., & Villaseca, P. (2012). Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*, 15(5), 419–429. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.707385>
- Davison, S. L., Bell, R., Donath, S., Montalto, J. G., & Davis, S. R. (2005). Androgen Levels in Adult Females: Changes with Age, Menopause, and Oophorectomy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(7), 3847–3853.
<https://doi.org/10.1210/jc.2005-0212>

- Domenico, D., Setten, L.M., Liberali, R., & Navarro, F. (2008). Correlação entre obesidade e menopausa. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2(9), 279-287
- Engberg, S. J., McDowell, B. J., Burgio, K. L., Watson, J. E., & Belle, S. (1995). Self care behaviors of older women with urinary incontinence. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(8), 7-9.
- Farage, M. A., Miller, K. W., Berardesca, E., & Maibach, H. I. (2007). Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 277(4), 285–290. <https://doi.org/10.1007/s00404007-0505-3>
- Fenton, A., & Panay, N. (2013). Menopause – quantifying the cost of symptoms. *Climacteric*, 16(4), 405–406. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.809643>
- Fernandes, S., Coutinho, E., Duarte, J., Nelas, P., Chaves, C., & Amaral, O. (2015). Quality of life in women with Urinary Incontinence. *Revista De Enfermagem Referência*, N°5(IV Série), 93–99. <https://doi.org/10.12707/riv14042>
- Fernández-Alonso, A. M., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., Chedraui, P., Pérez-López, F. R., & Menopause Risk Assessment (MARIA) Research Group. (2012). Life satisfaction, loneliness and related factors during female midlife. *Maturitas*, 72(1), 88-92. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.02.001>.
- Finkelstein, E. A., DiBonaventura, M. D., Burgess, S. M., & Hale, B. C. (2010) The costs of obesity in the workplace. *J Occup Environ Med*, 52(10), 971-976. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f274d2>
- Fjeldstad, C., Fjeldstad, A. S., Acree, L. S., Nickel, K. J., & Gardner, A. W. (2008). The influence of obesity on falls and quality of life. *Dyn Med*, 7(4). <https://doi.org/10.1186/1476-5918-7-4>
- Foldspang, A., & Mommsen, S. (1997). The international continence society (ICS) incontinence definition: Is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(9), 1055–1060. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(97\)00130-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(97)00130-3)

- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, *18*(1), 39–50.
<https://doi.org/10.2307/3151312>
- Fultz, N. H., Fisher, G. G., & Jenkins, K. R. (2004). Does Urinary Incontinence Affect Middle-Aged and Older Women's Time Use and Activity Patterns? *Obstetrics & Gynecology*, *104*(6), 1327–1334.
<https://doi.org/10.1097/01.aog.0000143829.21758.3c>
- Geukes, M., Van Aalst, M. P., Nauta, M. C., & Oosterhof, H. (2012). The impact of menopausal symptoms on work ability. *Menopause*, *19*(3), 278–282.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31822ddc97>
- Giannouli, P., Zervas, I., Armeni, E., Koundi, K., Spyropoulou, A. C., Alexandrou, A., Kazani, A., Areti, A., Creatsa, M., & Lambrinouadaki, I. (2012). Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas*, *71*(2), 154–161.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.013>
- Goettler, A., Grosse, A., & Sonntag, D. (2017). Productivity loss due to overweight and obesity: a systematic review of indirect costs. *BMJ Open*, *7*(10), e014632.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014632>
- Greendale, G. A., Sternfeld, B., Huang, M., Han, W., Karvonen-Gutierrez, C., Ruppert, K., Cauley, J. A., Finkelstein, J. S., Jiang, S., & Karlamangla, A. S. (2019). Changes in body composition and weight during the menopause transition. *JCI Insight*, *4*(5). <https://doi.org/10.1172/jci.insight.124865>
- Griffiths, A., MacLennan, S. J., & Hassard, J. (2013). Menopause and work: An electronic survey of employees' attitudes in the UK. *Maturitas*, *76*(2), 155–159.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.005>
- Grodstein, F., Fretts, R. C., Lifford, K. L., Resnick, N. M., & Curhan, G. C. (2003). Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *189*(2), 428–434.
[https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00361-2](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00361-2)
- Gupta, S., Richard, L., & Forsythe, A. (2015). The humanistic and economic burden associated with increasing body mass index in the EU5. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, *327*. <https://doi.org/10.2147/dms0.s83696>

- Hair, J. F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: Indeed a silver bullet. *The Journal of Marketing Theory and Practice*, 19(2), 139–152. <https://doi.org/10.2753/mtp10696679190202>
- Hammond, R. A. & Levine, R. The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 3, 285-295. <https://doi.org/10.2147/DMSOTT.S7384>
- Han, K., Park, E., Kim, J., Kim, S. J., & Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life? *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0109-0>
- Handa, V. L., Blomquist, J. L., McDermott, K., Friedman, S. L., & Muñoz, A. (2012). Pelvic Floor Disorders After Vaginal Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 119(2), 233–239. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e318240df4f>
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2000). A community based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(11), 1150–1157. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00232-8](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00232-8)
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R. A., Maki, P. M., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & De Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Fertility and Sterility*, 97(4), 843–851. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.01.128>
- High, R. V., & Marcellino, P. A. (1994). Menopausal women and the work environment. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 22(4), 347–354. <https://doi.org/10.2224/sbp.1994.22.4.347>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Continence Society (2020). Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis-A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. *Neurourology and urodynamics*, 39(4), 1063–1086. <https://doi.org/10.1002/nau.24342>

- Irwin, D. E., Milsom, I., Hunskaar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S., Coyne, K., Kelleher, C., Hampel, C., Artibani, W., & Abrams, P. (2006) Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*, *50*, 1306–14. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.09.019>.
- Jones, G. L., & Sutton, A. (2008). Quality of life in obese postmenopausal women. *Menopause Int*, *14*(1), 26-32. <https://doi.org/10.1258/mi.2007.007034>
- Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *104*(12), 1374–1379. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x>
- Kleinman, N. L., Rohrbacker, N. J., Bushmakina, A. G., Whiteley, J., Lynch, W. D., & Shah, S. N. (2013). Direct and indirect costs of women diagnosed with menopause symptoms. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, *55*(4), 465–470. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e3182820515>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3^a ed.). Guilford Press.
- Knight, M. G., Anekwe, C., Washington, K., Akam, E. Y., Wang, E., & Stanford, F.C. (2021). Weight regulation in menopause. *Menopause*, *28*(8), 960-965. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001792>
- Kolotkin, R. L., & Andersen, J. R. (2017). A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical Obesity*, *7*(5), 273–289. <https://doi.org/10.1111/cob.12203>
- Kozakowski, J., Gietka-Czernel, M., Leszczyńska, D., & Majos, A. (2017). Obesity in menopause – our negligence or an unfortunate inevitability? *Przegląd Menopauzalny*, *16*(2), 61-65. <https://doi.org/10.5114/pm.2017.68594>
- Lara, C., & Nacey, J. (1994). Ethnic differences between Maori, Pacific Island and European New Zealand women in prevalence and attitudes to urinary incontinence. *The New Zealand Medical Journal*, *107*(986 Pt 1), 374-376.

- Lasserre, A., Pelat, C., Guérout, V., Hanslik, T., Chartier-Kastler, E., Blanchon, T., Ciofu, C., Montefiore, E., Alvarez, F., & Bloch, J. (2009). Urinary Incontinence in French women: Prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *European Urology*, *56*(1), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.04.006>
- Lee, H.-J., Choi, E.-K., Han, K.-D., Lee, E., Moon, I., Lee, S.-R., Cha, M. J., Oh, S., & Lip, G. Y. H. (2019). Bodyweight fluctuation is associated with increased risk of incident atrial fibrillation. *Heart Rhythm*. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2019.09.029>
- Legendre, G., Ringa, V., Panjo, H., Zins, M., & Fritel, X. (2013). Incidence and remission of urinary incontinence at midlife: a cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *122*(6), 816–824. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12990>
- Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S., & König, H. (2013). Economic costs of overweight and obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *27*(2), 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.01.002>
- Li, Q., Blume, S. W., Huang, J. C., Hammer, M., & Graf, T. R. (2015) The economic burden of obesity by glycemic stage in the United States. *Pharmacoeconomics*, *33*(7), 735–748. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0248-5>
- Lin, K. Y., Siu, K. C., & Lin, K. H. (2018). Impact of lower urinary tract symptoms on work productivity in female workers: A systematic review and meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, *37*(8), 2323–2334. <https://doi.org/10.1002/nau.23744>
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., & Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, *71*(2), 120–30. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.017>
- Luber, K. M. (2004). The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *PubMed*, *6 Suppl 3*, S3-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16985863>
- Marcelissen, T., Anding, R., Averbek, M., Hanna-Mitchell, A., Rahnama'i, S., & Cardozo, L. (2019). Exploring the relation between obesity and urinary incontinence: Pathophysiology, clinical implications, and the effect of weight reduction, ICI-RS 2018.

- Neurourology and Urodynamics*, 38(S5). <https://doi.org/10.1002/nau.24072>
- Margalith, I., Gillon, G., & Gordon, D. (2004). Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of Life Research*, 13(8), 1381–1390.
<https://doi.org/10.1023/b:qure.0000040794.77438.cf>
- Markland, A. D., Goode, P. S., Redden, D. T., Borrud, L. G., & Burgio, K. L. (2010). Prevalence of urinary incontinence in men: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of Urology*, 184(3), 1022–1027.
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.05.025>
- Marôco, J. (2021). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (3ª ed.). ReportNumber.
- Melville, J. L., Katon, W., Delaney, K., & Newton, K. M. (2005). Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Archives of Internal Medicine*, 165(5), 537–542.
<https://doi.org/10.1001/archinte.165.5.537>
- Milsom, I., & Gyhagen, M. (2018). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), 217–222. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>
- Minassian, V. A., Drutz, H. P., & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 82(3), 327–338.
[https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(03\)00220-0](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(03)00220-0)
- Minassian, V. A., Stewart, W. F., & Wood, G. C. (2008). Urinary Incontinence in women. *Obstetrics & Gynecology*, 111, 324–331.
<https://doi.org/10.1097/01.aog.0000267220.48987.17>
- Minassian, V. A., Yan, X., Lichtenfeld, M. J., Sun, H., & Stewart, W. F. (2012). The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 23(8), 1087–1093.
<https://doi.org/10.1007/s00192-012-1743-x>
- Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2022). <https://www.chts.min.saude.pt/mais-saude/incontinencia-urinaria/incontinencia-urinaria-causas/>
- Møller, L. A., Lose, G., & Jørgensen, T. (2000). The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstetrica Et Gynecologica*

- Scandinavica*, 79(4), 298–305. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2000.079004298.x>
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199–215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
- Moura, B. (2005). Incontinência urinária feminina. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(1), 11-20. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i1.10106>
- Nambiar, A., Cody, J. D., Jeffery, S. T., & Aluko, P. (2017). Single-incision sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008709.pub3>
- Neovius, K., Johansson, K., Kark, M., & Neovius, M. (2009). Obesity status and sick leave: a systematic review. *Obesity Reviews*, 10(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2008.00521.x>
- Norton, P. A., MacDonald, L. D., Sedgwick, P. M., & Stanton, S. L. (1988). Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. *British Medical Journal*, 297(6657), 1187–1189. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6657.1187>
- Norton, P., & Brubaker, L. (2006). Urinary incontinence in women. *The Lancet*, 367(9504), 57–67. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)67925-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)67925-7)
- Organization for Economic Co-operation and Development (2017). Job quality, health and at work productivity. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, 195. <https://doi.org/10.1787/43ff6bdc-en>.
- Ortiz, O. (2004). Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 86, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.05.004>
- Özel, B., White, T., Urwitz-Lane, R., & Minaglia, S. (2005). The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 17(1), 14–17. <https://doi.org/10.1007/s00192-005-1327-0>
- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Climepsi Editores.

- Palmer, S. J. (2023). Overview of urinary incontinence. *Br J Community Nurs*, 28(8), 410-412.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.8.410>
- Parazzini, F., Colli, E., Origgi, G., Surace, M., Bianchi, M. G., Benzi, G., & Artibani, W. (2000). Risk Factors for Urinary Incontinence in Women. *European Urology*, 37(6), 637–643. <https://doi.org/10.1159/000020231>
- Peitz, G. W., Troyer, J., Jones, A. E., Shapiro, N. I., Nelson, R. D., Hernandez, J., & Kline, J. A. (2014). Association of body mass index with increased cost of care and length of stay for emergency department patients with chest pain and dyspnea. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 7(2), 292-298. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000702>
- Persson, J., Bossmar, T., & Wolner-Hanssen, P. (2000). Laparoscopic colposuspension: a short term urodynamic follow-up and a three-year questionnaire-study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 79(5), 414–420.
<https://doi.org/10.1034/j.16000412.2000.079005414.x>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326.
<https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Pimenta, F., Leal, I., Marôco, J. P., Ramos, C. (2012). Menopause Symptoms' Severity Inventory (MSSI-38): Assessing the frequency and intensity of symptoms. *Climacteric*, 15(2), 143-152. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.590617>
- Pimenta, F., Maroco, J., Leitão, M., & Leal, I. (2016). Predictors of stress and depressive mood in Portuguese middle-aged women. *Journal of Women & Aging*, 28(5), 444-453. <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1018058>
- Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., Trott, M., Yang, L., & Veronese, N. (2020). Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 25-35. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>
- Porto, M. G., Marôco, J., Mascarenhas, T., Queiroz-Garcia, I., Leitão, M., & Pimenta, F. (2021). Does urinary incontinence predicts sexual functioning, social isolation and productivity in middle-age women? *Maturitas*, 152, 70.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.08.015>

- Porto, M. G., Marôco, J., Mascarenhas, T., Medeiros, T., Almeida, M., & Pimenta, F. (2022). *Qualidades psicométricas do King's Health Questionnaire numa amostra portuguesa*. [Poster Presentation]. 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Madeira, Portugal.
- Reid, R., Abramson, B. L., Blake, J., Desindes, S., Dodin, S., Johnston, S., Rowe, T., Sodhi, N., Wilks, P., & Wolfman, W. (2014). Menopause and osteoporosis working group: Managing menopause. *J Obstet Gynaecol Can*, *36*(9), 830-833. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30487-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30487-4)
- Reilly, M. C., Zbrozek, A. S., & Dukes, E. M. (1993). The validity and reproducibility of a Work Productivity and Activity Impairment instrument. *PharmacoEconomics*, *4*(5), 353–365. <https://doi.org/10.2165/00019053-199304050-00006>
- Rekers, H., Drogendijk, A. C., Valkenburg, H. A., & Riphagen, F. E. (1992). Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *43*(3), 229-234. [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(92\)90178-2](https://doi.org/10.1016/0028-2243(92)90178-2)
- Rillamas-Sun, E., LaCroix, A. Z., Waring, M. E., Kroenke, C. H., LaMonte, M. J., Vitolins, M. Z., Seguin, R., Bell, C. L., Gass, M., Manini, T. M., Masaki, K. H., & Wallace, R. B. (2014). Obesity and Late-Age Survival Without Major Disease or Disability in Older Women. *JAMA Internal Medicine*, *174*(1), 98. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12051>
- Sampsel, C. M., Harlow, S. D., Skurnick, J., Brubaker, L., & Bondarenko, I. (2002). Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, *100*(6), 1230–1238. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02241-x](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02241-x)
- Samuelsson, E., Victor, A., & Tibblin, G. (1997). A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, *76*(1), 74–80. <https://doi.org/10.3109/00016349709047789>
- Sanchez Bustillos, A., Vargas, K. G., & Gomero-Cuadra, R. (2014). Work productivity among adults with varied Body Mass Index: Results from a Canadian population-based survey. *Journal of Epidemiology and Global Health*, *5*(2), 191. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2014.08.001>

- Sarrel, P., Portman, D., Lefebvre, P., Lafeuille, M. H., Grittner, A. M., Fortier, J., Gravel, J., Duh, M. S., & Aupperle, P. M. (2015). Incremental direct and indirect costs of untreated vasomotor symptoms. *Menopause*, 22(3), 260–266.
<https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000320>
- Sayón-Orea, C., Santiago, S., Cuervo, M., Martínez-González, M.A., Garcia, A., & Martínez, J.A. (2015). Adherence to Mediterranean dietary pattern and menopausal symptoms in relation to overweight/obesity in Spanish perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*, 22(7), 750-757.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000378>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Serretti, A., & Mandelli, L. (2010). Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 71(10), 1259-72.
<https://doi.org/10.4088/JCP.09r05346blu>
- Shrestha, N., Pedisic, Z., Neil-Sztramko, S., Kukkonen-Harjula, K. T., & Hermans, V. (2016). The Impact of Obesity in the Workplace: a Review of Contributing Factors, Consequences and Potential Solutions. *Current Obesity Reports*, 5(3), 344–360.
<https://doi.org/10.1007/s13679-016-0227-6>
- Shuster, L. T., Rhodes, D. J., Gostout, B. S., Grossardt, B. R., & Rocca, W. A. (2010). Premature menopause or early menopause: Long-term health consequences. *Maturitas*, 65(2), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.08.003>
- Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa De Clínica Geral*, 29(6), 364–376.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i6.11197>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2004). Consenso & estratégia para a saúde da mulher para a pós-menopausa. 1-80.
http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). Consenso nacional sobre uroginecologia (2nd ed.).

- Stach-Lempinen, B., Hakala, A.-L., Laippala, P., Lehtinen, K., Metsänoja, R., & Kujansuu, E. (2003). Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourology and Urodynamics*, *22*(6), 563–568.
<https://doi.org/10.1002/nau.10137>
- Stanford, F. C., Cena, H., Biino, G., Umoren, O., Jimenez, M., Freeman, M. P., Shadyab, A. H., Wild, R. A., Womack, C. R., Banack, H. R., & Manson, J. E. (2020). The association between weight-promoting medication use and weight gain in postmenopausal women: findings from the Women's Health Initiative. *Menopause*, *27*(10), 1117-1125.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001589>
- Steiger, J. H., Shapiro, A., & Browne, M. W. (1985). On the multivariate asymptotic distribution of sequential Chi-square statistics. *Psychometrika* *50*, 253–263.
<https://doi.org/10.1007/BF02294104>
- Sturdee, D. W., & Panay, N. (2010). Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*, *13*(6), 509–522.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2010.522875>
- Subak, L. L., Richter, H. E., & Hunskaar, S. (2009). Obesity and Urinary Incontinence: Epidemiology and Clinical Research Update. *The Journal of Urology*, *182*(6), S2–S7.
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.08.071>
- Taylor, V. H., Forhan, M., Vigod, S. N., McIntyre, R. S., & Morrison, K. M. (2013). The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *27*(2), 139–146.
<https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.04.004>
- Thom, D. H., & Brown, J. S. (1998). Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, *46*(11), 1411–1417.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb06009.x>
- Thorp, J. M., Norton, P. A., Wall, L. L., Kuller, J. A., Eucker, B., & Wells, E. (1999). Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: A prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *181*(2), 266–273.
[https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70546-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70546-6)

- Townsend, M. K., Danforth, K. N., Rosner, B., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2007). Body Mass Index, Weight Gain, and Incident Urinary Incontinence in Middle Aged Women. *Obstetrics & Gynecology*, *110*(2), 346–353.
<https://doi.org/10.1097/01.aog.0000270121.15510.57>
- Troko, J., Bach, F., & Toozs-Hobson, P. (2016). Predicting urinary incontinence in women in later life: a systematic review. *Maturitas*, *94*. <https://doi.org/110-116.10.1016/j.maturitas.2016.09.006>
- Valerius, A. J. (1997). The psychosocial impact of urinary incontinence on women aged 25 to 45 years. *Urologic Nursing*, *17*(3), 96-103.
- Van Duijvenbode, D. C., Hoozemans, M. J. M., Van Poppel, M. N. M., & Proper, K. I. (2009). The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *International Journal of Obesity*, *33*(8), 807–816.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2009.121>
- Vincent, H. K., Vincent, K. R., & Lamb, K. M. (2010). Obesity and mobility disability in the older adult. *Obesity Reviews*, *11*(8), 568–579. <https://doi.org/10.1111/j.1467789x.2009.00703.x>
- Wadden, T. A., & Phelan, S. (2012). Assessment of quality of life in obese individuals. *Obes Res*, *10*(Suppl 1), 50–57. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.190>
- Waetjen, L. E., Ye, J., Feng, W.-Y., Johnson, W. O., Greendale, G. A., Sampsel, C. M., Sternfield, B., & Gold, E. B. (2009). Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, *114*(5), 989–998. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181bb531a>
- Wee, C. C., Davis, R. B., & Hamelm, M. B. (2008). Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health Qual Life Outcomes*, *6*, 11-15. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-11>
- Whitcomb, & Subak, L. (2011). Effect of weight loss on urinary incontinence in women. *Open Access Journal of Urology*, *123*.
<https://doi.org/10.2147/oaju.s21091>
- Whiteley J., Di Bonaventura, M., Wagner, J. S., Alvir, J., & Shah, S. (2013). The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes.

- Womens Health*, 22(11), 983–90. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3719>.
- Williams, R. E., Levine, K. B., Kalilani, L., Lewis, J., & Clark, R. V. (2009). Menopause specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2),153-9. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008>.
- World Health Organization (1996). Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group. World Health Organization.
- World Health Organization (1998). Programme on mental health: WHOQOL user manual. World Health Organization.
- World Health Organization (2010). A healthy lifestyle - WHO recommendations. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle--who-recommendations>
- World Health Organization (2016). WHO Regional Office for Europe: WHO/Europe approaches to obesity. [Online governmental file]. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>
- World Health Organization (2021). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization (2022a). World Obesity Day 2022: Accelerating action to stop obesity. <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity>
- World Health Organization (2022b). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. WHO Regional Office for Europe.

ANEXOS

Anexo A – Revisão Alargada de Literatura.

Tipos de Incontinência Urinária

Na literatura, são reportados três tipos principais de IU: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e Incontinência Urinária Mista (IUM) (Abrams et al, 2003; Bardsley, 2016; Haylen et al, 2010; SPG, 2021). Na IUE, a perda de urina ocorre na realização de certas atividades (e.g., exercício físico, tosse, espirro), devido a um aumento da pressão na bexiga, perante a qual a uretra ou esfíncter não resistem (Abrams et al., 2002; Coyne et al., 2014). Este tipo de Incontinência decorre do enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico e na insuficiência dos tecidos músculo-ligamentar-fasciocutâneos complexos (Hrycyna & Strupińska-Thor, 2016). Entre as causas mais comuns deste tipo de Incontinência encontram-se o parto vaginal, eventuais traumas, condições hormonais, redução dos órgãos reprodutivos e operações (Hrycyna & Strupińska-Thor, 2016). Este é o tipo mais comum de Incontinência Urinária com uma prevalência de 10 a 39% a nível nacional e de 10,3 a 15,4% a nível internacional (SPG, 2021; ICS, 2020).

Já na IUU, ocorre uma súbita vontade de urinar, associada a uma contração incontrolável do músculo da bexiga (Abrams et al., 2002; Coyne et al., 2014). Neste sentido, dá-se um desequilíbrio entre a atividade detrusora dos mecanismos inibitórios e excitatórios, resultando num distúrbio da micção (Hrycyna & Strupińska-Thor, 2016). As causas mais comuns incluem: alterações no Sistema Nervoso Central, causando hiperatividade do detrusor e redução da capacidade de retenção da bexiga; acidente vascular cerebral, demência e doença de Parkinson; lesão na espinal medula no nível S2-S4 (centro de micção), através da qual a bexiga perde a capacidade de diminuir a urina residual; e lesão na espinal medula acima do nível S2-S4, resultando numa contração da bexiga, de forma inesperada e involuntária (Hrycyna & Strupińska-Thor, 2016). Este tipo de IU tem uma prevalência de 1 a 7% a nível nacional e de 3,5 a 8,2% a nível internacional (SPG, 2021; ICS, 2020).

Por último, na IUM estão presentes os sintomas de IUE e de IUU, associados a uma hiperatividade da bexiga, e com uma prevalência de 7,5 a 25% a nível nacional e de 7 a 11,8% a nível internacional (Abrams et al., 2002; SPG, 2021; Coyne et al., 2014; Hrycyna & Strupińska-Thor, 2016; ICS, 2020).

Tratamentos para a Incontinência Urinária

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (2009), o tratamento conservador da IU é considerado o procedimento privilegiado aquando do início dos sintomas urinários, incluindo mudanças a nível comportamental e de estilo de vida, e ainda fisioterapia do pavimento pélvico, para qualquer tipo de IU. Neste sentido, aconselha-se a redução da cafeína (irritativa da bexiga), a redução do peso, exercício físico e a cessação do tabagismo (Botelho et al., 2007; Hooper, 2019; ICS, 2009; Lukacz et al., 2017; SPG, 2021; Wood & Anger, 2014).

Ainda relativamente aos tratamentos conservadores, recomenda-se também a realização de exercícios dos músculos do pavimento pélvico (supervisionados ou de *biofeedback*), os quais envolvem a contração repetitiva destes músculos, aumentando a sua força, suporte perineal, resistência e relaxamento (Botelho et al., 2007; Hooper, 2019; ICS, 2009; Lukacz et al., 2017; Price et al., 2010; SPG, 2021; Wood & Anger, 2014). Desta forma, estes exercícios revelam-se como essenciais no tratamento de qualquer tipo de IU, considerando o papel fundamental dos músculos do pavimento pélvico para o mecanismo de continência (SPG, 2021).

Adicionalmente, também a acupuntura, técnicas de relaxamento, meditação e suplementos naturais podem ser utilizados (SPG, 2021). Outros exercícios, como pilates e yoga, promovem o alinhamento neutro da pélvis, omoplatas e coluna vertebral (Ferla et al., 2016). Ao promover o controlo de grupos musculares individuais através da prática de algumas posições de yoga, estes exercícios podem ser utilizados para auxiliar as mulheres a identificarem e fortalecerem os músculos do pavimento pélvico (Huang et al., 2014). No entanto, numa revisão sistemática de 7 estudos, concluiu-se que exercícios de yoga e pilates realizados de forma isolada não são suficientes para aumentar a força muscular do pavimento pélvico (Jacomio et al., 2020). Apesar disto, os exercícios de yoga e pilates podem ser eficazes no tratamento da IU quando incorporados com exercícios do pavimento pélvico (Goldstick & Constantini, 2013).

Ainda relativamente aos tratamentos conservadores, para as mulheres com IUE, recomenda-se a utilização de cones vaginais (Botelho et al., 2007; Hooper, 2019; ICS, 2009; Lukacz et al., 2017; SPG, 2021; Wood & Anger, 2014). No entanto, quando os tratamentos conservadores falham na IUE, sendo que a paciente não apresenta melhorias suficientes e a sua QdV está a ser prejudicada, poderá ser necessária a realização de testes adicionais, como citologia, citoscopia ou ressonâncias magnéticas do trato urinário e, nestes casos, a terapia

intervencional pode ser desejável (ICS, 2009). Assim sendo, a opção mais adequada será uma abordagem mais invasiva: operações de *sling* sub-uretral, *sling* pubo-vaginal, colposuspensão e injeções periuterias (Botelho et al., 2007; ICS, 2009; Lukacz et al., 2017; SPG, 2021; Wood & Anger, 2014).

No que diz respeito às mulheres com IUU, recomenda-se a utilização de pessários e a realização de treino vesical (Botelho et al., 2007; Hooper, 2019; ICS, 2009; Lukacz et al., 2017; SPG, 2021; Wood & Anger, 2014). Outros tratamentos conservadores para mulheres com IUU incluem estimulações elétricas: estimulação percutânea do nervo tibial posterior, através da qual ocorre uma diminuição da atividade do músculo detrusor, inibindo a atividade da bexiga, sendo recomendada para mulheres com IUU; e estimulação do nervo sacral, através da qual um aparelho é colocado cirurgicamente com o intuito de estimular os nervos sacrais com impulsos elétricos, melhorando o controlo da micção (Botelho et al., 2007; Hooper, 2019; ICS, 2009; Lukacz et al., 2017; SPG, 2021; Wood & Anger, 2014).

Quando os tratamentos conservadores falham, recomenda-se o tratamento farmacológico para mulheres com IUU, nomeadamente a utilização de antimuscarínicos, os quais são eficazes na supressão das contrações e na redução da pressão da bexiga, e de injeções de toxina botulínica, as quais inibem as contrações do detrusor (Botelho et al., 2007; Polland et al., 2014; ICS, 2009; Lukacz et al., 2017; SPG, 2021; Wood & Anger, 2014). Em casos particulares, pode ser também recomendada a neuromodulação (SPG, 2021).

Incontinência Urinária e Menopausa

A vulva, a vagina, a uretra e a bexiga contêm recetores de estrogénio e, como tal, a diminuição de estrogénio resulta em diversas disfunções no sistema urogenital (Farrell, 2017). Assim, durante o período de transição para a Menopausa, a deficiência de estrogénio resulta no enfraquecimento do pavimento pélvico, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de vir a apresentar IUE, sendo este um dos problemas de controlo da bexiga mais prevalentes durante este período (Robinson & Cardozo, 2003). Neste sentido, a prevalência de IU ocorre entre os 45 e os 54 anos, ou seja, durante o período de transição para a Menopausa (Hannestad et al., 2000; Hunskaar et al., 2000; Sandvik, 1996). Num estudo realizado por Sensoy e colaboradores (2013), com 1,050 mulheres, 44,6% apresentavam IU. Entre as mulheres com IU, 59,2% tinham idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos, sendo esta a faixa etária com uma maior prevalência de IU, neste estudo.

Menopausa e Índice de Massa Corporal

Durante o período de transição para a Menopausa, é muitas vezes reportado um aumento de peso, tendo sido demonstrada a contribuição de alguns fatores sociodemográficos e estilos de vida para este aumento (Campbell & Samaras, 2000; Crawford et al., 2000; Lahmann et al., 2000; Nagata et al., 2002; Simkin-Silverman & Wing, 2000). No entanto, existem também evidências de que a Menopausa tem um efeito independente e significativo no aumento da massa corporal gorda, existindo alterações na distribuição da gordura corporal, com uma perda de massa corporal magra e um aumento na gordura corporal total e da gordura visceral (Campbell & Samaras, 2000; Dubnov et al., 2003; Ho et al., 2010; Morita et al., 2006; Sternfeld, et al., 2005).

Num estudo realizado por Pimenta e colaboradores (2014), no qual participaram 497 mulheres em período de peri- e pós-menopausa, verificou-se que 59% destas mulheres relataram um aumento de peso durante estes períodos e que 45,4% das mulheres com excesso de peso ou obesidade atribuíram os seus aumentos de peso ao início da Menopausa.

Incontinência Urinária e Índice de Massa Corporal

A obesidade é responsável por uma variada diversidade de problemas prejudiciais para a saúde, estando, inclusive, fortemente associada ao desenvolvimento de IU (Subak, et al., 2009). Num estudo realizado por Vaughan e colaboradores (2013), no qual participaram 3,727 indivíduos (53,7% mulheres), verificou-se que a obesidade estava relacionada com alguns sintomas urinários, nomeadamente com a probabilidade de desenvolver IU.

Neste sentido, em comparação com as mulheres com um peso saudável, as mulheres com obesidade apresentam um risco redobrado de desenvolverem IU, principalmente as mulheres na meia-idade (Hannestad et al., 2000; Hunskaar, 2008). Num estudo realizado por Nygaard e colaboradores (2018), no qual participaram 221 mulheres com obesidade, verificou-se que 53,4% destas mulheres apresentavam IU. Adicionalmente, os autores verificaram que a IU foi mais prevalente em mulheres no período de pós-menopausa e ainda em mulheres cujo parto foi vaginal. O tipo de IU mais prevalente neste estudo foi a IUM, seguida da IUE (Nygaard et al., 2018).

No entanto, a obesidade é o fator de risco associado ao desenvolvimento de IU mais facilmente modificável (Hunskaar, 2008), com alguns estudos a demonstrarem que a perda de

peso poderá levar a melhorias significativas nos sintomas de IU, tendo uma eficácia semelhante a outros tratamentos não cirúrgicos (Subak et al., 2009; Wing et al., 2010).

Índice de Massa Corporal e Qualidade de Vida

A literatura tem vindo a reportar que os indivíduos com obesidade apresentam uma pior QdV, comparativamente aos indivíduos com um peso saudável (Kolotkin & Andersen, 2017; Phelan et al., 2015; Taylor et al., 2013). Neste sentido, a obesidade aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Fung et al., 2001; Grundy, 2004; Poirier et al., 2006, 2009) e diabetes (Eckel et al., 2011). Adicionalmente, algumas pessoas com obesidade e excesso de peso experienciam desconforto, dor e incapacidade (Groen et al., 2015; Shiri et al., 2010), muitas vezes, associada a problemas de mobilidade (Rillamas-Sun et al., 2014; Vincent et al., 2010).

A nível psicológico, também existem diversas consequências associadas à obesidade, nomeadamente a ausência de motivação e de iniciativa para a realização de tarefas e ainda uma insatisfação com a aparência e a imagem corporal, o que poderá resultar numa diminuição da autoestima e, inclusive, no desenvolvimento de perturbações depressivas (Hryhorczuk et al., 2013; Luppino et al., 2010; Simon et al., 2006).

Num estudo realizado por Busutil e colaboradores (2017), com 18,682 participantes, entre os quais 54,5% com excesso de peso ou obesidade, os autores verificaram que a perceção da qualidade de vida foi pior nos participantes com um IMC maior, particularmente nos domínios da dor/desconforto e da mobilidade. Adicionalmente, foi ainda verificado que a perceção de qualidade de vida foi pior nas mulheres e nos indivíduos com mais de 64 anos (Busutil et al., 2017).

Menopausa e Qualidade de Vida

A Menopausa é, por si só, um período que poderá estar associado a uma menor QdV, devido às alterações físicas, psicológicas, sociais e sexuais que surgem no seu decorrer (Azevedo Guimarães & Baptista, 2011; Fallahzadeh, 2010; İnceboz et al., 2010; Peeyananjarassri et al., 2006; Som & Ray, 2012; Syed Alwi et al., 2009). Num estudo realizado por Williams e colaboradores (2008), com 2,703 mulheres no período de transição para a Menopausa (40-65 anos), verificou-se que estas mulheres relataram que os sintomas associados a esta transição impactaram negativamente o seu trabalho (46%), atividades sociais (44,4%),

atividades de lazer (47,6%), sono (82%), humor (68,6%), concentração (69%), atividade sexual (40,9%), energia (63,3%) e qualidade de vida em geral (69,3%).

Adicionalmente, num estudo realizado por Nazarpour e colaboradores (2018), com 405 mulheres no período de transição para a Menopausa (40-65 anos), verificou-se que 61% das participantes apresentavam disfunção sexual e que quanto maior era a severidade dos sintomas associados à Menopausa, maior era a probabilidade de apresentar disfunção sexual. Noutro estudo realizado por Whiteley e colaboradores (2013), com 8,811 mulheres no período de transição para a Menopausa (40-64 anos), os autores verificaram que as mulheres que experienciavam sintomas associados à Menopausa relataram níveis de QdV relacionada à saúde significativamente mais baixos do que as mulheres que não experienciavam estes sintomas, assim como um maior prejuízo na PL.

Incontinência Urinária e Qualidade de Vida

A IU representa um problema tanto médico como social, na medida em que afeta negativamente a QdV e afeta mais as mulheres, com uma prevalência duas vezes maior relativamente aos homens (Senturk & Kara, 2012). No entanto, a IU é raramente reportada, sendo considerada pela maioria das mulheres como uma consequência natural do processo de envelhecimento e, principalmente, devido à vergonha a que está, muitas vezes, associada (Elenskaia et al., 2011). Num estudo realizado por Demir and Beji (2015), concluiu-se que 66,4% das participantes com IU não procuraram tratamento: 29,5% devido a uma desvalorização dos sintomas, 15,1% por não terem tempo de ir ao médico, 9,9% por hesitação/vergonha e 6,2% por acreditaram que a IU é uma consequência natural do envelhecimento. Assim, apesar de a IU ter tratamento, geralmente, não é percebida como um problema grave, acabando por ser desvalorizada (Demir & Beji, 2015).

Consequentemente, a QdV destas mulheres acaba por ser prejudicada, tanto a nível físico como a nível psicossocial, através de uma diminuição da autoconfiança e dos contactos sociais, da manifestação de sintomas ansiosos e depressivos, da deterioração da função sexual e da redução da atividade física (Farage et al., 2008). Num estudo realizado por Silva e colaboradores (2013), verificou-se que as mulheres com IU apresentaram um prejuízo significativo na sua QdV total, com um impacto na sua função sexual, autoimagem e a nível da saúde psicológica. No entanto, apenas 38% destas mulheres falaram do problema com o seu médico de família (Silva et al., 2013).

À semelhança destes resultados, numa revisão sistemática de 23 estudos, a qual incluiu uma amostra total de 24,983 participantes, a IU também foi significativamente associada a uma menor QdV e a uma pior percepção de saúde geral, de função física e social, e de saúde mental e vitalidade (Pizzol et al., 2020). Quando comparadas com mulheres sem sintomas de IU, verifica-se que as mulheres com IU apresentam uma QdV significativamente mais baixa, assim como mais limitações físicas e sociais, e ainda mais sintomas psicopatológicos (Steibliene et al., 2020).

Adicionalmente, o prejuízo na QdV pode diferir de acordo com o tipo de IU. Num estudo realizado por Minassian e colaboradores, em 2013, com 102,418 mulheres com IU os autores verificaram que as mulheres com IUM relataram sintomas mais severos de IU e, conseqüentemente, apresentaram uma QdV mais baixa do que as mulheres com IUU e IUE, respetivamente (Minassian et al., 2013). De forma semelhante, 50% mais mulheres com IUM e IUU relataram sentir um maior incómodo do que mulheres com IUE (Minassian et al., 2013). Posteriormente, num estudo realizado em 2017, no qual participaram 556 mulheres com IU, verificou-se que, independentemente do tipo de IU, todas as mulheres apresentaram níveis baixos de QdV, embora as mulheres com IUM tenham apresentado resultados mais baixos nos domínios do estado geral de saúde, vitalidade, dor e saúde mental (Saboia et al., 2017).

Incontinência Urinária e Produtividade Laboral

A literatura tende a focar-se em quatro tipos de prejuízos na PL (Neovius et al., 2008, 2009; Schmier et al., 2006; Trogdon et al., 2008; van Duijvenbode et al., 2009): o presentismo, o qual remete para os custos despendidos pelos funcionários que apresentam uma PL reduzida, possivelmente por trabalharem enquanto estão doentes (Johns, 2010); o absentismo, o qual refere-se às horas em que os funcionários estão ausentes dos seus trabalhos, devido a doenças (Janssens et al., 2012); a incapacidade, a qual refere-se à ausência dos funcionários no mercado de trabalho, devido a incapacidade física ou mental (Trogdon et al., 2008); e a mortalidade prematura, a qual remete para a perda de PL resultante de mortalidade relacionada com doenças (Trogdon et al., 2008; Whitlock et al., 2009).

A literatura existente acerca do impacto da IU na PL ainda é bastante escassa. No entanto, sabe-se que as mulheres com IU apresentam uma maior probabilidade de ir mais vezes à casa de banho durante o horário de trabalho, o que resulta numa diminuição das horas de trabalho e da PL (Fultz, et al., 2004). Adicionalmente, as mulheres com IU apresentam, ainda,

uma maior probabilidade de deslocar-se mais vezes a hospitais e farmácias, resultando num aumento do absentismo laboral e de prejuízos a nível económico (Kleinman, et al., 2014).

Numa revisão sistemática de 14 estudos, a qual incluiu uma amostra total de 48,223 mulheres, concluiu-se que as mulheres com sintomas do trato urinário apresentaram um risco mais elevado de prejuízo na produtividade laboral, nomeadamente perda de produtividade e comprometimento da atividade, do que as mulheres sem estes sintomas (Lin et al., 2018). Adicionalmente, as mulheres com estes sintomas relataram uma maior preocupação em interromperem o seu trabalho com idas frequentes à casa de banho e relataram que os seus sintomas urinários são um fator na decisão do local e horário de trabalho (Lin et al., 2018).

De forma semelhante, num estudo realizado por Porto e colaboradores (2021), no qual participaram 1,403 mulheres de meia-idade com IU, verificou-se que estas mulheres apresentavam baixos níveis de PL, devido não só aos sintomas de IU, como também às crenças e às estratégias de *coping* associadas à IU (e.g., mudar de pensos ou roupa).

A PL é significativamente importante para o cumprimento dos papéis sociais e, como tal, o prejuízo laboral está associado a uma pior QdV (Chorus et al., 2003; Stigmar, et al., 2013; Wallenius et al., 2009). Apesar da escassez de literatura, considerando o prejuízo que as mulheres com IU apresentam na PL, é provável que este prejuízo laboral esteja, igualmente, associado a uma pior QdV nestas mulheres.

Índice de Massa Corporal e Produtividade Laboral

A obesidade também poderá estar associada a custos económicos indiretos, através da diminuição da PL, dependendo das características dos indivíduos (e.g., IMC) e de características relacionadas com o trabalho (e.g., esforço físico, nível de stress, sedentarismo e normas empresariais) (Schmier et al., 2006; Trogdon et al., 2008).

Num estudo realizado por Gates e colaboradores (2007), com 341 funcionários, verificou-se que os funcionários com obesidade severa ou mórbida (12,6%) experienciaram limitações laborais relacionadas com a saúde mais elevadas, tendo sido associadas a um prejuízo na PL de 4,2%, comparativamente aos outros funcionários. Mais tarde, num estudo realizado por Striegel e colaboradores (2012), com 117,272 funcionários, os autores verificaram que os funcionários com obesidade e com comportamentos de compulsão alimentar (5,9%) apresentaram um maior prejuízo na PL.

Índice de Massa Corporal e Função Sexual

A função sexual saudável caracteriza-se pela ausência de dor ou desconforto durante a atividade sexual e ainda pela ausência de dificuldades a nível psicológico em passar pelas três fases do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo (Fielder, 2013; Pechorro, 2013). Adicionalmente, a função sexual também remete para sentimentos subjetivos de satisfação com a frequência do desejo e comportamento sexual, bem como pelo prazer durante a atividade sexual (Fielder, 2013; Pechorro, 2013). Relativamente à satisfação sexual, DeLamater (1991) define-a como o grau no qual a atividade sexual de um indivíduo corresponde aos seus ideais.

Neste sentido, de acordo com a literatura, a obesidade também aparenta apresentar um impacto negativo na função sexual (Kolotkin et al., 2012; Moore, 2013; Sarwer, et al., 2012, 2015), na medida em que, para alguns indivíduos, a aparência e a imagem corporal podem afetar negativamente o desejo e a atividade sexual (Sarwer, et al., 2015). Adicionalmente, as limitações físicas associadas à obesidade extrema podem tornar a atividade sexual desagradável, difícil e até dolorosa (Sarwer, et al., 2018). Num estudo realizado por Pace e colaboradores, em 2009, verificou-se que um IMC elevado está associado, não só a uma maior probabilidade de desenvolver IU, como a uma diminuição da excitação, orgasmo, lubrificação e satisfação sexual, nas mulheres no período de pós-menopausa (Pace, et al., 2009).

Mais recentemente, num estudo realizado por Steffen e colaboradores (2017), com 2,225 candidatos a uma cirurgia bariátrica, entre as 1,751 mulheres, 26% relataram não terem desejo sexual, 33% relataram não terem tido qualquer relação sexual no decorrer do mês anterior e 49% relataram estar moderadamente ou bastante insatisfeitas com a sua vida sexual. Adicionalmente, a saúde física limitou a atividade sexual, pelo menos, moderadamente, de 38% destas mulheres (Steffen et al., 2017).

Incontinência Urinária e Função Sexual

Muitas mulheres com IU também apresentam algumas disfunções sexuais (Handa et al., 2004; Salonia et al., 2004), como dispareunia, anorgasmia, vaginite, cistite, secura vaginal, diminuição do desejo sexual e perdas de urina durante as relações sexuais, o que resulta numa diminuição da frequência do ato sexual e da satisfação a ele associada (Coyne et al., 2014; Handa et al., 2004; Hansen, 2004; Özel et al., 2005; Rogers et al., 2001; Salonia et al., 2004; Shaw, 2002; Sherburn et al., 2001; Weber et al., 2000). Existem ainda poucos estudos referentes à prevalência de disfunções sexuais nas mulheres com IU (Rogers et al., 2001; Salonia et al.,

2004; Shaw, 2002), sendo, por isso, necessária mais investigação (Aslan et al., 2004; Sen et al., 2006).

Numa revisão de literatura composta por 18 estudos, concluiu-se que a IU impacta negativamente a função sexual das mulheres, podendo contribuir significativamente para um evitamento das relações sexuais (Pinheiro Sobreira Bezerra, et al., 2020). Adicionalmente, num estudo realizado por Salonia e colaboradores (2003), verificou-se que, entre as 216 participantes com IU, 46% foram diagnosticadas com disfunção sexual, sendo que 34% relataram apresentar pouco desejo sexual, 23% relataram apresentar uma disfunção na excitação sexual e 44% relataram dor durante o ato sexual (i.e., dispareunia).

Adicionalmente, as disfunções sexuais e a QdV estão bastante correlacionadas, tanto durante o período de fertilidade, como durante a Menopausa (Nappi et al., 2016; Seftel, 2017), na medida em que as disfunções sexuais afetam a QdV das mulheres e as suas relações interpessoais (Ramezani Tehrani, et al., 2014), podendo resultar em sentimentos de fracasso, frustração e insegurança (Orshan, 2008).

Um estudo realizado por Laumann e colaboradores (2005), com 13,882 mulheres de 29 países, concluiu que as disfunções sexuais prejudicavam significativamente a QdV destas mulheres. Mais recentemente, num estudo realizado por Caruso e colaboradores (2017), com 93 mulheres com IU, verificou-se que a IU impactava negativamente a função sexual destas mulheres: 57% relataram experienciar perdas de urina durante a penetração vaginal, 64,5% relataram experienciar perdas de urina durante o orgasmo e todas as mulheres relataram experienciar sentimentos de vergonha durante o ato sexual. Adicionalmente, verificou-se que a IU também impactava negativamente a percepção de saúde geral e de QdV destas mulheres, resultando em limitações físicas, emocionais e sociais, assim como numa baixa vitalidade (Caruso et al., 2017).

Referências Bibliográficas

- Abrams P, Cardozo L, Fall M et al (2003) The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 61(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)
- Aslan, G., Köseoğlu, H., Sadik, Ö., Gimen, S., Cihan, A., & Esen, A. (2004). Sexual function in women with urinary incontinence. *International Journal of Impotence Research*, 17(3), 248–251. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901296>
- Azevedo Guimarães, A. C. & Baptista, F. (2011). Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle aged women. *Int J Womens Health*, 3, 319-28. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S24822>.
- Bardsley, A. (2016). An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*, 25(18), S14–S21. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.18.s14>
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*, 24(1), 79-82.
- Busutil, R., Espallardo, O., Torres, A., Martínez-Galdeano, L., Zozaya, N., & Hidalgo Vega, Á. (2017). The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0773-y>
- Campbell, L. V. & Samaras, K. (2000). What is the evidence, reasons for and impact of weight gain during menopause? *Medical Journal of Australia*, 173, S100-S101. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2000.tb139435.x>
- Caruso, S., Brescia, R., Matarazzo, M. G., Giunta, G., Rapisarda, A. M. C., & Cianci, A. (2017). Effects of urinary incontinence subtypes on women's sexual function and quality of life. *Urology*, 108, 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.06.025>
- Chorus, A., Miedema, H. S., Boonen, A., & Van Der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62(12), 1178–1184.

<https://doi.org/10.1136/ard.2002.004861>

- Coyne, K. S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Milsom, I. (2014). Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *Journal of Managed Care Pharmacy, 20*(2), 130–140. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.2.130>
- Crawford, S. L., Casey, V. A., Avis, N. E., & Mckinlay, S. M. (2000). A longitudinal study of weight and the menopause transition: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Menopause, 7*, 96-104. <https://doi.org/10.1097/00042192-200007020-00005>
- DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). Lawrence Erlbaum Associates.
- Demir, S. & Beji, N. K. (2015). Quality of life and health seeking behaviors of women with urinary incontinence. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23*(1), 23-31.
- Dubnov, G., Brzezinski, A., & Berry, E. M. (2003) Weight control and the management of obesity after menopause: the role of physical activity. *Maturitas, 44*, 89-101. [https://doi.org/10.1016/s0378-5122\(02\)00328-6](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(02)00328-6)
- Eckel, R. H., Kahn, S. E., Ferrannini, E., Goldfine, A. B., Nathan, D. M., Schwartz, M. W., Smith, R. J., & Smith, S. R. (2011). Obesity and Type 2 Diabetes: What Can Be Unified and What Needs to Be Individualized? *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 96*(6), 1654–1663. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-0585>
- Elenskaia, K., Haidvogel, K., Heidinger, C., Doerfler, D., Umek, W., & Hanzal, E. (2011). The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wiener Klinische Wochenschrift, 123*(19–20), 607–610. <https://doi.org/10.1007/s00508-011-0013-0>
- Fallahzadeh, H. (2010) Quality of life after the menopause in Iran: a population study. *Qual Life Res, 19*(6), 813-9. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9644-2>.
- Farage, M. A., Miller, K. W., Berardesca, E., & Maibach, H. I. (2007). Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 277*(4), 285–290. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0505-3>

- Farrell, E. (2017). Genitourinary Syndrome of Menopause. *Australian Family Physician*, 46(7), p. 481-484.
- Ferla, L., Paiva, L. L., Darki, C., & Vieira, A. (2015). Comparison of the functionality of pelvic floor muscles in women who practice the Pilates method and sedentary women: a pilot study. *International Urogynecology Journal*, 27(1), 123–128.
<https://doi.org/10.1007/s00192-015-2801-y>
- Fielder, R. (2013). Sexual Functioning. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_668
- Fultz, N. H., Fisher, G. G., & Jenkins, K. R. (2004). Does Urinary Incontinence Affect Middle-Aged and Older Women’s Time Use and Activity Patterns? *Obstetrics & Gynecology*, 104(6), 1327–1334.
<https://doi.org/10.1097/01.aog.0000143829.21758.3c>
- Fung, T. T., Rimm, E. B., Spiegelman, D., Rifai, N., Tofler, G. H., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2001). Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 73(1), 61–67. <https://doi.org/10.1093/ajcn/73.1.61>
- Gates, D. M., Succop, P., Brehm, B. J., Gillespie, G. L., & Sommers, B. D. (2008). Obesity and Presenteeism: The Impact of Body Mass Index on Workplace Productivity. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50(1), 39–45. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e31815d8db2>
- Goldstick, O., & Constantini, N. (2013). Urinary incontinence in physically active women and female athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 48(4), 296–298.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091880>
- Groen, V. A., Van De Graaf, V. A., Scholtes, V. a. B., Sprague, S., Van Wagenveld, B. A., & Poolman, R. W. (2014). Effects of bariatric surgery for knee complaints in (morbidly) obese adult patients: a systematic review. *Obesity Reviews*, 16(2), 161–170. <https://doi.org/10.1111/obr.12236>
- Grundy, S. M. (2004). Obesity, Metabolic Syndrome, and Cardiovascular Disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2595–2600.
<https://doi.org/10.1210/jc.2004-0372>

- Handa, V. L., Harvey, L., Cundiff, G. W., Siddique, S. A., & Kjerulff, K. H. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *191*(3), 751–756. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.11.017>
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence. *Journal of Clinical Epidemiology*, *53*(11), 1150–1157. [https://doi.org/10.1016/s08954356\(00\)00232-8](https://doi.org/10.1016/s08954356(00)00232-8)
- Hansen, B. (2004). Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) and sexual function in both sexes. *European Urology*, *46*(2), 229–234. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.04.005>
- Haylen, B. T., Freeman, R., Lee, J. H., Swift, S., Cosson, M., Deprest, J., Dwyer, P. L., Fattouh, B., Kocjancic, E., Maher, C. G., Petri, E., Rizk, D. E. E., Schaer, G. N., & Webb, R. (2012). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related to native tissue female pelvic floor surgery. *International Urogynecology Journal*, *23*(5), 515–526. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1659-x>
- Ho, S. C., Wu, S., Chan, S. G., & Sham, A. (2010). Menopausal transition and changes of body composition: a prospective study in Chinese perimenopausal women. *International Journal of Obesity*, *34*, 1265–1274. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.33>
- Hooper, G. L. (2019). Evaluation and current treatments for urinary incontinence. *The Nurse Practitioner*, *44*(6), 21–28. <https://doi.org/10.1097/01.npr.0000558153.53725.02>
- Hrycyna, M., & Strupińska-Thor, E. (2016). Exercises strengthening muscles of the true pelvis fundus in women with stress urinary incontinence. *Zeszyty Naukowe WSKFiT*, *11*, 21–28.
- Hryhorczuk, C., Sharma, S., & Fulton, S. E. (2013). Metabolic disturbances connecting obesity and depression. *Frontiers in Neuroscience*, *7*. <https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00177>

- Huang, A. J., Jenny, H. E., Chesney, M. A., Schembri, M., & Subak, L. L. (2014). A Group-Based Yoga Therapy Intervention for Urinary Incontinence in Women. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 20(3), 147–154. <https://doi.org/10.1097/spv.0000000000000072>
- Hunnskaar, S., Arnold, E. P., Burgio, K., Diokno, A. C., Herzog, A. R., & Mallett, V. T. (2000). Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 11(5), 301-19. <https://doi.org/10.1007/s001920070021>.
- Hunnskaar, S. (2008). A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourology and Urodynamics*, 27(8), 749–757. <https://doi.org/10.1002/nau.20635>
- İnceboz, Ü., Demirci, H., Özbaşaran, F., Çoban, A., & Nehir, S. (2010) Factors affecting the quality of life in climacteric women in Manisa region. *Trakya Üniv Tıp Fak Derg*, 27, 111–6. <https://doi.org/10.5174/tutfd.2008.01050.2>
- Jacomo, R. H., Nascimento, T. R., Lucena da Siva, M., Salata, M. C., Alves, A. T., da Cruz, P. R. C., & Batista de Sousa, J. (2020). Exercise regimens other than pelvic floor muscle training cannot increase pelvic muscle strength-a systematic review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 24(4), 568–574. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.08.005>
- Janssens, H., Clays, E., Kittel, F., De Bacquer, D., Casini, A., & Braeckman, L. (2012). The Association Between Body Mass Index Class, Sickness Absence, and Presenteeism. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 54(5), 604–609. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e31824b2133>
- Johns, G. (2009). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519–542. <https://doi.org/10.1002/job.630>
- Kleinman, N. L., Chen, C. I., Atkinson, A., Odell, K., & Zou, K. H. (2014). Economic Burden of Urge Urinary Incontinence in the Workplace. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 56(3), 266–269. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000000085>
- Kolotkin, R. L., Zunker, C., & Østbye, T. (2012). Sexual Functioning and Obesity: A Review. *Obesity*, 20(12), 2325–2333. <https://doi.org/10.1038/oby.2012.104>

- Kolotkin, R. L., & Andersen, J. R. (2017). A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical Obesity*, 7(5), 273–289. <https://doi.org/10.1111/cob.12203>
- Lahmann, P. H., Lissner, L., Gullberg, B., & Berglund, G. (2000). Sociodemographic factors associated with long-term weight gain, current body fatness and central adiposity in Swedish women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 685–694. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801219>
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2004). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39–57. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>
- Lin, K. Y., Siu, K. C., & Lin, K. H. (2018). Impact of lower urinary tract symptoms on work productivity in female workers: A systematic review and meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, 37(8), 2323–2334. <https://doi.org/10.1002/nau.23744>
- Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary Incontinence in Women. *JAMA*, 318(16), 1592. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12137>
- Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- Minassian, V. A., Devore, E., Hagan, K., & Grodstein, F. (2013). Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women by incontinence type. *Obstetrics & Gynecology*, 121(5), 1083–1090. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31828ca761>
- Moore, R. H., Sarwer, D. B., Lavenberg, J. A., Lane, I. B., Evans, J. L., Volger, S., & Wadden, T. A. (2013). Relationship between sexual function and quality of life in obese persons seeking weight reduction. *Obesity*, 21(10), 1966–1974. <https://doi.org/10.1002/oby.20398>

- Morita, Y., Iwamoto, I., Mizuma, N., Kuwahata, T., Matsuo, T., Yoshinaga, M., & Douchi, T. (2006). Precedence of the shift of body-fat distribution over the change in body composition after menopause. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *32*, 513-516. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2006.00437.x>
- Nagata, C., Takatsuka, N., Kawakami, N., & Shimizu, H. (2002). Weight change in relation to natural menopause and other reproductive and behavioral factors in Japanese women. *Annals of Epidemiology*, *12*, 237-241. [https://doi.org/10.1016/s1047-2797\(01\)00319-2](https://doi.org/10.1016/s1047-2797(01)00319-2)
- Nappi, P. R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., & Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, *94*, 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013>
- Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani, M., Tehrani, F., & Majd, H. A. (2018) The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Women & Health*, *58(10)*, 1112-1123. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1414100>
- Neovius, K., Johansson, K., Rössner, S., & Neovius, M. (2008). Disability pension, employment and obesity status: a systematic review. *Obesity Reviews*, *9(6)*, 572–581. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2008.00502.x>
- Neovius, K., Johansson, K., Kark, M., & Neovius, M. (2009). Obesity status and sick leave: a systematic review. *Obesity Reviews*, *10(1)*, 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2008.00521.x>
- Nygaard, C., Schreiner, L., Morsch, T., Saadi, R., Figueiredo, M., & Padoin, A. (2018). Urinary incontinence and quality of life in female patients with obesity. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, *40(09)*, 534–539. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670626>
- Orshan, S. A. (2008). *Maternity, newborn, women health nursing*. Lippincott- Williams & Wilkins.
- Özel, B., White, T., Urwitz-Lane, R., & Minaglia, S. (2005). The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *17(1)*, 14–17. <https://doi.org/10.1007/s00192-005-1327-0>

- Pace, G., Silvestri, V., Gualá, L., & Vicentini, C. (2009). Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction. *Menopause*, *16*(6), 1188–1192. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181a6b491>
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2013). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório De Psicologia*, *7*(1). <https://doi.org/10.14417/lp.684>
- Peeyananjarassri, K., Cheewadhanaraks, S., Hubbard, M., Zoa Manga, R., Manocha, R., & Eden, J. (2006). Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric*, *9*(1), 23-9. <https://doi.org/10.1080/13697130500487422>.
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, *16*(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Pimenta, F., Maroco, J., Ramos, C., & Leal, I. (2013). Predictors of weight variation and weight gain in peri- and post-menopausal women. *Journal of Health Psychology*, *19*(8), 993–1002. <https://doi.org/10.1177/1359105313483153>
- Pinheiro Sobreira Bezerra, L. R., Britto, D. F., Ribeiro Frota, I. P., Lira Do Nascimento, S., Morais Brilhante, A. V., Lucena, S. V., & Moura Brasil, D. M. (2020). The Impact of Urinary Incontinence on Sexual Function: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*, *8*(3), 393–402. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.06.009>
- Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., Trott, M., Yang, L., & Veronese, N. (2020). Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, *33*(1), 25–35. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>
- Poirier, P., Giles, T. D., Bray, G. A., Hong, Y., Stern, J. S., Pi-Sunyer, F. X., & Eckel, R. H. (2006). Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss. *Circulation*, *113*(6), 898–918. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.106.171016>
- Polland, A., Mock, S., & Dmochowski, R. R. (2014). Emerging treatments for urinary incontinence. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, *19*(2), 281–290.

<https://doi.org/10.1517/14728214.2014.895324>

Porto, M. G., Marôco, J., Mascarenhas, T., Queiroz-Garcia, I., Leitão, M., & Pimenta, F. (2021). Does urinary incontinence predicts sexual functioning, social isolation and productivity in middle-age women? *Maturitas*, *152*, 70.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.08.015>

Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. (2010). Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review. *Maturitas*, *67*(4), 309–315.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.08.004>

Ramezani Tehrani, F., Farahmand, M., Simbar, M., & Malek Afzali, H. (2014). Factors associated with sexual dysfunction: A population based study in Iranian reproductive age women. *Archives of Iranian Medicine*, *17*(10), 679–684

Rillamas-Sun, E., LaCroix, A. Z., Waring, M. E., Kroenke, C. H., LaMonte, M. J., Vitols, M. Z., Seguin, R., Bell, C. L., Gass, M., Manini, T. M., Masaki, K. H., & Wallace, R. B. (2014). Obesity and Late-Age Survival Without Major Disease or Disability in Older Women. *JAMA Internal Medicine*, *174*(1), 98.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12051>

Robinson, D., & Cardozo, L. D. (2003). The role of estrogens in female lower urinary Tract dysfunction. *Urology*, *62*, 45–51. <https://doi.org/10.1016/s0090>

[4295\(03\)00676-9](https://doi.org/10.1016/s00904295(03)00676-9)

Rogers, R. G., Kammerer-Doak, D., Villarreal, A., Coates, K., & Qualls, C. (2001). A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *184*(4), 552–558. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.111100>

<https://doi.org/10.1067/mob.2001.111100>

Saboia, D. M., Firmiano, M. L. V., Bezerra, K. D. C., Vasconcelos Neto, J. A., Oriá, M. O. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2017). Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, *51*(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016032603266>

<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016032603266>

Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R. E., Briganti, A., Dehò, F., Fabbri, F., Colombo, R., Guazzoni, G., Girolamo, V., Rigatti, P., & Montorsi, F. (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *European Urology*,

- 45(5), 642–648. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2003.11.023>
- Sandvik, H. (1996). Female urinary incontinence Studies of epidemiology and management in general practice. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 75(10), 952-954. <https://doi.org/10.3109/00016349609055035>
- Sarwer, D. B., Lavery, M., & Spitzer, J. C. (2012). A Review of the Relationships Between Extreme Obesity, Quality of Life, and Sexual Function. *Obesity Surgery*, 22(4), 668–676. <https://doi.org/10.1007/s11695-012-0588-1>
- Sarwer, D. B., & Steffen, K. J. (2015). Quality of Life, Body Image and Sexual Functioning in Bariatric Surgery Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 504–508. <https://doi.org/10.1002/erv.2412>
- Sarwer, D. B., Hanson, A. J., Voeller, J., & Steffen, K. (2018). Obesity and Sexual Functioning. *Current Obesity Reports*, 7(4), 301–307. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0319-6>
- Schmier, J. K., Jones, M. L., & Schmier, M. T. (2006). Cost of obesity in the workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(1), 5–11. <https://doi.org/10.5271/sjweh.970>
- Seftel, A. D. (2017). Re: Female Sexual Dysfunction (FSD): Prevalence and Impact on Quality of Life (QoL). *Journal of Urology*, 198(2), 234–235. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.04.045>
- Sen, I., Onaran, M., Aksakal, N., Acar, C., Tan, M. O., Acar, A., & Bozkirli, I. (2006). The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Advances in Therapy*, 23(6), 999–1008. <https://doi.org/10.1007/bf02850220>
- Sensoy, N., Dogan, N., Ozek, B., & Karaaslan, L. (2013) Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci*, 29(3), 818-22. <https://doi.org/10.12669/pjms.293.3404>.
- Senturk, S. & Kara, M. (2012). Risk factors and prevalence of urinary incontinence in postmenopausal women living in Turkey. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 39(1), 69–71.
- Shaw, C. (2002). A Systematic Review of the Literature on the Prevalence of Sexual Impairment in Women with Urinary Incontinence and the Prevalence of Urinary

- Leakage during Sexual Activity. *European Urology*, 42(5), 432–440.
[https://doi.org/10.1016/s0302-2838\(02\)00401-3](https://doi.org/10.1016/s0302-2838(02)00401-3)
- Sherburn, M., Guthrie, J. R., Dudley, E. C., O’Connell, H. E., & Dennerstein, L. (2001). Is incontinence associated with menopause? *Obstetrics & Gynecology*, 98(4), 628–633. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01508-3](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01508-3)
- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S., & Viikari-Juntura, E. (2009). The Association Between Obesity and Low Back Pain: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(2), 135–154. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp356>
- Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa De Clínica Geral*, 29(6), 364–376.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i6.11197>
- Simkin-Silverman, L. R., & Wing, R. R. (2000). Weight gain during menopause. Is it inevitable or can it be prevented? *Postgraduate Medicine*, 108, 47–50.
<https://doi.org/10.3810/pgm.2000.09.1.1204>
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 824.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.824>
- Sociedade Internacional de Continência (2009). 4th international consultation on incontinence. Recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 37(7), 2271–2272.
<https://doi.org/10.1002/nau.23551>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). Consenso nacional sobre uroginecologia (2nd ed.).
- Som, N. & Ray, S. (2012) Menopause-specific quality of life of urban women in West Bengal, India. *Menopause Int*, 18(3), 99–105.
<https://doi.org/10.1258/mi.2012.011107>.

- Steffen, K. J., King, W. C., White, G. E., Subak, L. L., Mitchell, J. E., Courcoulas, A. P., Flum, D. R., Strain, G., Sarwer, D. B., Kolotkin, R. L., Pories, W., & Huang, A. J. (2017). Sexual functioning of men and women with severe obesity before bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *13*(2), 334–343. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.09.022>
- Steibliene, V., Aniuliene, R., Aniulis, P., Raskauskiene, N., & Adomaitiene, V. (2020). Affective symptoms and health-related quality of life among women with stress urinary incontinence: cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *16*, 535–544. <https://doi.org/10.2147/ndt.s236234>
- Sternfeld, B., Bhat, A. K., Wang, H., Sharp, T., & Quesenberry, C. P. (2005). Menopause, physical activity, and body composition/fat distribution in midlife women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *37*, 1195-1202. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000170083.41186.b1>
- Stigmar, K., Petersson, I. F., Jöud, A., & Grahn, B. (2013). Promoting work ability in a structured national rehabilitation program in patients with musculoskeletal disorders: outcomes and predictors in a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-57>
- Striegel, R. H., Bedrosian, R., & Wang, C. (2012). Comparing work productivity in obesity and binge eating. *Int J Eat Disord*, *45*(8), 995-8. <https://doi.org/10.1002/eat.22069>.
- Subak, L. L., Richter, H. E., & Hunskaar, S. (2009). Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *Journal of Urology*, *182*(6S). <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.08.071>
- Syed Alwi, S. A., Lee, P. Y., Awi, I., Mallik, P. S., & Md Haizal, M. N. (2009) The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric*, *12*(6), 548-56. <https://doi.org/10.3109/13697130902919519>.
- Taylor, V. H., Forhan, M., Vigod, S. N., McIntyre, R. S., & Morrison, K. M. (2013). The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *27*(2), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.04.004>

- Trogdon, J. G., Finkelstein, E. A., Hylands, T., Dellea, P. S., & Kamal-Bahl, S. J. (2008). Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *Obesity Reviews*, *9*(5), 489–500. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2008.00472.x>
- Van Duijvenbode, D. C., Hoozemans, M. J. M., Van Poppel, M. N. M., & Proper, K. I. (2009). The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *International Journal of Obesity*, *33*(8), 807–816. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.121>
- Vaughan, C. P., Auvinen, A., Cartwright, R., Johnson, T. M., Tähtinen, R. M., Ala Lipasti, M. A., Tammela, T. L., Markland, A. D., Thorlund, K., & Tikkinen, K. A. (2013). Impact of obesity on urinary storage symptoms: results from the FINNO study. *Journal of Urology*, *189*(4), 1377–1382. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.10.058>
- Vincent, H. K., Vincent, K. R., & Lamb, K. M. (2010). Obesity and mobility disability in the older adult. *Obesity Reviews*, *11*(8), 568–579. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2009.00703.x>
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C. A., & Kvien, T. K. (2008). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *68*(5), 685–689. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.092049>
- Weber, A. M., Walters, M. D., & Piedmonte, M. R. (2000). Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *182*(6), 1610–1615. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.107436>
- Whiteley J., Di Bonaventura, M., Wagner, J. S., Alvir, J., & Shah, S. (2013). The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes. *Womens Health*, *22*(11), 983–90. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3719>
- Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R., & Peto, R. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, *373*(9669), 1083–1096. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60318-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60318-4)

Williams, R. E., Levine, K. B., Kalilani, L., Lewis, J., & Clark, R. V. (2009). Menopause specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2),153-9.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008>.

Wing, R. R., West, D. S., Grady, D., Creasman, J. M., Richter, H. E., Myers, D., Burgio, K. L., Franklin, F., Gorin, A. A., Vittinghoff, E., Macer, J., Kusek, J. W., & Subak, L. L. (2010). Effect of weight loss on urinary incontinence in overweight and obese women: results at 12 and 18 months. *Journal of Urology*, 184(3), 1005-1010. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.05.031>

Anexo B – Consentimento Informado.



**ESTUDO SOBRE IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA
QUALIDADE DE VIDA**

PURI-PRO: Portuguese URinary Incontinence Project

Consentimento Informado (Fase I PURI-PRO)

A presente investigação tem o objetivo de estudar a Qualidade de Vida e a Função Sexual em mulheres entre os 40 e 65 anos de idade, com Incontinência Urinária. Este projeto é da responsabilidade da Doutoranda Marta Gonçalves Porto, sob a orientação da Professora Doutora Filipa Pimenta e coorientação do Professor Doutor João Marôco, ambos pertencentes ao William James Center for Research do ISPA- Instituto Universitário.

Convidamo-la a participar nesta investigação através do preenchimento de um questionário que encontrará nas páginas seguintes. Este questionário tem uma duração aproximada de 15-20 minutos. A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma objetiva e abrangente como é que a Incontinência Urinária afeta a vida das mulheres durante a meia-idade. Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente confidenciais e anónimos.

Posteriormente, poderá ter acesso aos resultados do estudo entrando em contato com a investigadora responsável por e-mail.

Agradecemos a sua participação.

A equipa de investigação:

William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário

Rua Jardim do Tabaco, 34 1149-041 Lisboa

Tel.: 218 811 700

E-mail:

Aceita participar nesta investigação? Sim ___ Não ___

Se aceita participar, por favor rubrique e coloque a data.

Data: ___/___/___

(Rubrica da participante)

Anexo C – Exemplos dos Materiais.

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Idade: ____
2. Nacionalidade: _____
3. Último grau de ensino completo: ____
4. Situação profissional atual: Ativa ____ Inativa ____
5. Relação Afetivo-sexual Atual: Sim ____ Não ____
6. Número de filhos biológicos: ____
7. Gravidez Atual: Sim ____ Não ____
8. Número Partos Vaginais: ____
9. Laceração do Períneo durante o parto: Sim ____ Não ____
10. Doença(s) diagnosticada:
Sim ____ Não ____ Qual(ais)? _____
11. Problema psicológico diagnosticado:
Sim ____ Não ____ Qual(ais)? _____
12. Cirurgias/tratamentos realizados: Remoção do útero ____ Remoção do útero e dos 2
ovários ____ Radioterapia ____ 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 ____
17. Que idade tinha quando teve a última (ou mais recente) menstruação? ____
18. Fuma atualmente? Sim ____ Não ____
19. Bebe café? Sim ____ Não ____ Quantos por dia? ____
20. Pratica atividade física de alto impacto (e.x., step, corrida)? Sim ____ Não

21. Altura ____ cm Peso ____ kg

King's Health Questionnaire (KHQ)

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

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

Escolha apenas aqueles problemas que tem atualmente. Quanto é que os seguintes problemas a afetam?

	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
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
29.Infeções urinárias	1	2	3	4

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF)

Escolha a opção que melhor se adequa ao seu caso, considerando as **últimas duas semanas**.

	Muito Má	Má	Nem Boa nem Má	Boa	Muito Boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeita	Insatisfeita	Nem Satisfeita nem Insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
2. Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?	1	2	3	4	5

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitissimo
3. Em que medida as suas dores físicas a impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8. Em que medida se sente segura no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5

11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14. E que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

	Muito Má	Má	Nem boa nem Má	Boa	Muito Boa
15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si própria]?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
16. Até que ponto está satisfeita com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeita consigo própria?	1	2	3	4	5
20. Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21. Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5

23. Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) - item 6

6. Quanto a sua Incontinência Urinária afetou a sua produtividade enquanto estava a trabalhar?

A minha Incontinência Urinária não teve nenhum efeito sob o meu trabalho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A minha Incontinência Urinária impediu-me completamente de realizar o meu trabalho