



Ispas

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**Incontinência Urinária e Estratégias Disfuncionais:
O caminho para o Isolamento Social**

Jéssica Martins Estulano

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coorientadora de Dissertação:

MESTRE MARTA PORTO

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade 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

Agradecer é uma das minhas palavras favoritas, escolho utilizar esta palavra em muitos momentos e situações neste desenrolar de vida, com a consciência de que para aparcar onde rumo, precisarei de um mar de gente, que tanto ensina (m).

Com a finalização da minha Dissertação, quero eternizar em palavras o meu agradecimento a todos os que de forma direta e indireta, contribuíram para a minha aprendizagem enquanto futura profissional e toda a aprendizagem pessoal, que guardo no meu coração, com carinho.

À minha orientadora de Dissertação, Professora Doutora Filipa Pimenta, agradeço pela orientação desta dissertação, pela sensibilidade e constante motivação, pelos ensinamentos e apoio ao longo deste caminho.

À minha coorientadora de Dissertação, Mestre Marta Porto, agradeço pelos ensinamentos, pelas reflexões bonitas e transformadoras que proporcionou sempre que nos reunimos, por toda a sensibilidade, profissionalismo, disponibilidade, compreensão, e motivação constante.

Um agradecimento muito especial à minha família pelo apoio e pelo amor quentinho e incondicional. Obrigada por partilharem comigo este grande amor que é a psicologia. Pai, mãe, tudo isto também é um bocadinho vosso. Obrigada por toda a dedicação e por toda a força que me foram dando. À minha irmã, obrigada pelo teu carinho e pelas palavras sempre positivas. Ao Pedro, obrigada por todo o amor e amizade ao longo destes anos, por todo o colo e por, nos dias em que foi mais difícil, me teres abraçado verdadeiramente. Aos meus avós, obrigada pelo vosso carinho, pelas vossas palavras em forma de aconchego e pelos abraços cheios de força e saudade. Em especial, ao meu avô materno, José Manuel Bravo Martins, por se manter presente ainda que tenha aparcado num outro lugar. Foste e és uma parte muito importante deste percurso. Sentirei sempre a tua falta.

Agradecer a todos os que passaram por mim e se cruzaram neste caminho até o culminar deste momento, com a certeza de que levo um bocadinho de todos no meu coração.

(muito) Obrigada.

Resumo

Introdução: A Incontinência Urinária define-se como a perda involuntária de urina e pode trazer várias consequências na vida da mulher, podendo impactar a qualidade de vida e das relações interpessoais. Uma das possíveis consequências é o Isolamento Social. No entanto, apesar das possíveis consequências, apenas uma em quatro mulheres com Incontinência Urinária procura tratamento. Além disso, existe uma escassez de literatura acerca do impacto dos sintomas de incontinência urinária no isolamento social e do impacto do uso de estratégias disfuncionais (i.e., evitamento e ocultação) no isolamento social.

Objetivo: Este estudo pretendeu explorar o impacto da gravidade dos sintomas de Incontinência Urinária e do impacto da adoção de Estratégias Disfuncionais (i.e., evitamento e ocultação) no Isolamento Social, numa amostra de mulheres portuguesas de meia-idade.

Método: Participaram 1538 mulheres ($M_{idade}=50.19$; $DP_{idade}=6.58$) com sintomas de incontinência urinária de todos os tipos (e.g., incontinência urinária de esforço, de urgência e mista). Foi desenvolvido um modelo de equações estruturais para explorar as relações entre as variáveis em estudo.

Resultados: O modelo estrutural revelou um bom ajustamento ($TLI=0.923$; $CFI=0.934$; $RMSEA=0.062$; $SMRM=0.053$). O Isolamento Social é negativamente impactado tanto pela gravidade dos sintomas de Incontinência Urinária, como pela adoção de Estratégias Disfuncionais (i.e., evitamento e ocultação).

Conclusão: O nível de Gravidade dos sintomas de Incontinência Urinária e a adoção de Estratégias Disfuncionais impacta significativamente o Isolamento Social, em estudos futuros seria relevante contemplar intervenções psicoeducativas que promovam a literacia relativamente à Incontinência Urinária bem como adaptar e promover estratégias funcionais de coping de forma a minimizar a sintomatologia da Incontinência Urinária e prevenir o Isolamento Social, o que, conseqüentemente, irá contribuir para a melhoria na qualidade de vida das mulheres.

Palavras-chave: *Incontinência Urinária feminina, Estratégias Disfuncionais, Isolamento Social, Fases de Menopausa*

Abstract

Introduction: Urinary Incontinence is defined as the involuntary loss of urine and perpetuates several consequences in a woman's life, which can impact the quality of life and interpersonal relationships. One of the possible consequences is Social Isolation. However, despite possible reprisals, only one in four women with Urinary Incontinence seeks treatment. Furthermore, there is a scarcity of literature regarding the impact of urinary incontinence symptoms on social isolation and the impact of the use of dysfunctional strategies (i.e., avoidance and hiding) on social isolation.

Objective: The objective of this study is to explore the impact of the severity of Urinary Incontinence symptoms and the adoption of Dysfunctional Strategies (i.e., avoidance and hiding) on Social Isolation, in a sample of middle-aged Portuguese women.

Method: 1538 women participated ($M_{age}=50.19$; $SD_{age}=6.58$) with symptoms of urinary incontinence of all types (e.g., stress, urgency and mixed urinary incontinence). A structural equation model was developed to explore the relationships between the variables under study.

Results: The structural model revealed a good fit ($TLI=0.923$; $CFI=0.934$; $RMSEA=0.062$; $SMRM=0.053$). The variable Social Isolation is negatively impacted both by the severity of Urinary Incontinence symptoms and by the adoption of Dysfunctional Strategies (i.e., avoidance and hiding).

Conclusion: The level of the Severity of Urinary Incontinence symptoms and the adoption of Dysfunctional Strategies significantly impacts Social Isolation. In future studies, it would be relevant to consider psychoeducational interventions that promote literacy regarding Urinary Incontinence, as well as adapt and promote functional coping strategies to minimize the symptoms of Urinary Incontinence and prevent Social Isolation, which, consequently, will contribute to improving women's quality of life.

Keywords: *Female urinary incontinence, Dysfunctional Strategies, Social Isolation, Menopause stages*

Índice

Introdução.....	1
Incontinência Urinária	1
Estratégias Disfuncionais	3
Isolamento Social	4
Estratégias Disfuncionais e o Isolamento Social.....	5
Menopausa.....	5
O Presente Estudo.....	7
Método.....	8
Delineamento da Investigação.....	8
Participantes.....	8
Materiais	10
Instrumentos	10
Procedimento	13
Análise de Dados	14
Resultados.....	15
Estudo das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos na Amostra de Mulheres com Sintomas de IU	15
Escala de Gravidade de Sintomas de IU.....	15
Sensibilidade	15
Fiabilidade de Construto.....	16
Validade de Construto.....	17

Validade Fatorial.....	17
Validade Convergente.....	18
Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)	
.....	18
Sensibilidade.....	18
Fiabilidade Compósita.....	20
Validade de Construto.....	20
Validade Fatorial.....	20
Validade Convergente.....	22
Validade Discriminante.....	22
Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ).....	23
Sensibilidade.....	23
Fiabilidade de Construto.....	23
Validade de Construto.....	24
Validade Fatorial.....	24
Validade Convergente.....	25
Questão de Investigação.....	29
Modelo Estrutural para testar a relação entre a Gravidade dos Sintomas de IU e as	
Estratégias Disfuncionais com o Isolamento Social (IS).....	29
Discussão.....	33
Referências.....	42
Anexos.....	59
Anexo A – Revisão de Literatura Alargada.....	59
Anexo B – Consentimento Informado.....	69
Anexo C – Exemplar do (s) materiais.....	70

Escala de Gravidade de Sintomas de IU.....	71
Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU). 73	
.....	73
Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)	74

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	8
Tabela 2. Estudo da Sensibilidade Psicométrica da Escala de Gravidade de Sintomas de IU.....	16
Tabela 3. Escala de Gravidade de Sintomas de IU: Fiabilidade Compósita (FC).....	16
Tabela 4. Escala de Gravidade de Sintomas de IU: Variância Extraída da Média.....	18
Tabela 5. Estudo da Sensibilidade Psicométrica do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão de Incontinência Urinária (IU).....	19
Tabela 6. Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU): Fiabilidade Compósita.....	20
Tabela 7. Estudo da Validade Discriminante do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU).....	22
Tabela 8. Estudo das propriedades psicométricas do Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ).....	23
Tabela 9. Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ): Fiabilidade Compósita.....	24
Tabela 10. Estudo da Validade Convergente do Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ).....	25
Tabela 11. Características clínicas e estilo de vida da amostra.....	25
Tabela 12. Tipos de IU e índice de Gravidade nas diferentes fases de Menopausa na amostra em estudo.....	28
Tabela 13. Trajetórias significativas entre as Variáveis Independentes adicionais e a Variável Dependente do Modelo de Equações Estruturais.....	32

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Gravidade de Sintomas de IU	17
Figura 2. Modelo de 1ª ordem: Análise Fatorial Confirmatória do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da IU	21
Figura 3. Modelo de Análise Fatorial Confirmatória do Questionário de Isolamento Social	24
Figura 4. Modelo preditivo do impacto dos sintomas de IU e da adoção de estratégias disfuncionais no IS durante a meia-idade, sem as variáveis independentes adicionais..	29
Figura 5. Modelo preditivo do impacto dos sintomas de IU e da adoção de estratégias disfuncionais no IS durante a meia-idade, com as variáveis independentes adicionais: idade, fases de menopausa, número de filhos biológicos e relação afetivo-sexual	31

Lista de Abreviaturas

AMOS	Analysis of Moment Structures
CFI	Comparative Fit Index
FC	Fiabilidade Compósita
ICS	International Continence Society
IS	Isolamento Social
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
KU	Achamento
RMSEA	Root Mean Square Error Of Approximation
SK	Assimetria
SMRM	Standardised Root Mean Square Residual
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TLI	Tucker-Lewis Index
VEM	Variância Extraída da Média

Introdução

Incontinência Urinária

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a Incontinência Urinária (IU) define-se como a perda involuntária de urina. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021) cerca de 50% da população adulta do sexo feminino apresenta sintomas de IU. Apesar de não ser uma condição que coloque a vida em risco, trata-se de uma problemática à escala mundial e representa uma questão de saúde pública preocupante, tendo em conta que revela uma prevalência de 30% a 40% na população feminina em fase de menopausa, apresentando dois picos significativos: entre os 50-54 anos de idade e numa fase mais tardia, aos 70 anos de idade (Abrams et al., 2014; Bilgic et al., 2015; Hannestad et al., 2000; Lose, 2005). É importante ressaltar que esta é uma fase em que a mulher desempenha um papel ativo e importante na sociedade, com papéis e responsabilidades na família e no trabalho (Montelene et al., 2018).

A IU subdivide-se em três tipos principais, sendo estes a (1) Incontinência Urinária de Esforço (IUE); (2) Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e (3) Incontinência Urinária Mista (IUM). A IUE caracteriza-se pela perda de urina consequente de esforços físicos e de determinadas atividades que aumentam a pressão intra-abdominal (e.g., exercício físico, tosse, espirro) apresentando uma prevalência de 10% a 39% a nível nacional e uma prevalência de 10.3% a 15.4% a nível internacional (Abrams et al., 2002; Coyne et al., 2014; SPG, 2021). A Incontinência Urinária de Urgência (IUU), por sua vez, caracteriza-se como uma vontade súbita e incontrolável de urinar e é o tipo de IU menos frequente a nível nacional apresentando uma prevalência de 1% a 7% e 3.5% a 8.2% a nível internacional. Por sua vez, a Incontinência Urinária Mista (IUM) traduz-se na presença de sintomas da IUE e IUU, sendo o segundo tipo de IU mais comum, apresentando uma prevalência entre 7.5% e 25% a nível nacional e 7% a 11.8% a nível internacional (Abrams et al., 2002; Coyne et al., 2014; SPG, 2021).

Com base no estudo EPINCOT (EPidemiology of INCOntinence in the county of Nord-Trøndelag) realizado por Hannestad et al., 2000, a prevalência de quadros de incontinência urinária com sintomatologia grave tende a aumentar gradualmente, acompanhando a idade. Segundo os resultados obtidos neste estudo, as mulheres com IU com idade inferior a 45 anos apresentaram uma prevalência de 12% com sintomatologia grave. As mulheres com idades compreendidas entre os 45 e 59 anos revelaram uma

prevalência de 21% de gravidade e as mulheres com 60 anos ou mais apresentaram uma prevalência de 44% de gravidade dos sintomas.

Existem inúmeros fatores de risco no desenvolvimento de incontinência urinária, entre eles: (1) predisposição genética (e.g., hereditariedade, disfunções anatómicas); (2) história obstétrica e ginecológica (e.g., gravidez, parto, paridade, efeitos colaterais de cirurgia pélvica) e (3) outros fatores físicos e individuais (e.g., idade, comorbilidades; obesidade; condições que provoquem um aumento da pressão intra-abdominal) (Mascarenhas, 2010).

No que concerne aos tratamentos para a IU, a primeira linha no tratamento é conservadora e baseia-se na mudança de estilos de vida (e.g., alteração de hábitos alimentares, líquidos ingeridos, prática de exercício físico de baixa intensidade, e na prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (para todos os tipos de IU) bem como outros tratamentos de fisioterapia pélvica. Nos casos mais graves, a opção mais adequada é a cirurgia, nomeadamente para a incontinência urinária mista, e o uso de medicação para casos de incontinência urinária de urgência (ICS, 2021; Robert et al., 2006).

As consequências da incontinência urinária na vida quotidiana da mulher estendem-se a vários campos da mesma: (1) a vida social é comprometida pelo medo de vivenciar constrangimentos publicamente (e.g., perdas de urina visíveis pelo outro; odor da urina; percepção do outro sobre si); (2) denota-se um impacto na qualidade da vida sexual influenciado pelo medo de perder urina durante o ato sexual bem como o decréscimo na libido e possíveis disfunções sexuais; (3) a vida profissional poderá igualmente sofrer implicações (e.g., produtividade laboral reduzida e níveis elevados de absentismo); (4) a nível económico poderão surgir dificuldades perante as despesas acentuadas em produtos como os pensos higiénicos e as fraldas (Lose, 2005; Porto et al., 2023). Neste sentido, a IU poderá causar um profundo impacto no bem-estar e na qualidade de vida consoante o tipo e gravidade dos sintomas, tendo em conta que estes podem condicionar vários aspetos do quotidiano (Abrams et al., 2015; Dionko et al., 2004; Lose, 2005; Mahfouz et al., 2023; Porto et al., 2023).

Relativamente a adesão ao tratamento e apesar do impacto supracitado, apenas uma em quatro mulheres procura tratamento (Demir & Beji., 2015). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021), apenas 25% a 61% das mulheres com IU procura tratamento médico. O estigma associado, a vergonha sentida, a crença de que a incontinência faz parte do processo normal de envelhecimento, a crença de que é uma

consequência normal da gravidez e do parto vaginal, bem como a falta de literacia relativamente aos tratamentos possíveis faz com que a mulher adote estratégias de autogestão para lidar com esta condição negligenciando desta forma o acompanhamento médico-profissional (Abrams et al., 2015; Asklund et al., 2019; Demir & Beji., 2015; Hannestad, et al., 2002; Shawn et al., 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Estratégias Disfuncionais

Segundo a literatura e alguns estudos realizados, a procura de ajuda profissional é influenciada por diversos fatores que a condicionam quando surgem os primeiros sintomas de IU, como: (1) sensação de vergonha sobre a perda de urina; (2) pouco conhecimento relativamente à IU e aos tratamentos possíveis; (3) pouca confiança relativamente à eficácia das opções de tratamento; (4) pouco suporte social; (5) crenças disfuncionais como a IU enquanto problemática inevitável em relação à idade; parte do processo natural e inevitável de envelhecimento, gravidez e paridade (Mahfouz et al., 2023; Porto et al., 2023; Waetjen et al., 2018). Paralelamente, o medo da humilhação e do julgamento por parte de profissionais de saúde é um dos fatores que contribui para a escassa procura de acompanhamento médico (Hagglund et al., 2007).

O facto de não existir uma procura de resolução através de recursos médicos e profissionais conduz a mulher a adotar estratégias individuais para lidar e contornar os sintomas da IU (Hagglund et al., 2007). O medo de perder o controlo sobre as funções do corpo e a perceção de privacidade e confidencialidade influenciam esta escolha, desta forma, a mulher prefere manter esta condição em segredo e adota as suas próprias estratégias o máximo de tempo possível (até as perdas de urina se tornarem incontroláveis). Contudo, estas estratégias revelam-se disfuncionais e prejudiciais para a sua saúde tendo em conta que contribuem para um agravamento da IU e agudização dos sintomas (Bilgic et al., 2015; Hagglund et al., 2007).

A criação destas estratégias de autogestão podem dividir-se em dois polos distintos: *estratégias funcionais* como a implementação de mudanças comportamentais em simultâneo com um acompanhamento médico-profissional com o objetivo de se ajustarem às possíveis inconveniências da IU, para que o impacto da mesma seja mais reduzido (e.g., saber previamente onde se localizam as casa de banho mais próximas) (Bilgic., 2015; Diokno et al., 2004) e *estratégias disfuncionais* que se caracterizam simultaneamente por uma ausência na procura de tratamento e acompanhamento médico e na adoção de comportamentos defensivos como *medidas de evitamento* (e.g., restrição

na vida social, diminuição de atividade física e lazer, evitam manter uma vida sexual ativa, redução da ingestão de líquidos) e estratégias disfuncionais que procuram *esconder a sintomatologia* (e.g., utilizar frequentemente pensos, algodão ou fraldas; atenção centrada na roupa que decidem utilizar optando por peças de tons mais escuros de forma a esconder possíveis perdas de urina; evitam utilizar vestidos e/ou saias; ter sempre consigo várias mudas de roupa (Bilgic et al., 2015; Delarmelindo et al., 2013; Porto et al., 2023; Wo'jtowiczetal., 2014). Segundo um estudo realizado por Wo'jtowiczetal., 2014, cerca de 89.4% das mulheres com IU adotam estratégias de autogestão, sem terem previamente recorrido a aconselhamento médico.

Isolamento Social

Como supracitado, a IU é uma condição que pode causar desconforto, sensação de vergonha e perda de confiança (Basack, 2013). A adoção de estratégias disfuncionais tem um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres com IU, nomeadamente o isolamento social. O IS pode ser definido pela falta de contacto social ou ausência de contacto familiar; ausência de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e ausência ou dificuldade relativamente ao acesso a serviços (Cotterell & Phillipson, 2018; SNS, 2021; OMS, 2023) e caracteriza-se como uma possível consequência da adoção de estratégias disfuncionais pelas mulheres (Bedretdinova et al., 2016; Bilgic et al., 2015; Delarmelindo et al, 2013; Fultz et al., 2001; Lose, 2005; Porto et al., 2023; Wo'jtowiczetal., 2014; Yip et al, 2013).

A vergonha e o medo da discriminação e consequente humilhação devido às perdas involuntárias de urina são os principais motivos do IS (Mendes et al., 2017). Com base na literatura, as mulheres que sofrem perdas de urina involuntárias em público tendem a ser alvo de comentários humilhantes e discriminatórios (Mendes et al., 2017). Como um mecanismo protetor deste tipo de experiências, a mulher tende a evitar qualquer tipo de contacto com o exterior, isolando-se socialmente e restringindo atividades que à priori eram sentidas como prazerosas (e.g., evitam ir às compras; evitam viajar; deixam de experienciar concertos, teatros e atividades lúdicas) (Weyman et al., 1990).

O ser humano, desde o seu nascimento, precisa do outro para sobreviver e experienciar o mundo (Cacioppo et al., 2011). Ao longo da vida, a grande maioria dos indivíduos pode experienciar sentimentos de solidão ou de isolamento em algum momento, no entanto, ainda que estas emoções possam ser temporárias e sem

consequências duradouras, para algumas pessoas podem persistir e ter um efeito perigoso para a saúde física e mental (Cotterell & Phillipson, 2018). O IS é considerado um fator de risco para a saúde, tendo em conta que se apresenta como causa de mortalidade equiparável a fatores de risco como o tabagismo, sedentarismo, obesidade e pressão arterial elevada (Cotterell & Phillipson, 2018; Fakoya et al., 2020; Luanaigh, 2008; Luo et al., 2012).

Estratégias Disfuncionais e o Isolamento Social

Uma das principais preocupações relativamente à sintomatologia da IU e às suas consequências é o impacto na qualidade da vida social e das relações interpessoais, tendo em conta que a IU tende a ser socialmente disruptiva e influencia a forma como a mulher interage e experiêcia o mundo. As relações interpessoais são as mais condicionadas, comprometendo tanto as relações matrimoniais, familiares, como relações de amizade (Abrams et al., 2015; Botelho et al., 2007; Farage et al., 2008; Weyman et al., 1990).

O aumento da adoção de estratégias disfuncionais de origem mais defensiva como o evitamento e a ocultação, pode originar um maior impacto no isolamento social (IS), uma vez que as mulheres acabam por evitar momentos de socialização. Não é o nível de gravidade dos sintomas de IU que promove o isolamento social, mas sim a forma como a mulher escolhe gerir e conviver com esta condição, essencialmente aquando adoção de estratégias disfuncionais (Demir et al., 2015; Porto et al., 2023). As estratégias de evitamento e ocultação tornam-se disfuncionais quando implementadas frequentemente na vida quotidiana, tendo em consideração que em alguns casos podem servir como efeito protetor – seriam consideradas estratégias adaptativas se as mesmas fossem utilizadas esporadicamente e temporariamente como mecanismo de defesa em determinadas situações, apoiadas em simultâneo num contexto médico-profissional por um trabalho contínuo de implementação de estratégias atenuadoras dos sintomas de IU e tratamentos conservadores para a minimização da sintomatologia (Cacioppo et al., 2001; Demir et al., 2015; Porto et al., 2023).

Menopausa

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017), a menopausa natural caracteriza-se como o período de 12 meses consecutivos de amenorreia, sem outra causa patológica ou psicológica em comorbilidade. A menopausa trata-se de uma alteração

biológica originada por uma insuficiência ovariana e surge gradualmente por fases diferenciadas (de Azevedo Guimarães et al., 2011; OMS, 1996). A pré-menopausa traduz-se pelo período da fase reprodutiva anterior ao início da transição para a menopausa, seguida pela peri-menopausa que consiste no período onde são manifestados os sintomas iniciais ou indicadores da proximidade da menopausa e que termina 12 meses após a última menstruação, apresentando sinais como (1) ciclos menstruais com uma durabilidade mais curta ou longa; (2) menstruação irregular com períodos de amenorria de 60 dias consecutivos ou superior (Davis et al., 2012; Harlow et al., 2012; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Por fim, o pós-menopausa é o período que se inicia aquando da última menstruação (Davis et al., 2012; Guilbert et al., 2007; Shuster et al., 2010).

A idade de estabelecimento da menopausa é, em média, aos 51 anos nos países europeus (Baber et al., 2016; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Desta forma, a menopausa que ocorre antes dos 40 anos de idade é denominada como menopausa prematura e a menopausa que ocorre entre os 40 e os 45 anos de idade caracteriza-se como menopausa precoce (Shuster et al., 2010; Torrealday & Pal., 2015). Segundo dados partilhados pela InterLACE, a população feminina proveniente de países com elevado rendimento apresenta uma prevalência de menopausa prematura de 2% e cerca de 7.6% apresenta menopausa precoce. Estes dados demonstram que 1 em cada 10 mulheres apresenta menopausa prematura ou precoce (Mishra et al., 2019).

O estrogénio desempenha um papel fundamental no funcionamento do trato urinário durante a vida adulta, estando presente na musculatura da vagina, uretra, bexiga e pavimento pélvico. Desta forma, o envelhecimento e a menopausa podem considerar-se fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária, uma vez que o decréscimo do estrogénio na fase de menopausa causa uma atrofia muscular onde o funcionamento do trato urinário é condicionado. Neste sentido observa-se uma diminuição da espessura da mucosa e submucosa paralela a uma diminuição do colagénio e elastina da uretra. Perante estas condições, existe um aumento da probabilidade de se desenvolver patologias do trato urinário como os sintomas de IU de todos os tipos (Alperin et al., 2018; Robin & Cardozo.,2003; Waetjen et al., 2009). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021), a redução dos níveis de estrogénio endógenos e androgénios durante a menopausa podem-se manifestar através de sintomas

vasomotores (e.g., afrontamentos e suores noturnos); Alterações cognitivas e do humor (e.g., perturbações de memória e dificuldade na concentração) sugerindo ainda que a fase de peri-menopausa e pós-menopausa se correlacionam com uma diminuição da memória verbal, assim como também pode influenciar as perturbações do sono frequentes em fase pós-menopausa, sobretudo no despertar noturno. Ainda pode originar insónias iniciais, assim como também perturbações no funcionamento sexual e sintomas uroginecológicos como a incontinência urinária (IU). A IU afeta cerca de 50% das mulheres em período de pós-menopausa (Kołodzyńska et al., 2019).

O Presente Estudo

O presente estudo tem como objetivo observar o impacto da gravidade dos sintomas de Incontinência Urinária e da adoção de Estratégias Disfuncionais no Isolamento Social, em mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 65, com perdas involuntárias de urina.

Apesar da literatura nos apresentar estudos que exploram as consequências da IU, existe em simultâneo uma escassez na investigação científica relativamente ao Isolamento Social (IS), bem como uma escassez na investigação sobre as estratégias disfuncionais adotadas para colmatar a sintomatologia da IU. Tendo em conta que a IU é uma condição subdiagnosticada e subtratada, assim como pela escassez de estudos que estudam as variáveis supracitadas, o presente estudo visa colmatar essa lacuna e contribuir para a investigação científica desta temática.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo responder à seguinte questão de investigação: Será que a Gravidade dos Sintomas de IU e a adoção de Estratégias Disfuncionais predizem o Isolamento Social?

Método

Delineamento da Investigação

O presente estudo seguiu um desenho quantitativo, transversal, observacional, descritivo e correlacional (Pais-Ribeiro, 2010; Shaughnessy et al., 2012).

Participantes

Na realização deste estudo participaram 1538 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos de idade ($M_{idade}=50.19$; $DP_{idade}=6.58$) que preencheram os critérios de inclusão. Para a realização deste estudo, numa primeira fase, foram estabelecidos como critérios de inclusão: (1) pertencer ao sexo feminino; (2) idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos; (3) afirmar ter perdas de urina involuntárias/vontade de urinar ocasionalmente/frequentemente; (4) ter acesso à internet. Como critérios de exclusão foram definidos: (1) estar grávida ou encontrar-se em período pós-parto de 6 meses (2) já ter realizado previamente uma cirurgia relacionada com a IU; (3) cancro abdominal, ginecológico e da mama; (4) distúrbios neurológicos; (5) prolapso de órgãos pélvicos. Entre as 1538 mulheres, 56 foram excluídas por já terem realizado previamente cirurgias relacionadas com problemáticas da IU.

A amostra foi caracterizada em termos sociodemográficos, como demonstrado na Tabela 1 ($M_{idade}=50.19$; $DP_{idade}=6.58$).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

<i>Características</i>	<i>Mulheres com IU (n=1538)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Idade		
40–44	353	23.3
45–49	392	25.9
50–54	368	24.3
55–59	266	15.9
60–65	159	10.5

Nacionalidade		
Portuguesa	1482	96.3
Outros	56	3.7
Habilitações literárias		
4º ano	6	.4
9º ano	118	7.8
12º ano	447	29.5
Licenciatura ou Bacharelado	573	37.9
Mestrado ou Pós-graduação	358	22.0
Doutoramento	36	2.4
Situação profissional		
Ativa	1245	80.6
Inativa	293	19.4
Relação afetivo-sexual		
Sim	1222	79.1
Não	316	20.9
Número de filhos biológicos		
0	152	10.0
1	462	28.9
2	695	45.9
3	185	12.2
> 4	44	2.9

Nota. IU = Incontinência Urinária.

Materiais

Caracterização clínica e sociodemográfica

Numa fase inicial foi utilizado um questionário de autopreenchimento (anexo C) com o objetivo de recolher dados sociodemográficos (e.g., idade, habilitações literárias, paridade), dados clínicos (e.g., histórico de patologias físicas, doenças mentais, estado de menopausa, peso e altura), estilo de vida (e.g., consumo de café, álcool e tabaco; prática de atividade física de alto impacto) e informação sobre a IU (e.g., procura de suporte médico-profissional, tratamentos, uso de medicação prescrita, implementação de exercícios para o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico), demonstrado na Tabela 11.

De forma a avaliar os tipos de IU, foi realizado o questionário QUID (Bradley et al., 2010), adaptado para o diagnóstico de IU na mulher. Os instrumentos permitem apontar para um padrão de sintomas congruente com uma possível IUE, IUM e IUU, desta forma, se o score total de IUE apresentar-se ≥ 4 e o score de IUU ≥ 6 , indica que existe a possibilidade de existir IUE ou IUU na mulher. O tipo de IUM indica a presença de ambos os tipos de IU de QUID.

A fase de menopausa, por sua vez, foi determinada através dos critérios do Stages of Reproductive Aging Workshop ([STRAW]; Soules et al., 2001). As mulheres na fase de pré-menopausa “não relataram nenhuma alteração no ciclo menstrual”. As participantes na peri-menopausa relataram uma duração do ciclo inconstante e variável (até sete dias de atraso ou antecipação do seu ciclo habitual) ou ainda tendo experienciado um intervalo de amenorreia com duração superior a sessenta dias. O estado pós-menopausa foi auto-relatado por mulheres que sofreram pelo menos doze meses consecutivos de amenorreia.

Instrumentos

Escala de Gravidade de Sintomas de IU

Relativamente aos instrumentos utilizados para a elaboração deste estudo, numa primeira instância utilizou-se a Escala de Gravidade de Sintomas de IU, baseada no (1) King’s Health Questionnaire Symptom Severity Scale (KHQSSS) com o objetivo de avaliar o índice de gravidade dos sintomas de IU (Kelleher et al., 1997; Porto et al., 2023). Este instrumento consiste numa subescala de sintomas separada do King’s Health

Questionnaire (KHQ). Esta subescala é composta por 9 itens, no entanto, quatro itens foram eliminados na subescala original (devido a pesos fatoriais superiores a 1, indicando redundância total com outros itens do mesmo construto). Desta forma, a estrutura final é composta por 5 itens: item 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 (e.g., tossir, correr)”) e 29 (“Dor na bexiga”). As respostas dos participantes inserem-se numa escala de *Likert* de 1 (“Não se aplica”) a 4 (“Sempre” ou “Muito”) pontos. O *score* global é calculado através da soma destes itens e varia entre 4 a 20 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, mais graves são os sintomas de IU (Porto et al., 2023).

Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)

Para medir as Estratégias Disfuncionais, foi utilizado o Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU), desenvolvido por Porto et al., 2023 e baseado no trabalho desenvolvido por Diokno et al., 2014. Este instrumento incide numa estrutura de dois fatores bi-fatorial que visa avaliar as estratégias disfuncionais adotadas para colmatar o impacto dos sintomas de IU.

A estrutura deste instrumento divide-se em duas dimensões: estratégias disfuncionais de *evitamento* e estratégias disfuncionais de *ocultação*. No polo das estratégias disfuncionais defensivas são avaliados oito itens: item 1 (i.e., “Ir muitas vezes à casa de banho, mesmo sem vontade, de forma a manter a bexiga vazia”); 3 (i.e., “Reduzir a ingestão de líquidos”); 4 (i.e., “Evitar ir a locais onde desconhece a localização das casas de banho”); 5 (i.e., “Ficar mais tempo em casa de forma a evitar situações desconfortáveis”); 6 (i.e., “Limitar a atividade física”); 7 (i.e., “Antes de se deslocar a um local desconhecido, tentar saber onde se situam as casas de banho”); 8 (i.e., “Limitar as saídas sociais”) e item 9 (i.e., “Limitar atividades, como viajar, que requerem estar longe da casa de banho durante um longo período”). Por sua vez, no polo das estratégias disfuncionais de ocultação são avaliados sete itens: Item 10 (i.e., “Usar cuecas-fralda”); 11 (i.e., “Usar pensos femininos”); 12 (i.e., “Usar outros materiais absorventes (como papel higiénico, lenços de papel ou toalhas de papel)”); 13 (i.e., “Usar cores ou roupas escuras que escondam as manchas”); 14 (i.e., “Usar saias e casacos compridos para cobrir as manchas”); 15 (i.e., “Usar fraldas de adultos”) e por fim, item 16 (i.e., “Usar em excesso perfume ou água de colónia para disfarçar o cheiro da urina”). As respostas dos

participantes inserem-se numa escala de *Likert* de 1 – “Nunca” a 5 – “Sempre”. O score global é calculado através da soma destes itens e varia entre 13 e 65 pontos, desta forma, um score global elevado reflete uma utilização muito frequente de estratégias disfuncionais.

Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, uma vez que ambas dimensões (i.e., Evitamento e Ocultação) apresentaram uma variância extraída da média adequada [variância média extraída (AVE) = 0.69] e [variância média extraída (AVE) = 0.54] respetivamente, indicando evidências de validade convergente. Por sua vez, a validade discriminante foi confirmada entre as subescalas (i.e., Evitamento e Ocultação) ($r^2 = .402$). A fiabilidade da consistência interna da subescala Evitamento ($\alpha = .94$; $\omega = .92$) e da subescala Ocultação ($\alpha = .80$; $\omega = .83$) foram boas (Porto et al., 2023).

Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)

Para medir o Isolamento Social, utilizou-se o Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ). Este instrumento foi desenvolvido por uma equipa de Psicólogos da Saúde e um Ginecologista, tendo como objetivo avaliar o Isolamento Social em mulheres com Incontinência Urinária. A versão final deste questionário é composta por 5 itens: item 2 (i.e., “Ter Incontinência faz-me recusar convites para sair ou estar com amigos/família”); item 4 (i.e., “Sinto-me frequentemente isolada dos outros”); item 5 (i.e., “As perdas de urina fazem-me sentir mal comigo mesma”); item 8 (i.e., “Sinto-me incompreendida pelos outros”) e item 9 (i.e., “Evito conhecer pessoas novas”).

As respostas dos participantes inserem-se numa escala de *Likert* de 1- Discordo Totalmente a 4 – Concordo Totalmente. O score global é calculado através da soma destes itens e varia entre 4 a 20 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, indica-nos que maior serão os níveis de Isolamento Social.

Tanto a evidência de validade convergente baseada na estrutura interna [variância média extraída (AVE) = 0.80] como a fiabilidade da consistência interna dos dados recolhidos com o UI-SIQ ($\alpha = 0.95$; $\omega = 0.90$) foram excelentes, demonstrando a validade do instrumento (Porto et al., 2023).

Procedimento

O presente estudo integra-se na Fase 1 do projeto de investigação (*PURI-PRO: Portuguese Urinary Incontinence Project*) dirigido pela Doutoranda Marta Gonçalves Porto, orientada pela Professora Doutora Filipa Pimenta e coorientado pelo Professor Doutor João Marôco, pertencentes ao William James Center for Research do ISPA-Instituto Universitário e pela Professora Doutora Teresa Mascarenhas pertencente ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia CHSJ-EPE/Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, tem como propósito a contribuição para a promoção de uma vida mais saudável e de bem-estar para as mulheres de meia-idade (especificamente, mulheres na menopausa com IU), indo ao encontro da Agenda 2030 das Nações Unidas.

A recolha dos dados deste estudo foi temporalmente realizada entre março e outubro de 2020 através da plataforma de pesquisa online *Google Forms*. A recolha de amostra/participantes foi realizada através da distribuição de convites a partir de plataformas online e *redes sociais* como o *Facebook*. O objetivo deste estudo de investigação foi ainda divulgado em vários grupos de mulheres de meia-idade/relacionadas à menopausa.

As participantes receberam um link para o questionário onde estava o consentimento informado e os restantes instrumentos utilizados, sendo-lhes garantida a participação anónima e voluntária. O consentimento informado foi obtido por todos os participantes. O objetivo principal bem como os procedimentos do estudo foram inicialmente explicados, salvaguardando a premissa de que os participantes poderiam abandonar o questionário sempre que assim o quisessem. O anonimato e a confidencialidade foram garantidos uma vez que não foram solicitados dados de identificação, tendo sido atribuído um código a cada participante. No decorrer do questionário, não foram permitidas não respostas e os participantes tinham a liberdade de regressar a questões anteriores para verificar e/ou corrigir a resposta antes do envio. Os dados de contacto do investigador principal foram fornecidos para quaisquer dúvidas.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação do ISPA-Instituto Universitário (D/022/11/2019) e seguiu as diretrizes éticas e as normas da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Associação Portuguesa de Psicólogos, 2011) e da Associação Americana de Psicologia (Associação Americana de Psicologia, 2003).

Análise de Dados

Num primeiro momento, foi realizada uma análise descritiva dos dados recolhidos, de forma a obter-se uma caracterização sociodemográfica da amostra (Marôco, 2021). Num segundo momento, foram avaliadas as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados neste estudo, com o propósito de observar, ou não, as boas qualidades psicométricas dos instrumentos dos autores originais. As propriedades psicométricas foram analisadas através do software AMOS (Analysis of Moment Structures) (v. 29) e o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (v.28).

De forma a avaliar a qualidade do ajustamento dos modelos à amostra em estudo, foram realizadas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) e avaliados os índices: Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA) (Hu & Bentler, 1999), Tucker-Lewis Index ([TLI] Bentler & Bonnet, 1980) e Standardised Root Mean Square Residual (SMRM) (Steiger et al., 1985). Valores de CFI e TLI superiores a 0.9 bem como o SMRM e RMSEA com valores inferiores a 0.08 são indicadores de um bom ajustamento do modelo (Byrne, 2010; Marôco, 2021). Para realizar o ajustamento dos modelos, foram analisadas as correlações entre os erros dos itens, através da análise dos índices de modificação.

No que concerne a análise dos pressupostos de normalidade dos itens, os valores absolutos de assimetria (i.e., Skewness [Sk]) e achatamento (i.e., Kurtosis [Ku]) inferiores a três e sete, respetivamente, indicam que os itens apresentam distribuição normal e respetiva sensibilidade (Finney & DiStefano, 2013; Marôco, 2021). Desta forma, prosseguiu-se com a confirmação da adequação das características psicométricas dos instrumentos, analisando-se a validade do construto através da validade convergente, isto é, se os itens que constituem o construto apresentam correlações positivas e elevadas entre si, através da avaliação da variância extraída da média (VEM). Considera-se que VEM com valores iguais ou superiores a 0.5 é indicador de validade convergente adequada (Fornell & Larcker, 1981; Marôco, 2014); a validade discriminante, calculada apenas nos instrumentos com mais de um factor, permite analisar se o construto sob estudo se distingue ou não de outros construtos que se encontram igualmente sob estudo. Foi avaliada através da comparação entre os valores da VEM com os quadrados de correlação entre fatores. Para se verificar validade discriminante, a VEM deve ser superior ao valor do quadrado de correlação (Marôco, 2014). Para avaliar a fiabilidade de construto foi

analisada a fiabilidade compósita (ómega de McDonald [ω]), considerando-se aceitável valores superiores ou iguais a 0,7 (Marôco, 2014). Relativamente à média da Gravidade dos Sintomas de IU da amostra em estudo, a mesma foi calculada através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (v.28).

Posteriormente foi elaborado 1) um modelo de equações estruturais com as variáveis em estudo: variáveis exógenas (i.e., gravidade dos sintomas de IU e estratégias disfuncionais (i.e., evitamento e ocultação) e variáveis endógenas (i.e., isolamento social). Num momento inicial, o modelo de equações estruturais foi elaborado sem as variáveis independentes adicionais com o objetivo de se avaliar a significância da trajetória do impacto dos sintomas de IU e da adoção de estratégias disfuncionais (i.e., evitamento e ocultação) no isolamento social. Consideraram-se significativas todas as associações com um valor de p inferior a 0.05.

Por fim foi construído 2) um modelo de equações estruturais com as variáveis independentes adicionais em estudo, sendo elas: a idade, a fase de menopausa, estar numa relação afetivo-sexual e o número de filhos biológicos. Para a análise dos resultados, à semelhança do primeiro estudo, consideraram-se significativas todas as associações com um valor de p inferior a 0.05 e marginalmente significativas as associações em que o valor de p se apresentou 0.051 e 0.059.

Resultados

Neste segmento apresentar-se-ão os seguintes subtópicos: 1) caracterização psicométrica dos instrumentos na amostra de mulheres com sintomas de IU, baseada na perspetiva de Anastai e Urbina (1997); 2) caracterização clínica da amostra e estilo de vida 3) resultados referentes à questão de investigação.

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

Escala de Gravidade de Sintomas de IU

King's Health Questionnaire Symptom Severity Scale (KHQSSS)

Sensibilidade

Como é possível observar na Tabela 2, todos os itens da Escala de Gravidade dos Sintomas de IU apresentaram respostas que se distribuíram pelos valores do mínimo ao máximo do questionário, sendo que os valores absolutos da assimetria (Skewness [*Sk*]) e do achatamento (Kurtosis [*Ku*]) se encontram, respectivamente, abaixo de três e de sete (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	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
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 súbita vontade de urinar.	1	4	.191	-1.280
26. Perda de urina associada a atividade física (ex., tossir, correr).	1	4	-.421	-.320
29. Dor na bexiga.	1	4	1.356	.581

Nota. *Sk* = Skewness (assimetria); *Ku* = Kurtosis (achatamento)

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.

Tabela 3

Escala de Gravidade dos Sintomas de IU: Fiabilidade Compósita (FC)

Fator	FC
Escala de Gravidade de Sintomas de IU	.70

Nota. FC= Fiabilidade Compósita

Validade de Construto

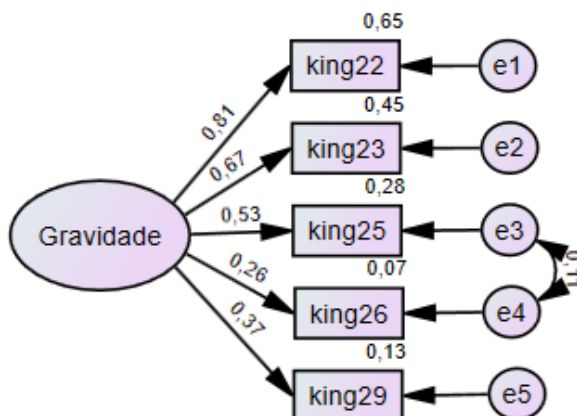
Validade Fatorial

Como é possível observar na Figura 1, a Escala de Gravidade dos Sintomas de IU apresentou valores muito adequados de validade fatorial, possuindo um ajustamento muito bom ($CFI= 0.982$; $TLI=0.954$; $RMSEA=0.059$; $SMRM= 0.023$). Os índices fatoriais de todos os itens (i.e., item 22, item 23 e item 25) apresentaram valores superiores ao valor mínimo adequado (i.e., $\lambda \geq 0.5$) tendo em conta que o valor mais baixo adequado é ($\lambda > = 0.53$). Os pesos fatoriais dos itens 26 ($\lambda= 0.26$) e 29 ($\lambda = 0.37$) revelaram-se inferiores ao valor de referência (0.5), no entanto, estes não foram eliminados devido à sua pertinência clínica. Assim, considera-se que globalmente, a escala apresenta uma boa validade fatorial.

Figura 1

Modelo da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Gravidade

Modelo da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Gravidade
 $CFI=,982$; $TLI=,954$; $RMSEA=,059$; $P(rmsea \leq 0,05)=,211$;
 $SMRM=0,0235$; $MECVI=,038$



Validade Convergente

Como demonstrado na Tabela 4, verificou-se que a Escala de Gravidade de Sintomas de IU apresenta um valor de VEM adequado e, desta forma, podemos aferir que este instrumento apresenta evidências de Validade Convergente.

Tabela 4

Escala de Gravidade de Sintomas de IU: Variância Extraída da Média (VEM)

Fator	VEM
Escala de Gravidade de Sintomas de IU	.50

Nota. VEM= Variância Extraída da Média

Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)

Sensibilidade

Como é possível observar na Tabela 5, a maioria dos itens do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU) apresentaram respostas que se distribuíram pelos valores do mínimo ao máximo do questionário, sendo que os valores absolutos da assimetria (*Skewness* [Sk]) e do achatamento (*Kurtosis* [Ku]) se encontram, respetivamente, abaixo de três e de sete (Marôco., 2021). Contudo, para realizar a validação da escala na sua globalidade, foi necessário retirar três itens da dimensão Ocultação: Item 10 (i.e., *Usar cuecas-fralda*); Item 11 (i.e., *Usar pensos femininos [higiênicos]*) e Item 15 (i.e., *Usar fraldas de adultos*) tendo em conta que os itens supracitados apresentaram valores absolutos de assimetria (*Skewness* [Sk]) e de achatamento (*Kurtosis* [Ku]) muito acima dos valores normativos de três e sete (Marôco., 2021). O item 16 (i.e., *usar em excesso perfume ou água-de-colônia para disfarçar o cheiro da urina*) apresentou valores de assimetria (*Skewness* [Sk]) e de achatamento (*Kurtosis* [Ku]) bastante superiores a 3 e 7, respetivamente. Contudo, apesar do respetivo item não apresentar uma distribuição normal, foi conservado pela sua pertinência clínica e por apresentar um peso fatorial adequado ($\lambda=,54$).

Tabela 5

Estudo da Sensibilidade Psicométrica do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)

Itens do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)	Mínimo	Máximo	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
1. Ir muitas vezes à casa de banho, mesmo sem vontade, de forma a manter a bexiga vazia (evitamento)	0	4	0.631	0.290
3. Reduzir a ingestão de líquidos (evitamento)	0	4	0.655	0.479
4. Evitar ir a locais onde desconhece a localização das casas de banho. (evitamento)	0	4	1.425	1.426
5. Ficar mais tempo em casa de forma a evitar situações desconfortáveis (evitamento)	0	4	1.695	2.351
6. Limitar a atividade física. (evitamento)	0	4	1.230	0.616
7. Antes de se deslocar a um local desconhecido, tentar saber onde se situam as casas de banho (evitamento)	0	4	1.490	1.384
8. Limitar as saídas sociais (evitamento)	0	4	2.020	4.001
9. Limitar atividades, como viajar, que requerem estar longe da casa de banho durante um longo período (evitamento)	0	4	1.873	3.067
10. Usar cuecas-fralda (ocultação)	0	4	5.553	35.123
11. Usar pensos higiénicos femininos (ocultação)	0	4	0.103	-1.339
12. Usar outros materiais absorventes (tais como papel higiénico, lenços de papel ou toalhas de papel) (ocultação)	0	4	1.334	1.139
13. Usar cores ou roupas escuras que escondam as manchas (ocultação)	0	4	1.804	2.353

14. Usar saias e casacos compridos para cobrir as manchas (ocultação)	0	4	2.495	5.742
15. Usar fraldas de adultos (ocultação)	0	4	4.670	22.834
16. Usar em excesso perfume ou água-de-colônia para disfarçar o cheiro da urina (ocultação)	0	4	3.566	13.901

Nota. Sk = Skewness (assimetria); Ku = Kurtosis (achamento)

Fiabilidade Compósita

Como é possível observar na Tabela 6, verificou-se que a dimensão Evitamento e a dimensão Ocultação do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU) apresentaram uma boa Fiabilidade Compósita.

Tabela 6

*Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU):
Fiabilidade Compósita (FC)*

Fator	FC
Dimensão Evitamento	.91
Dimensão Ocultação	.80

Nota. FC= Fiabilidade Compósita

Validade de Construto

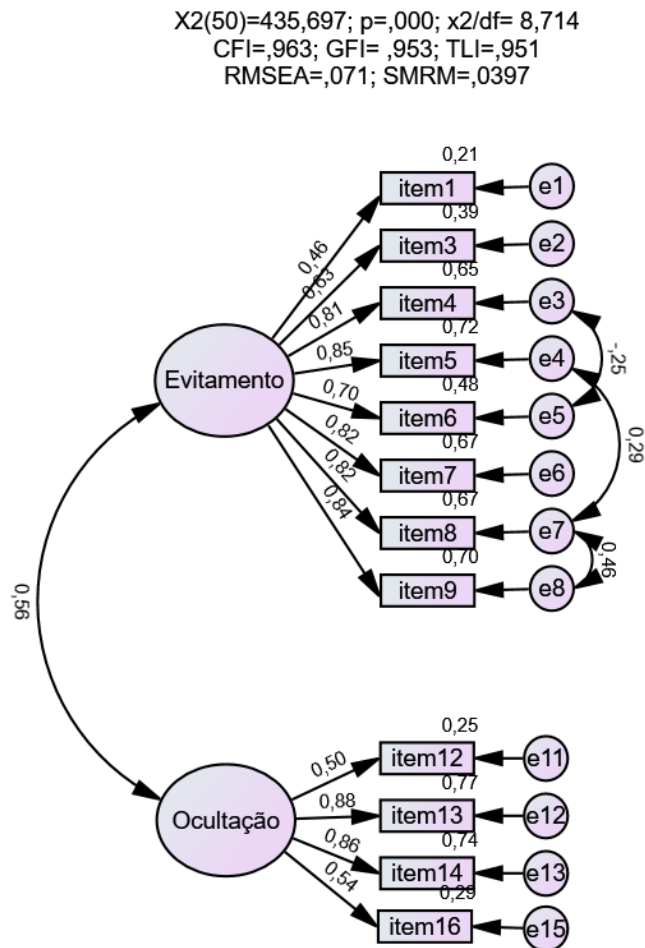
Validade Fatorial

Como é possível observar na Figura 2, o Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU) apresentou valores muito adequados de validade fatorial, possuindo um ajustamento bom ($CFI= 0.963$; $GFI=0.953$; $TLI=0.951$; $RMSEA=0.071$; $SMRM= 0.0397$). Na dimensão do *Evitamento*, os índices fatoriais de todos os itens (i.e., item 3; item 4, item 5, item 6, item 7, item 8 e item 9) apresentaram valores superiores ao valor mínimo adequado ($\lambda \geq 0.5$), à exceção do item 1 ($\lambda = ,46$). No

entanto, este item foi conservado pela sua importância clínica. Por sua vez, na dimensão *Ocultação*, os índices fatoriais de todos os itens apresentaram-se iguais ou superiores ao valor de referência ($\lambda \geq 0.5$). Desta forma é possível aferir que a escala, na sua globalidade, apresenta uma boa fiabilidade individual.

Figura 2

Modelo de 1º Ordem - Análise Fatorial Confirmatória do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)



Validade Convergente

Conforme exemplificado na Tabela 7, verifica-se que ambas as dimensões do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU) apresentam um valor de VEM igual ou superior a 0.5. Desta forma, na sua globalidade, a escala apresenta evidências de Validade Convergente.

Validade Discriminante

Como é igualmente observável na Tabela 7, perante a possível comparação entre os fatores correlacionados, existem evidências de validade discriminante no fator Evitamento bem como no fator Ocultação. Desta forma, o Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU) apresenta a respetiva Validade Discriminante.

Tabela 7

Estudo da Validade Discriminante do Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)

Associação entre os diferentes domínios	VEM	Quadrado da Correlação	Validade Discriminante
Fator Evitamento	,648	,321	Sim
Fator Ocultação	,507	,321	Sim

Nota. VEM= Variância Extraída da Média

Num momento anterior à elaboração do modelo de equações estruturais com e sem as variáveis independentes adicionais, foi necessário retirar o item 8 (i.e., *limitar as saídas sociais*) da dimensão evitamento do instrumento das estratégias disfuncionais de IU pelo facto deste item medir o mesmo construto que a variável dependente em estudo - o isolamento social. Desta forma, para evitar possíveis erros, optou-se por retirar o item.

Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)

Urinary Incontinence Social Isolation Questionary

Sensibilidade

Como é possível observar na Tabela 8, todos os itens do Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ) apresentaram respostas que se distribuíram pelos valores do mínimo ao máximo do questionário, sendo que os valores absolutos de assimetria (i.e., Skewness [Sk]) e achamento (i.e., Kurtosis [Ku]) se encontram, respetivamente, abaixo de três e de sete (Marôco, 2021).

Tabela 8

Estudo das propriedades psicométricas do Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)

Itens do UI-SIQ	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
2.Ter Incontinência Urinária faz-me recusar convites para sair ou estar com amigos/família.	1	4	1.618	2.407
4. Sinto-me frequentemente isolada dos outros.	1	4	1.998	4.534
5. As perdas de urina fazem-me sentir mal comigo mesma.	1	4	.857	.477
8. Sinto-me incompreendida pelos outros.	1	3	1.752	2.752
9.Evito conhecer pessoas novas.	1	3	2.010	4.032

Nota. Sk = *Skewness* (assimetria); Ku = *Kurtosis* (achamento)

Fiabilidade de Construto

Como é possível observar na Tabela 9, verificou-se que o Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ) apresenta uma boa Fiabilidade Compósita.

Tabela 9

Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ): Fiabilidade Compósita

Fator	FC
Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)	,87

Nota. FC=Fiabilidade Compósita

Validade de Construto

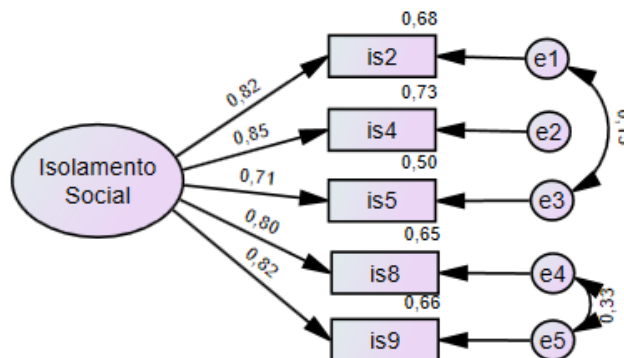
Validade Fatorial

De acordo com a Figura 3, o Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ) apresentou valores muito adequados de validade fatorial, apresentando valores de ajustamento muito bons ($CFI=0.999$; $TLI=0.995$; $RMSEA=0.39$; $SMRM=0.0069$). Todos os itens apresentaram índices fatoriais (λ) superiores a 0.5, sendo que o valor mínimo adequado ($\lambda \geq 0.71$), apresentando assim uma boa fiabilidade individual.

Figura 3

Modelo de Análise Fatorial Confirmatória do Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)

Modelo da Análise Fatorial Confirmatória do Urinary Incontinence Social Isolation Questionary (UI-SIQ)
 $CFI=,999$; $TLI=,995$; $RMSEA=,039$; $RMSEA=P(rmsea \leq 0.05)=,703$;
 $SMRM=0,0069$; $MECVI=,022$



Validade Convergente

Como é possível observar na Tabela 10, o Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ) apresenta um valor de VEM superior a 0.5 indicando desta forma a respetiva Validade Convergente.

Tabela 10

Estudo da Validade Convergente do Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)

Fator	VEM
Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)	,672

Nota: VEM= Variância Extraída da média

2) Caracterização Clínica da amostra em estudo

A caracterização clínica e estilo de vida da amostra encontra-se documentada na Tabela 11.

Tabela 11

Características clínicas e estilo de vida da amostra

Características	Mulheres com IU (n=1538)	
	N	%
Número de partos vaginais		
0	425	28.1
1	442	27.6
2	509	33.6
3	131	8.7
4	31	2.0
Número de partos por cesariana		
0	1062	70.2
1	325	19.8

2	121	8.0
3	28	1.9
4	2	0.1
Laceração do períneo		
Sim	851	54.6
Não	687	45.4
Diagnóstico de doença física		
Sim	545	34.4
Não	993	65.6
Hipertensão	72	4.7
Hipotireoidismo	51	3.3
Asma	45	2.9
Diabetes	35	2.2
Diagnóstico de doença mental		
Sim	248	14.7
Não	1290	85.3
Depressão	133	8.8
Ansiedade	96	4.7
Psicótico	5	0.3
Obsessivo	4	0.3
Fase de menopausa		
Pré-menopausa	339	22.4
Peri-menopausa	574	36.3
Pós-menopausa	625	41.3
Procura de ajuda médica para gerir os sintomas de menopausa		
Sim	664	43.9
Não	874	56.1
Consumo de café		
Sim	1263	83.5
Não	275	16.5
Consumo de outras bebidas		

Quentes/frias		
Sim	1286	85.0
Não	252	15.0
Prática de atividade física de Alto impacto		
Sim	207	13.7
Não	1331	86.3
Nível do IMC		
Abaixo do peso	32	2.1
Peso saudável	651	41.4
Acima do peso	552	36.5
Obesidade nível I	226	14.9
Obesidade nível II	60	4.0
Obesidade nível III	17	1.1
Tipo de IU		
Esforço	558	36.2
Urgência	334	21.7
Mista	243	16.1
Procura de ajuda médica para a IU		
Sim	620	41.0
Não	918	59.0
Tratamento para a IU		
Sim	448	29.1
Não	1090	70.9
Prescrição de medicação para a IU		
Sim	70	4.6
Não	1468	95.4
Exercícios de fortalecimento do Pavimento pélvico		
Sim	369	24

Nota: IU = Incontinência urinária

Tabela 12

Tipos de IU e índice de gravidade nas diferentes fases de Menopausa na amostra em estudo

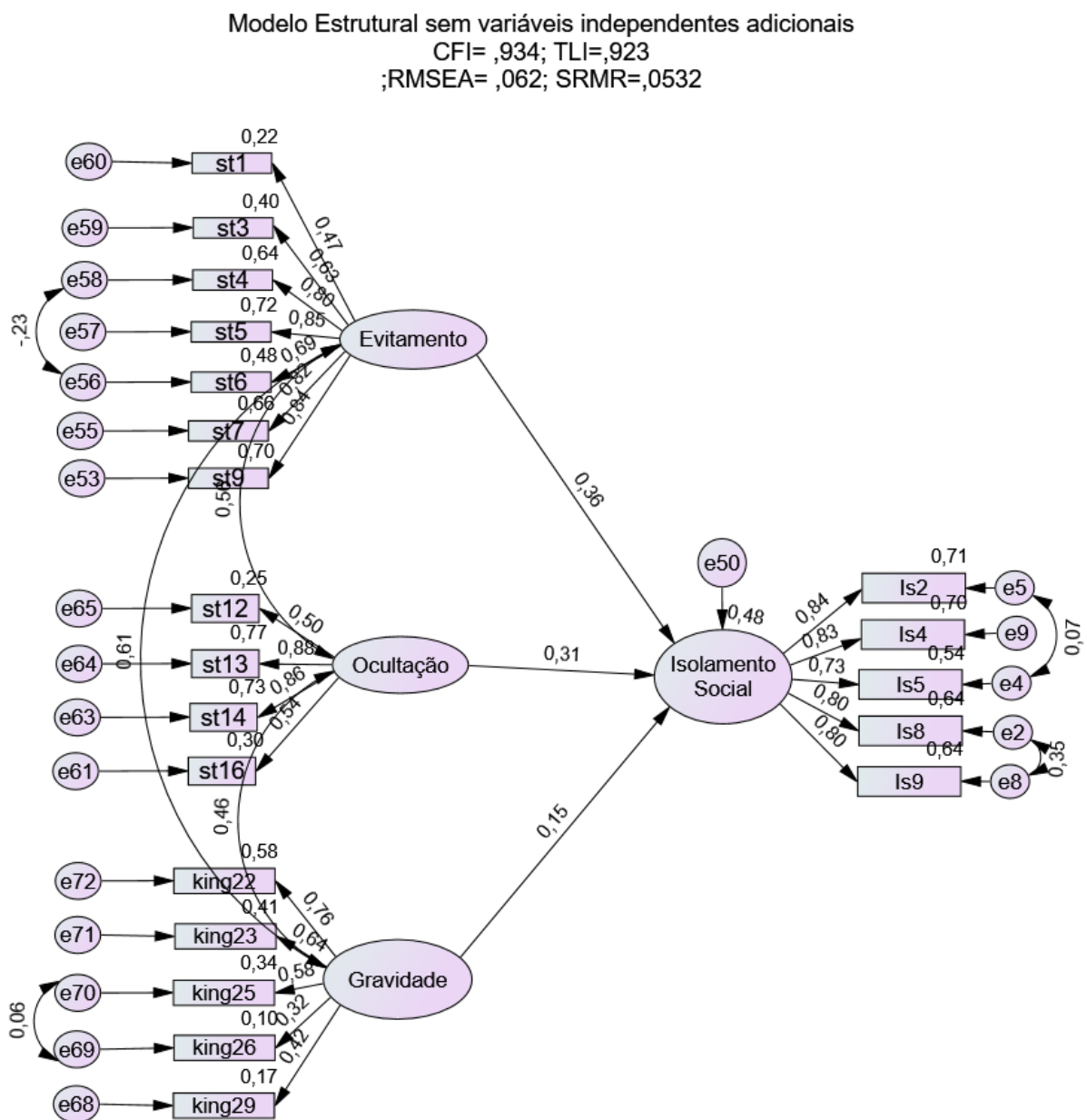
Fase de Menopausa	Gravidade				Tipos de IU							
	Ligeiro-Moderado		Moderado-Severo		Esforço		Urgência		Mista		<i>Abaixo dos resultados de IUE/IUU</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré	258	21.5	91	26.9	87	15.6	39	11.7	30	12.3	193	47.9
Peri	424	35.3	135	39.9	242	43.4	144	43.1	103	42.4	65	16.1
Pós	518	43.2	112	33.2	229	41.0	151	45.2	110	45.3	145	36.0
n	1200		338		558		334		243		403	

Questão de Investigação

Modelo Estrutural para testar a relação entre a Gravidade dos Sintomas de IU e as Estratégias Disfuncionais com o Isolamento Social (IS)

Figura 4

Modelo Preditivo do impacto dos sintomas de IU e da adoção de estratégias disfuncionais no IS durante a meia-idade, sem as variáveis independentes adicionais

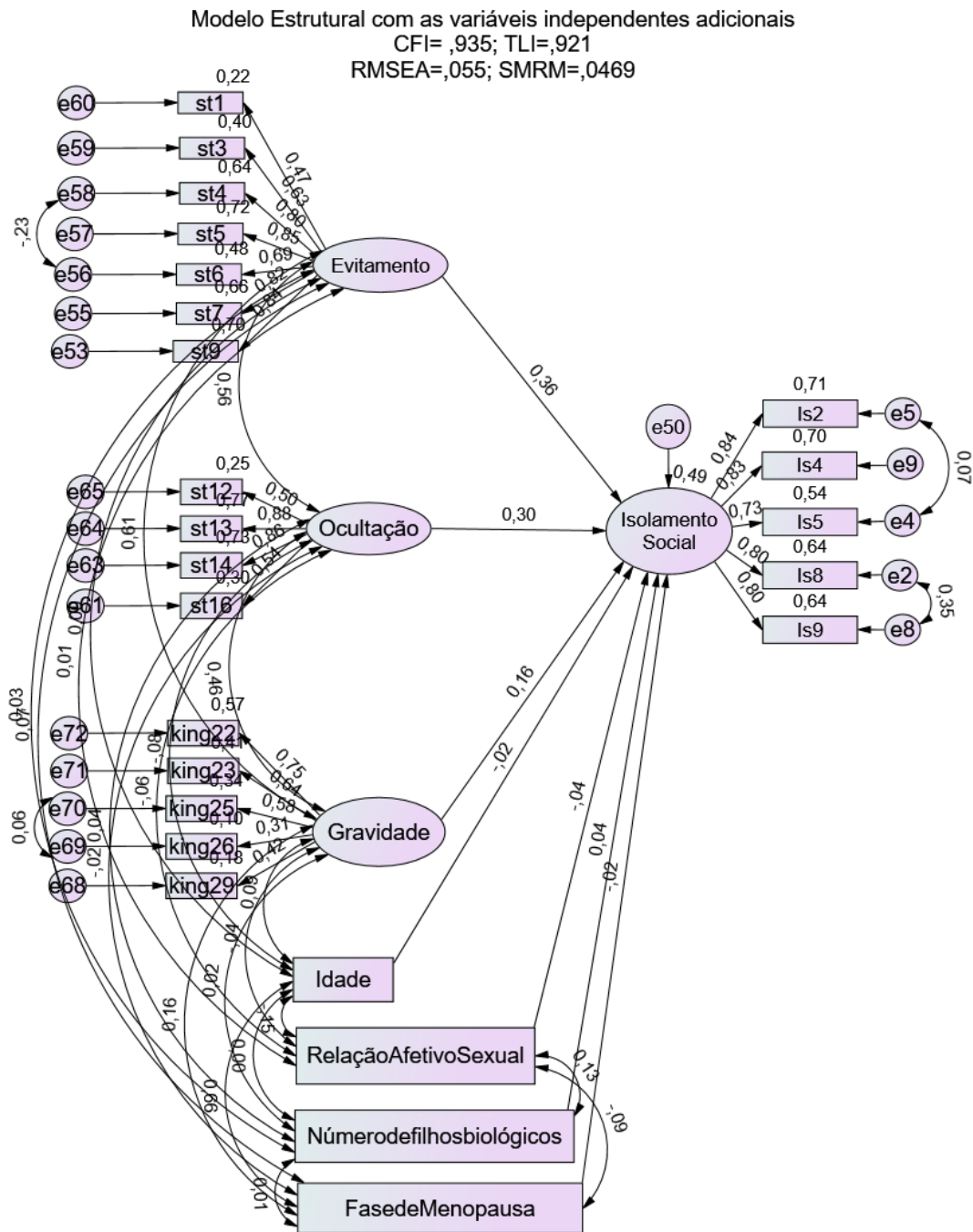


Conforme exemplificado na Figura 4, o modelo com a Gravidade dos Sintomas de IU e a adoção de Estratégias Disfuncionais (i.e., Evitamento e Ocultação) como preditores do Isolamento Social (IS) apresentou um bom ajustamento ($CFI= 0.934$ $TLI= 0.923$; $RMSEA= 0.062$; $SMRM= 0.0532$).

No que concerne à significância das trajetórias, a Gravidade dos Sintomas de IU revelou ser um preditor significativo do Isolamento Social (IS) ($\beta= 0.153$; $p<0.001$). Ou seja, quanto mais graves são os sintomas de IU, maior é o Isolamento Social. Relativamente à adoção de Estratégias Disfuncionais, a dimensão Evitamento revelou ser um preditor significativo do Isolamento Social (IS) ($\beta= 0.360$; $p<0.001$). Por sua vez, a dimensão Ocultação revelou-se igualmente um preditor significativo do Isolamento Social ($\beta= 0.311$; $p<0.001$). Desta forma, quanto maior for a adoção de estratégias disfuncionais de ambas dimensões (i.e., Evitamento e/ou Ocultação) com o objetivo de gerir a IU, maior os níveis de Isolamento Social (IS).

Figura 5

Modelo Preditivo do impacto dos sintomas de IU e da adoção de estratégias disfuncionais no IS durante a meia-idade, com as variáveis independentes adicionais: fase de menopausa, idade, número de filhos biológicos e a relação afetivo-sexual



Como é possível observar na Figura 5, o modelo com a gravidade dos sintomas de IU como preditores do Isolamento Social e do impacto da adoção de Estratégias Disfuncionais no Isolamento Social com as variáveis independentes adicionais (i.e., fase de menopausa, idade, número de filhos biológicos e relação afetivo-sexual), apresentou um bom ajustamento ($CFI= 0.935$; $TLI=0.921$; $RMSEA=0.055$; $SRMR= 0.0469$).

Relativamente à significância das trajetórias das variáveis independentes adicionais, como demonstrado na *Tabela 13*, a idade não foi um preditor significativo do isolamento social. Ou seja, na amostra do presente estudo, a idade nas mulheres com IU não influencia os níveis de Isolamento Social. Por sua vez, a relação afetivo-sexual demonstrou ser um preditor *marginalmente* significativo do isolamento social. Estes resultados indicam que as mulheres com IU que mantêm uma relação afetivo-sexual apresentam menos isolamento social. No que concerne ao número de filhos biológicos, este demonstrou ser igualmente um preditor *marginalmente* significativo do Isolamento social, no entanto, o resultado do coeficiente *beta* (β) revela que existe uma relação positiva entre as duas variáveis. Ou seja, estes dados indicam que as mulheres com IU que tenham um ou mais filhos biológicos podem apresentar um aumento no nível de isolamento social. À semelhança de outras variáveis supracitadas, a fase de menopausa não demonstrou ser um preditor significativo do isolamento social, ou seja, a fase de menopausa em que a mulher se encontra não exerce efeito nos níveis de isolamento social.

Tabela 13

Trajетórias significativas entre as Variáveis Independentes adicionais e a Variável Dependente do Modelo de Equações Estruturais

Trajетórias	β	<i>p</i>
Isolamento Social ← Idade	- 0.022	0.433
Isolamento Social ← Relação afetiva-sexual	-0.042	0.051
Isolamento Social ← Número de filhos biológicos	0.039	0.059
Isolamento Social ← Fase de menopausa	-0.019	0.499

Discussão

O presente estudo propõe-se a analisar o impacto da Gravidade dos sintomas de Incontinência Urinária (IU) no Isolamento Social (IS) e o impacto da adoção de Estratégias Disfuncionais (i.e., Evitamento e Ocultação) no Isolamento Social (IS), numa amostra de mulheres portuguesas na meia-idade (40 a 65 anos).

Este estudo propõe-se ainda a analisar a relação entre a fase de Menopausa, a idade, o número de filhos biológicos e a presença de relação afetivo-sexual com o Isolamento Social.

Neste sentido, no que diz respeito aos resultados do presente estudo, verifica-se que a Gravidade dos Sintomas de IU é um preditor significativo do Isolamento Social. Desta forma, é possível aferir que na amostra em estudo, as mulheres que apresentem índices de gravidade de sintomas de IU mais elevados apresentam um maior isolamento social. Estes dados são congruentes com a literatura, uma vez que a mesma demonstra que a gravidade dos sintomas de IU é sentida como humilhante e incapacitante, estando associada a uma diminuição das interações sociais, influenciando diretamente a qualidade das relações interpessoais de quem vive com esta condição (Botelho et al., 2007; Farage et al., 2008; Melville et al., 2005; Miller & Hoffman, 2006; Pizzol et al., 2020). Com base na literatura, as mulheres que sofrem perdas de urina involuntárias em público tendem a limitar as suas saídas sociais para evitar serem alvo de estigma social (Mendes et al., 2017), esta redução nos momentos de socialização e interação com o outro, poderá originar um maior isolamento social (Botelho et al., 2007; Cohen, 2004). Desta forma, se as mulheres com IU tiverem uma boa rede de suporte social, poderão ter mais facilidade em lidar com os sintomas, uma vez que não experienciam exclusão social (Cohen, 2004; Umberson & Karas Montez, 2010), o que conseqüentemente poderá contribuir para a diminuição do isolamento social.

No que concerne as estratégias disfuncionais de gestão das perdas de urina (i.e., evitamento e ocultação), verifica-se que na amostra do presente estudo a adoção de estratégias como o evitamento e a ocultação são ambos preditores significativos do isolamento social (IS). Ou seja, é possível afirmar que adotar estratégias disfuncionais de ordem mais defensiva e evitante (e.g., reduzir a ingestão de líquidos; ficar mais tempo em casa de forma a evitar situações desconfortáveis; limitar a atividade física) e estratégias de ocultação (e.g., usar cores ou roupas escuras que escondam as manchas; usar saias e casacos compridos para cobrir as manchas) com o intuito de colmatar o impacto dos

sintomas de IU, origina um aumento do isolamento social. Ainda que ambas dimensões predizam significativamente o IS, verifica-se que a dimensão *evitamento* tem uma maior influencia no isolamento. Este resultado pode ser explicado pelo facto de que, quando se evita e condiciona com regularidade atividades e momentos sociais e de lazer, as interações sociais diminuem e conseqüentemente o isolamento social tenderá a aumentar. (Cotterell & Phillipson, 2018; Umberson & Montez, 2010).

Ainda que a literatura relativamente às estratégias disfuncionais como mecanismo de gestão dos sintomas de IU seja reduzida, pode-se aferir que estes dados são concordantes com a mesma, uma vez que nos demonstra que quando uma condição como a IU se torna possivelmente perceptível pelos outros, como as perdas de urina e o odor, as mulheres tendem a confinar-se em pequenos círculos sociais e/ou evitar momentos de socialização (Hägglund & Wadensten, 2007; Hämmig, 2019).

O estigma fortemente associado à IU origina emoções como a vergonha, frustração e medo do julgamento, fatores que influenciam a adoção de estratégias disfuncionais (i.e., evitamento e ocultação), que têm como objetivo esconder as perdas de urina e possíveis constrangimentos, o que, tal como a literatura nos diz, contribui para a diminuição das interações sociais e conseqüentemente aumenta o isolamento social (Biordi, 2013; Bedretdinova et al., 2016; St John et al., 2013; Xiaojuan Wan et al., 2014). As estratégias são consideradas disfuncionais porque são implementadas de forma autónoma e sem acompanhamento médico, tornando-se, ao longo do tempo, estratégias que contribuem para o agravamento da IU e agudização dos sintomas uma vez que a condição clínica agudiza na ausência de tratamento (Hägglund, 2007; Mahfouz et al., 2023; Porto et al., 2023).

No que concerne aos resultados das propriedades psicométricas do instrumento das estratégias disfuncionais relativamente à sensibilidade dos itens 10 (i.e., Usar cuecas-fralda); 11 (i.e., Usar pensos femininos [higiénicos]) e 15 (i.e., Usar fraldas de adultos), uma possível explicação para o facto de apresentarem valores de sensibilidade reduzidos debruça-se sobre o índice de gravidade de sintomas de IU da amostra do presente estudo, uma vez que das 1528 mulheres, 1200 apresentam um nível de gravidade de sintomas de IU ligeiro-moderado. Desta forma, pelo facto do índice de gravidade dos sintomas de IU na amostra em estudo não se apresentar muito grave, as estratégias representadas pelo item 10 (i.e., Usar cuecas-fralda) e item 15 (i.e., Usar fraldas de adultos) não seriam necessárias num quadro ligeiro-moderado.

Relativamente às variáveis independentes adicionais (i.e., idade, relação afetivo-sexual, fase de menopausa e número de filhos biológicos), verifica-se que na amostra do presente estudo, a idade não se traduz num preditor significativo do isolamento social. Ou seja, a idade em mulheres com perdas de urina dos 40 aos 65 anos não é um fator que influencie o aumento dos níveis de isolamento social. Ainda que muito reduzida, estes dados revelam-se incongruentes com a literatura, tendo em conta que a mesma demonstra que o nível de isolamento social tende a aumentar com o envelhecimento (Steptoe, A., 2013; Hamming., 2019; Menec, 2019; Rook, 2020; Delerue Matos et al., 2021). Uma possível explicação relaciona-se com o facto de que as mulheres, dos 40 aos 65 anos, encontram-se com papéis importantes e ativos na sociedade, no trabalho, nas relações interpessoais e na família (Montelene et al., 2018). Com base nas características sociodemográficas da amostra em estudo, cerca de 80% (i.e., $n = 1245$ mulheres) das participantes encontram-se profissionalmente ativas. O facto de se manterem ativas, pode colocar em hipótese que à partida terão mais contacto social e que consequentemente os níveis de isolamento social serão mais baixos.

No que concerne a relação afetivo-sexual, verifica-se que esta é um preditor marginalmente significativo do isolamento social. É possível afirmar que, na amostra do presente estudo, as mulheres com sintomas de IU que mantenham uma relação afetivo-sexual apresentam um menor isolamento social. Ainda que a literatura seja reduzida, é possível aferir que estes dados são congruentes com a literatura, tendo em conta que a mesma tem vindo a demonstrar que estar numa relação afetivo-sexual está associada a uma melhor qualidade de vida e qualidade das relações interpessoais (Fernandes et al., 2015; Giannouli et al., 2012; Han et al., 2014). Segundo os dados sociodemográficos da amostra em estudo, cerca de 79.1% das participantes mantêm uma relação afetivo-sexual, ou seja, estes valores permitem-nos concluir que a maior parte das participantes mantêm relações afetivo-sexuais, resultado que de acordo com a literatura, explica o isolamento social mais reduzido.

Por sua vez, verificou-se que a fase de menopausa não se revela um preditor significativo do isolamento social. A literatura sobre a relação entre estas duas variáveis é reduzida e, desta forma, não existe um consenso relativamente ao impacto das fases de menopausa no isolamento social. No entanto, sabe-se que segundo alguns estudos, alguns dos sintomas associados às fases de menopausa (e.g., sintomas vasomotores, alterações cognitivas) impactam a qualidade de vida e afetam negativamente as atividades de lazer e a vida social das mulheres na meia-idade (Giannouli et al., 2012; Han et al., 2014;

Monteleone et al., 2018; Woods, N. F., & Mitchell, E. S., 2013) podendo desta forma contribuir na prevalência do isolamento social. Sabe-se ainda que, segundo a literatura, é na fase de peri-menopausa que os sintomas experienciados se revelam mais intensos (Alperin et al., 2018; Legendre et al., 2013; Møller et al., 2000; Parazzini et al., 2000).

Uma possível explicação para a ausência do impacto supracitado debruça-se sobre o facto de que a maioria das participantes com IU no presente estudo (i.e., 63.7% - 964 mulheres), encontram-se em fases de pré-menopausa e pós-menopausa onde os sintomas experienciados são mais leves e desta forma, não repercutem um impacto tão significativo na qualidade da vida social e relações interpessoais e, subseqüentemente, no IS.

No que concerne o número de filhos biológicos, verificou-se que se traduz num preditor marginalmente significativo do isolamento social, no entanto, o coeficiente *beta* (β) sugere que existe uma relação positiva entre as duas variáveis. Ainda que o efeito entre ambas seja reduzido, este resultado sugere que ter um ou mais filhos biológicos pode estar associado a um aumento no nível de isolamento social, na amostra em estudo. A literatura revela-se bastante reduzida em relação à associação direta entre o número de filhos biológicos e o isolamento social, no entanto, parece não existir um consenso relativamente à associação destas duas variáveis.

Segundo Tietjen (1985), os filhos podem exigir muito do tempo e energia das suas mães, no entanto, também podem influenciar e criar oportunidades no contacto com o mundo e com o outro através de possíveis eventos relacionados com os mesmos (e.g., atividades escolares, eventos desportivos, atividades de lazer) e, desta forma, além de poderem ser eles próprios fontes de companhia e suporte social, também podem facilitar na interação com outras pessoas, especialmente com outras mães (Small et al., 2011). No entanto, com base no estudo de Ussher et al., (2016), ser mãe envolve várias alterações no quotidiano, as mulheres perdem a sua individualidade e deixam de fazer várias coisas que outrora faziam parte da sua vida, como estar com amigos. Optam por dedicar toda a sua vida aos filhos, esquecendo de certa forma, a sua vida individual. Neste estudo, as mães referem que fazerem sacrifícios pelos filhos implica que desistam dos seus sonhos e se foquem somente na sua família. A maioria das mulheres mencionou que deixaram de ter disponibilidade para estar com os amigos e que ao perder estas relações experienciaram isolamento social. Adicionalmente, documentado na literatura, um ambiente familiar tóxico ou distante está associado ao aumento do isolamento social (Lay-Yee et al., 2023; Repetti et al., 2002). Sabe-se que os membros da família que vivem

na mesma casa podem acabar por se isolar uns dos outros em detrimento de procurar estabelecer contacto entre si (Cardoso et al., 2008, Carvalho et al., 2015; Huisman et al., 2012; Thompson et al., 2019). De facto, não é do nosso conhecimento se os filhos vivem com as mães nem qual é o contexto do agregado familiar da amostra em estudo. Tal como sugere a literatura, o facto de os filhos viverem com a mãe não significa inequivocamente que exista uma boa comunicação e relação entre ambos, sendo esta falta de relação um possível contributo para o IS.

Para além da relevância dos resultados obtidos através das análises quantitativas dos dados recolhidos, a análise descritiva dos dados permite-nos realizar uma caracterização sociodemográfica, clínica e de estilo de vida das participantes, auxiliando na compreensão da amostra.

Na amostra do presente estudo verifica-se que cerca de 59% das mulheres com sintomas de IU ainda não procurou apoio médico profissional relativamente à sintomatologia experienciada. Segundo a literatura, a realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (Botelho et al., 2007; Burgio, 2009; Castro & Bortolini, 2014) são muito importantes no tratamento da incontinência urinária e na sua prevenção, no entanto, 76% da amostra em estudo não realiza/realizou nenhum tipo de tratamento conservador como exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Estes dados revelam-se congruentes com o que é amplamente documentado na literatura e que nos demonstra que a percentagem de mulheres com sintomas de IU que optam por procurar tratamento e apoio médico é muito reduzida, como supracitado, estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procure ajuda profissional (Botelho, Silva, & Cruz, 2007, Fernandes et al 2015). O estigma e a vergonha comumente associados a esta condição revelam-se como um dos fatores que influenciam a escassa procura (Bates & Porter, 2002; Burgess et al., 2001; Bush et al., 2001; Hannestad, et al., 2002; Nambiar et al., 2017).

No que diz respeito às mulheres com sintomas de IU, verifica-se que o tipo de IU mais prevalente é a incontinência urinária de esforço com uma percentagem de 36% ($n=558$) da amostra. Por sua vez, é possível aferir que a incontinência urinária mista (IUM) é o tipo de IU menos prevalente na amostra em estudo, tendo em conta que apenas 16.1% ($n=243$) apresentam este tipo de IU. Estes dados são congruentes com o que se encontra vastamente documentado na literatura, à qual tem vindo a demonstrar que a maioria das mulheres com IU apresenta uma maior prevalência de IUE. Desta forma é possível

afirmar que a IUE se traduz no tipo de IU mais comum nas mulheres (Abrams et al., 2002; Coyne et al., 2014; ICS, 2020; SPG, 2021).

Um outro dado relevante obtido através da caracterização sociodemográfica e de estilo de vida das participantes tem que ver com a prática de atividade física de alto impacto. Segundo os resultados obtidos, 86.9% da amostra em estudo não pratica atividade física de alto impacto e 36% da amostra em estudo experiencia IUE. Como inicialmente analisado, a literatura refere que os sintomas de IUE caracterizam-se pela perda de urina como consequência de esforços físicos e de determinadas atividades que requerem uma contração do músculo pélvico e pressão na bexiga, como o exercício físico (especialmente de alto impacto). Desta forma, coloca-se em hipótese que, possivelmente, na nossa amostra, as mulheres optam por não realizar práticas de atividade física de alto impacto com o objetivo de se protegerem de possíveis perdas de urina involuntárias.

Adicionalmente, cerca de 83.5% ($n= 1263$) da amostra em estudo relata ingerir café. Com base no que a literatura refere, ainda que empiricamente pouco sustentado, determinadas bebidas como o café e o chá podem contribuir para a irritação na bexiga, uma vez que a cafeína, ao aumentar a pressão arterial, contribui para que a bexiga fique hiperativa e conseqüentemente aumenta a necessidade de urinar, promovendo desta forma a IUU (Lohsiriwat et al., 2011; Yuan et al., 2007).

Um outro dado relevante relativamente à caracterização da amostra debruça-se sobre o facto de que 71.9% ($n= 1113$) da amostra em estudo realizou partos vaginais. Este resultado vai de encontro com o que está amplamente documentado na literatura, sugerindo que o parto vaginal se constitui como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de IU, possível consequência das alterações anatómicas do pavimento pélvico (Andrews et al., 2012; Amaral et al., 2015; Bilgic et al., 2015; Hutton et al., 2018; Lasserre 2009; Minissan et al., 2003; Saraswat, 2020). Num estudo realizado por Andrews et al., 2012, a incontinência urinária foi mais de quatro vezes mais comum, depois de partos vaginais.

Ainda relativamente aos resultados obtidos através da análise descritiva da amostra do presente estudo, 56.7% das mulheres com sintomas de IU apresenta um nível de IMC acima do peso saudável. Estes resultados revelam-se congruentes com o que a literatura documenta, tendo em conta que a mesma nos indica que o excesso de peso e obesidade se constituem como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de IU (Hannestad et al., 2000; Marcelissen, et al., 2019; Townsend, et al., 2007; Subak et al., 2009; Van Duijvenbode, 2009; Vaughan et al., 2013).

Apesar de existirem vários estudos científicos que exploram a Incontinência Urinária (IU), no que concerne a variáveis como o Isolamento Social e no que diz respeito às Estratégias Disfuncionais, a literatura revela-se escassa. O objetivo do presente estudo passa por contribuir para a diminuição da lacuna existente relativamente a estas variáveis. Como nos demonstra a literatura, a IU (e as suas condicionantes) traduz-se numa condição subvalorizada e estigmatizada, envolvida por crenças disfuncionais que contribuem acentuadamente para a desinformação sobre si e que, conseqüentemente, podem causar um impacto negativo na saúde da mulher (Abrams et al., 2015; Asklund et al., 2019; Demir & Beji., 2015; Hannestad, et al., 2002; Shawn et al., 2019). Desta forma, a elaboração deste estudo revela-se um contributo importante e útil para a ciência incidida na saúde da mulher.

Este estudo apresentou algumas limitações. Em primeiro lugar, uma das limitações apontadas tem que ver com o nível de gravidade dos sintomas de IU na amostra em estudo, uma vez que 1200 mulheres apresentam um nível ligeiro-moderado de gravidade de sintomas. A média da gravidade dos sintomas de IU na amostra é de $M_{gravidade}=1.591$; $DP_{gravidade}=0.853$. Em segundo lugar, uma outra limitação a assinalar debruça-se sobre o facto de a recolha dos dados ter sido realizada via *online*, limitando a possibilidade de esclarecer dúvidas e questões emergentes no decorrer do preenchimento do protocolo. Associada a esta limitação, os dados recolhidos foram realizados individualmente e autonomamente pelos participantes, sem confirmação de que teriam um diagnóstico clínico de IU, o que poderá contribuir para um enviesamento na análise. A literatura ainda é relativamente reduzida no que concerne a variáveis como a adoção de estratégias disfuncionais e isolamento social, especificamente em mulheres com IU.

Apesar das limitações supracitadas, este estudo possui várias 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) avaliação do impacto dos sintomas de IU no IS; 3) demonstração do impacto das Estratégias Disfuncionais para gestão da IU no IS, tendo como nota que a literatura é escassa relativamente à associação destas variáveis; 4) incorporação de novos instrumentos que avaliam as variáveis numa amostra específica; 5) 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), versão portuguesa.

Como sugestão para estudos futuros, primeiramente seria relevante aumentar a recolha de dados em amostras onde, devido a características clínicas, o nível de gravidade de sintomas de IU se apresente mais elevado. Neste sentido, a recolha de amostra em contexto clínico, após avaliação médica objetiva e com diferentes níveis de gravidade, seria importante. Em segundo lugar, tendo em conta que o presente estudo não explora os tipos de IU e o impacto concreto de cada um; seria interessante, futuramente, analisar as diferenças entre os três tipos de IU (i.e., IUE; IUU; IUM) e os diferentes impactos de cada um no isolamento social e na adoção de estratégias disfuncionais. Seria também relevante analisar o impacto dos diferentes tipos de IU no funcionamento sexual das mulheres de meia-idade bem como analisar o impacto de cada tipo de IU nas perturbações do sono, presentes frequentemente em fase pós-menopausa.

Adicionalmente, uma outra sugestão para estudos futuros seria analisar se os filhos biológicos ainda vivem com a mãe, as suas faixas etárias bem como o contexto do agregado familiar das mulheres, com o objetivo de analisar de uma forma mais objetiva a relação entre o número de filhos biológicos com o isolamento social em mulheres com sintomas de IU. Por último, uma outra sugestão para estudos futuros tem que ver com a janela de idades da amostra em estudo, de forma a obter uma análise com faixas etárias mais abrangentes, seria interessante analisar a relação entre a idade e o isolamento social em idades superiores a 65 anos, onde possivelmente a relação entre as duas variáveis em análise seria estatisticamente significativa.

Apesar do impacto pessoal e social da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres que padecem desta condição, bem como o encargo económico que acarreta tanto para quem vive com IU como para a sociedade em geral, continua a ser uma problemática negligenciada e subvalorizada ao nível de saúde uroginecológica da mulher, tanto pelas próprias quanto pelos profissionais de saúde (Fernandes et al., 2015) com mais de 3 milhões de paciente sem tratamento adequado (Nitti V. W., 2001). Este pouco reconhecimento, como vimos anteriormente, deve-se ao possível desconhecimento relativamente à IU e falta de literacia em saúde, como retratado na literatura (Abrams et al., 2015; Asklund et al., 2019; Bilgic et al., 2015; Lukacz et al., 2017).

A incontinência urinária traduz-se numa epidemia silenciosa (Fernandes et al., 2015), onde as mulheres com esta condição optam por uma autogestão das perdas de urina muitas vezes disfuncional, tendo em conta que se traduzem em estratégias aplicadas de

forma independente e sem acompanhamento médico que não conduzem ao tratamento, pelo contrário, possivelmente influenciadas pela crença enviesada de que a IU não tem tratamento eficaz possível e que faz parte do seu próprio envelhecimento, tal como referem vários estudos (Abrams et al., 2015; Bilgic et al., 2015; Lukacz et al., 2017; Mahfouz et al., 2023; Kołodyńska et al., 2019; Waetjen et al., 2018)

Além de permitir que existam momentos de reflexão e consciencialização relativamente ao impacto da IU e da adoção de estratégias disfuncionais (i.e., utilizadas autonomamente e sem supervisão profissional) no aumento do isolamento social, este estudo poderá ainda ser relevante para a prática clínica, essencialmente para o desenvolvimento de intervenções e programas psicossociais mais incisivos e eficazes, para a manutenção e minimização dos sintomas de incontinência urinária, contribuindo desta forma para uma melhoria no cenário atual da saúde na área de urologia e consequentemente, uma melhoria na qualidade de vida e das relações interpessoais de quem experiencia esta condição.

Deste modo, o presente estudo confirmou a existência de um impacto significativo da Gravidade dos Sintomas de IU e da adoção de Estratégias Disfuncionais (i.e., Evitamento e Ocultação) no Isolamento Social das mulheres portuguesas de meia-idade com sintomas de incontinência urinária.

Referências

- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing (7th ed.)*. Upper Saddle River, NJ Prentice Hall. - References - Scientific Research Publishing. (n.d.).
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1302050>
- Abrams, P., Artibani, W., Cardozo, L., Dmochowski, R., van Kerrebroeck, P., & Sand, P. (2009). Reviewing the ICS 2002 terminology report: The ongoing debate. *Neurourology and Urodynamics*, 28(4), 287–287.
<https://doi.org/10.1002/nau.20737>
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., & Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37–49.
[https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., & Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37–49.
[https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)
- Abrams, P., Smith, A.P., & Cotterill, N. (2014). The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45–60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU international*, 115(1), 143–152 <https://doi.org/10.1111/bju.12852>
- Alperin, M., Burnett, L., Lukacz, E., & Brubaker, L. (2019). The mysteries of menopause and urogynecologic health: clinical and scientific gaps. *Menopause*, 26(1), 103–111. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001209>
- Amaral, M. O. P., Coutinho, E. C., Nelas, P. A. A. B., Chaves, C. M. B., & Duarte, J. C. (2015). Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the

- quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>
- Andrews, V., Shelmerdine, S., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2012). Anal and urinary incontinence 4 years after a vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*, 24(1), 55–60. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1835-7>
- Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.97>
- Asklund, I., Samuelsson, E., Hamberg, K., Umefjord, G., & Sjöström, M. (2019). User Experience of an App-Based Treatment for Stress Urinary Incontinence: Qualitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e11296.
- Avery, J.C., Braunack-Mayer, A.J., Stocks, N. P., Taylor, A.W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *OA Women's Health*, 1 (1), 1-10 <https://www.oapublishinglondon.com/article/662>
- Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 23(4), 322–330. <https://doi.org/10.1002/nau.20041>
- 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>
- 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>

- Bedretdinova, D., Fritel, X., Zins, M., & Ringa, V. (2016). The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Women? *Urology*, *91*, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2015.12.034>
- BILGIC, D., KIZILKAYA BEJI, N., OZBAS, A., CAVDAR, I., ASLAN, E., & YALCIN, O. (2015). Coping and Help-Seeking Behaviors for Management of Urinary Incontinence. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, *9*(3), 134–141. <https://doi.org/10.1111/luts.12120>
- Biordi, D.L. and Nicholson, N.R. (2009) *Social Isolation. In Chronic Illness Impact and Interventions, 7th Edition, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, 85-116. - References - Scientific Research Publishing.* (n.d.). Wwww.scirp.org. Retrieved July 7, 2024, from <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2578636>
- Blumel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., ... Calle, A. (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>
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). *Medicina Familiar Incontinência Urinária Feminina Definição e Epidemiologia Tipos de incontinência.* *24*, 79–82. <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/inc-urin-fem.pdf>
- Bradley, C. S., Rahn, D. D., Nygaard, I. E., Barber, M. D., Nager, C. W., Kenton, K. S., Siddiqui, N. Y., Abel, R. B., Spino, C., & Richter, H. E. (2010). The questionnaire for urinary incontinence diagnosis (QUID): validity and responsiveness to change in women undergoing non-surgical therapies for treatment of stress predominant urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *29*(5), 727–734. <https://doi.org/10.1002/nau.20818>
- Brittain, K. R., & Shaw, C. (2007). The social consequences of living with and dealing with incontinence—A carers perspective. *Social Science & Medicine*, *65*(6), 1274–1283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.002>

Brown, W. J., & Miller, Y. D. (2001). Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 4(4), 373–378.

[https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(01\)80046-3](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(01)80046-3)

Burgio, K. L. (2009). Behavioral Treatment of Urinary Incontinence, Voiding Dysfunction, and Overactive Bladder. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(3), 475–491. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.08.005>

Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social Isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x>

Cardoso, G., Espanha, R., & Lapa, T. (2012). Dinâmica familiar e interacção em torno dos media: autonomia dos jovens, autoridade e controlo parental sobre os media em Portugal. *Comunicação E Sociedade*, 13, 31–53. [https://doi.org/10.17231/comsoc.13\(2008\).1143](https://doi.org/10.17231/comsoc.13(2008).1143)

Carvalho, J., Francisco, R., & Relvas, A. P. (2015). Family functioning and information and communication technologies: How do they relate? A literature review. *Computers in Human Behavior*, 45, 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.11.037>

Castro, R. A., Arruda, R. M., & Bortolini, M. A. T. (2014). Female urinary incontinence: effective treatment strategies. *Climacteric*, 18(2), 135–141. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.947257>

Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021 Secção Portuguesa de Uroginecologia 2ª edição. (n.d.).

https://spginecologia.pt/wpcontent/uploads/2021/07/200253_Uroginecologia_SI TE.pdf

- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing Social Isolation in Older People. *Maturitas*, *113*(1), 80–84.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
- 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>
- Davis, S. R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M. A., Nappi, R. E., Shah, D., Villaseca, P., & Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day 2012. (2012). Understanding weight gain at menopause. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, *15*(5), 419–429. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.707385>
- de 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. *International journal of women's health*, *3*, 319–328.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S24822>
- Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, *21*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-02110956-w>
- Diokno, A. C., Burgio, K., Fultz, N. H., Kinchen, K. S., Obenchain, R., & Bump, R. C. (2004). Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *The American Journal of Managed Care*, *10*(2 Pt 1), 69–78.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15011807/>
- Du Moulin, M. F. M. T., Hamers, J. P. H., Paulus, A., Berendsen, C., & Halfens, R. (2005). The role of the nurse in community continence care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *42*(4), 479–492.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.08.002>

- DuBeau, C. E., Levy, B., Mangione, C. M., & Resnick, N. M. (1998). The impact of urge urinary incontinence on quality of life: importance of patients' perspective and explanatory style. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(6), 683–692. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb03801.x>
- Fakoya, O.A., McCorry, N.K. & Donnelly, M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* 20, 129 (2020).<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2007;277(4):285-290.<https://doi.org/10.1007/s00404-007-0505-3>
- 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, No5(IV Série)*, 93–99. <https://doi.org/10.12707/riv14042>
- Fultz, N. H., & Herzog, A. R. (2001). Self-Reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 892–899. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49179.x>
- Garcia, J. A., Crocker, J., & Wyman, J. F. (2005). Breaking the Cycle of Stigmatization. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(1), 38–52. <https://doi.org/10.1097/00152192-200501000-00009>
- Hägglund, D., & Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 305–312.

- Hämmig, O. (2019). Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. *PLOS ONE*, *14*(7), e0219663.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219663>
- 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)
- Hayder, D., & Schnepf, W. (2010). Experiencing and Managing Urinary Incontinence: A Qualitative Study. *Western Journal of Nursing Research*, *32*(4), 480–496.
<https://doi.org/10.1177/0193945909354903>
- Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2009). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, *21*(1), 5–26.
<https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>
- Huisman, S., Edwards, A., & Susan. (n.d.). THE IMPACT OF TECHNOLOGY ON FAMILIES. *International Journal of Education and Psychology in the Community IJEPC*, *2012*(1), 44–62.
http://www.marianjournals.com/files/IJEPC_articles/Vol_2_no_1_2012/Huisman_Edwards_Catapano_IJEPC%202_1_2012.pdf
- Hutton, E., Hannah, M., Willan, A., Ross, S., Allen, A., Armson, B., Gafni, A., Joseph, K., Mangoff, K., Ohlsson, A., Sanchez, J., Asztalos, E., & Barrett, J. (2018). Urinary stress incontinence and other maternal outcomes 2 years after caesarean or vaginal birth for twin pregnancy: a multicentre randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *125*(13), 1682–1690.

- Incontinência Urinária: causas – CH | Tâmega e Sousa.* (n.d.). Wwww.chts.min-Saude.pt.
<https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/incontinencia-urinaria/incontinencia-urinaria-causas/>
- Irwin, G. M. (2019). Urinary Incontinence. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 46(2), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.02.004>
- Kołodyńska, G., Zalewski, M., & Rożek-Piechura, K. (2019). Urinary incontinence in postmenopausal women - causes, symptoms, treatment. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 18(1), 46–50. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.84157>
- 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.
- Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Lubner KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol* 2008;111:678-685.
- Lay-Yee, R., Hariri, A. R., Knodt, A. R., Barrett-Young, A., Matthews, T., & Milne, B. J. (2023). Social isolation from childhood to mid-adulthood: is there an association with older brain age? *Psychological Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001964>
- Lohsiriwat, S., Hirunsai, M., & Chaiyaprasithi, B. (2011). Effect of caffeine on bladder function in patients with overactive bladder symptoms. *Urology Annals*, 3(1), 14. <https://doi.org/10.4103/0974-7796.75862>
- Lose, G. (2005). The Burden of Stress Urinary Incontinence. *European Urology Supplements*, 4(1), 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2004.10.002>
- Luanaigh, C. O., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>

- 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>
- 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>
- Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907–914.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Mahfouz, I. A., Blanker, M. H., Asali, F., Mehaisen, L. A., Mahfouz, S. A., Siyam, S., & Al-Attar, M. (2023). Seeking consultation for urinary incontinence: Behaviours and barriers among Jordanian women. *Neuourology and Urodynamics*.
<https://doi.org/10.1002/nau.25189>
- 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. *Neuourology and Urodynamics*, 38(S5).
<https://doi.org/10.1002/nau.24072>
- 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. Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software E Aplicações. [Analysis of Structural Equations: Theoretical Foundations, Software & Applications]. 3rd ed. Report Number Lda; 2021.
- Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações. (2a ed.). Pêro Pinheiro: Report Number

- Mascarenhas, T. (2011). Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinaria e prolapso dos órgãos pélvicos. In C. Freire de Oliveira (Coord.), *Manual de Ginecologia* (Cap. 30, pp. 97-142). Permanyer Portugal.
- Melville, J. L., Delaney, K., Newton, K., & Katon, W. (2005). Incontinence Severity and Major Depression in Incontinent Women. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(3), 585–592. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000173985.39533.37>
- 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>
- Mendes, A., Hoga, L., Gonçalves, B., Silva, P., & Pereira, P. (2017). Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, *15*(5), 1350–1408. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003389>
- Menec, V. H., Newall, N. E., Mackenzie, C. S., Shoostari, S., & Nowicki, S. (2019). Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLOS ONE*, *14*(2), e0211143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211143>
- Miller, J., & Hoffman, E. (2006). The Causes and Consequences of Overactive Bladder. *Journal of Women's Health*, *15*(3), 251–260. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.251>
- Milsom, I., Coyne, K. S., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Wein, A. J. (2014). Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. *European Urology*, *65*(1), 79–95. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031>

- Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
- Mishra, G. D., Anderson, D., Schoenaker, D. A. J. M., Adami, H.-O., Avis, N. E., Brown, D., Bruinsma, F., Brunner, E., Cade, J. E., Crawford, S. L., Dobson, A. J., Elliott, J., Giles, G. G., Gold, E. B., Hayashi, K., Kuh, D., Lee, K. A., Lee, J. S., Melby, M. K., & Mizunuma, H. (2013). InterLACE: A new International Collaboration for a Life Course Approach to Women's Reproductive Health and Chronic Disease Events. *Maturitas*, 74(3), 235–240. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.12.011>
- 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>
- 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*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008709.pub3>
- National Institute for Health and Care Excellence (2006) Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. Clinical Guideline. 40.
- Nihira, M. A., & Henderson, N. (2003). Epidemiology of urinary incontinence in women. *Current Women's Health Reports*, 3(4), 340–347. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12844460/>
- Nitti, V. W. (2001). The prevalence of urinary incontinence. *Reviews in Urology*, 3 Suppl 1(Suppl 1), S2-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16985992/>
- 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. *BMJ*, 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)
- 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., Pimenta, F., Mascarenhas, T., & João Marôco. (2023). Beliefs and strategies about urinary incontinence: a possible moderation role between symptoms and sexual function, and quality of life. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1252471>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Robert, M., Ross, S., Farrell, S. A., Andrew Easton, W., Epp, A., Girouard, L., Gupta, C., Lajoie, F., Lovatsis, D., MacMillan, B., Robert, M., Ross, S., Schachter, J., Schulz, J., & Wilkie, D. H. L. (2006). Conservative Management of Urinary Incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(12), 1113–1118. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32326-X](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32326-X)
- Robinson, D., & Cardozo, L. (2011). Estrogens and the lower urinary tract. *Neurourology and Urodynamics*, 30(5), 754–757. <https://doi.org/10.1002/nau.21106>
- Robinson, D., & Cardozo, L. D. (2003). The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction. *Urology*, 62(4), 45–51. [https://doi.org/10.1016/s00904295\(03\)00676-9](https://doi.org/10.1016/s00904295(03)00676-9)
- Rook, K. (2020). *The Functions of Social Bonds: Perspectives From Research on Social Support, Loneliness and Social Isolation*. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Functions-of-Social-Bonds%3A-Perspectives-From-on-Rook/36289e97f0054856b173ea592060de550396ef7a>

- 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>
- Santacreu, M., & Fernández-Ballesteros, R. (2011). Evaluation of a behavioral treatment for female urinary incontinence. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 133–139.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S17945>
- Saraswat, L., Rehman, H., Omar, M. I., Cody, J. D., Aluko, P., & Glazener, C. M. (2020). Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001754.pub5>
- 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, E. P. M., Borim, F. S. A., Bianchi, M., Yassuda, M. S., Neri, A. L., & Batistoni, S. S. T. (2022). Urinary incontinence, sense of control/autonomy and social participation in community-dwelling older adults. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 25. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210207.en>
- Small, R., Taft, A. J., & Brown, S. J. (2011). The power of social connection and supporting improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health*, 11(Suppl 5), S4.
<https://doi.org/10.1186/14712458-11-s5-s4>
- Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(9), 843–848.
<https://doi.org/10.1089/152460901753285732>

- St. John, W., Griffiths, S., Wallis, M., & McKenzie, S. (2013). Women's Management of Urinary Incontinence in Daily Living. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(5), 524–532. <https://doi.org/10.1097/won.0b013e3182a2198a>
- Steiger, J.H., Shapiro, A. & Browne, M.W. On the multivariate asymptotic distribution of sequential Chi-square statistics. *Psychometrika* 50, 253–263 (1985). <https://doi.org/10.1007/BF02294104>
- Stephens, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social Isolation, Loneliness, and All-Cause Mortality in Older Men and Women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Stickley, A., Santini, Z. I., & Koyanagi, A. (2017). Urinary incontinence, mental health and loneliness among community-dwelling older adults in Ireland. *BMC Urology*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-017-0214-6>
- Subak, L. L., Brown, J. S., Kraus, S. R., Brubaker, L., Lin, F., Richter, H. E., Bradley, C. S., Grady, D., & Diagnostic Aspects of Incontinence Study Group (2006). The "costs" of urinary incontinence for women. *Obstetrics and gynecology*, 107(4), 908–916. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000206213.48334>
- Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Bessaha, M. L., & Sabbath, E. L. (2019). The Association Between Social Isolation and Health: An Analysis of Parent–Adolescent Dyads from the Family Life, Activity, Sun, Health, and Eating Study. *Clinical Social Work Journal*, 48(1), 18–24. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00730-2>
- Thüroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K.-E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., Hampel, C., Neisius, A., Schröder, A., & Tubaro, A. (2011). EAU Guidelines on Urinary Incontinence. *European Urology*, 59(3), 387–400. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2010.11.021>

- Todhunter-Brown, A., Hazelton, C., Campbell, P., Elders, A., Hagen, S., & McClurg, D. (2022). Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD012337. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>
- Torrealday, S., & Pal, L. (2015). Premature Menopause. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 543–557. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.004>
- 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>
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 54–66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Ussher, J. M., Charter, R., Parton, C., & Perz, J. (2016). Constructions and experiences of motherhood in the context of an early intervention for Aboriginal mothers and their children: mother and healthcare worker perspectives. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3312-6>
- 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., & Markland, A. D. (2020). Urinary Incontinence in Women. *Annals of Internal Medicine*, 172(3), ITC17. <https://doi.org/10.7326/aitc202002040>
- Waetjen, L. E., Xing, G., Johnson, W. O., Melnikow, J., & Gold, E. B. (2018). Factors associated with reasons incontinent midlife women report for not seeking urinary incontinence treatment over 9 years across the menopausal

transition. *Menopause*, 25(1), 29–37.
<https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000943>

Wang, C., Li, J., Wan, X., Wang, X., Kane, R. L., & Wang, K. (2014). Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1112–1121.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12729>

Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (2013). Consequences of incontinence for women during the menopausal transition and early postmenopause. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, 20(9), 915–921.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318284481a>

Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol* 2014;123:141-148.

Wyman, J. F., Harkins, S. W., & Fantl, J. A. (1990). Psychosocial Impact of Urinary Incontinence in the Community-Dwelling Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 282–288. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb03505.x>

Wyndaele, J. J., Kovindha, A., Madersbacher, H., Radziszewski, P., Ruffion, A., Schurch, B., Castro, D., Igawa, Y., Sakakibara, R., & Wein, A. (2010). Neurologic urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 159–164.
<https://doi.org/10.1002/nau.20852>

Xu, D., Liu, N., Qu, H. *et al.* Relationships among symptom severity, coping styles, and quality of life in community-dwelling women with urinary incontinence: a multiple mediator model. *Qual Life Res* 25, 223–232 (2016).
<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1070-z>

Yip, S. O., Dick, M. A., McPencow, A. M., Martin, D. K., Ciarleglio, M. M., & Erekson, E. A. (2013). The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(2), 146.e1–146.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.11.010>

Yuan Mei Liao, Dougherty, M. C., Biemer, P. P., Chin Tai Liao, Palmer, M. H., Boyington, A. R., & Anna Marie Connolly. (2007). Factors related to lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei. *Neurourology and Urodynamics*, 27(1), 52–59.
<https://doi.org/10.1002/nau.20457>

Anexos

Anexo A – Revisão de Literatura Alargada

Incontinência Urinária

Tendo por base o que está descrito na literatura, a Incontinência Urinária (IU) traduz-se na perda involuntária de urina (Abrams et al., 2009; Haylen et al., 2009; Frawley et al., 2021; International Continence Society., 2021). Apesar de não ser uma condição que coloque a vida em risco, trata-se de uma problemática à escala mundial, afetando aproximadamente 250 milhões de pessoas no mundo (Bilgic et al., 2015). Em Portugal, segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) estima-se haver cerca de 600.000 portugueses com IU (Ministério da Saúde, 2018).

A IU subdivide-se em três tipos principais: 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; Sociedade Portuguesa Ginecologia., 2021). A IUE ocorre quando existe um aumento da pressão abdominal e uma ausência de contração do músculo detrusor (Aoki et al., 2018), ou seja, associa-se a pequenas perdas de urina momentâneas que amenizam aquando término da pressão intra-abdominal. No fundo trata-se de uma combinação variável de uma fraqueza muscular do esfíncter intrínseco uretral e de um defeito anatómico ou fraqueza no suporte uretral, fazendo com que exista uma insuficiência na pressão uretral durante o esforço físico. A IUE é o tipo mais comum de Incontinência Urinária tendo em conta que apresenta uma prevalência de 10 a 39% a nível nacional e de 10,3 a 15,4% a nível internacional (SPG, 2021; ICS, 2020).

Relativamente à Incontinência Urinária de Urgência (IUU), a mesma revela-se através de uma vontade súbita de urinar associada a uma contração indesejada e involuntária do músculo detrusor durante a fase de enchimento da bexiga (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011). 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 sua vez, a Incontinência Urinária Mista (IUM) traduz-se numa junção de sintomas da IUE e IUU. Apresenta uma prevalência de 7.5 a 25% a nível nacional e 7 a 11.8% a nível internacional (Abrams et al., 2002; SPG, 2021; ICS, 2020). Com o avançar da idade, as mulheres mais velhas tendem a apresentar uma probabilidade superior de desenvolverem IUU e IUM,

enquanto as mulheres mais jovens apresentam uma maior probabilidade de desenvolver IUE (Abrams et al., 2003; Mascarenhas, 2011).

Menopausa e Incontinência Urinária

A esperança média de vida tem vindo a aumentar substancialmente e como consequência, o número de mulheres a entrar no período de menopausa acompanha esse aumento (Alperin et al., 2018). O climatério trata-se de um processo contínuo e não de uma fase pontual na vida da mulher, englobando desta forma a fase de perimenopausa, a menopausa e a pós-menopausa. É nesta fase que se iniciam os sintomas físicos, psíquicos e biológicos que indicam o fim da etapa reprodutiva (Davison et al., 2005). As alterações hormonais bem como a perda da função reprodutiva levam à necessidade de uma redefinição do papel feminino em todos os campos da sua vida (Avis et al., 2017). As alterações hormonais assim como os sintomas vivenciados podem ser muito perturbadores e podem afetar consideravelmente a vida pessoal, social e profissional das mulheres (Blumel et al., 2012; Montelene et al., 2018; Alperin et al., 2018).

O estrogénio desempenha um papel importante no funcionamento adequado do trato urinário ao longo da vida adulta, tendo em conta que o seu papel principal passa por manter a integridade da genitália (e.g., a sua lubrificação; elastina da uretra). Contudo, o decréscimo de estrogénio, que ocorre na fase de menopausa, causa alterações atroficas na fisiologia feminina como sintomas de atrofia vaginal, dispareunia, prurido, ardor e secura (Robinson et al., 2011). Somando a estas consequências, ocorre ainda uma diminuição da espessura da mucosa e submucosa, do colagénio e elastina da uretra (Alperin et al., 2018). Desta forma, estas alterações hormonais podem provocar distúrbios no pavimento pélvico, síndrome geniturinário da menopausa (SGUM) e infeções do trato urinário.

Os distúrbios do pavimento pélvico (DPP) referem-se tradicionalmente a sintomas irritativos do trato urinário como a incontinência urinária (IU) (e.g., IUE; IUU; IUM), prolapso de órgãos pélvicos (POP) e incontinência anal/fecal (AI/FI). Segundo alguns estudos epidemiológicos, uma em cada três a quatro mulheres são afetadas por DPP, com as taxas mais altas em mulheres em fase de menopausa. A prevalência geral aumenta com a idade, passando de 6% em mulheres jovens entre os 20 e 29 anos, 32% entre os 50 e 59 anos, para 53% em mulheres mais velhas, com 80 anos ou mais (Wu JM et al., 2014; Alperin et al., 2018; Lawrence et al., 2018). A menopausa apresenta-se assim como um fator de risco para o desenvolvimento de IU (Waetjen et al., 2009).

Causas para a IU

A continência urinária ocorre a partir da interação normalizada entre as propriedades anatômicas e fisiológicas da bexiga, uretra, pavimento pélvico e sistema nervoso que, por sua vez, tem como função coordenar estas áreas (Saraswat, 2020). O relaxamento da bexiga, juntamente com a capacidade da uretra de conter a urina durante o enchimento, permite o armazenamento da urina até que seja alcançado o momento e local apropriado para urinar. O papel do pavimento pélvico em suportar a bexiga e a uretra permitindo uma transmissão normal da pressão abdominal é essencial na continência (Abrams et al., 2003; Roos et al., 2014; Aoki et al., 2018). Para um normal funcionamento entre a bexiga, uretra e pavimento pélvico é necessário que exista uma coordenação entre estas propriedades fisiológicas, através de quatro características cruciais para o seu funcionamento adequado: (a) existir uma acomodação vesical ao enchimento normal, (b) esfíncter uretral eficiente, (c) um suporte uretral, pelo pavimento pélvico, também eficiente, (d) uma boa coaptação e selagem da mucosa uretral (Mascarenhas, 2011) bem como um normal funcionamento do sistema nervoso. Desta forma, a Incontinência urinária (IU) ocorre quando esta relação entre os componentes do trato urinário é interrompida causando um impacto no funcionamento dos órgãos pélvicos (Saraswat, 2020).

Como supracitado, no campo das disfunções do pavimento pélvico, destaca-se o Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP). Este, consiste num enfraquecimento dos tecidos de suporte da região pélvica contribuindo para que a vagina, a uretra, a bexiga, o reto e o intestino não se mantenham na sua habitual posição (Abrams et al., 2003). O prolapso da bexiga, uretrocele e prolapso uterino podem originar sintomas de IU consoante o grau do prolapso e da sua gravidade. Nesta disfunção do pavimento pélvico estão frequentemente presentes sintomas de IUU bem como o aumento da frequência urinária (Abrams et al., 2003; Aoki et al., 2018). As alterações anatômicas no pavimento pélvico causadas pelo parto vaginal, procedimentos ginecológicos, obesidade e as mudanças hormonais na menopausa são alguns dos fatores que podem causar a IU nas mulheres (Amaral 2015; Lasserre 2009; Bilgic et al., 2015; Saraswat, 2020). A prevalência da IU aumenta com a idade, paridade, obesidade e hábitos quotidianos (e.g., consumo de tabaco) (Amaral., 2015; Lasserre .,2009). Segundo Fernandes et al., 2015, a IU tem ainda como principais causas as alterações das vias do sistema nervoso central bem como as alterações do

reflexo uretrovesical e lesões nos tecidos, desta forma, a consciência da necessidade de urinar, a capacidade cortical para inibir a micção e a reação do cérebro face ao enchimento da bexiga são os fatores mais condicionados (Fernandes et al., 2015; Weigel & Potter, 2010;).

Tratamentos para a Incontinência Urinária

Apesar do impacto que poderá causar, a IU é pouco relatada, subdiagnosticada e subtratada (Nambiar et al., 2017; Irwin, 2019). Estima-se que cerca de 50% da população feminina adulta sofra de incontinência urinária (IU), mas apenas 25 a 61% procura tratamento (Consenso Nacional Sobre Uroginecologia 2021 Secção Portuguesa de Uroginecologia 2ª Edição, n.d.).

Na sua maioria, as mulheres com IU tendem a negligenciar os seus sintomas e a não procurar suporte médico sustentando-se na crença de que a IU é uma condição inevitável do processo de envelhecimento (Abrams et al., 2003; Kołodyńska et al., 2019). A literacia relativamente às possibilidades de tratamento é escassa e a falta de confiança na veracidade e competência dos mesmos é muito reduzida (Lukacz et al., 2017; Bilgic et al., 2015). O estigma associado influencia a procura de apoio e ajuda médica, devido à vergonha comumente sentida (Vaughan & Markland, 2020). Somando a estes fatores, as mulheres com IU demonstram ainda dificuldade em reconhecer os sintomas anormais, medo de possíveis procedimentos invasivos e apresentam ainda a crença de que os tratamentos são muito caros e por isso mesmo, inacessíveis (Bilgic et al., 2015).

Segundo as guidelines da ICS (2023), é recomendado que se implementem tratamentos conservadores em primeira linha, isto é, tratamentos que não envolvam medicação e/ou cirurgia. O tratamento depende do tipo e das causas da IU (Botelho et al., 2007) sendo extremamente importante realizar um procedimento que vá de encontro com as necessidades da mulher. A seleção do tratamento baseia-se na natureza do sintoma predominante (e.g., IUE vs. IUU), nos objetivos e nas expectativas, no seu nível de compromisso, na sua tolerância ao risco ou efeitos adversos e na sua condição económica (Lukacz et al., 2017). Algumas mulheres preferem tentar todas as opções conservadoras antes das mais invasivas enquanto outras podem priorizar a conveniência ou a eficácia, aceitando os riscos da cirurgia ou abordagens mais invasivas. O aconselhamento individual do paciente deve incluir informações sobre a redução esperada dos sintomas, tempo estimado, complicações e efeitos adversos, bem como despesas monetárias

esperadas (Lukacz et al., 2017). De acordo com a International Continence Society, os tratamentos conservadores são recomendados como primeira opção no tratamento da Incontinência Urinária, contudo, é crucial uma análise eficaz sobre o quadro clínico de cada mulher para que seja direcionada para o tratamento adequado, de forma a curar, melhorar ou controlar os sintomas da IU (Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D., 2022). Segundo as guidelines da ICS, os tratamentos conservadores devem incluir fisioterapia e terapia cognitivo-comportamental (ICS, 2022).

Um dos tipos de tratamento para a Incontinência Urinária insere-se no âmbito da terapia cognitiva-comportamental. A mesma tem como objetivo promover mudanças nos hábitos e no estilo de vida, de forma a minimizar os sintomas e o desconforto associados à disfunção pélvica (Castro & Bortolini, 2014). Associado a este tipo de tratamento inclui-se a redução do consumo de líquidos que possam irritar a bexiga como bebidas com cafeína presente em cafés, chá preto e em bebidas refrigerantes. A fisioterapia e os exercícios musculares do pavimento pélvico também se encontram incluídas no tratamento tendo em conta que potenciam um maior controlo da micção, amenizando a sensação de urgência. O objetivo visa aumentar de forma gradual e adequada ao quadro do paciente, o intervalo inicial entre as micções de forma a atingir um intervalo confortável de cerca de 2 a 4 horas entre as micções. Segundo Castro, R. A., Arruda, R. M., & Bortolini, M. A. T. (2014) as taxas de sucesso são de aproximadamente 80% a curto prazo. Além disso, os exercícios dos músculos do pavimento pélvico que envolvem a contração repetitiva dos mesmos permite aumentar o suporte perineal contribuindo para uma maior resistência e relaxamento muscular (e.g., *biofeedback* e a estimulação elétrica) (Burgio, 2009).

A fisioterapia dos músculos do pavimento pélvico é descrita por *Kegel* como um dos tipos de tratamento conservador mais importantes na IU (Botelho et al., 2007), adicionando à sua eficácia, a realização destes exercícios musculares é simples e fácil de implementar, além de que o custo monetário é muito reduzido (e.g., pode ser executado enquanto vê televisão) (Botelho et al., 2007). Estes exercícios podem ser associados à utilização de cones vaginais ou como mencionado anteriormente, ao *biofeedback*, mecanismo que permite que a mulher identifique os músculos do diafragma pélvico trazendo uma maior consciência relativamente à contração dos músculos corretos, permitindo uma monitorização sobre as contrações e um maior controlo sobre o seu corpo (Burgio, 2009). A perda de peso em casos onde o mesmo é prejudicial, a cessação

tabágica, substituir e/ou reduzir a prática de atividade física de alto impacto (e.g., trampolins, *step*) pela prática de atividade física de baixo impacto (e.g., natação) são outros exemplos de mudanças de hábitos e estilo de vida que poderão diminuir a prevalência desta condição limitadora (Burgio, 2009; Castro, R. A., Arruda, R. M., & Bortolini, M. A. T. (2014).

Perante a evolução de tratamentos, atualmente é possível optar por soluções mais alternativas como a acupuntura, hipnoterapia e técnicas de relaxamento (e.g., exercícios de respiração) de forma a consciencializar e alterar a pressão colocada nas paredes abdominais. Para além destes, o *yoga* e os *pilates* poderão ser uma opção de tratamento tendo em conta que permitem um alinhamento neutro da pélvis, omoplatas e coluna vertebral, bem como um fortalecimento dos músculos pélvicos. A contração que ocorre durante os exercícios de pilates permite neutralizar o aumento na pressão intra-abdominal contribuindo para um fortalecimento dos músculos (Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D., 2022).

O tratamento farmacológico é utilizado quando as medidas conservadoras primeiramente implementadas se revelam ineficazes (Botelho et al., 2007; Nambiar et al., 2018, Porto et al., 2023). O tratamento da IUU tende a ser farmacológico, conseguindo melhorias sintomáticas na maioria dos doentes. A cirurgia é indicada quando o grau de incontinência é (1) suficientemente incomodo; (2) a incontinência é observada pelo examinador; (3) as suas causas são devidamente avaliadas; e (4) os tratamentos conservadores foram todos previamente considerados (Mascarenhas, 2011; Kołodyńska et al., 2019; Porto et al., 2023).

Custos da IU

A prevalência da IUU aumenta consoante a idade e tendo em conta que é esperado um aumento no envelhecimento da população na próxima década, é importante projetar os possíveis custos económicos associados à IU (Milsom et al., 2014). A IU acarreta inúmeros custos no bem-estar e saúde das mulheres que experienciam esta condição. Os custos totais associados à IU incluem custos diretos (e.g., pensos higiénicos), custos de diagnóstico e tratamento, custos indiretos (e.g., custo na produtividade perdida devido ao absentismo, que por sua vez refere-se as horas em que os funcionários estão ausentes dos seus trabalhos, devido a doenças (Janssens et al., 2012) e custos intangíveis como o

sofrimento psicológico (Milsom et al., 2014).

Os custos monetários para a manutenção da IU podem revelar-se muito elevados e por sua vez, comprometer o tratamento e a adesão adequada ao mesmo. Segundo Subak, L et al., 2006, a grande fatia (50-75%) dos custos da IU relaciona-se com a rotina de higiene diária, incluindo os pensos higiénicos, fraldas e a lavagem mais regular da roupa. Esta rotina diária representa um custo de \$50 até \$1,000 USD por pessoa, por ano. Estes valores variam consoante o país (Subak, L et al., 2006). Por sua vez, estima-se que no ano de 2005, o custo total associado aos tratamentos, diagnósticos e produtos de higiene em países como a Alemanha, Itália, UK e Canadá, tenha rondado os 2.1 biliões por ano. Nos países europeus supracitados, foi estimado um aumento significativo de 4.2 biliões em 2000 para 5.2 biliões em 2020, um aumento de 26% no custo da IU. Em Espanha, a média do custo estimado por pessoa, anualmente, é de 262€. O impacto económico da IU nos serviços de saúde espanhóis ronda aproximadamente os 366,687,017€ anuais (Santacreu, 2011).

Os tratamentos conservadores encontram-se na primeira linha de soluções para a IU, os custos de tratamentos apoiados por algumas técnicas cognitivo-comportamentais apresentam um custo aproximado de \$150 até \$344 (2015 USD) por pessoa (Abrams et al., 2016). O peso dos custos económicos da IU é bastante elevado e segundo as evidências que a literatura demonstra, este custo tenderá a aumentar gradualmente, espera-se que os mesmos aumentem 25% durante a próxima década tendo em conta que a população está cada vez mais envelhecida e os dados de prevalência demonstram que o aumento da percentagem de IU acompanha o aumento da idade (Milsom et al., 2014).

Estratégias Disfuncionais

O controlo da bexiga e do intestino são competências adquiridas socialmente durante a infância de forma a potenciar a utilização da casa de banho corretamente. A perda de urina e/ou fezes, especialmente enquanto adulto, representa um tópico tabu significativo na sociedade (García et al., 2005). É no desenvolvimento da infância e adolescência que as normas sociais são apreendidas e desde cedo é ensinado que o molhar ou sujar a roupa é “mau”, desta forma, ao longo da vida adulta, este valor cultural mantém-se interiorizado (Garcia et al., 2005; Hayder & Schnepf., 2010). Dado a questões de saúde subjacentes, como a IU, as mulheres que padecem desta condição não conseguem seguir esta “norma” devido à falta de controlo fisiológico experienciado,

tornando-as na sua maioria, estigmatizadas pela sociedade (Garcia et al., 2005; Hayder & Schnepf., 2010; Minassian et al., 2012).

A perda de controlo fisiológico e as possíveis perdas de urina em público representam uma grande ameaça à autoestima das mulheres que, ao experienciarem os primeiros sintomas de IU deparam-se com um conjunto de fatores que influenciam a procura de ajuda profissional, como a sensação de medo e vergonha relativamente à perda de urina; a pouca confiança nos profissionais de saúde; o pouco conhecimento sobre o que é a IU e sobre os tratamentos possíveis (Garcia et al., 2005; Hayder & Schnepf., 2010; Porto M et al., 2023). O impacto psicossocial tende a ser muito elevado e é na procura de mitigar o sofrimento que muitas mulheres alteram o seu estilo de vida e adotam estratégias de coping que podem relevar-se disfuncionais, tendo em conta que são baseadas nas suas representações individuais sobre a IU (Minassian et al., 2012). As Estratégias Disfuncionais caracterizam-se, no fundo, por comportamentos e/ou atitudes adotadas, com o intuito de amenizar o impacto da sintomatologia da IU, que acabam por ter um impacto negativo na vida quotidiana das mulheres, condicionando as suas relações interpessoais, vida social e profissional bem como a saúde física e mental (Abrams P. et al., 2015).

As estratégias disfuncionais encontram-se divididas em dois polos: as *estratégias disfuncionais de evitamento* que por sua vez passam por uma restrição na vida social, diminuição de atividade física e lazer, a vida sexual passa a ser evitada e existe uma redução na ingestão de líquidos antes e depois de sair de casa, tendo especial atenção à quantidade ingerida de forma a evitar possíveis perdas de urina (Abrams et al., 2015), no entanto, a escassa ingestão de líquidos poderá afetar a homeostase do corpo (Bilgic et al., 2015). A adoção de estratégias de evitamento (e.g., recusar convites de amigos/ família para convívios e momentos de socialização) poderá resultar numa redução acentuada no contacto estabelecido com os amigos, familiares e outros contactos sociais tendo em conta que a mulher com IU acaba por evitar os momentos de socialização e atividades de lazer devido ao medo de experienciar IUU perto de outras pessoas, o que poderá levar ao isolamento social. Quando se permitem socializar, as mulheres com IU sentem necessidade de analisar previamente o espaço onde vão estar e mantém-se sempre perto de uma casa-de-banho, este conhecimento prévio potencia uma sensação de controlo perante a IU (Hayder et al., 2010; Garcia et al., 2005). Evitam tossir, espirrar ou rir de forma a conter possíveis perdas de urina (Delarmelindo et al., 2013). As idas à casa de banho tornam-se mais frequentes do que o normativo, com o intuito de armazenarem

menos urina na bexiga e desta forma reduzirem o risco de perdas de urina inconvenientes (Xu,D; Liu, N., Qu, H et al., 2016). Esta estratégia poderá funcionar inicialmente num curto espaço temporal, contudo, urinar muito frequentemente pode fazer com que a bexiga fique sensível e intolerável a pequenas quantidades de armazenando de urina e agravar os sintomas de IU (Xu et al., 2016).

As estratégias disfuncionais que procuram esconder a sintomatologia passam pela utilização frequente de pensos higiénicos, algodão ou fraldas, no entanto, o uso excessivo destes produtos poderá causar infeções urinárias e complicações relativamente à integridade da pele e da sua sensibilidade (Bilgic et al., 2015). Mantém sempre ao seu alcance vários conjuntos de roupa interior para que na inconveniência de existirem perdas de urina, tenham a possibilidade de trocarem, de forma a evitar que as pessoas ao seu redor sintam o odor a urina (Bilgic et al., 2015); escolhem cuidadosamente as peças de roupa que vão utilizar optando por tons mais escuros que permitam esconder possíveis manchas, evitam utilizar saias e vestidos optando por peças que tapem as zonas onde a urina possa ser visível (Bilgic et al., 2015; Delarmelindo et al., 2013; Porto et al., 2023; Wo'jtowiczetal., 2014).

Isolamento Social

Ao viver num contexto ambiental onde prima o estigma sobre as condições de saúde como a IU, as mulheres que padecem dessa condição acabam por internalizar essas perceções estigmatizantes mantidas pela sociedade (Fultz et al., 2001; Yip, S et al., 2013; Wang, C et al., 2014;) Segundo Elenskaia et al., 2011, o estigma associado à IU é significativamente maior comparativamente a outras doenças estigmatizadas como a depressão e o cancro. O estigma pode dividir-se em três dimensões: rejeição social, vergonha internalizada e o isolamento social (Wu et al. 2012).

O Isolamento Social (IS) poderá revelar-se uma das consequências da implementação de estratégias de autogestão disfuncionais mais prevalentes, representando o limite daquilo que é o funcionamento normativo na sociedade causado pela perda de autonomia fisiológica (Delarmelindo et al., 2013). Conviver com IU pode ser psicologicamente desafiante tendo em conta que esta condição contribui para o aparecimento de emoções como a frustração, ansiedade, stress e ainda restrições sociais no dia-a-dia (Delarmelindo et al., 2013; Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D., 2022).

As mulheres que sofrem de IU podem sentir dificuldade no auto-controlo relativamente ao seu corpo e à sua fisiologia (Brittain et al., 2007), vivenciando esta condição com vergonha. A sensação de controlo e autonomia é considerado um pré-requisito para viver em sociedade (Silva et al., 2022), contudo, o odor e a perda de urina possivelmente visível através da roupa são medos que acabam por influenciar a qualidade das relações sociais (Brittain et al., 2007).

Como supracitado, a adoção de estratégias disfuncionais (e.g., “Ter incontinência urinária faz com que recuse convites para estar com amigos e família”) pode originar um maior retraimento social (e.g., diminuição do contacto estabelecido com a minha rede de apoio), levando a um aumento do isolamento social (Porto et al., 2023). A implementação de restrições sociais no dia-a-dia como a redução de atividades de lazer (e.g., ir ao cinema e/ou teatro, ir às compras, ir jantar fora com amigos/família, praticar de desporto como a natação e o futebol, viagens para destinos diferenciados) resultam naturalmente no isolamento social, tendo em conta que os momentos de socialização se tornam muito reduzidos e/ou esporádicos (St John et al., 2013). Num estudo realizado por Mendes et al., 2017, a IU é geralmente percebida como uma condição que envolve sofrimento e angústia vivenciada muitas vezes em silêncio e em isolamento.

Anexo B – Consentimento Informado



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 45 e 65 anos de idade, com Incontinência Urinária e sem 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.

Marta Gonçalves Porto
e-mail: martagporto@hotmail.com
telemóvel: 916013765

ISPA – Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700

Aceita participar nesta investigação? Sim ___ Não ___

Se aceita participar, por favor rubrique esta página e a seguinte e, de seguida, retire para si a primeira página (são ambas iguais e a primeira página é para si).

Data: ___/___/___

(Rubrica da participante)

Anexo C – Exemplo do (s) materiais

1. Questionário Sociodemográfico

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. Rompimento Não intencional do Périneo 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

Escala de Gravidade de Sintomas de IU

King's Health Questionnaire Symptom Severity Scale (KHQSSS)

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

1. Como descreveria o seu atual estado de saúde?

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

2. De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida?

Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1	2	3	4

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

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

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

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
12. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?	1	2	3	4
13. O seu problema de bexiga faz com que se sinta nervosa?	1	2	3	4
14. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?	1	2	3	4

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. O seu problema de bexiga afeta o seu sono?	1	2	3	4
16. Sente-se esgotada ou cansada?	1	2	3	4

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

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17. Usa forros ou pensos para se manter seca?	1	2	3	4
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	1	2	3	4
19. Troca a sua roupa interior porque está molhada?	1	2	3	4
20. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?	1	2	3	4
21. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?(nosso)	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
24. Uma forte dificuldade em controlar a vontade de urinar	1	2	3	4
25. Perda de urina associada a uma vontade muito grande de urinar. (*)	1	2	3	4
26. Perda de urina associada a atividade física (ex., tossir, correr).(*)	1	2	3	4
27. Molhar a cama à noite.	1	2	3	4
28. Perda urinária durante relações sexuais.	1	2	3	4
29. Infecções urinárias	1	2	3	4
30. Dor na bexiga (*)	1	2	3	4

Instrumento de Estratégias Disfuncionais de gestão da Incontinência Urinária (IU)

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

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todos os dias/Sempre
1.Ir muitas vezes à casa de banho, mesmo sem vontade, de forma a manter a bexiga vazia. (*)	0	1	2	3	4
2.Procurar de imediato onde é a casa de banho quando chega a um local desconhecido.	0	1	2	3	4
3.Reduzir a ingestão de líquidos. (*)	0	1	2	3	4
4.Evitar ir a locais onde desconhece a localização das casas de banho. (*)	0	1	2	3	4
5.Ficar mais tempo em casa de forma a evitar situações desconfortáveis. (*)	0	1	2	3	4
6.Limitar a atividade física. (*)	0	1	2	3	4
7.Antes de se deslocar a um local desconhecido, tentar saber onde se situam as casas de banho. (*)	0	1	2	3	4
8.Limitar as saídas sociais. (*)	0	1	2	3	4
9.Limitar atividades, como viajar, que requerem estar longe da casa de banho durante um longo período. (*)	0	1	2	3	4

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todos os dias/sempre
10.Usar cuecas-fralda(*)	0	1	2	3	4
11. Usar pensos femininos (higiénicos) (*)	0	1	2	3	4
12. Usar outros materiais absorventes (tais como papel higiénico, lenços de papel ou toalhas de papel). (*)	0	1	2	3	4
13.Usar cores ou roupas escuras que escondam as manchas(*)	0	1	2	3	4
14. Usar saias e casacos compridos para cobrir as manchas(*)	0	1	2	3	4
15.Usar fraldas de adultos(*)	0	1	2	3	4
16. Usar em excesso perfume ou água de colónia para disfarçar o cheiro da urina. (*)	0	1	2	3	4

Questionário de Isolamento Social (UI-SIQ)

Urinary Incontinence Social Isolation Questionary

IS

Assinale a sua concordância ou discordância selecionado o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.O medo de cheirar a urina limita as minhas atividades diárias fora de casa.	1	2	3	4
2.Ter Incontinência faz-me recusar convites para sair ou estar com amigos/família. (*)	1	2	3	4
3.Sinto-me mais sozinha desde que comecei a ter Incontinência.	1	2	3	4
4.Sinto-me frequentemente isolada dos outros. (*)	1	2	3	4
5.As perdas de urina fazem-me sentir mal comigo mesma. (*)	1	2	3	4
6.Prefiro evitar sair de casa, por temer que os outros tenham reações negativas comigo por causa da Incontinência.	1	2	3	4
7.Os outros terão reações negativas se virem em mim sinais de Incontinência (ex., manchas, cheiro)	1	2	3	4
8.Sinto-me incompreendida pelos outros. (*)	1	2	3	4
9.Evito conhecer pessoas novas. (*)	1	2	3	4