

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO:
EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE
VIDA DAS MULHERES**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por: Maria João Jacinto Guerra

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, outubro, 2023



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO:
EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE
VIDA DAS MULHERES**

**POSTPARTUM URINARY INCONTINENCE: EPIDEMIOLOGY AND
IMPACT ON WOMEN'S QUALITY OF LIFE**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por: Maria João Jacinto Guerra

Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, outubro, 2023

DEUS

Pelos momentos de inspiração, luz e perseverança...

*Aos MEUS PAIS, que me ensinaram a SER
e me têm acompanhado
ao longo do caminho da VIDA*

AGRADECIMENTOS

Após este longo percurso não posso deixar de agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, tornaram possível este trabalho de investigação.

Agradeço ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa por proporcionar o pretexto para esta investigação.

Expresso os meus sinceros agradecimentos tanto a todas as pessoas que, anonimamente, participaram nos estudos realizados, por terem consentido participar de forma voluntária e gratuita, como às instituições que autorizaram a realização desta investigação, sem o que não teria sido possível a sua concretização.

Agradeço aos colegas que, apesar dos seus nomes não serem mencionados, colaboraram na colheita de dados, ou que, de alguma forma contribuíram para este trabalho, e cujo contributo foi precioso.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo Jorge Alves, um agradecimento especial pela partilha, ensino, crítica e carinho disponibilizados em todo este percurso.

À minha família e amigos, mas especialmente aos meus pais, por todo o apoio e incentivo incondicional, apesar das ausências e falta de atenção.

À minha amiga Felismina Silva por partilhar as alegrias e os momentos difíceis, e aos meus colegas professores pela força e apoio ao longo deste percurso.

Ao Miguel Pais Vieira pela disponibilidade e paciência pelos seus conselhos e paciência para responder às dúvidas existenciais.

Ao Doutor João Costa Amado pela sua disponibilidade e ajuda na correção do texto escrito.

À Doutora Sofia Almeida pela sua ajuda a nível do tratamento dos dados.

Um especial agradecimento a todas as mulheres que acederam ao questionário disponibilizado online - tornando possível a concretização deste trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A incontinência urinária (IU) é considerada como uma perda involuntária de urina sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens. A incontinência urinária tem um impacto negativo na qualidade de vida, com implicações importantes a nível psicológico e físico, na vida social e sexual e com custos económicos elevados. Na mulher, a gravidez e o trauma do parto têm sido considerados fatores de risco significativos para a presença de IU no pós-parto imediato e para a sua persistência no restante ciclo de vida. Com esta tese pretende-se: realizar a validação de dois instrumentos de avaliação a da incontinência urinária e a da qualidade de vida relacionada, avaliar a prevalência da incontinência urinária no pós-parto, os fatores de risco associados e o impacto na qualidade de vida das mulheres portuguesas.

METODOLOGIA: A presente investigação incluiu duas etapas. A primeira consistiu em dois estudos metodológicos em que se realizou a validação dos dois instrumentos para a cultura portuguesa, o ICIQ-UI SF e o ICIQ-LUTSQol. Na segunda, foi realizado um estudo observacional de tipo transversal em que foi constituída uma amostra de 696 mulheres com um parto ocorrido até há um ano e em que foi avaliada a presença de incontinência urinária, os fatores de risco associados e o impacto na qualidade de vida através da utilização de um questionário online disponibilizado nas redes sociais.

RESULTADOS: Obtivemos uma taxa de prevalência de 46,6% numa amostra de 696 mulheres tendo 324 participantes referido perdas de urina, ou seja, incontinência urinária. Os fatores de risco identificados e estudados foram a presença de perdas urinárias antes da gravidez, durante a gravidez, o tipo de parto e a idade acima dos 34 anos. A frequência das perdas de urina encontra-se associada a uma menor qualidade de vida. Mesmo perder urina uma vez por semana foi considerado como tendo um grande impacto na qualidade de vida por 18,8% das mulheres. No entanto quando a perda de urina acontece diversas vezes ao dia o impacto é mais significativo mostrando que 63,6% consideram-na ter um grande impacto na qualidade de vida.

CONCLUSÃO: Esta tese permitiu a validação de dois instrumentos muito úteis e importantes para a clínica e para a investigação nesta área. Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que a prevalência encontrada da incontinência urinária no pós-parto corrobora as evidências existentes de que esta condição constitui um problema de saúde que necessita de ser abordado na prática de cuidados. A incontinência urinária

tem um significativo impacto na qualidade de vida das mulheres particularmente a nível da sua relação com o seu companheiro, na vida sexual e no bem-estar psicológico.

Palavras-Chave: Enfermagem; Incontinência urinária, mulheres, qualidade de vida, pós-parto

ABSTRACT

INTRODUCTION: Urinary incontinence (UI) is defined as an involuntary loss of urine being more frequent in women than in men. Urinary incontinence has a negative impact on quality of life, with significant psychological, physical, social and sexual implications and high economic costs. In women, pregnancy and birth trauma have been considered significant risk factors for the presence of UI in the immediate postpartum period and for its persistence in its life cycle. With this thesis we intend to carry out the validation of two instruments to assess urinary incontinence and quality of life, to assess the prevalence of urinary incontinence in the postpartum period, the associated risk factors and the impact on the quality of life of Portuguese women.

METHODOLOGY: The present investigation included two stages. The first consisted of two methodological studies in which two instruments were validated for the Portuguese culture, the ICIQ-UI SF and the ICIQ-LUTSQoL. In the second, a cross-sectional observational study was carried out, in which a sample of 696 women, with a delivery occurred up to one year ago, was carried out, in which the presence of urinary incontinence, the associated risk factors and the impact on quality of life were evaluated through use of an online questionnaire made available on social networks.

RESULTS: We obtained a prevalence rate of 46.6% in a sample of 696 women, with 324 participants reporting urine leakage, that is, urinary incontinence. The risk factors identified were the presence of urinary leakage before pregnancy, during pregnancy, type of delivery and age over 34 years. The frequency of urine leakage is associated with a lower quality of life. Even losing urine once a week was found to have a major impact on quality of life by 18.8% of women. However, when urine loss occurs several times a day, the impact is more significant, showing that 63.6% consider it a great impact on quality of life.

CONCLUSION: This thesis allowed the validation of two important instruments for the clinic and for research in this area. The results obtained in this study allowed us to conclude that the prevalence of urinary incontinence found in the postpartum period corroborates the existing evidence that this condition is a health problem that needs to be addressed in the practice of care. Urinary incontinence has a significant impact on women's quality of life, particularly in terms of their relationship with their partner, sex life and psychological well-being.

Keywords: Nursing, Urinary Incontinence, women, quality of life, postpartum

SIGLAS E ACRÓNIMOS

EESMO	Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica
ICIQ-LUTSQol	International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Quality of Life Module
ICIQ-UI SF	International Consultation on Urinary Incontinence Questionnaire - Short Form
ICS	International Continence Society
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Internet Protocol
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
KHQ	King's Health Questionnaire
MG	miligramas
RN	Recém-nascido
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UCP	Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE GERAL

RESUMO	7
ABSTRACT	9
SIGLAS E ACRÓNIMOS	11
INTRODUÇÃO	21
I PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
1 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA NAS MULHERES	27
1.1-TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	29
1.2- EPIDEMIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NAS MULHERES	31
2- IMPLICAÇÕES ANATOMOFISIOLÓGICAS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	36
2.1-ANATOMIA DA URETRA E DO PAVIMENTO PÉLVICO	36
2.2-NEUROFISIOLOGIA DA CONTINÊNCIA URINÁRIA	40
2.3-PATOFISIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	43
3-FATORES DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA	46
3.1-A GRAVIDEZ E A INCONTINÊNCIA URINÁRIA	47
3.2-O PARTO COMO FATOR DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	51
3.3- INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS O PARTO	56
4-QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA	59
5- ENFERMAGEM NO CUIDAR DA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO	65
6- OBJETIVOS E FINALIDADE E DO ESTUDO	69
II PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	71
1- DESENHO DO ESTUDO	73
2-I ETAPA-ESTUDOS METODOLÓGICOS	75
2.1- ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO ICIQ-UI SF PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA	76
2.1.1- Metodologia	76
2.1.2- Procedimentos Formais e Éticos	78
2.1.3- Resultados	79
2.1.4- Discussão/Conclusão	86
2.2- ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO ICIQ-LUTSQoI PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA	87
2.2.1- Metodologia	88

2.2.2- Procedimentos Formais e Éticos	90
2.2.3- Resultados	91
2.2.4- Discussão/Conclusão	100
3 - II ETAPA - ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL	103
3.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	104
3.2- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	105
3.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	106
3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	111
3.5 – TRATAMENTO DOS DADOS	113
4- RESULTADOS	115
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	116
4.2 – PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	117
4.2.1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres com incontinência urinária	119
4.2.2 – Análise descritiva dos fatores de risco/antecedentes	121
4.2.3 – O Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida	130
5- DISCUSSÃO	143
5.1 – PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS O PARTO	143
5.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA	144
5.2.1 – Caracterização sociodemográfica	145
5.2.2 – Análise Descritiva dos Fatores de Risco/Antecedentes.....	146
5.2.3 – Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida	149
6- CONCLUSÕES	153
6.1 – DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	155
6.2 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS.....	177
ANEXO I	179
ANEXO II.....	185
ANEXO III	191
ANEXO IV.....	194
ANEXO V	198
ANEXO VI.....	202
ANEXO VII	210

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estudo de confiabilidade do ICIQ-UI-SF	80
Tabela 2- Caracterização da amostra em relação a idade e sexo	81
Tabela 3 – Distribuição dos grupos etários e quantidade de perda de urina.....	84
Tabela 4- Distribuição sexo/ “Com que frequência perde urina?”.....	85
Tabela 5 – Caracterização da amostra em relação aos grupos etários e sexo.....	91
Tabela 6– Análise fatorial da versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol.....	98
Tabela 7 – Propriedades psicométricas da versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol (n=220)...	99
Tabela 8 – Distribuição das frequências dos participantes pelo nível de escolaridade.....	116
Tabela 9 – Distribuição das frequências participantes pelo IMC.....	117
Tabela 10 – Distribuição da frequência de perdas de urina.....	118
Tabela 11 – Distribuição de frequências em relação à quantidade de urina perdida.....	118
Tabela 12 – Distribuição de frequências das mulheres incontinentes pelo nível de escolaridade.....	120
Tabela 13 – Distribuição de frequências das mulheres incontinentes em relação ao estado nutricional.....	121
Tabela 14 – Distribuição de frequências da presença de incontinência pelos hábitos tabágicos.....	123
Tabela 15 - Distribuição da população em relação à presença de incontinência pela ingestão de cafeína.....	124
Tabela 16 - Distribuição da população em relação ao número de gravidezes e a presença de incontinência.....	125
Tabela 17 – Distribuição das frequências do fator de risco perder urina antes da gravidez.....	126
Tabela 18 – Distribuição das frequências do fator de risco perder urina durante a gravidez.....	126
Tabela 19 – Distribuição das frequências das perdas de urina pelo tipo de parto.....	127
Tabela 20 – Distribuição das frequências das perdas de urina em relação à manobra de Kristeller.....	128
Tabela 21 – Modelo de Regressão Logístico Multivariado.....	129
Tabela 22 – Distribuição da frequência das perdas de urina pelo impacto na qualidade de vida.....	132
Tabela 23 – Distribuição das frequências da quantidade de urina perdida pelo impacto na qualidade de vida.....	132

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição das frequências de perdas de urina.....	82
Gráfico 2 – Distribuição das frequências da quantidade de urina perdida.....	83
Gráfico 3 – Distribuição sexo/ “Em que medida perder urina afeta a sua vida?”.....	85
Gráfico 4- Distribuição respostas se problema urinário afeta as atividades domésticas por género.....	92
Gráfico 5 - Distribuição respostas se problema urinário afeta o trabalho ou as atividades diárias fora de casa por género.....	93
Gráfico 6 – Distribuição respostas se problema afeta a atividade física por sexo.....	94
Gráfico 7 – Distribuição de respostas se problema afeta relação com o companheiro por sexo.....	95
Gráfico 8 – Distribuição de frequências se problema urinário faz sentir nervoso ou ansioso.....	95
Gráfico 9 – Distribuição de frequências se problema urinário faz sentir-se mal consigo mesmo.....	96
Gráfico 10 – Distribuição de frequências por sexo se utiliza pensos para se manter seco por	96
Gráfico 11 – Distribuição de frequências de preocupa-se com a possibilidade de cheirar mal por género.....	97
Gráfico 12 – Distribuição de frequências pelo impacto do problema urinário na vida.....	97
Gráfico 13- Distribuição das frequências participantes pelo vencimento mensal familiar.....	116
Gráfico 14- Distribuição de frequências da comunicação da perda de urina ao enfermeiro ou médico.....	119
Gráfico 15 - Histograma da distribuição da idade no grupo das mulheres com incontinência.....	119
Gráfico 16 – Distribuição das frequências do rendimento mensal familiar.....	121
Gráfico 17 – Distribuição de frequências das mulheres incontinentes em relação aos hábitos tabágicos.....	122
Gráfico 18 – Distribuição de frequências da ingestão de cafés.....	123
Gráfico 19– Distribuição de frequências da ingestão de cafés pelas mulheres incontinentes.....	124
Gráfico 20- Distribuição das frequências do impacto da perda de urina no vencimento.....	130
Gráfico 21- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina na qualidade de vida.....	131
Gráfico 22- Histograma da distribuição do score do ICIQ-LUTSQol.....	133
Gráfico 23- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina na atividade física.....	134
Gráfico 24- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina na relação com o companheiro.....	135
Gráfico 25- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina em relação à vida sexual.....	136
Gráfico 26- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina em relação à vida familiar.....	136
Gráfico 27- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina vs. Depressão.....	137

Gráfico 28- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina vs. estado de ansiedade.....	137
Gráfico 29- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina vs. sentir-se mal consigo mesma.....	138
Gráfico 30- Distribuição das frequências em relação ao sentir-se cansada/exausta.....	139
Gráfico 31- Distribuição das frequências em relação ao sentir-se envergonhada.....	139
Gráfico 32- Distribuição das frequências em relação à necessidade de utilizar pensos.....	140
Gráfico 33- Distribuição das frequências em relação ao controlar a quantidade de líquidos ingeridos.....	140
Gráfico 34- Distribuição das frequências em relação ao trocar de roupa quando fica molhada	141
Gráfico 35- Distribuição das frequências em relação à preocupação com a possibilidade de cheirar mal.....	141

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Desenho do Estudo.....	74
Figura 2- Esquema da 1ª Etapa do estudo metodológico.....	77
Figura 3- Fluxograma das participantes do estudo.....	115

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Operacionalização das variáveis de caracterização geral da amostra.....	107
Quadro 2- Operacionalização das variáveis de Hábitos de Vida.....	107
Quadro 3- Operacionalização das variáveis do histórico obstétrico.....	108
Quadro 4- Operacionalização das variáveis fatores de risco.....	108
Quadro 5- Operacionalização das variáveis do ICIQ-UI SF.....	109
Quadro 6- Operacionalização das variáveis relacionadas com as perdas de urina.....	109
Quadro 7- Operacionalização das variáveis do ICIQ-LUTSQol.....	110

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária está identificada como um problema de saúde com grande impacto na qualidade de vida (1). O International Continence Society (ICS) define incontinência urinária (IU) como uma queixa de perda involuntária de urina (2), sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens (3). A prevalência global da incontinência urinária varia de forma significativa, prevendo-se que tenha aumentado entre 2008 e 2018 em 3,3% a nível global abrangendo todos os grupos etários estimando-se que cerca de 200 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por esta condição (4)(5)(6).

É uma condição muitas vezes ocultada por ser considerada uma situação normal, frequentemente associada ao processo de envelhecimento, não sendo reportada como problema aos profissionais de saúde, levando a um subdimensionamento da condição sendo mesmo referida como uma das novas epidemias do século XXI (7)(8)(9)(10).

A incontinência urinária tem um impacto negativo na qualidade de vida, com implicações significativas a nível psicológico, físico, na vida social e sexual e com custos económicos elevados (9) (11).

A prevalência da IU varia consideravelmente, com valores entre os 18% e os 42% das mulheres adultas, e entre os 7% e os 13% dos homens (4)(6)(12) . Esta variabilidade está relacionada com a utilização de diferentes definições de IU, diferentes instrumentos de recolha de dados e à heterogeneidade das amostras (6) . É mesmo considerada uma epidemia escondida com um elevado impacto negativo na qualidade de vida, encontrando-se associada a acrescidos custos diretos e indiretos (7)(13).

Verifica-se que a prevalência tem um aumento progressivo nas mulheres jovens até aos quarenta anos, continuando a aumentar com a idade, atingindo um pico durante a perimenopausa (14)(15). Na mulher, a gravidez e o trauma do parto têm sido considerados fatores de risco significativos para a presença de IU no pós-parto imediato e para a sua persistência no seu ciclo de vida. Apesar da prevalência estimada da incontinência urinária de esforço (IUE) nas mulheres depois do parto ser variável entre os 7 e 65,8% com um rápido declínio após os 6

meses de pós-parto, não existe consenso no que se refere aos fatores de risco associados (16)(17).

As mulheres são na verdade as mais afetadas pela incontinência urinária muito devido à anatomia do aparelho urinário e do pavimento pélvico e a eventos de vida exclusivos das mulheres como são a gravidez e o parto e o pós-parto. A incontinência urinária manifesta-se muitas vezes durante a gravidez atingindo 23 a 50% das mulheres (18). Durante o pós-parto, que se inicia após a expulsão da placenta ou dequitação, em que se dá o retorno do organismo às condições anteriores à gravidez, as perdas involuntárias de urina são um problema que pode persistir para além do período de recuperação que, de uma maneira geral tem uma duração de seis a oito semanas (19). Este período de recuperação implica mudanças anatómicas e fisiológicas no organismo, mas também mudanças de ordem psicossocial relacionadas com a maternidade, sexualidade, autoestima e a uma reorganização pessoal e familiar que podem influenciar o bem-estar da mulher. A presença das perdas involuntárias de urina surge como um fator negativo e dificultador na experiência da maternidade.

A incontinência urinária pode ter como causas anormalidades da bexiga, problemas do foro neurológico ou alterações a nível da estrutura do pavimento pélvico. Este problema de saúde pode ser transitório ou permanente podendo envolver um grande volume de urina ou apenas algumas gotas (20). As alterações da força a nível da musculatura pélvica originaram diferentes teorias, nas quais as alterações morfológicas seriam fatores causais da incontinência urinária. Com o objetivo de identificar os principais fatores de risco da incontinência urinária na mulher, Hilga realizou um estudo de revisão englobando 38 artigos identificando como principais fatores de risco: a idade, o trauma do pavimento pélvico, fatores hereditários, a menopausa, a obesidade, a existência de doenças crónicas, a utilização de alguns simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos, a obstipação, o tabagismo, o consumo de cafeína e exercícios direcionados para a musculatura abdominal (21). No entanto foram sendo descritos vários fatores de risco para a presença da incontinência urinária na mulher, indicando que, dependendo da metodologia utilizada poderemos identificar diferentes fatores de risco.

Muitas mulheres durante o período reprodutivo poderão experienciar perdas involuntárias de urina não procurando, muitas vezes, tratamento para a sua resolução por considerarem que será uma situação temporária que desaparecerá com o tempo ou por considerarem este sintoma como um processo normal associado ao envelhecimento.

A gravidez e o parto têm sido identificados como fatores de risco para a alteração das estruturas musculares do pavimento pélvico como fatores transitórios ou definitivos para o desenvolvimento da incontinência urinária. O aumento do peso corporal durante a gravidez, a multiparidade, o parto vaginal, o tempo prolongado do período expulsivo no parto e a episiotomia são fatores identificados por Meyer, como responsáveis pela diminuição da força muscular do pavimento pélvico, contribuindo para a incontinência urinária(22).

Em Portugal, de acordo com um estudo transversal, para avaliação da prevalência da incontinência urinária na população não-institucionalizada com idade igual ou superior a 40 anos de idade, foi estimada uma prevalência de 21% nas mulheres e de 8% nos homens (23).

De acordo com os pressupostos apresentados e não se encontrando estudos em Portugal que indiquem quais os fatores de risco e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres após o parto, foi desenvolvido este estudo de investigação que teve como ponto de partida a necessidade de aumentar o conhecimento em relação a este problema de saúde, sendo desenhado para identificar a ocorrência de incontinência urinária auto referida no pós-parto.

A tese encontra-se estruturada em duas partes. Uma primeira parte em que se desenvolveu o enquadramento conceptual em que descrevemos e caracterizamos a problemática do estudo e uma segunda parte de enquadramento metodológico com a apresentação do desenho do estudo. Esta segunda parte engloba uma primeira etapa em que apresentamos os estudos metodológicos realizados de validação de dois instrumentos para a cultura portuguesa com a descrição do processo inerente a cada uma das validações. Numa segunda etapa apresentamos o estudo observacional transversal em que se descreve o processo de amostragem, os procedimentos, o instrumento de colheita de dados, e por fim, o tratamento de dados. No quarto capítulo apresentamos os resultados do estudo observacional transversal, tendo sido subdivididos em duas partes: caracterização da amostra e a prevalência da incontinência urinária. O quinto capítulo compreende a discussão dos resultados, com comparação com a literatura internacional, apresentando em duas partes a prevalência da incontinência urinária e a caracterização das mulheres com incontinência urinária. Finalmente, o último capítulo integra as conclusões onde apresentamos a síntese das conclusões, as dificuldades e limitações do estudo e as implicações para a prática.

I PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA NAS MULHERES

A incontinência urinária é considerada, de forma consensual, uma situação comum que afeta as mulheres de todas as idades, etnias e culturas. Apesar desta condição afetar, independentemente da idade, homens e mulheres, com implicações significativas na sua qualidade de vida a nível físico, psicológico, emocional e social, as mulheres são mais afetadas, apresentando prevalências mais elevadas em que a gravidez, o parto e a própria anatomia do pavimento pélvico feminino contribuem como fatores de risco (24)(25)(26). A prevalência reportada de incontinência urinária nas mulheres varia significativamente em diferentes estudos, dada a utilização de diferentes definições de incontinência urinária, a heterogeneidade das populações estudadas e a utilização de diferentes instrumentos/questionários para a colheita dos dados (6) (27).

A incontinência urinária é uma condição que afeta uma grande faixa da população. Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência da IU nas mulheres é 2 a 3 vezes mais comum que nos homens (28). Apesar de ser uma condição associada ao processo de envelhecimento, na verdade ela pode surgir em mulheres de qualquer grupo etário, diferentes culturas e etnias, constituindo um problema de saúde mundial, com elevados custos económicos e sociais (29).

Não sendo uma condição ameaçadora da vida, a IU implica um impacto negativo significativo na qualidade de vida, condicionando mudanças nos hábitos de vida diários, na atividade física, interação social, autoestima, autoconceito, e no bem-estar psicológico (30).

Os fatores de risco que têm sido associados ao desenvolvimento da IU indicam que a prevalência aumenta com idade (31). Esta condição é muitas vezes considerada uma consequência indireta do envelhecimento, pois a coexistência de diferentes fatores externos que contribuem para a incontinência urinária, é mais frequente nas mulheres idosas. Os potenciais fatores de risco da IU nas mulheres, de média idade, incluem a idade, o grupo étnico, o índice

de massa corporal, a paridade, o tabaco, a diabetes mellitus e a ter havido uma histerectomia (32). A paridade e o tipo de parto, nomeadamente a utilização da episiotomia, a idade da mulher no primeiro parto, o tamanho do bebé, são fatores de risco específicos para a incontinência urinária de esforço. A menopausa, o consumo de cafeína, o tabaco, a obstipação e doenças respiratórias com tosse crónica associada, são fatores de risco independentes que condicionam o aparecimento de incontinência urinária nas mulheres (33). A incontinência urinária de urgência (IUU) e a incontinência urinária mista (IUM) surgem mais associadas a situações laborais que implicam mais do que duas horas por dia sentadas e a necessidade de pegar em pesos com mais do que três quilos (34).

Pereira e Menezes referem que a IU tem um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, com restrição nas atividades de vida diária, na sua sociabilização e intimidade. Os resultados apresentados demonstram a necessidade de um maior conhecimento da dimensão do problema e o necessário envolvimento dos profissionais de saúde, de forma a conseguir minimizar este impacto e a promover a recuperação de situações de IU. A IU não é uma condição letal, mas afeta profundamente a qualidade de vida da mulher (35).

É um problema comum, verificando-se uma maior prevalência da IUE no grupo de mulheres mais jovens, com elevados custos diretos a nível económico, a nível da necessidade de utilização de absorventes, e associados a comorbidades, custos indiretos, como a perda de produtividade relacionada com o absentismo, e os custos intangíveis relacionados com o sofrimento psicológico (10).

A incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo de incontinência mais prevalente associada ao pós-parto, afetando de forma significativa a qualidade de vida. A gravidez, o parto e o puerpério implicam adaptações e mudanças a nível das estruturas pélvicas. Os fatores mecânicos e hormonais contribuem para alterações a nível do trato urinário, condicionando a presença de sintomatologia urinária. Durante o período gravídico-puerperal as alterações hormonais e as alterações do pavimento pélvico associadas ao parto, são identificadas como fatores de risco importantes para o desenvolvimento da incontinência urinária na mulher. O pavimento pélvico, com as suas estruturas musculares, tecido conjuntivo e inervação, contribui para a manutenção da continência urinária. O pós-parto caracteriza-se por implicar adaptações e alterações orgânicas e psicológicas significativas em que a incontinência urinária surge como uma situação negativa que condiciona a vivência da própria maternidade. As alterações verificadas encontram-se relacionadas com as alterações associadas à adaptação do organismo

da mulher quer durante a gravidez, quer com as implicações do parto, com impacto nas estruturas anatómicas, quer com condições que contribuem para o aumento da pressão intra-abdominal, como um IMC elevado, a obstipação ou a doença respiratória com tosse crónica associada (36) (37).

A IU pode acontecer de forma transitória, muitas vezes associada à existência de infeções urinárias, à presença de diabetes descompensada, à utilização de determinados fármacos (diuréticos, bloqueadores adrenérgicos, benzodiazepinas ou outros neurolépticos), ao consumo de cafeína ou à obstipação. Nestas situações, o tratamento, que irá incidir sobre a correção destes condicionantes, permite a reversão da IU, com recuperação da continência urinária. Porém, em muitas mulheres, a IU apresenta-se como uma condição crónica de início gradual com agravamento progressivo evoluindo para uma maior severidade em termos de frequência de perdas e de quantidade de urina perdida (38). As anormalidades da bexiga, associadas a situações patológicas a nível neurológico ou alterações das estruturas da musculatura pélvica podem também originar IU, que pode também ser uma situação transitória ou permanente podendo envolver um volume de urina considerável ou uma quantidade mínima (39).

1.1-TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Desde a década de 80 que a International Continence Society (ICS) tem vindo a uniformizar a terminologia da IU. Assim, inicialmente, a IU era definida como uma “perda involuntária de urina que é objetivamente demonstrável, e é um problema social ou higiénico”(40). O diagnóstico da IU era assim definido pela combinação de um relato de perda involuntária de urina e a visualização da perda de urina durante o exame físico e durante os exames complementares de diagnóstico. A verdade é que, nem sempre, a perda de urina é verificada durante a realização de exames complementares e durante o exame físico.

Atualmente e desde 2010, o ICS (2) definiu incontinência urinária como um *sintoma*, uma queixa de perda involuntária de urina e identificou os seguintes subtipos: a incontinência

urinária de esforço (IUE) definida como uma queixa de perda involuntária de urina que acontece durante a realização de esforço incluindo o esforço físico, o espirrar e tossir, isto é incontinência relacionada com atividade; a incontinência urinária de urgência (IUU) definida como a queixa de perda involuntária de urina associada a uma necessidade urgente de urinar e incontrolável originando a perda de urina, e a incontinência urinária mista (IUM) definida como uma queixa de perda involuntária de urina associada a urgência em urinar e também com a realização de esforço (41). Esta mudança na definição de IU tem implicações nos resultados dos estudos epidemiológicos realizados ao longo destes anos.

Na incontinência urinária de esforço (IUE) há então uma associação entre a realização de determinadas atividades e a perda de urina que se encontra relacionada com o aumento da pressão intravesical em relação à pressão uretral, que ocorre durante a realização de atividades como o tossir, o espirrar ou a prática de exercício físico, na ausência de contração do músculo detrusor (20). Neste tipo de IU o mecanismo da transmissão de pressão durante uma situação de hiperpressão abdominal está alterado verificando-se que a pressão vesical é maior do que a pressão uretral na ausência de contração do detrusor ocasionando a perda involuntária de urina (42). Esta situação é ocasionada por alterações na integridade da musculatura lisa e estriada, na parede vaginal anterior ou do tecido conjuntivo associado ao suporte fascial e ligamentar (43). As pessoas com IUE apresentam maior pressão intravesical durante determinados esforços, uma menor pressão máxima no encerramento uretral e uma maior mobilidade nas porções proximal e média da uretra (44)(45). Existe assim uma associação clara entre a realização de determinados esforços e as perdas involuntárias de urina.

A incontinência urinária de urgência encontra-se associada a uma síndrome de bexiga hiperativa, caracterizando-se por uma vontade forte e inadiável de urinar, em que não existe a possibilidade de acorrer a um local adequado para urinar, ocasionando a perda involuntária. O seu mecanismo encontra-se, portanto, relacionado com a existência de um detrusor hiperativo, em que a musculatura lisa, a nível vesical, apresenta um aumento da atividade contráctil durante a fase de enchimento. Esta contração muscular do detrusor faz aumentar a pressão vesical e quando esta ultrapassa a pressão uretral ocorre a perda de urina. Este tipo de IU surge frequentemente associado a atividades simples, como o lavar a louça ou as mãos, agravando-se com a ingestão excessiva de café, chá ou álcool. A hiperatividade do detrusor pode ser provocada pela alteração no funcionamento dos componentes anatómicos do trato urinário inferior ou dos componentes neurológicos envolvidos no controle da micção (46) (47). Esta

urgência em urinar está muitas vezes associada a polaquiúria e a noctúria em que as alterações da contractilidade do músculo detrusor e alterações da sensibilidade vesical, ainda não estão totalmente compreendidas (38)(20).

A incontinência urinária mista engloba a combinação de sintomas da incontinência de esforço e de urgência, representando, provavelmente um ponto intermédio entre a IUE e a IUU, existindo um tipo de sintomas preponderante (46).

Consideram-se assim dois subtipos principais de IU, a IUE e a IUU, que são os mais comuns coexistindo, por vezes, em combinação de sintomas, designando-se, então, por IU mista. Identificam-se outros subtipos menos frequentes que incluem a incontinência postural, definida como uma perda involuntária de urina associada a uma mudança de posição corporal (frequentemente ao levantar e ao inclinar o corpo); a enurese noturna, correspondendo a uma perda de urina durante o sono; a incontinência contínua, cuja causa mais frequente é a existência de uma fístula vesical e a incontinência coital, definida como uma perda de urina durante o coito.

1.2- EPIDEMIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NAS MULHERES

A incontinência urinária é uma condição estigmatizante na maioria das populações, o que contribui para uma baixa procura de cuidados de saúde e para uma grande possibilidade de enviesamento nas respostas em estudos observacionais (46). Entre os estudos realizados na população geral, as estimativas da prevalência publicadas, com as definições mais inclusivas de IU variam de 5% a 69% (6)(46), com muitos estudos reportando prevalências entre 25% a 45% (20). Esta larga variação apresentada verifica-se tanto nos estudos realizados dentro dos países, como entre eles, podendo ser justificada pelas diferenças verificadas tanto a nível metodológico, relacionado com a definição de IU, como pelo método de colheita de dados e pela estratégia de amostragem populacional (6). A prevalência estimada apresentada em alguns estudos, que utilizaram as mesmas ferramentas de colheita de dados e amostragem, permite

avaliar a presença de IU, na população geral, em determinados países. Hunskaar num estudo realizado em quatro países europeus (França, Alemanha, Espanha e Reino Unido), apresenta uma prevalência da IU nas mulheres entre 23% em Espanha e 44% em França (5). Os estudos EPIC (Epidemiology of Incontinence) e EpiLUTS (Epidemiology of Lower Urinary Tract Symptoms) que utilizaram questionários semelhantes, baseados em definições standardizadas de IU (4)(48), apresentam uma disparidade de resultado explicável pelas diferenças no método de colheita de dados e de taxas de respostas. O estudo EpiLUTS apresentou uma estimativa de prevalência de IU para a população com mais de dezoito anos, em cinco países (Suécia, Itália, Canada, Alemanha e Reino Unido) de 29,5%, 9,3%, 13%, 11,4% e 14,9% respetivamente, e o estudo EPIC estimou a prevalência de IU nos Estados Unidos, Reino Unido e Suécia na população com mais de quarenta anos, com resultados muito similares de 67%, 69% e 67,1% respetivamente.

Estima-se que a IU afetará mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo (49). Em Portugal, um estudo de 2009 de Correia apresentou uma IU de 21% nas mulheres e de 8% nos homens. Este estudo foi realizado a nível nacional, abrangendo a população não institucionalizada com mais de 40 anos. Atendendo à tipologia da IU, o estudo refere que a IUE foi a mais prevalente entre as mulheres, com um pico na sexta década de vida, tornando-se menos frequente que a IUM a partir da oitava década de vida. Nas suas conclusões, refere que as mulheres com mais de 79 anos consideram a perda de urina como fazendo parte do processo de envelhecimento, desvalorizando o sintoma e que só nos casos mais severos de incontinência o reportaram como problema (23). Irwin estimou uma prevalência de 13,1% nas mulheres e de 5,4% nos homens numa amostra de 19196 indivíduos com uma taxa de resposta de 33%, em que o tipo mais comum de IU foi a IUE (48,9%), nas mulheres com mais de 18 anos de idade (4).

Estimar a prevalência da IU numa população continua a ser um desafio. A variabilidade verificada nos estudos, encontra-se relacionada com diferenças nas definições de IU utilizadas, nos instrumentos para a colheita de dados, em amostragens de população não representativas, na inclusão de população acima dos 18 anos ou somente acima de determinada idade, tornando a comparação difícil e desafiante (6). Milson numa revisão sistemática englobando 50 estudos verifica que a IUU é uma condição comum que afeta milhões de mulheres e homens em todo o mundo, com prevalências estimadas que diferem nos vários estudos, decorrente de diferentes definições de IUU, metodologias de estudo, questionários utilizados e amostragem. Apesar

destas diferenças, a evidência disponibilizada indicou uma variabilidade entre 1,8 e 30,5% na população Europeia, 1,7 e 36,4% na população Americana, 1,5 e 15,2% na população Asiática (10). Os custos económicos para esta condição foram estimados em 11 estudos concluindo que são substanciais e que vão aumentar significativamente à medida que a população mundial envelhecer. Milsom & Gyhagen em 2019 referem que a incidência anual de IU na população em geral, varia de 1 a 9% enquanto que as estimativas de remissão estão entre 4 e 30% prevendo-se um agravamento da mesma no futuro, devido ao aumento da esperança de vida (27). Silva num estudo realizado numa amostra de 1291 mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, apresenta uma prevalência de 23,3% de IU, verificando-se esta há mais de um ano em 84% das mesmas e 81,6% de IUE ou IUM (50).

A IU é considerada um problema mundial afetando mulheres de todas as idades, culturas e etnias (12). Os estudos epidemiológicos realizados sobre IU mostram que esta condição é 2 a 3 vezes mais comum nas mulheres (4)(9)(10)(14). Sensoy refere uma prevalência de 44,6% numa amostra de 1050 mulheres entre os 20 e os 80 anos com uma distribuição pelos tipos de incontinência de 47,4% de IUU, 31% de IUE e 33,1% de IUM em que a frequência da perda de urina em uma ou mais vezes por dia foi de 52,8% dos casos (28). Em 2017, Pedersen realizou um estudo epidemiológico em duas regiões da Alemanha e da Dinamarca com uma amostra de 8000 mulheres identificando uma prevalência de 48,3% e 46,4% ($p=0,188$) respetivamente (51). Cerruto apresenta, na sua revisão sistemática, 17 estudos que reportaram prevalências entre 16,1 e 68,8% de IU em mulheres europeias, em que o tipo mais prevalente foi IUE, variando entre 13 e 50% (52).

O crescimento exponencial de população com mais de 65 anos destaca a necessidade de analisar a história natural da IU nas mulheres nesta faixa etária. Komesu realizou um estudo, com uma amostra populacional de mulheres com mais de 50 anos englobando 10572 mulheres em 2004 e 7908 em 2010, identificando uma prevalência da IU entre 19 e 26%, evidenciando um aumento, da mesma, em todas as décadas entre 2004 e 2010 (53). Este estudo apresenta uma subida da incidência para cada dois anos, calculada anualmente, entre 5,9 e 6,7% e uma taxa de remissão entre 22 e 48%. Em 2008, Buckley refere, que em 2004, o ICS apresentou uma revisão de 36 estudos populacionais realizados em 17 países em que a prevalência estimada para a IU geral foi de 5 a 69% com muitos estudos a apresentarem uma prevalência de 25 a 45% nas mulheres. As mulheres mais jovens e de média idade apresentam, com maior probabilidade IUE com prevalências estimadas para as mulheres dos 20 aos 39 anos de 7 a 37%

de IU, para as mulheres entre os 40 e os 59 anos de idade uma prevalência de 31 a 48%, para as mulheres entre os 60 e os 79 anos de idade uma prevalência de 30 a 61% e para as mulheres com mais de 80 anos de idade uma prevalência de 37 a 63% para todos os tipos de IU reportando as mulheres mais velhas um maior predomínio de IUU ou IUM (54). Ebbesen num estudo englobando dois estudos, designados por EPICONT, realizados em diferentes momentos temporais, envolvendo 14606 mulheres, com idade superior a 20 anos, realizado na Noruega, verificaram um aumento na prevalência da IU de 16% nos 11 anos decorridos entre os estudos 1 e 2. A incidência e taxa de remissão foram mais elevadas nas mulheres entre os 20 e os 39 anos de idade (55). Bedretdinova, a partir de dados de 5 estudos a nível nacional e analisando as diferenças na prevalência, estimou que as mulheres em França com IU chegavam aos 5,35 milhões e que 1,54 milhões tinham IU diária (6). Num estudo de Lasserre, realizado em França, a 2183 mulheres com mais de 18 anos de idade, a prevalência de IU foi de 26,8%, em que a IUE foi a mais prevalente, com 45,2%, das 496 mulheres incluídas, 42,1% apresentavam IUM e 10,9% apresentavam IUU, verificando-se que os sintomas de IU estavam presentes numa em cada quatro mulheres que iam a consultas de medicina geral, apesar de somente as que apresentavam uma situação severa de IU procurarem cuidados médicos (56).

A história natural da IU na mulher mantém-se desconhecida, não havendo consenso entre os epidemiologistas em relação à prevalência e aos fatores de risco desta condição. Komesu refere que o conhecimento da história natural da IU permite prever a própria incontinência e a sua evolução (53). Santos realizou, em Portugal, um estudo com o objetivo de determinar a prevalência de IUE em mulheres em idade fértil, antes e durante a gravidez (57). A prevalência identificada foi de 5,4% antes da gravidez e de 51,5% durante a gravidez com um início das perdas de urina, em média, a ocorrer pelas 27 semanas de gestação. As mulheres que referiram IUE antes da gravidez, 50% consideraram as suas perdas como moderadas ou severas e 77,8% consideraram essas perdas em pequena quantidade. Durante a gravidez, 76% das mulheres referiram perdas moderadas ou severas e uma quantidade superior à experienciada antes da gravidez. Yohay apresenta, no seu estudo, que a disfunção do pavimento pélvico é uma situação prevalente durante a gravidez e puerpério. Numa amostra de 122 mulheres, 65% referiram, no terceiro trimestre da gravidez, um aumento da frequência de micções e ao fim de três meses pós-parto, verificando que a IUE estava fortemente associada a situações de lacerações do períneo (58). Thom & Rortvett referem na sua revisão sistemática que incluiu 33 estudos, englobando o período entre as duas semanas e um ano após o parto, que

a prevalência de IU reportada variou entre os 3 e os 40%, em que a IUE foi aproximadamente quatro vezes mais comum que a IUU nas primíparas. Um total de treze estudos apresentaram, nas mulheres que eram continentes antes da gravidez, entre as duas e as treze semanas após o parto, uma prevalência de 25,5% para todos os tipos de parto, e oito estudos apresentaram uma prevalência, entre as duas e as treze semanas após o parto, em mulheres que eram continentes antes do parto, de 17,4% para todo o tipo de parto (17). De acordo com esta revisão sistemática, a prevalência será de cerca de 30% nos primeiros três meses após o parto, verificando-se que a IUE é o tipo de IU mais comum. Verifica-se que as mulheres que apresentam incontinência após o parto constituem um grupo que tem uma maior possibilidade de ter incontinência em algum momento das suas vidas. Algumas mulheres apresentam incontinência ainda antes da sua primeira gravidez enquanto que outras apresentam incontinência, de forma periódica ao longo da vida, sem se identificar uma relação clara com a sua última gravidez (17).

2- IMPLICAÇÕES ANATOMOFISIOLÓGICAS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O conhecimento da anatomia do trato urinário inferior e do pavimento pélvico é fundamental para a compreensão da fisiopatologia da IU. Assim, neste capítulo são apresentadas as estruturas anatómicas com implicações na fisiopatologia da IU.

A capacidade da mulher se manter continente depende da combinação das funções estruturais e da função normal do colo vesical, da uretra e do pavimento pélvico. A bexiga comporta-se como um órgão oco que armazena urina de forma passiva, sem envolver grande aumento de pressão interna até um volume de enchimento pelo qual, através de estímulos dos hemisférios cerebrais, surge a vontade de urinar.

A integridade das estruturas do pavimento pélvico é fundamental para o funcionamento dos órgãos a nível pélvico necessitando que as estruturas musculares existentes apresentem a tonicidade e elasticidade necessárias.

2.1-ANATOMIA DA URETRA E DO PAVIMENTO PÉLVICO

A uretra feminina é essencialmente um canal urinário com origem no colo vesical até ao meato urinário, situado a nível da vulva, com cerca de quatro centímetros de comprimento e um calibre de 7 (sete) a 8 (oito) milímetros. Tem um trajeto oblíquo dirigido para baixo e para a frente, de forma quase vertical e paralelo à direção da vagina. Podemos considerar três

porções: o orifício superior, *colo vesical*; o *corpo* e o orifício inferior, *meato urinário*. Atravessa a aponevrose perineal média podendo ser considerada uma porção superior, a *uretra pélvica* situada na escavação pélvica e com o maior comprimento, e uma porção inferior, a *uretra perineal* que é extrapélvica e mais curta. A sua fixação à vagina e ao períneo assegura a sua estabilidade (20). A uretra é constituída por três túnicas concêntricas: a túnica muscular, a submucosa e a mucosa. A túnica muscular é constituída por dois planos de fibras lisas, um plano interno de fibras longitudinais que continuam com as fibras da camada plexiforme da bexiga, e um pano externo de fibras circulares que se estendem por toda a uretra até ao detrusor e que constituem, na sua porção inicial, o esfíncter interno da uretra, contribuindo para cerca de 20-25% do seu encerramento. Ao nível da uretra pélvica encontramos fibras musculares estriadas a envolver as fibras circulares, que constituem o esfíncter externo responsável por 65-70% do encerramento da uretra. A túnica submucosa é constituída por tecido conjuntivo laxo onde se encontram numerosas veias. A túnica mucosa é uma camada fina, elástica e resistente contendo, na sua espessura, as glândulas de Skene, na parte inferior da uretra à direita e esquerda da linha mediana, dando origem às lacunas uretrais ao nível da porção posterior do meato urinário (20).

Ligamentos e fâscias vesico pélvicas, uretropélvicas e puboretais fornecem suporte anterior e lateral ao colo da bexiga e à uretra por meio da sua fixação ao osso púbico e à fâscia pélvica do arco tendinoso. A posição do colo da bexiga é influenciada pela conexão entre o músculo puboretalis, a vagina e a uretra proximal. A fâscia do arco tendinoso na sua porção pélvica, é uma estrutura de suporte importante da bexiga e da porção do colo da bexiga, contribuindo para o mecanismo de encerramento, a nível do esfíncter interno da uretra e do colo da bexiga, e na abertura da uretra aquando do relaxamento das estruturas musculares adjacentes (59)(60).

O pavimento pélvico é um sistema integrado, complexo, com multicamadas que proporciona suporte ativo e passivo. É formado por um conjunto de músculos e aponevroses que encerram o estreito inferior da escavação pélvica, atravessado pelo reto atrás e à frente pela uretra e órgãos genitais. As fâscias e ligamentos proporcionam um suporte passivo enquanto os músculos, principalmente o músculo elevador do ânus, proporcionam suporte ativo. O pavimento pélvico apresenta três planos: a nível superior a fâscia pélvica, a nível médio o diafragma pélvico e a nível inferior o diafragma urogenital e estruturas de suporte associadas, que se encontram intimamente relacionadas com a região urogenital, uretra, esfíncter anal e vagina nas mulheres (61). O pavimento pélvico é constituído por 13 músculos localizados na

região inferior do abdômen, paredes laterais dos ossos pélvicos, em direção ao cóccix que circundam a vagina facilitando o funcionamento adequado da uretra e do reto. O períneo ou pavimento pélvico, é assim constituído por um conjunto de músculos e aponeuroses que delimitam inferiormente a cavidade pélvica, podendo classificar-se em anterior e posterior, englobando os seguintes músculos: músculos do diafragma ou pavimento pélvico que engloba o músculo elevador do ânus e o músculo coccígeo; os músculos do períneo anterior que engloba os superficiais: músculo transverso superficial, isquiocavernoso e o bulbocavernoso, e os profundos: músculo transverso profundo, esfíncter externo da uretra e o músculo do períneo posterior constituído pelo esfíncter externo do ânus (62).

A Fásia Pélvica é constituída por diferentes estruturas delicadas que recobrem o elevador do ânus e as vísceras de forma contínua. O arco tendinoso pélvico e o arco tendinoso elevador do ânus, duas agregações densas de fásia do obturador e do elevador do ânus, proporcionam um importante suporte passivo. A fásia do arco tendinoso pélvico proporciona ancoragem lateral à parede anterior da vagina e à uretra, enquanto o arco tendinoso elevador do ânus proporciona ancoragem aos músculos do elevador do ânus. A estrutura destas fásias difere substancialmente dos tendões e ligamentos de outras estruturas, sendo constituída por colagénio, células de tecido muscular liso, fibroblastos, elastinas e feixes neuro e fibrovasculares (61)(63).

O músculo elevador do ânus é o maior músculo que constitui o diafragma pélvico encontrando-se ligado ao osso púbico por uma fásia de suporte do arco tendinoso do elevador do ânus. É a segunda camada muscular externa sendo os músculos da camada superficial: o bulbocavernoso que é constritor da vagina; o ísquiocavernoso que auxilia na manutenção da ereção do clitóris, na mulher; o transverso superficial, o transverso profundo e o esfíncter anal externo. Estes músculos podem aumentar a sua força contráctil por ação voluntária, e relaxar de forma voluntária durante o esvaziamento da bexiga. A porção mediana do elevador do ânus é constituída pelos músculos pubococcígeo, pubovisceral e puboretal, constituindo um feixe espesso de fibras desde a face interna do osso púbico, passando junto à uretra, vagina e reto, fixando-se a nível da vagina e reto, formando um “*sling*”. Esta configuração em forma de “*sling*” da porção mediana do músculo puboretal pode dar a falsa impressão de se tratar de um músculo separado, mas a sua contração tónica fecha os hiatos urogenital e anorectal durante a atividade normal ou a posição ereta. O tónus muscular é mantido por ação de fibras musculares de contração lenta (Tipo I). Os músculos iliococcígeo e coccígeo também fazem parte do

músculo elevador do ânus. O músculo iliococcígeo tem origem no arco tendinoso do elevador do ânus que é enervado pelas raízes nervosas desde S2 até S4 por via do nervo do pudendo (61).

O diafragma urogenital situa-se entre o diafragma pélvico, a nível caudal, e anteriormente vai até o nível anorectal, sendo atravessado pela uretra e pela vagina, nas mulheres. O músculo principal do diafragma urogenital é o músculo transverso profundo do períneo, que tem origem na superfície interna do ramo isquiático. O diafragma urogenital encontra-se diretamente ligado à vagina, corpo perineal, esfíncter anal externo e músculo bulbocavernoso. O músculo puboretal (pubococcígeo) localizasse diretamente acima do diafragma urogenital em direção ao osso púbico (61).

A região urogenital constitui a zona anterior superficial do pavimento pélvico. Os músculos externos genitais, nas mulheres – o músculo transverso superficial, o bulbocavernoso e o ísquiocavernoso – situam-se nesta região assim como o esfíncter uretrovaginal. O esfíncter uretrogenital circunda a uretra e a vagina fazendo parte do músculo puboretal (pubococcígeo). O músculo transverso superficial do períneo estende-se pela borda dorsal do diafragma urogenital elevando o corpo perineal (61).

Os órgãos pélvicos são mantidos na sua localização anatômica através da ação combinada do músculo elevador do ânus e das ligações de tecido conjuntivo dos órgãos às paredes laterais pélvicas. A fixação lateral da vagina e do útero permite considerar uma divisão em compartimento anterior e posterior. É no compartimento anterior que se encontra a bexiga e a uretra e no compartimento posterior o reto e o ânus. O tónus constante do músculo elevador do ânus permite manter o hiato fechado contribuindo para a manutenção da posição anatômica da uretra (64).

O pavimento pélvico tem um papel essencial no funcionamento do trato urinário inferior para o funcionamento adequado das fases de armazenamento e de esvaziamento vesical. O armazenamento normal da urina necessita da manutenção dos processos de continência dos quais fazem parte o encerramento normal da uretra e o seu suporte. A fásia endopélvica da parede anterior da vagina, as conexões com o arco tendinoso da fásia pélvica e a porção média do músculo elevador do ânus devem manter-se intactos para poderem proporcionar o suporte adequado à uretra. O pavimento pélvico é um sistema complexo de estruturas interdependentes constituídas por músculo estriado, músculo liso e tecido conjuntivo. O músculo elevador do ânus localiza-se na porção inferior do pavimento pélvico e é constituído pelos músculos

pubococcígeo, iliococcígeo e puboretalis. O músculo pubococcígeo é o componente anterior do músculo elevador do ânus com origem no osso púbico e inserção no corpo perineal. A contração da suas fibras musculares permite manter o hiato urogenital fechado por compressão da vagina, uretra e reto contra o osso púbico, assumindo uma importante função a nível do esfíncter uretral, principalmente nas situações em que ocorre aumento da pressão intra-abdominal (59)(60)(65).

As porções musculares do iliococcígeo e do puboretalis constituem a componente posterior do músculo elevador do ânus e formam uma estrutura horizontal e plana entre as duas paredes laterais a nível pélvico. Estes músculos fundem-se na linha média posterior do reto e ligam-se ao cóccix. Este grupo muscular estabiliza a porção superior da vagina e o colo do útero num plano horizontal, evitando a ação de forças descendentes sobre o pavimento pélvico. A uretra encontra-se normalmente suspensa à parede anterior da vagina por pontos de ligação em todo o seu comprimento, pelos arcos tendinosos da fáscia pélvica, constituídos por tecido fibroso conjuntivo, que vão desde o osso púbico até cada espinha isquiática, ligando cada parede lateral pélvica (65).

2.2-NEUROFISIOLOGIA DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

A continência urinária na mulher advém de uma complexa coordenação entre a bexiga, a uretra, a musculatura do pavimento pélvico e o tecido conjuntivo pélvico. O trato urinário inferior que consiste na bexiga, uretra e esfíncter uretral interno e externo, realizam uma dupla função: a de armazenamento, conseguida através da acomodação da bexiga ao aumento do volume de urina sem condicionar um aumento significativo da pressão interna na mesma, e a eliminação da urina, que ocorrerá num momento social e emocionalmente adequado, através do relaxamento dos esfíncteres interno e externo. Este fator é designado por complacência da bexiga e é possível devido às propriedades elásticas do músculo liso que constitui a parede da bexiga, o músculo detrusor. Assim, a fase de continência depende da visco elasticidade do

detrusor (fase de acomodação) e a fase miccional, depende da visco elasticidade do detrusor e da ausência de obstrução no relaxamento dos esfínteres (39)(66). O ciclo da micção é, portanto, constituído por duas fases: a de enchimento e a de esvaziamento vesical.

O mecanismo de continência urinária ocorre por meio do posicionamento e tamanho adequado da uretra e da funcionalidade do pavimento pélvico. Este suporta ativamente os órgãos pélvicos, favorecendo o relaxamento do esfíncter uretral durante o processo da micção, pela contração do músculo detrusor da bexiga. Algumas atividades favorecem o aumento da pressão intra-abdominal, como por exemplo, tossir, espirrar, rir ou simplesmente caminhar, e esta pressão é transmitida para a bexiga. Quando a pressão interna da bexiga é maior que a pressão de fechamento uretral, associada com a fraqueza do esfíncter uretral, o resultado é a perda de urina (67). Do ponto de vista funcional, a fase de continência ou de enchimento, requer a ausência de contrações vesicais, a acomodação adequada e a manutenção da contração dos esfínteres, enquanto a fase miccional ou de esvaziamento requer a existência de contrações do detrusor e a abertura dos esfínteres. Este conjunto de funções é obtido através da inervação tanto visceral (simpática e parassimpática) como somática, com diversos níveis de integração a nível medular, mesencefálico e cortical.

A manutenção da continência é controlada por um complexo circuito neuronal a nível do sistema nervoso periférico e central que coordena a atividade autónoma visceral da musculatura lisa da bexiga e uretra com a atividade dos músculos estriados do esfíncter uretral externo. Durante a fase de armazenamento, a distensão da bexiga produz um estímulo de baixa intensidade no nervo pélvico, que produz, por sua vez, um estímulo simpático para a bexiga e uretra, através do nervo hipogástrico. Este reflexo simpático inibitório permite a acomodação da bexiga a volumes maiores, por inibição do músculo detrusor, aumentando a tonicidade do músculo do colo da bexiga e da uretra, assim como a estimulação do nervo pudendo, pelo nervo aferente vesical, que aumenta a tonicidade do esfíncter uretral externo. Estes estímulos acontecem através dos trajetos de reflexos espinhais promovendo a continência (39).

O reflexo de micção é acionado quando a pressão e volume limites são atingidos. Quando um nível crítico de urina é atingido e quando o momento é adequado, é desencadeado um reflexo bolbo raquidiano que estimula o fluxo do sistema parassimpático para a bexiga, a nível S2-S4, iniciando a contração do detrusor. A ação do sistema simpático e do nervo pudendo é inibido, o que permite o relaxamento a nível uretral e consequentemente dos esfínteres uretrais. Estes dois processos permitem a expulsão da urina, ou seja, o desencadear da fase de

esvaziamento da bexiga (39). Assim a função fundamental da bexiga durante a fase de armazenamento é de servir como reservatório de urina de baixa pressão. Na fase miccional, a função fundamental é de esvaziamento do conteúdo da bexiga, de uma forma coordenada com todas as estruturas sem afetar a via urinária superior. A função de armazenamento da bexiga é dependente de componentes estruturais e funcionais. Os componentes estruturais incluem o músculo elevador do ânus, a fáscia endopélvica e os arcos tendinosos da fáscia pélvica; os componentes funcionais incluem a inervação pelo nervo pudendo do esfíncter uretral externo e a inervação do elevador do ânus dos músculos pélvicos, que são modulados por interações do sistema nervoso central e periférico. A elevação da pressão uretral, que se verifica durante a fase de armazenamento da bexiga, é acompanhada de um aumento da frequência de impulso do nervo pudendo, que promove um aumento da contração do esfíncter uretral externo, constituindo o ramo eferente do reflexo somático designado por reflexo de guarda, que permite manter a continência quando ocorre um aumento exponencial da pressão intra-abdominal durante a fase de armazenamento da urina. A contração do esfíncter uretral externo e dos músculos elevadores do ânus estimulam os nervos aferentes musculares que vão ativar a inibição, a nível central, dos mecanismos para suprimir o reflexo de micção. A micção corresponde ao esvaziamento da bexiga que é iniciada com o relaxamento da uretra e dos músculos do pavimento pélvico. O relaxamento é mediado pela inibição da atividade somática eferente do esfíncter uretral externo, e por ativação parassimpática da musculatura lisa uretral, seguido da contração da bexiga (65).

Para que o sistema urinário funcione corretamente é necessária uma ação coordenada e sincronizada do sistema nervoso central simpático, do sistema nervoso parassimpático e do sistema somático mediado pelo nervo pudendo. A enervação simpática tem a sua origem a nível toracolombar enquanto a enervação parassimpática e a somática têm a sua origem nos segmentos sagrados da medula espinhal realizando o mesmo percurso os axónios aferentes do trato urinário inferior. Os nervos pós-ganglionares simpáticos (ex. nervo hipogástrico) libertam noradrenalina que ativa os recetores β -adrenérgicos inibitórios no detrusor, promovendo o seu relaxamento, e os recetores α -adrenérgicos excitatórios da uretra e do colo da bexiga e recetores α - e β - adrenérgicos nos gânglios da bexiga. Os nervos parassimpáticos pós-ganglionares libertam acetilcolina, transmissores não-adrenérgicos e não-colinérgicos, originando a contração do detrusor mediado principalmente pelos recetores muscarínicos. Os nervos motores somáticos colinérgicos que inervam os músculo estriados do esfíncter uretral externo

têm a sua origem nos axônios motores a nível de S2-S4, o núcleo de Onuf, e chegam à periferia através do nervo pudendo (68). As sensações de plenitude vesical são transmitidas à medula espinhal pelos nervos pélvico e hipogástrico, enquanto que, a referente ao colo da bexiga e da uretra, é transmitida pelos nervos pudendo e hipogástrico (68)(69).

A bexiga acomoda o fluxo de urina mantendo uma pressão baixa, a nível intravesical, durante a fase de armazenamento, assegurando que os ureteres não são forçados a transportar urina para um compartimento pressurizado que levaria ao refluxo ureteral. Na fase de esvaziamento a bexiga contrai rapidamente, com pressões intravesicais de 50-60 cm H₂O, antes mesmo do esfíncter abrir voluntariamente permitindo a expulsão da urina com uma velocidade de fluxo de 20-30 ml/s (69).

A nível medular é enviada uma mensagem do córtex cerebral para a bexiga, através do sistema nervoso autónomo (SNA), fazendo com que o sistema nervoso parassimpático (SNP) faça a contração do músculo detrusor, abra o esfíncter e relaxe o colo vesical. Estes estímulos podem ser excitatórios e inibitórios. Os excitatórios são dirigidos para a uretra e a bexiga e os estímulos inibitórios são dirigidos ao corpo vesical, promovendo a contração do esfíncter da uretra e o relaxamento da bexiga para que ocorra ou não a micção (68).

A capacidade da mulher manter a continência urinária depende assim da combinação de um funcionamento normal do colo vesical, da uretra e do pavimento pélvico.

2.3-PATOFISIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária manifesta-se como uma perda involuntária de urina cujas causas se encontram associadas a uma alteração no músculo detrusor, a uma hiper mobilidade da uretra ou com ambos os fatores. As alterações no músculo detrusor estão associadas a alterações da sua contratilidade, podendo existir uma hiperatividade ou hipoatividade associada a alterações neurológicas. A hiper mobilidade da uretra está associada a alterações do esfíncter uretral externo e/ou da musculatura do pavimento pélvico, incluindo a perda de tonicidade e elasticidade, e lesão neurológica (70). Do ponto de vista anatómico, a fase de continência

depende, portanto, da viscoelasticidade (capacidade de acomodação) do detrusor e da resistência passiva do esfíncter interno da bexiga. Do ponto de vista funcional, a fase de continência requer a ausência de contrações vesicais, a acomodação adequada do detrusor e a resistência ativa do esfíncter externo, enquanto a fase miccional requer a contração do detrusor e a abertura dos esfíncteres. Este conjunto de funções é obtida através da inervação visceral simpática, parassimpática e somática, com diversos níveis de integração a nível medular, mesencefálico e cortical (71).

A sintomatologia do trato urinário inferior, de acordo com a terminologia utilizada pelo ICS (72), torna possível classificar todas as alterações funcionais da continência e da micção em quatro grupos: associadas à fase de continência estão as incontinências, que podem estar relacionadas com o funcionamento do detrusor (a diminuição da capacidade de acomodação por alteração da visco elasticidade ou por inibição do tónus) ou com alterações no funcionamento da via de saída a nível do complexo esfíncteriano (hípermotilidade uretral, incompetência esfíncteriana intrínseca neurógena, dano esfíncteriano ou presença de fistulas); e as associadas à fase miccional, as retenções, por diminuição ou ausência da contratilidade do detrusor ou na via de saída (uropatias obstrutivas) por alterações ativas, passivas ou inibição psicogénea (71). Assim a fisiopatologia da incontinência urinária pode ser distinguida em dois grandes grupos: as que estão relacionadas com as alterações no armazenamento (funcionamento do detrusor) e as que estão relacionadas com a micção (funcionamento das vias de saída).

A incontinência urinária de esforço caracteriza-se por uma diminuição na transmissão da pressão intra-abdominal à uretra proximal, relacionada com a perda de suporte do pavimento pélvico, por lesão da base muscular aponevrótica do períneo, caracterizada por hípermotilidade uretral, associada à paridade e ao hipoestrogenismo perimenopausico, não estando o esfíncter danificado. Na incompetência esfíncteriana intrínseca existe uma alteração do mesmo por alterações anatómicas ou funcionais (lesões neurológicas). Na incontinência com origem no detrusor podemos identificar as associadas a uma hiperatividade do detrusor ou a alterações na fase de acomodação, estando estas na base da incontinência urinária de urgência. A hiperatividade vesical caracteriza-se por um aumento ativo da pressão intravesical durante a fase de continência, seja por contrações fásicas do detrusor ou por um aumento sustentado do seu tónus. Podemos distinguir, dentro da hiperatividade vesical, a de causa idiopática e a de causa neurógena (71).

Podemos dizer que a IUE pode surgir, quando ocorre uma perda de suporte por parte das estruturas do pavimento pélvico, originando uma hiper mobilidade da uretra, quando existem fatores genéticos associados a carências de colagénio, que originam deficiências no suporte estrutural associado ao pavimento pélvico, e em situações de lesão das estruturas essenciais ao funcionamento fisiológico do pavimento pélvico.

O tecido conjuntivo que constitui o pavimento pélvico manter-se-á sob mínima tensão, desde que o músculo elevador do ânus funcione normalmente, encerrando o hiato urogenital e mantendo o suporte dos órgãos pélvicos. No entanto, quando ocorre lesão dos músculos do pavimento pélvico, o tecido conjuntivo fica sujeito a um maior estiramento, originando uma hiper mobilidade da uretra que pode estar na base da IUE de algumas mulheres (65).

A incontinência urinária não pode ser considerada de forma isolada, sendo um sintoma, que pode ser objetivado, transformando-se num sinal, existindo múltiplos mecanismos fisiopatológicos, que por sua vez podem ser causados por uma série de doenças. Portanto, ao fazer o diagnóstico de incontinência urinária, não basta saber que uma paciente perde urina involuntariamente, mas também é necessário identificar o tipo de incontinência, ou seja a sua fisiopatologia, já que só dessa forma, se pode estabelecer uma orientação terapêutica adequada.

3-FATORES DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Estima-se que cerca de 50% das mulheres adultas possam experienciar incontinência urinária (73)(74). Esta condição aumenta com a idade afetando entre 10 a 20% das mulheres na idade adulta. Apesar da elevada prevalência, a IU continua a ser subdiagnosticada e subtratada pois estima-se que somente 25% das mulheres procure cuidados médicos para a resolução desta condição (74)(75).

Os fatores de risco identificados nos estudos já realizados, mostram uma grande heterogeneidade nos seus resultados. Nas mulheres jovens e de meia-idade, a idade, o IMC, a paridade e o tipo de parto encontram-se inequivocamente associados à incontinência, sendo a IUE a mais prevalente no grupo mais jovem (20).

A disfunção do pavimento pélvico com alterações a nível da tonicidade muscular, contribui para uma diminuição da capacidade da manutenção da continência urinária. Os fatores que contribuem para esta disfunção ainda não estão suficientemente clarificados pela investigação realizada, que apresenta resultados contraditórios, sendo uma constatação comum que a sua etiologia é multifatorial, que compromete diferentes dimensões relacionadas com a qualidade de vida da mulher (76)(77).

O ICS identifica como fatores de risco para a IU nas mulheres, a idade, a obesidade, a gravidez, a paridade e o tipo de parto, a utilização de terapia hormonal de substituição na menopausa, a histerectomia, alguns hábitos de vida (tais como o consumo de café, bebidas com cafeína, o álcool, e o tabaco), o nível socioeconómico, as atividades físicas que envolvem exercícios de impacto (tais como ginástica), e determinadas patologias tais como a diabetes (20). Entre os fatores preditivos, a gravidez e o parto têm sido considerados como aqueles que mais contribuem para a IU na mulher. Um estudo, realizado por Viktrup and Lose referem que se uma primípara desenvolve IU durante a gravidez ou no puerpério, que não resolve ao fim dos 3 meses pós-parto, o risco de a incontinência persistir por cinco anos é de 92% (78).

As alterações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no pavimento pélvico durante a gravidez e o parto ainda não se encontram totalmente clarificadas. Fatores associados ao momento do período expulsivo no parto têm sido referidos como sugestivos de aumentarem o risco de IU no pós-parto. Estes fatores encontram-se associados ao chamado “*trauma obstétrico*” relacionado com o tipo de parto, como a utilização de instrumentos no período expulsivo (ventosa e fórceps) e a realização de episiotomia (79).

3.1-A GRAVIDEZ E A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária, sendo uma queixa frequente e comum nas mulheres, encontra-se muito relacionada com a sua história reprodutiva. A gravidez é um processo fisiológico que implica diferentes adaptações do organismo materno com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento do feto, com uma duração média de quarenta semanas de gestação. A nível do sistema urinário, estas alterações são de carácter morfológico incluindo a dilatação da uretra, pelve renal e ureteres e o relaxamento da parede vesical, que pode perdurar até três meses após o parto.

As alterações hormonais, o aumento do útero para acomodar o desenvolvimento fetal, e as alterações pélvicas associadas, encontram-se entre os fatores identificados como influenciadores do seu desenvolvimento (80). Com o crescimento do útero toda a região pélvica fica sujeita a um aumento de pressão por aumento da carga sobre a musculatura pélvica que, por influência hormonal associada às alterações biomecânicas, podem imprimir uma diminuição do tônus e força muscular, contribuindo para um aumento da pressão vesical e diminuição da pressão no esfíncter uretral, originando a perda de urina quando o equilíbrio entre estas condições não é mantido (81).

A prevalência da IU durante a gravidez foi identificada como sendo elevada, existindo, no entanto, poucos estudos sobre a prevalência, da mesma, por tipo e severidade durante a gravidez (82). No entanto, Daly encontrou no seu estudo, uma prevalência para perdas de urina

de 38, 7% durante a gravidez, apresentando 17,7% das participantes pelo menos uma vez por mês a perda de urina (83).

As alterações e adaptações do organismo anatómicas e fisiológicas associadas a este período, fazem aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento de IU podendo afetar os mecanismos que mantêm a continência urinária (84). Podemos considerar mesmo que há uma associação entre a gravidez e o desenvolvimento da incontinência urinária, apesar da patofisiologia ainda não ser completamente compreendida. O desenvolvimento da IU poderá resultar de uma combinação de fatores incluindo as alterações da resistência e estrutura do colágeno, que se encontram alteradas por ação hormonal (85).

Wesnes em 2007, a partir do “The Norgewian Mother and Child Cohort Study, verificou que 25.121 (58,1%) reportaram ter IU durante a gravidez, sendo a IUE a mais frequente (82). No grupo das mulheres que eram continentas antes da gravidez, a incidência de IU foi de 45,6% na trigésima semana de gestação. Durante a gravidez a perda de algumas gotas de urina foi muito mais frequente do que as perdas de maiores quantidades de urina, independentemente da situação desencadeante da mesma. Neste estudo, englobando uma grande amostra de mulheres grávidas, a prevalência de IU foi o dobro em relação à prevalência IU anterior à gravidez (82). No entanto, a prevalência de IU na gravidez varia consideravelmente apresentando valores entre 4 e 53% em nulíparas e entre 14 e 84% em múltiparas (86) (87) (88) (89). Ting & Cesar, num estudo de 2020 numa amostra populacional no Brasil, estimaram, em mulheres grávidas, uma prevalência de IU de 14,7%. O estudo mostrou que com o aumento da idade materna, aumentava a prevalência, devido provavelmente à diminuição na inervação, à perda de capacidade de contração das fibras musculares e a um aumento da permeabilidade do esfíncter uretral (80). Num estudo, de Rortveit & Hunskaar, realizado na Noruega a onze mil mulheres, foi identificada uma prevalência de IU, na gravidez, de 23% nas mulheres com menos de 25 anos e de 28% nas mulheres que tiveram a primeira gravidez após os 25 anos (90). A idade materna na primeira gestação apresentou-se significativamente relacionada com a possibilidade de apresentar IU, demonstrando que a IU é uma condição comum durante a gravidez, identificando como principais fatores de risco para o seu desenvolvimento a idade materna na primeira gravidez, um peso acima dos 90 Kg no final da gravidez e a prática de exercício regular durante este período (80). Abdullah identificou uma prevalência para o terceiro trimestre da gravidez de 34,3% em que a IUE foi a mais prevalente, com 64,8% das incontinentes a apresentarem este tipo de incontinência. Os fatores de risco identificados como

significativamente relacionados com a presença de IU na gravidez foram a história de enurese na infância e a IU prévia à gravidez (91). Considerando ser a presença de perdas involuntárias de urina durante a gravidez uma situação comum, cerca de 50% das mulheres primigestas que participaram neste estudo consideraram que esta condição não afetava as suas atividades de vida diária, mas 10% considerou que afetava muitíssimo (91).

No estudo de Chaliha os valores médios urodinâmicos foram mais baixos do que os limites normais identificados nas não grávidas, havendo um reporte de IU em mais de 85% das mulheres durante a gravidez (85). Em 2017, um estudo realizado por Rocha identificou a presença de IU em 51,9% das 237 participantes durante o terceiro trimestre da gravidez sendo a IUE o tipo predominante (92). A multiparidade, a idade e o IMC têm sido os fatores mais vezes associados com a IU na gravidez (93). Considera-se que as adaptações cumulativas à gestação e o parto provoquem alterações a nível dos nervos, do tecido conjuntivo e do pavimento pélvico, diminuindo a pressão uretral, predispondo para o aparecimento da IU. A idade mais avançada pode contribuir para a diminuição da pressão uretral, devido às modificações do tecido conjuntivo e por enfraquecimento do pavimento pélvico, enquanto que o IMC mais elevado faz aumentar a pressão intra-abdominal levando a um consequente aumento da pressão intravesical e sobrecarga do pavimento pélvico (93).

Os efeitos mecânicos e hormonais da gravidez podem induzir alterações biomecânicas, neurológicas ou neuromusculares no pavimento pélvico e no suporte dos órgãos pélvicos, contribuindo para a disfunção do pavimento pélvico, com implicações para o aparecimento da IU durante a gravidez. Verifica-se nas mulheres grávidas, no terceiro trimestre da gestação, um aumento em cerca de 27% do diâmetro, em repouso, da área do hiato (definida como a distância entre a face posterior da sínfise púbica e a borda anterior do músculo elevador do ânus no ângulo posterior anorectal), comparativamente às mulheres não-grávidas (94). Wiedner demonstrou que a gravidez tem um efeito negativo na atividade electromiográfica no esfíncter uretral. Isto pode implicar um impacto negativo da gravidez, na integridade neuromuscular do esfíncter uretral (95). Foi ainda demonstrada a presença de recetores de progesterona nos músculos pélvicos e nos ligamentos urogenitais e é considerado plausível que a esta, tenha uma ação relaxante do músculo liso, podendo alterar as propriedades biomecânicas das estruturas do pavimento pélvico, que tem na sua constituição uma quantidade significativa de músculos lisos (96). O trato urinário inferior parece ser influenciado pela ação da progesterona e da relaxina. A progesterona terá um efeito sobre a musculatura lisa e o tecido conjuntivo, com uma ação

relaxante e conseqüente diminuição do tônus do esfíncter uretral interno durante a fase de repouso (67). A relaxina tem um papel de estimulação do crescimento tecidual e de vasodilatação na microcirculação contribuindo para o aumento da pressão uretral. As alterações mecânicas e hormonais contribuem para um aumento da pressão vesical e para a diminuição da pressão de fecho do esfíncter uretral verificando-se que sempre que o equilíbrio entre as mesmas não se efetiva ocorrem perdas involuntárias de urina (97).

Um aumento generalizado na mobilidade do segmento uretral na fase final da gravidez, sugere um efeito hormonal ou mecânico significativo no pavimento pélvico e um aumento em 41% na área do hiato na manobra de Valsava, verificando-se um aumento na mobilidade do colo da bexiga no final da gravidez (94). No entanto, em 2011 Elenskaia verificou, no seu estudo, uma melhoria da função da musculatura pélvica durante a gravidez, pela capacidade de contração da mesma avaliada por palpação digital e utilizando a escala de Oxford (98).

O tipo mais comum de IU na gravidez é a IUE que se torna mais prevalente à medida que a gravidez avança e estima-se que afete a qualidade de vida de 54,3% de mulheres durante a gravidez (99). Diferentes fatores podem contribuir para o aparecimento da IU na gravidez, incluindo o aumento da pressão relacionada com o aumento do tamanho uterino conjuntamente com a ação das hormonas relaxina e progesterona, contribuindo para alterações a nível do tecido conjuntivo tornando-o mais elástico. Mulheres grávidas com IU apresentam um índice de massa corporal mais elevado do que as mulheres que não apresentam IU, verificando-se um aumento da prevalência com a idade gestacional. Considera-se que os fatores mecânicos e hormonais produzem hipermobilidade uretral que pode explicar a prevalência mais elevada de IUE nas grávidas em relação à prevalência da IUE em mulheres jovens não-grávidas(99).

As mudanças anatómicas e fisiológicas decorrentes da adaptação do organismo materno à gravidez a nível do pavimento pélvico não estão totalmente esclarecidas em relação à sua relação para o desenvolvimento da IU. Algumas mulheres parecem ter alguma suscetibilidade individual apresentando algum deficit de colagénio que parece contribuir para o desenvolvimento da IUE (100). O peso do feto confere ao pavimento pélvico uma sobrecarga significativa originando um aumento da pressão intra-abdominal com alterações do posicionamento da porção proximal da uretra. O aumento do tamanho do útero, necessário à acomodação do desenvolvimento do feto, confere uma maior pressão e irritação no órgão vesical sendo, possivelmente, o responsável pelo aumento da frequência urinária, diurna e noturna e da urgência miccional na gravidez. As alterações associadas a estes fatores

fisiológicos de adaptação, no trato urinário inferior podem prejudicar os mecanismos de continência urinária. O aumento da mobilidade da junção uterovesical é mais frequentemente identificado nas grávidas com IUE relacionando-se provavelmente este fenômeno com as alterações hormonais e mecânicas associadas às modificações necessárias ao desenvolvimento da gestação (84).

Em 2016, Demircan realizou um estudo para identificar os fatores de risco predisponentes de IU na gravidez e identificaram uma prevalência de 42,4% e uma relação significativa entre a quantidade e a frequência de perda de urina e o impacto na qualidade de vida. A idade, a altura, ser doméstica, ter um nível educacional superior do que o ensino primário, viver no meio rural, a paridade, ter história de abortamentos e anemia foram fatores de risco para o desenvolvimento de IU (101).

A existência de IU durante a gravidez torna-se um fator de risco para a presença da mesma após o parto, havendo mesmo uma relação entre a presença de IU durante a gravidez e a sua continuidade após o parto associando-se o evento parto a esta situação (83)(102). Podemos afirmar que os fatores de risco para o aparecimento das disfunções do pavimento pélvico, onde se inclui a presença de IU, estão frequentemente associadas à gravidez e ao parto. Hage-Fransen identificou, no seu estudo, a obstipação como um fator preditivo de IU, apesar de normalmente não ser considerado, salientando que, a obstipação, é um sintoma frequente na gravidez e decorrente das adaptações fisiológicas do organismo à gravidez (103).

3.2-O PARTO COMO FATOR DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O parto corresponde a um conjunto de processos que culmina com a expulsão do feto do interior do organismo materno para o exterior, designado por trabalho de parto. O trabalho de parto normal engloba, pois, o conjunto de processos fisiológicos e mecânicos com o objetivo de produzir contrações uterinas progressivamente mais eficazes que originam a dilatação e apagamento da cérvix, expulsão do feto pelo canal de parto, a separação e expulsão da placenta.

Este processo complexo envolve diferentes fases anteriores à fase ativa do parto tendo sido descritas quatro fases do trabalho de parto fisiológico: uma primeira parte de latência em que ocorre contratilidade do miométrio, mas mantendo-se a integridade da cérvix, controlada pela ação da progesterona, relaxina e prostaciclina; uma segunda fase de ativação predominantemente controlada por um aumento relativo da proporção estrogênio-progesterona com um aumento da distensibilidade do tecido da cérvix; uma terceira fase de estimulação que engloba a parte ativa do trabalho de parto, mediada pelas hormonas prostaglandinas, ocitocina e relaxina, com presença de uma contratilidade uterina crescente, o apagamento e dilatação cervical, com o objetivo de expulsar o feto através do canal de parto e a expulsão da placenta; e uma quarta fase de involução, com o início de processos inflamatórios em que a ocitocina medeia a involução uterina e a descida do leite (104).

O trabalho de parto e o parto são processos ativos em que as contrações empurram uma estrutura rígida, o feto, através de uma abertura fixa. A habilidade do feto em conseguir percorrer o seu caminho pela pelve, com sucesso, depende de complexas interações entre três variáveis: a atividade uterina, o próprio feto e a estrutura pélvica materna. A atividade uterina corresponde às forças uterinas geradas pela musculatura uterina, caracterizadas pela frequência, intensidade e duração das contrações. Embora se considere que as contrações com a frequência, intensidade e duração ideais são as que estão associadas a um parto por via vaginal, existem poucos dados que suportem esta suposição (105).

O feto é considerado o passageiro podendo ser identificadas diferentes variáveis fetais que podem influenciar o desenrolar do trabalho de parto e o próprio parto: o tamanho do feto, a posição do feto, sendo a relação do eixo longitudinal do feto relativamente ao eixo longitudinal do útero, em que a situação longitudinal é a indicada para o parto vaginal. A apresentação refere-se à parte do feto que aparece à entrada da pélvis, a atitude ao grau de flexão ou de extensão da cabeça fetal, a posição do feto, que pode ser avaliada através do toque vaginal que se refere à orientação do eixo fetal em relação ao eixo materno (105). A passagem é constituída pela pelve óssea (íleo, ísquio e osso púbico) e pela resistência oferecida pelos tecidos do pavimento pélvico (músculos, fâscias e tecido conjuntivo).

As estruturas que compõem o pavimento pélvico podem constituir-se como fatores de resistência à passagem do feto durante a primeira e segunda fase do trabalho de parto. Na primeira fase a resistência é devida essencialmente ao colo do útero, enquanto na segunda fase esta resistência é dada pelos músculos do pavimento pélvico. Esta resistência assume um papel

importante na execução dos movimentos de rotação e os movimentos do feto através da pélvis. Estes movimentos, designados de movimentos cardinais, referem-se às mudanças de posição da cabeça fetal durante a passagem pelo canal de parto. Dada as dimensões da cabeça fetal e das estruturas ósseas pélvicas, estas rotações são necessárias para a deslocação com sucesso através das mesmas. Apesar de estes movimentos serem de uma forma contínua, são identificados sete movimentos cardinais: o encaixamento, a descida, a flexão, a rotação interna, a extensão, a rotação externa e a expulsão (105).

A progressão normal do trabalho de parto está relacionada com diversos fatores, nomeadamente com os fatores hormonais. O parto é essencialmente controlado pela proporção estrogénio-progesterona contando com a interação de outras hormonas importantes para o desenrolar do trabalho de parto. A ocitocina tem um papel de ativação do músculo liso do miométrio e na remodelação do colo do útero. A sua concentração aumenta à medida que o parto se aproxima, apresentando um pico no início do trabalho de parto. Os recetores de ocitocina aumentam em número no final da gravidez, com uma concentração maior no fundo uterino e na decídua, tendo uma ação direta de ativação no miométrio para a produção de contrações regulares e efetivas e uma ação indireta a nível da decídua, no aumento de produção de prostaglandinas. As prostaglandinas têm um papel importante no estabelecimento do trabalho de parto contribuindo para o aumento da resposta do miométrio à ação dos agonistas contrácteis auxiliando no desenvolvimento da despolarização e sua propagação a todas as células musculares lisas. A relaxina é produzida pelo corpo lúteo, placenta e decídua, com uma ação relaxante sobre o colo do útero, miométrio, endométrio e decídua, tendo uma ação de remodelação no tecido conjuntivo cervical na preparação para o trabalho de parto (104).

O trabalho de parto e parto pode ser dividido em três fases, atendendo a objetivos clínicos. A primeira fase que engloba todos os processos de estabelecimento de contrações regulares e alterações a nível do colo do útero até à sua dilatação e extinção completa. Esta etapa pode ser subdividida na fase latente até aos 4 centímetros de dilatação e na fase ativa que se inicia a partir dos 4 centímetros de dilatação até à dilatação completa. A segunda fase compreende o período desde a dilatação total do colo do útero até à expulsão do feto podendo ser subdividida na fase propulsiva que equivale à descida passiva, permitindo a rotação do feto, a fase expulsiva compreendendo os esforços ativos de expulsão do feto e a terceira fase que vai desde o momento da expulsão do feto até à dequitação, ou seja, expulsão da placenta e membranas.

O trauma obstétrico associado ao parto é um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento das disfunções pélvicas que podem estar na origem do aparecimento da IU. Na progressão do trabalho de parto são utilizadas muitas intervenções que têm como objetivo interferir na sua evolução, mas que vão ter um impacto significativo nas estruturas que constituem o pavimento pélvico (106). Durante o parto vaginal as estruturas musculares do pavimento pélvico são sujeitas a estiramento em cerca de 2.17 vezes em relação à sua posição anatómica normal. A segunda fase do trabalho de parto é acompanhada de uma intensa pressão sobre os tecidos do pavimento pélvico. Quando as estruturas moles do canal de parto e as estruturas pélvicas subjacentes são extremamente dilatadas podem ser danificadas e os nervos, fâscias, músculos e ligamentos podem sofrer algum grau de rotura. Estes danos, que podem ser originados durante o parto, poderão ser reversíveis ou irreversíveis, podendo condicionar alterações estruturais e funcionais levando a disfunções do pavimento pélvico onde se inclui a incontinência urinária (107). Alperin considerou que o parto vaginal e a idade são fatores de risco significativos para o estabelecimento da disfunção pélvica. No seu estudo verificou que, o parto vaginal, contribui para um aumento significativo do comprimento das fibras musculares do coccígeo e do iliococcígeo verificando que este aumento se encontra relacionado com a paridade, e que durante o parto, a descida da apresentação fetal resulta numa carga exercida de forma significativa a nível posterior e proximal nas estruturas musculares. Concluiu ainda que a idade imprime uma diminuição substancial na força das estruturas musculares do pavimento pélvico, associando-se a esta o aparecimento de fibrose, que acontece de forma independente, em relação ao impacto do parto nas mesmas fibras musculares (108). No entanto, estas alterações estruturais parecem indicar que o aumento de comprimento permite uma maior capacidade de ajustamento à passagem do feto, parecendo improvável ter impacto na função do músculo. Este conhecimento permite perceber a importância da implementação de programas de reabilitação do pavimento pélvico de forma precoce, de forma a minimizar os efeitos associados ao parto e ao processo de envelhecimento, na função de todas as estruturas do pavimento pélvico (108).

O parto vaginal implica muitas vezes intervenções que originam alterações a nível das estruturas que constituem o pavimento pélvico tais como a episiotomia, que consiste no corte a nível médio lateral direito ou esquerdo no introito vaginal, implicando a sua reconstrução através de pontos de sutura, e que compromete a elasticidade das estruturas musculares envolventes. De acordo com o estudo de Gong, que comparou a função pélvica em mulheres

que tiveram episiotomia com um grupo em que não foi realizada episiotomia, verificou que a presença de incontinência urinária de stress no grupo das mulheres submetidas a episiotomia era mais frequente (107). Este estudo concluiu que um acompanhamento do período expulsivo do parto que utilize uma forma expectante e que exclua a realização de episiotomia e a colocação das mãos na orientação dos segmentos fetais, não aumentou o tempo que demorou a expulsão do feto, não contribuindo para um maior tempo de estiramento das estruturas pélvicas envolventes. Concluindo que o parto vaginal sem episiotomia reduz a incidência de incontinência urinária de esforço no pós-parto. A utilização da manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de pressão a nível do fundo do útero, por uma pessoa colocando o braço a nível abdominal, na direção do canal de parto, é uma manobra controversa, mas utilizada com o objetivo de acelerar a exteriorização do feto. Sartore realizou um estudo para perceber se a utilização desta manobra tinha impacto nas estruturas do pavimento pélvico e na incidência de IU. O papel desempenhado pela realização da aplicação desta pressão no fundo do útero ainda se encontra pouco estudada, no entanto, neste estudo, concluíram que a utilização de episiotomia, a presença de dispareunia e a dor perineal estiveram significativamente mais elevadas no grupo em que foi realizada a manobra, mas que, em relação à presença de IU e em relação à força muscular perineal, não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos (109). Intervenções utilizadas durante o parto vaginal trazem riscos aumentados de lesão do pavimento pélvico, como a utilização de ventosa e fórceps, contribuindo como fatores de dificuldade para a compreensão na identificação dos fatores de risco associados ao parto para a IU (110).

Durante o parto vaginal, o músculo elevador do ânus e o músculo pubococcígeo são os que estão sujeitos a um maior alongamento e deformação. Estes músculos são então, os que têm maior risco de lesão associada a um maior alongamento (111). Podemos assim considerar que em todas as situações em que ocorre um maior alongamento destes músculos, essa lesão pode ocorrer com implicações nas funções do pavimento pélvico, nomeadamente o tamanho da cabeça fetal, o seu tamanho relacionado com o seu peso e um período expulsivo ou segunda fase do parto, mais prolongado (112). Serati considerou que a explicação para este impacto do tempo de duração do período expulsivo estará, provavelmente, relacionado com a realização de esforços expulsivos prolongados, por parte da mulher, ou estar relacionado com o tamanho fetal, nomeadamente com o diâmetro da cabeça fetal, que poderá contribuir para a lesão do nervo pudendo e da musculatura pélvica (112).

O conhecimento dos danos existentes a nível do pavimento pélvico contribui para uma maior compreensão e reconhecimento da disfunção pélvica, a que pode estar associada a existência de IU, identificando-se como fatores de risco para a IU o tipo de parto. Considerando-se que o parto vaginal tem um maior impacto nas estruturas pélvicas, o peso do RN e o tamanho da cabeça e a paridade verifica-se que quanto mais partos a mulher tiver ao longo da sua vida fértil, maior o risco de aparecimento de IU (111) (113).

3.3- INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS O PARTO

A fase involutiva puerperal inicia-se após a expulsão da placenta durante a qual ocorrem mudanças físicas, emocionais e sociais significativas que são certamente um desafio para a mulher que as experiencia, e que pode ser agravada pela presença da incontinência urinária.

Para o puerpério são descritas taxas de prevalência de IU que variam entre os 27 e os 34% (17)(110)(114). Outros estudos apontam para prevalências de IU após o parto entre 20% e 27,5%, na faixa etária entre os 17 e os 45 anos (115)(116). As estimativas de prevalência da incontinência urinária nas mulheres, pode variar substancialmente atendendo às características da população em estudo e a metodologia adotada. Lopes, num estudo realizado em São Paulo verificou que a prevalência de IU após o parto foi de 40,8% em que 32,3% tinham sido submetidas a episiotomia no ultimo parto (117).

No período pós-parto as alterações musculo esqueléticas inerentes ao processo gravídico e as alterações anatómicas e funcionais do pavimento pélvico, que ocorrem durante o trabalho de parto, e mais especificamente no período expulsivo, vão regredir gradualmente, retornando ao período pré-gestacional, com a consequente recuperação, parcial ou completa, dos mecanismos de continência urinária (102). As alterações decorrentes deste processo que têm perdas de urina associadas, podem regredir após o parto, estando muitas vezes presentes durante o puerpério, podendo desaparecer no fim das seis semanas ou até seis meses após o parto (116)(118).

A instabilidade e a dor no segmento pélvico-lombar associadas a uma diminuição da capacidade de controle voluntário dos músculos estriados do pavimento pélvico podem ser explicativos da incidência de incontinência urinária de urgência e de esforço após o parto e poderá também explicar a persistência de sintomas de IU iniciados durante a gestação (102).

Scarpa realizou um estudo em que avaliou a presença de sintomas do trato urinário inferior, três anos após o parto e verificou que nas cento e vinte mulheres avaliadas, das 69 que apresentavam IUE na gestação 39 (56,5%) tornaram-se assintomáticas, ocorrendo a remissão dos sintomas, até três meses após o parto, e que 87,2% das 30,5% que participaram no estudo, apresentaram IUE de novo, após o parto (102). Serati, no seu estudo, verificou uma elevada incidência de disfunção do pavimento pélvico após o parto, afetando, a incontinência urinária, 27,4% das mulheres até 6 meses após o parto, estando a disfunção urinária ainda presente em 23,2% das mulheres um ano após o parto (112). Num outro estudo consideraram que a presença de IU em puérperas anteriormente continentas, era comum aos quatro meses após o parto e que a idade materna e a utilização de fórceps durante o parto estão fortemente relacionadas com o aparecimento de IU. Foi encontrada uma associação significativa entre a presença de IUE e a IUU, verificando que a presença de IUE aumentava a possibilidade de aparecimento da IUU. Consideraram ainda, que a presença de IUE no período pós-parto pode estar relacionada com a lesão do nervo podendo, enquanto a etiologia da IUU não foi identificada (119). Os fatores de risco identificados por Burgio para a presença de IU após o parto foram a presença de IU durante a gestação, não ter um nível de educação elevado e apresentar um elevado IMC antes do parto. No entanto não considera que esteja claro se o mecanismo que é responsável pelo desenvolvimento da IU durante a gestação é o mesmo que está subjacente à presença de IU após o parto (120). Chuang realizou um estudo em que concluíram que a diabetes gestacional é um fator de risco independente para o surgimento de IU após o parto, com um elevado impacto negativo na qualidade de vida, pelo que consideraram necessário o acompanhamento das grávidas com diabetes gestacional assim que a IU surge (121).

Novo realizou um estudo, em 2016, entrevistando um grupo de mulheres seis e doze meses após parto vaginal e estimou, no momento da entrevista, uma prevalência de 20,4% de IUE. A probabilidade de apresentar IUE após o parto, aumenta com a idade, com a existência de IUE durante a gravidez e chega a triplicar após um parto vaginal (122). Eftekhar identificou uma prevalência global de IUE no pós-parto de 14,1% com uma associação significativa ao

parto vaginal. A prevalência de IUE foi mais elevada entre as mulheres com mais de 35 anos de idade, com um IMC mais elevado e um peso do RN superior a 3000 g (123). No entanto, Kokabi concluiu no seu estudo que a idade e o peso de nascimento eram os principais fatores de risco para a IUE no pós-parto, independentemente do tipo de parto (124).

A IU após o parto é um problema de etiologia multifatorial, apresentando como fatores de risco, entre outros, a obesidade, o aumento de peso excessivo durante a gravidez (o que aumenta a pressão sobre a bexiga), a história de presença de IU pré gestacional ou durante a gravidez, a idade, pelo impacto que a idade tem nas fibras do músculo estriado do esfíncter uretral, o parto vaginal (associado à presença de pelo menos um episódio de perda involuntária de urina) e a existência de diabetes prévia à gravidez (116)(122)(125)(126). A relação entre a presença de IU após o parto e o tipo de parto tem sido objeto de debate, aparecendo como fator de risco para o desenvolvimento de IU, o parto vaginal em relação à cesariana (116)(123)(127)(128)(129)(130). No entanto, verifica-se que pode ocorrer uma recuperação desta incontinência à medida que o tempo passa, mantendo-se, no entanto, presente numa percentagem significativa de mulheres, atendendo a diferentes fatores não totalmente identificados (131). Associa-se, normalmente, o parto vaginal a um trauma do pavimento pélvico, por pressão e distensão das estruturas pélvicas realizada pela cabeça e os ombros do feto, durante o período expulsivo, sendo este trauma aumentado pela utilização de fórceps ou ventosa para a extração do feto (117). As alterações anatómicas e funcionais que ocorrem nos tecidos conjuntivos, músculos e nervos, são considerados os responsáveis pela presença de incontinência urinária após o parto. Verifica-se que, dois meses após o parto, existe, nestas mulheres, uma hipermobilidade do colo da bexiga e uma diminuição da pressão intravaginal, aquando da compressão voluntária da musculatura vaginal quando comparadas com a avaliação pré parto (132).

4-QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A Incontinência Urinária é uma perda involuntária de urina que origina problemas a nível pessoal e social. Sendo uma condição comum nas mulheres, esta pode causar grande desconforto, vergonha e perda de autoconfiança. Não sendo considerada uma doença, mas antes um sintoma, a IU pode resultar de uma situação de comprometimento da bexiga ou de alterações do mecanismo esfíncteriano (133)(134).

Apesar de não existir um consenso universal sobre a definição de qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde (49) apresenta-nos uma definição que indica que a saúde não é meramente uma ausência de doença, mas antes a existência de um bem-estar completo a nível físico, mental e social, referindo que a qualidade de vida é resultado da perceção da situação individual sobre o seu posicionamento na vida atendendo ao contexto cultural e sistema de valores em que vive, atendendo às suas expectativas, padrões e preocupações (49)(135)(136). Esta perspetiva da qualidade de vida assume uma componente individual incorporando a perceção de cada um sobre a sua condição de saúde/doença.

A avaliação da qualidade de vida, como conceito multidimensional, permite identificar e considerar, como resultados de saúde, dimensões mais abrangentes do que simplesmente acrescentar anos de vida. A possibilidade de medir, através da utilização de instrumentos validados, o impacto dos sintomas físicos nas funções sociais, cognitivas e emocionais, permite ter esta visão mais abrangente sobre a influência da doença ou da condição de saúde, na qualidade de vida. Podemos afirmar que o principal objetivo dos cuidados de saúde é melhorar o estado de saúde de cada indivíduo e que estes se encontram, inevitavelmente, relacionados com a qualidade de vida. A avaliação da qualidade de vida permite então identificar os aspetos específicos da vida que se encontram afetados pela situação de saúde e a perceção em relação ao impacto que tem nas diferentes dimensões da vida.

A avaliação da qualidade de vida em mulheres com IU deve ser considerada atendendo a que se considera, que a sua presença, tem uma grande influência na qualidade de vida (137) (138). Verifica-se que a qualidade de vida diminui em cinco dimensões, nas mulheres com IU quando comparada com a de mulheres sem IU e que três em cada quatro mulheres com IU persistente não procura ajuda profissional (139). Mulheres com IU reportam uma deterioração significativa da sua condição emocional, referindo limitações nas suas atividades diárias, perda de vitalidade e de funções sociais, descrevendo a extensão de interferência a nível social, como a visita de familiares e amigos. A nível físico referem limitações em atividades como andar, correr, carregar e levantar objetos tornando-se importante, na avaliação da IU, avaliar o impacto que esta tem na qualidade de vida da mulher (139).

O impacto a nível psicossocial pode ser mesmo mais devastador que as consequências na saúde física, com diferentes efeitos sobre as atividades realizadas no dia-a-dia, na interação social e na auto percepção sobre o próprio estado de saúde, desenvolvendo sentimentos tais como a vergonha, o medo, o nervosismo e mesmo a depressão. A severidade e intensidade com que a IU se apresenta pode influenciar o impacto na qualidade de vida, dado que quanto maior for a frequência das perdas de urina e maior for o volume urinário perdido, maiores serão as implicações negativas (101)(140). A avaliação da severidade dos sintomas de IU tem sido o principal indicador utilizado para identificar as consequências negativas que a presença desta tem na vida destas mulheres; no entanto, a avaliação deste impacto deve ser considerada em qualquer situação de presença de IU independentemente da sua severidade. As perdas de urina afetam a qualidade de vida afetando a vida social, conduzindo a limitações nas atividades sociais, com tendência a uma ingestão limitada de fluidos, a evitar locais sem fácil acesso a um quarto de banho e a limitar contacto social com outras pessoas, nomeadamente evitando participar em viagens, realizar visitas e outras atividades que envolvam atividades sociais (141). A mulher que experiencia IU pode ter a sua qualidade de vida afetada em diferentes dimensões, dependendo da severidade das perdas de urina, e com as suas atividades e áreas de interesse. Atividades desenvolvidas em diferentes áreas, principalmente a atividade profissional, podem ser afetadas pelas perdas de urina, dependendo da acessibilidade a cuidados de higiene. Muitas atividades recreativas podem ficar comprometidas pela possibilidade de ocorrerem perdas de urina durante a atividade, como a prática de um desporto, uma ida ao cinema ou uma viagem, impossibilitando mesmo a sua realização, pelo facto das mulheres não se sentirem confortáveis, impedindo a sua participação nestas atividades (30).

Dolan no seu estudo sobre o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida durante a gravidez e após o parto, identificou que este impacto foi influenciado pelo tipo de IU (IUE, IUU ou IUM) e a quantidade de sintomas urinários coexistentes (142). Antes do parto, pelas 34 a 40 semanas de gestação, as primigestas com IU mista ou IUU, apresentaram scores, na avaliação da qualidade de vida pelo King's Health Questionnaire (KHQ), piores do que as que apresentavam unicamente IUE nos domínios de atividade física e na avaliação do sono relacionando com a severidade da perda. Verificaram também que a avaliação da qualidade de vida, em todos os domínios, apontou scores piores no pós-parto, indicando que o impacto na qualidade de vida da presença de IU no pós-parto foi maior do que durante a gestação (142). Disfunção sexual, isolamento social e a deterioração da qualidade de vida, associada a distúrbios de ansiedade e depressão, são relacionados com a presença de IU. Asoglu realizou um estudo para avaliar o impacto dos tipos de IU na qualidade de vida das mulheres, incluindo a dimensão psicossocial e sexual. Verificou que as mulheres com IU, principalmente com IUM, apresentavam maior probabilidade de desenvolverem distúrbios de ansiedade e uma pior qualidade de vida do que as mulheres que tinham IUE, apresentando estas, uma maior deterioração da sua vida sexual (143).

A IU afeta a vida social, ocupacional, doméstica, física e sexual, com efeitos potencialmente devastadores, mais a nível psicossocial que a nível físico, com influência nas atividades diárias, no trabalho e a nível emocional (139). É um problema complexo variando em tipologia e severidade e assim afetando as vidas de diferentes mulheres de diferentes formas. A presença de IU, atendendo à sua severidade, pode diminuir significativamente a qualidade de vida salientando a importância do seu diagnóstico e caracterização, podendo ser um problema transitório ou permanecer presente, podendo afetar a nível físico, psicológico, social, doméstico e dos estilos de vida, tornando-se impactante para a normal vivência da vida diária. Não sendo considerada uma condição física severa, não afetando a vida das pessoas de forma direta, a IU é uma condição comum que está relacionada com problemas significativos a nível social, psicológico e económico. A perda de urina encontra-se relacionada com diferentes repercussões na qualidade de vida das mulheres adultas, no seu estado emocional e mesmo na sua vida sexual (30)(136). Muitas vezes, as mulheres evitam sair de casa por medo e vergonha da possibilidade de perder urina, ficar molhada ou a cheirar a urina, e a dificuldade associada em encontrar uma casa de banho que possibilite a mudança da roupa interior ou os pensos protetores em contexto público (30).

A qualidade de vida é normalmente avaliada através da utilização de questionários preenchidos pelos próprios ou pelos seus cuidadores. Os questionários existentes seguem estruturas semelhantes e podemos considerar que, de uma maneira geral, estão estruturados em secções ou domínios, procurando reunir informação sobre aspetos particulares da saúde e qualidade de vida. Assim podemos considerar os seguintes domínios: dimensão física (por exemplo: mobilidade, autocuidados e exercício); dimensão emocional (por exemplo: depressão ansiedade e preocupação); dimensão social (por exemplo: intimidade, suporte social, contactos sociais, atividades de lazer); desempenho de papéis (por exemplo: trabalho, atividades domésticas, realização de compras); a presença de dor; o sono e a presença de náuseas; e a presença de sintomas específicos associados (136).

A avaliação do impacto na qualidade de vida da presença da IU tem como principal objetivo a sua utilização em ensaios clínicos como um resultado a ser avaliado. Outro importante objetivo é a sua capacidade de avaliar o significado, para os pacientes, das alterações objetivas de parâmetros clínicos. A avaliação do impacto na qualidade de vida decorrente da IU é também importante do ponto de vista económico, podendo influenciar na alocação de recursos financeiros ao Sistema de Saúde, contribuindo para perceber o impacto da IU a nível de custos económicos para a população afetada. Os resultados dos questionários de avaliação da qualidade de vida não são normalmente apresentados na forma de um único índice, devido ao facto de se poder perder informação importante sobre os domínios mais afetados pela presença de IU. As potenciais aplicações da utilização de questionários para a avaliação da qualidade de vida são: triagem e monitorização de problemas psicossociais no acompanhamento individual do utente com IU; estudos de investigação a nível populacional da perceção de problemas de saúde; auditorias médicas; e ainda: como medida de resultados de estudos de avaliação realizados nos serviços de saúde; em estudos clínicos; em estudos de análise de custos/utilidade; e como complemento na consulta clínica (136). A avaliação do impacto da presença das perdas de urina no bem-estar das pessoas é efetivada pela utilização de questionários que avaliam o grau de incómodo pela presença do sintoma e não pela presença ou ausência do mesmo. A comparação entre o incómodo causado pelo sintoma e a avaliação da sua presença é importante. Jolleys verificou no seu estudo que a prevalência dos sintomas não estava correlacionada com o grau de incómodo dos mesmos para os participantes. Por exemplo, apesar de somente 14% apresentarem noctúria (com mais do que um episódio), 67% consideraram que era incomodativo (144). A perspetiva individual do incómodo que as perdas

de urina têm no seu bem-estar varia significativamente e é influenciada por diferentes fatores. No entanto tem sido demonstrado que a IU reduz as atividades e relações sociais, prejudicando o bem-estar emocional, psicológico e o relacionamento sexual (145)(146).

5- ENFERMAGEM NO CUIDAR DA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO

A fisiopatologia da IU no pós-parto é multifatorial e envolve as alterações hormonais que se iniciam com a gravidez; alterações no ângulo uretrovesical; trauma anatômico associado ao parto vaginal e forças dinâmicas a nível do tecido muscular e conjuntivo. A prevenção da IU e a recuperação do trauma obstétrico decorrente do parto serão objetivos de abordagem da IU a nível do pós-parto. Os enfermeiros e os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, pela sua área de intervenção específica junto das mulheres no contexto obstétrico e ginecológico, podem ser os profissionais habilitados e indicados para assumir um papel mais ativo na prevenção, identificação e acompanhamento desta condição, mesmo que esta não seja referida pelas mulheres (19). Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO) têm a responsabilidade de intervir como agentes na promoção e educação para a saúde, sendo o seu desempenho pautado pelo dever, indicado no REPE, artº5, alínea c), “Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias” (147), salientando também as competências específicas, ao ter como um dos clientes alvo da sua intervenção a mulher no seu ciclo vital, na procura permanente pela excelência da prestação de cuidados, na identificação de problemas potenciais e na prevenção de complicações para a saúde da mulher no puerpério (148).

O EESMO, atendendo à forte relação entre a presença de IU e a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto, têm a oportunidade privilegiada de implementar intervenções que permitem prevenir as perdas involuntárias de urina. No âmbito das suas competências têm como elemento importante para a prevenção deste tipo de situação a prescrição de intervenções que possam ir ao encontro das potenciais complicações identificadas, atendendo a possível intervenção em

fatores de risco passíveis de modificação tendo também atenção aos efeitos resultantes da gestão do parto para o risco de surgimento das perdas de urina (149).

A abordagem da IU pelo enfermeiro deve permitir a recuperação dos mecanismos de continência e a prevenção das alterações fisiopatológicas associadas, após o parto. A Enfermagem tem um papel fundamental no tratamento conservador e prevenção da IU que inclui mudanças de hábitos de vida através de utilização de técnicas, como a reeducação vesical e a reabilitação do pavimento pélvico, assim como a identificação de fatores de risco, de forma a intervir a nível da prevenção. Os exercícios do pavimento pélvico incluem qualquer modalidade que permita fortalecer os músculos pélvicos conseguindo diminuir o risco da mulher desenvolver IU. Estudos consideram que os exercícios de reabilitação do pavimento pélvico permitem melhorar a continência urinária nas mulheres com cerca de 70% de melhoria nos sintomas (150)(151)(152). Estes exercícios permitem melhorar a tonicidade muscular a médio e longo prazo conseguindo diminuir a gravidade da IU e aumentar a qualidade de vida das mulheres.

Os exercícios de Kegel permitem fortalecer os músculos do pavimento pélvico através da contração e relaxamento da musculatura que circunda a uretra, vagina e reto. Mørkved e Bø propuseram um esquema de oito a doze contrações três vezes por dia durante pelo menos oito semanas com acompanhamento de um terapeuta (151). A implementação de exercícios do pavimento pélvico durante a gravidez e após o parto, para prevenir ou tratar a IU, permite reduzir, quando iniciados durante a gravidez, nas mulheres que não apresentem perdas de urina, em 56% a possibilidade de vir a desenvolver IU ainda durante a gravidez, reduzindo significativamente a possibilidade de desenvolver IU desde as seis semanas após o parto, confirmando-se essa redução três e seis meses após o parto (153)(154).

Os enfermeiros têm um papel importante na avaliação da IU e na implementação de exercícios para a reabilitação do pavimento pélvico que permitirão melhorar a tonicidade muscular das suas estruturas, contribuindo para a melhoria no autocuidado relacionado com a capacidade de continência urinária (150). As consultas de enfermagem, as consultas pré-concepcionais e as consultas de vigilância da gravidez, podem ser momentos de oportunidade para identificar fatores de risco modificáveis do desenvolvimento de IU para iniciar medidas preventivas (149)(155). Cerca de um terço das mulheres podem apresentar alguma perda de urina três meses após o parto. A intervenção de enfermagem permitirá identificar o tipo de incontinência urinária e implementar um plano de ação de intervenção cujo objetivo é a redução nas perdas de urina,

melhorando a situação geral de incontinência urinária e assim contribuindo para uma melhoria da qualidade de vidas destas mulheres (156).

Como síntese de enquadramento teórico para o presente estudo, poderemos concluir que a IU é um importante problema de saúde que é despoletado por vários fatores, podendo surgir em mulheres de todas as idades, com grande impacto na qualidade de vida e elevados custos psicológicos e financeiros. O facto de as mulheres apresentarem perdas de urina seis semanas a três meses após o parto significa que a probabilidade de manter essa condição, à medida que o tempo passa, e até o seu agravamento, é grande (11)(154)(157). Os mecanismos fisiopatológicos associados à IU, no período puerperal, estão associados à presença desta condição durante a gravidez, às alterações hormonais inerentes ao processo gravídico e aos danos anatómicos a nível muscular e conjuntivo relacionados com o parto.

A presença de perdas de urina é comum durante a gravidez podendo ser uma condição transitória associada às adaptações normais à gravidez do organismo materno, nomeadamente ao aumento do tamanho do útero, às alterações dos níveis hormonais, ao aumento da taxa de filtração glomerular e à alteração do ângulo uretrovesical. Normalmente ao fim de três meses após o parto desaparecem as perdas de urina involuntárias mas, em algumas mulheres, o problema persiste apresentando-se como uma condição que pode agravar-se com o tempo quer a nível de frequências quer a nível de quantidade da perda (78)(127)(131)(158). A prevalência reportada de IU no período pós-parto varia entre os 3 e os 40% em que a IUE é o tipo de incontinência mais prevalente (127)(159). O trauma dos tecidos musculares e conjuntivos de suporte que compõem o pavimento pélvico, originado pelos processos obstétricos associados ao período expulsivo no parto, são associados ao aparecimento de incontinência urinária no pós-parto. A associação entre o evento parto e a incontinência urinária tem sido identificada nos estudos e validada pelo ICS e a investigação realizada sugere que o desenvolvimento da IU após o parto terá uma etiologia multifatorial (20)(130)(158).

Os estudos consideram as perdas de urina um problema a nível mundial com elevados custos económicos, psicológicos e sociais e indicam que só 25% das mulheres com IU é que procuram cuidados de saúde para o seu problema e menos de metade destas têm cuidados efetivos para o seu problema de incontinência (9)(12)(160).

Sabemos que as perdas involuntárias de urina implicam a perda da qualidade de vida quer durante a gestação (97), quer a nível do pós-parto (161), demonstrando a importância de investigarmos e identificarmos os fatores que contribuem para esta condição, verificando-se

uma elevada correlação entre a presença de IU durante a gestação e a presença da incontinência após o parto (157).

Têm sido desenvolvidos vários estudos sobre a problemática da IU após o parto. No entanto, em Portugal, não foram identificados estudos que permitam perceber a dimensão do problema no pós-parto. Em 2006, Santos et al. realizaram um estudo que permitiu estimar uma prevalência da IUE para antes e durante a gravidez numa amostra de 336 mulheres indicando um resultado de 5,1% de IU para antes e de 51,5% para durante a gravidez, concluindo que menos de metade das mesmas reportaram a situação das perdas involuntárias de urina a um profissional de saúde (57).

O conhecimento da prevalência desta condição a nível mundial tem permitido perceber a sua dimensão e impacto na vida das mulheres, como um importante problema de saúde. As mulheres com incontinência tendem a não falar com os enfermeiros sobre esta situação e os enfermeiros tendem a não questionar, de forma sistemática, as suas utentes sobre a existência de perdas de urina.

O conhecimento da dimensão do problema em Portugal, na população feminina, do seu impacto na qualidade de vida, assim como os fatores de risco presentes no pós-parto contribuirá para o equacionamento de uma abordagem na prestação de cuidados de forma a identificar as mulheres em risco de desenvolver IU e com IU, de forma a implementar intervenções que permitam prevenir, melhorar ou reverter a condição, possibilitando a melhoria da qualidade de vida nestas mulheres.

6- OBJETIVOS E FINALIDADE E DO ESTUDO

OBJETIVO

Foi ponto de partida para o presente estudo a seguinte questão:

Qual é a prevalência da IU urinária nas mulheres após o parto e qual o seu impacto na qualidade de vida?

Como objetivo geral do presente estudo, foi colocado:

- Caracterizar a mulher com incontinência urinária.

Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Validar o instrumento de avaliação da incontinência urinária ICIQ-UI SF;
- Validar o instrumento de avaliação da qualidade de vida na incontinência urinária ICIQ-LUTSQol;
- Estimar a prevalência da IU nas mulheres após o parto;
- Avaliar o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres após o parto;
- Identificar os fatores de risco associados e presentes nas mulheres com IU;
- Identificar que fatores têm mais impacto na qualidade de vida da mulher com IU pós-parto.

À finalidade do estudo subjaz a pertinência o elevado custo direto e indireto nas vidas destas mulheres e na sociedade. Conhecer e caracterizar a população feminina em relação a esta condição de saúde, no pós-parto, permitirá orientar intervenções de enfermagem de forma a minimizar o seu impacto e gravidade, melhorando a qualidade de vida destas mulheres e diminuindo os custos associados.

Assim poderá o estudo contribuir para o conhecimento da dimensão do problema de forma a serem implementados programas de prevenção e, se necessário, o tratamento precoce, pelos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e enfermeiros especialistas em

enfermagem de saúde materna e obstétrica, que acompanham as mulheres nas diferentes etapas da vida das mulheres e de modo especial durante a gravidez e no pós-parto.

II PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1- DESENHO DO ESTUDO

O desenho de um estudo é desenvolvido delineando o conjunto de estratégias atendendo a uma planificação do trabalho de investigação que inclui a identificação da abordagem metodológica a utilizar para responder à questão de investigação. Este planeamento envolve a definição das características, nomeadamente da população e amostra, e a descrição de como será realizada a colheita de dados, o processamento da informação e a análise dos dados obtidos assim como a descrição das tarefas a realizar (162).

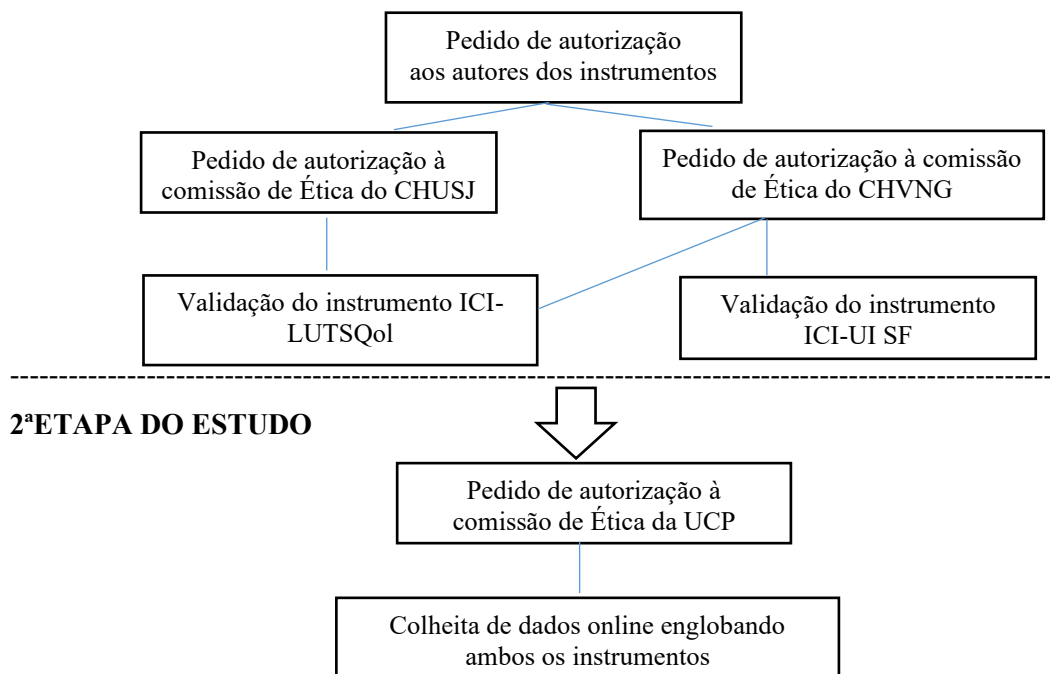
Atendendo à finalidade e aos objetivos do estudo, são apresentadas as opções metodológicas tendo em conta que cada problema de investigação pode ser abordado de diferentes formas o que torna necessário apresentar o caminho realizado para a concretização do estudo. Assim foram delineadas duas etapas para a concretização deste estudo. Dada a escassez de instrumentos validados para a cultura portuguesa foi necessário, numa primeira etapa, a realização de um estudo metodológico que consistiu na validação de dois instrumentos para a cultura portuguesa, um para a avaliação da IU, o ICIQ-UI SF, e outro para a avaliação específica da qualidade de vida na IU, o ICIQ-LUTSQol. Inicialmente foi pedida autorização para realizar a validação para os autores dos instrumentos (Anexo IV e V). Obtida a autorização foi pedido às comissões de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João E.P.E. (CHUSJ) e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho E.P.E. (CHVNG) autorização para realizar a colheita de dados (Anexo I). A colheita de dados foi realizada nos serviços de consulta externa de urologia de ambas as Unidades Hospitalares e nos serviços de internamento de urologia e ginecologia do CHVNG para a validação do ICIQ-LUTSQol; para a validação do ICIQ-UI SF a colheita de dados foi realizada na consulta externa de urologia e no serviço de internamento de ginecologia do mesmo CHVNG. Foram considerados como elegíveis, para efeitos de amostragem, os utentes de ambos os sexos e que aceitassem participar no estudo, constituindo-se assim uma amostra para cada um dos processos de validação.

Estes instrumentos, após a sua validação, foram posteriormente utilizados no estudo observacional de tipo transversal, que corresponde à segunda etapa do estudo e que pretende responder à questão e aos objetivos delineados. Para esse efeito foi pedido parecer à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Para o estudo observacional, a colheita de dados foi realizada por via online, convidando as mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos e que tivessem tido um parto há menos de um ano, a participar no estudo. Este convite foi realizado colocando um *post* nas redes sociais do *Facebook* e *Instagram* procurando fazer a sua divulgação em vários grupos existentes que poderiam ser visitados por mulheres que cumprissem os critérios de inclusão. Foi construído um questionário incluindo as duas escalas validadas, com uma primeira parte constituída por questões para caracterização da população de estudo e com a aplicação dos critérios de exclusão: partos gemelares, partos pré-termo, antecedentes de doença urológica ou cirurgia urológica. Apresentamos, em forma de esquema, o desenho do estudo (Figura 1)

Figura 1- Desenho do estudo

1ª ETAPA DO ESTUDO



2-I ETAPA-ESTUDOS METODOLÓGICOS

Na primeira etapa do estudo foi realizada a validação para a cultura portuguesa das duas escalas de avaliação da incontinência urinária e a da qualidade de vida. A utilização de questionários, na colheita de dados, como instrumentos de avaliação permite de forma sistematizada identificar, neste caso, a situação de incontinência urinária e o seu impacto na qualidade de vida. Os instrumentos de medida desempenham um papel importante nos trabalhos de investigação auxiliando na recolha dos dados de forma mais sistematizada e fiável. A confiabilidade, capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente, e a validade, propriedade de um instrumento medir especificamente o que se propõe medir, são as principais propriedades que auxiliam na escolha do instrumento a utilizar (163).

A padronização de definições do ICS permitiu que estas fossem utilizadas na construção de instrumentos que permitissem a sua utilização a nível internacional (164). O Conselho Consultivo do ICIQ foi formado com o objetivo de orientar o desenvolvimento do Questionário Modular do ICIQ, alargando o conceito e possibilitando a construção de questionários com a mesma lógica de estrutura. Cada módulo utiliza o mesmo formato de perguntas. O primeiro módulo a ser desenvolvido foi o ICIQ-UI-SF que permite avaliação da incontinência urinária e a sua caracterização. Esta uniformização permite a comparação de resultados através desta formatação de questionários, dada a sua fácil compreensão e interpretação (164).

A avaliação da diferença clínica mínima entre os dois questionários ICIQ-UI SF e ICIQ-LUTSQol, permite afirmar que a sua utilização auxilia os investigadores, na sua planificação de estudos, a identificar o número de respostas ao tratamento instituído e a interpretar os dados clínicos significativos (165)

2.1- ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO ICIQ-UI SF PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Para identificar e caracterizar a presença de incontinência urinária o ICIQ-UI SF é o questionário apontado pelo ICS como o mais adequado para a avaliação da mesma (166). É um questionário simples, breve e autoadministrável, avaliando rapidamente o tipo de IU e o impacto geral na qualidade de vida, tendo sido desenvolvido e validado para a língua inglesa por Avery (164)(166), e traduzido para português do Brasil e validado para a população brasileira por Tamanini (167). O ICIQ-UI SF é um questionário que inclui 6 (seis) questões simples que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto geral da incontinência urinária na qualidade de vida, para efeitos de investigação e prática clínica. É um instrumento que mostrou ser psicometricamente robusto possibilitando uma avaliação breve e fiável em estudos epidemiológicos, sendo recomendado para a investigação (168). O tempo total estimado de resposta é de 2 a 3 minutos, as questões são simples e sem conteúdo de teor cultural, com scores de 0-21 em que zero significa que não existe a perda de urina e 21 refere a situação mais grave. Incluindo duas perguntas sobre quantidade e frequência da urina perdida, a terceira pergunta que avalia o impacto das perdas de urina de forma geral na qualidade de vida e a última questão serve para caracterizar o tipo de perda de urina, podendo ser escolhida mais do que uma opção e em que as duas primeiras questões permitem caracterizar a nível de idade e sexo o participante. Este instrumento permite então tipificar a perda urinária e avaliar o impacto geral na qualidade de vida (Anexo III).

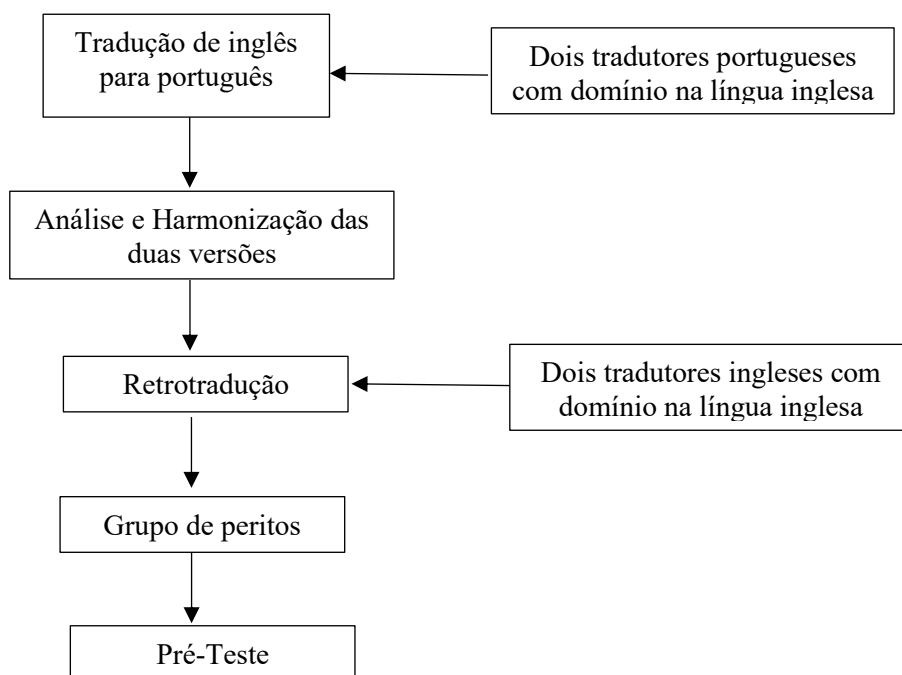
2.1.1- Metodologia

O estudo metodológico foi realizado em duas fases. A primeira fase correspondeu à tradução e retrotradução do instrumento e à avaliação da validade de conteúdo. A segunda fase compreendeu a avaliação das propriedades psicométricas. A consistência interna da versão em

português do ICIQ-UI SF foi avaliada com a determinação do alfa de Cronbach. A validade do constructo foi obtida através da análise fatorial exploratória.

Na primeira etapa do estudo metodológico foi realizada a tradução e retrotradução de acordo com o protocolo de Guillemín (169) que prevê cinco etapas: tradução inicial, síntese da tradução, retrotradução, comité de juizes e pré teste da versão final (fig. 1). O procedimento foi iniciado após autorização do *ICIQ study group* por Nikki Cotterill (Anexo IV) com a realização de duas traduções independentes por dois tradutores portugueses com domínio na língua inglesa. Uma, com conhecimento prévio do objetivo do estudo e da área da saúde, e a segunda sem conhecimentos da área da saúde e do objetivo do estudo. Após análise e harmonização das duas versões a versão resultante foi submetida a retrotradução por duas tradutoras inglesas fluentes em português, sem conhecimento dos objetivos do estudo e do questionário original.

Figura 2- 1ª Etapa do estudo metodológico



Após análise e harmonização da retrotradução com o original em inglês a tradução em português foi considerada gramatical e semanticamente equivalente à versão original e apta para ser submetida a um grupo de três peritos portugueses na área da saúde (enfermeiras com experiência clínica e académica) com domínio da língua inglesa. Após esta avaliação, a versão em português do ICIQ-UI-SF foi pré-testada, numa amostra de conveniência de dez pacientes

da consulta externa de urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, convidando os participantes a preencher o instrumento e a comentar/falar sobre a compreensão do mesmo. Foi monitorizado o tempo que cada participante demorou a responder ao questionário, verificando-se que demorava cerca de dois minutos a ser preenchido. Não foram identificadas dificuldades no preenchimento do questionário.

Na segunda etapa do estudo, foi realizado um estudo observacional do tipo transversal a uma amostra de conveniência constituída por utentes, de ambos os sexos, que procuraram o serviço de consulta de Urologia, o serviço de internamento de Urologia e o serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., no período de setembro a dezembro de 2019. Foram convidados a participar os utentes com mais de 18 anos de idade e que soubessem ler português. A amostra foi constituída pelos utentes que aceitassem participar no estudo. Foi solicitado o preenchimento do ICIQ-UI SF no final da realização da consulta de enfermagem ou durante o internamento quer no serviço de Urologia quer no serviço de Ginecologia.

A amostra, não probabilística de conveniência, foi constituída por noventa participantes. O tamanho da amostra foi determinado atendendo ao estudo inicial de validação do instrumento que utilizou uma amostra de 63 participantes, 46 do sexo feminino e 17 participantes do sexo masculino (166).

2.1.2- Procedimentos Formais e Éticos

Para a validação do questionário a utilizar na colheita de dados do estudo observacional foi pedida a autorização à comissão de ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E (CHVNG/E E.P.E.) (Anexo I). Para o processo de pedido de autorização foi necessário entrar em contacto com as Enfermeiras Chefes dos serviços de Consulta externa de urologia, do serviço de internamento de urologia e de ginecologia do CHVNG/E E.P.E. com o Enfermeiro Chefe da consulta externa de Urologia e com a Enfermeira Chefe da Consulta Externa de Ginecologia para indicação dos enfermeiros de referência que seriam responsáveis pela colheita de dados.

A referida instituição teve o parecer positivo da respetiva comissão de ética para a realização da colheita de dados para a validação do questionário ICIQ-UI SF. No entanto, o processo implicou, no Centro Hospitalar de Gaia, a necessidade de pedir autorização e indicação de um enfermeiro de referência ao Enfermeiro Chefe de cada serviço. Estes enfermeiros referenciados pelos enfermeiros chefes assinaram uma declaração de aceitação com compromisso de confidencialidade. Foram entregues os questionários a cada um destes enfermeiros para os aplicarem aos utentes dos serviços correspondentes. Posteriormente os questionários foram devolvidos ao investigador que os inseriu na base de dados previamente realizada sendo atribuído a cada questionário um código garantindo assim o anonimato dos participantes. Cada participante foi convidado a participar no estudo, pelos enfermeiros de referência de cada serviço, respondendo aos questionários após apresentação do estudo e assinatura do consentimento informado ficando um exemplar do mesmo com cada participante.

2.1.3- Resultados

Foi realizada uma análise descritiva através das frequências das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas. Como defendem Polit, Beck e Hungler (170), a análise psicométrica compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de confiabilidade e validade. Segundo as autoras, o principal critério para a determinação da qualidade de uma medida quantitativa é a confiabilidade. Esta refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo.

A consistência interna do ICIQ-UI SF foi avaliada pelo coeficiente alfa de *Cronbach*. De acordo com Nunnally e Bernstein (171) o cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* permite estimar até que ponto cada item da escala mede, de forma equivalente, o mesmo conceito, ou seja, avalia a fidelidade de um instrumento através da consistência interna.

Com o objetivo de avaliar as características psicométricas da versão portuguesa do ICIQ-UI SF procedeu-se à análise da validade do constructo e confiabilidade. O nível de significância adotado foi de 5% para um IC de 95%. O programa utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26 para Windows.

2.1.3.1 – Confiabilidade do instrumento

Como medida de confiabilidade foram avaliadas a consistência interna do instrumento e o coeficiente de correlação intraclasse. Para a consistência interna foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach padronizado; a sensibilidade da escala foi medida com recurso à correlação de Spearman, teste usado para analisar as relações entre as variáveis.

Para a análise fatorial foi realizado o estudo de confiabilidade apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Estudo de confiabilidade do ICIQ-UI-SF

	Alfa de Cronbach padronizado	Coefficiente de Correlação de Pearson ¹ Coefficiente de correlação interclasse ² Correlação de Spearman ³	IC (95%) p-valor
ICIQ-UI SF	0,85		-
ICIQ-UI SF- Questão 3 e 4		0,88 ¹	p<0,001
ICIQ-UI SF- Questão 4 e 5		0,82 ¹	p<0,001
ICIQ-UI SF-Questão 6*		-0,17 a 0,55 ³	-
ICIQ-UI SF escore final		0,80 ²	-

*Múltipla escolha

Como medida de confiabilidade o Alfa de Cronbach padronizado foi de 0,89 o que confere uma boa confiabilidade, e o coeficiente de correlação interclasse foi de 0,80 para um $p < 0,001$, apresentando também um valor elevado o que indica concordância de conteúdos. O valor medida de Kaiser-Meyer-Olkin da adequação da amostra foi de 0,82 e o teste de Bartlett de esfericidade teve significância estatística ($P < 0.001$) indicando que a análise fatorial é adequada. Foi calculado o coeficiente de correlação interclasse para o score final da escala que foi de 0,80 e a correlação de Spearman para a questão 6 de múltipla escolha, com um resultado entre -0,17 a 0,55 demonstrando uma correlação forte. Para as questões 3 e 4 e as questões 4 e 5 foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson que apresentou um resultado de 0.88 e 0,82 respetivamente para um $p < 0,001$.

2.1.3.2 – Caracterização da Amostra

Foram realizadas entrevistas a noventa participantes, com diferentes queixas a nível urológico, sendo a amostra constituída por 81,2%(n=73) participantes do sexo feminino e 18,9% (n=17) do sexo masculino. A média de idade da amostra foi de 55 anos ($\pm 15,8$ dp), com uma idade mínima de 24 anos e uma idade máxima de 94 anos de idade. Nesta amostra inicial de 90 participantes verificou-se uma prevalência de incontinência urinária de 64,4% (n=58).

Na população em estudo, de acordo com a definição de incontinência urinária do ICS que a considera como uma queixa de qualquer perda involuntária de urina(72), verificamos na amostra daqueles que referiram pelo menos um episódio de perda de urina (n=58), 19% (n=11) (64,8% dos homens) eram do sexo masculino e 81%, n=47(64,4% das mulheres) do sexo feminino, apresentando uma média de idade de 58,9 anos ($\pm 14,2$ dp), com uma idade mínima de 24 anos e uma idade máxima de 94 anos, tal como na amostra total de 90 participantes.

Tabela 2 – Caracterização da amostra em relação a idade e sexo

Tabulação cruzada sexo * grupos etários

		grupos etários			Total	
		24-40	40-65	>65		
sexo	Masculino	Contagem	3	5	9	17
		% em sexo	17,6%	29,4%	52,9%	100,0%
		% em grupos etários	17,6%	10,4%	36,0%	18,9%
		% do Total	3,3%	5,6%	10,0%	18,9%
	Feminino	Contagem	14	43	16	73
		% em sexo	19,2%	58,9%	21,9%	100,0%
		% em grupos etários	82,4%	89,6%	64,0%	81,1%
		% do Total	15,6%	47,8%	17,8%	81,1%
Total	Contagem	17	48	25	90	
	% em sexo	18,9%	53,3%	27,8%	100,0%	
	% em grupos etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	18,9%	53,3%	27,8%	100,0%	

Na tabela 2 podemos verificar que existe uma maior percentagem de participantes do sexo feminino na amostra (81,1%) em relação aos participantes do sexo masculino (18,9%). No sexo feminino a faixa etária com maior percentagem é a de entre os quarenta e os sessenta e cinco anos, enquanto no sexo masculino a faixa etária mais predominante é a dos com mais de

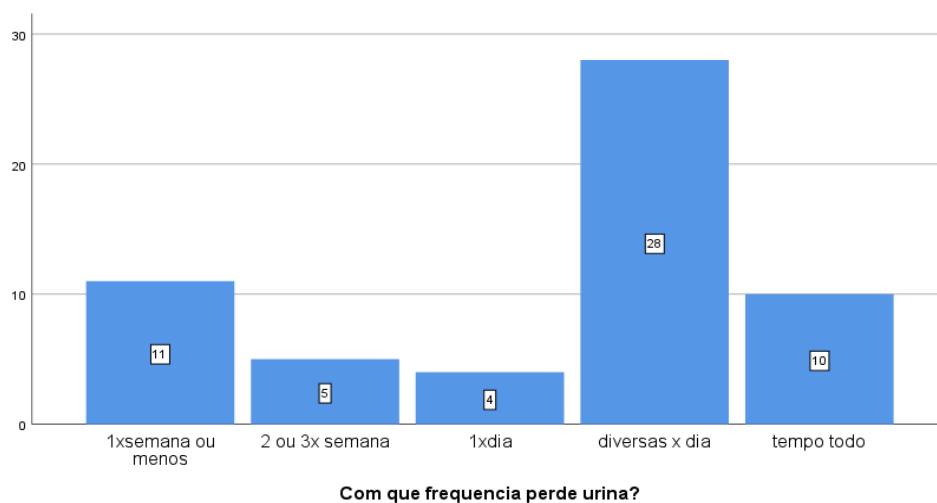
sessenta e cinco anos, mas teremos de ter presente que o total dos participantes do sexo masculino é mais pequeno.

Na população que constituiu a amostra total (90 participantes), verificou-se que na faixa etária dos 24 anos a quarenta anos, houve 18,9% participantes, na faixa etária dos 40 a 65, 53,3% participantes e na faixa etária com mais de 65 anos 27,8% de participantes.

Em relação a “Com que frequência perde urina?” apresentamos os resultados atendendo à população que referiu perdas de urina.

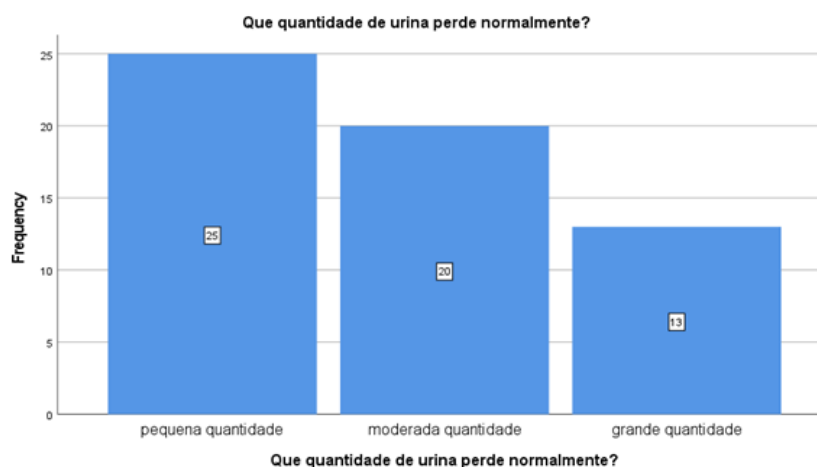
Na amostra de população que referiu ter perdas de urina (n=58), 17,2% (n=10) indicaram perder urina o tempo todo, 48,3% (n=28) referem perder urina diversas vezes durante o dia, 6,9% (n=4) indicaram perder uma vez por dia, 8,6%(n=5) duas a três vezes por semana e 19%(n=11) uma vez por semana ou menos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Distribuição das frequências das perdas de urina



Em relação a “Que quantidade de urina perde normalmente?”, da amostra da população que referiu ter perdas de urina, 43,1%(n=25) indicaram perder uma pequena quantidade, 34,5%(n=20) indicou perder uma moderada quantidade e 22,4% (n=13) referiu perder uma grande quantidade (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição das frequências da quantidade de urina perdida



Na questão 5, em que a questão aborda se a perda de urina afeta a vida diária, verifica-se que perder urina é referido como tendo impacto na qualidade de vida, numa escala variando entre zero (nada) e 10 (muito). Na amostra daqueles que reportam perdas de urina, 51,7% (n=30) referem um impacto na qualidade de vida entre 8 e 10 dos quais 16 referem ter perdas de urina diversas vezes ao dia e 8 referem ter perdas o tempo todo, 4 uma vez por semana ou menos. Em relação à quantidade de urina, 28% (n=7) dos que referem uma perda de pequena quantidade indicam que tem um impacto na qualidade de vida entre 8 e 10, e 20% (n=5) consideraram que essa pequena perda tem um impacto na qualidade de vida entre 5 e 7. Os participantes que referiram uma perda de urina em moderada quantidade, 55% (n=11) consideraram que tinha um impacto na qualidade de vida entre 8 e 10. No global 51,7%(n=30) indicaram que perder urina tinha um impacto na qualidade de vida entre 8 e 10.

Na questão relacionada com as circunstâncias da perda de urina, em que pode haver mais do que uma resposta, 39,7% (n=23) da amostra referiu perder urina antes de chegar à casa de banho, 67,2% (n=39) referiu perder urina quando tossia ou espirrava, 37,9% (n=22) referiu perder urina ao realizar exercício físico, 29,3% (n=17) referiu perder urina quando está a dormir, 27,6%(n=16) referiu perder urina sem razão óbvia e 22,4% (13) perdas no tempo todo.

Em relação à quantidade de urina perdida de acordo com os grupos etários, atendendo à amostra dos que perdem urina (n=58) (Tabela 2), verifica-se que no grupo etário dos 24 aos 40 anos, sendo 9% da amostra, 80% referiram perder urina em pequena quantidade, no grupo etário dos 40 aos 65 anos, 57% da amostra, 49% referiram perder urina em pequena quantidade, 30% referiram perder urina em moderada quantidade e 21% referiram perder em grande quantidade.

No grupo etário com mais de 65 anos, constituindo 34% da amostra, 25% dos participantes referiram perder urina em pequena quantidade, 45% referiram perder urina em moderada quantidade e 30% em grande quantidade.

Tabela 3– Distribuição dos grupos etários e quantidade de perda de urina

					Total
		pequena quantidade	moderada quantidade	grande quantidade	
grupos etários	24-40	4	1	0	5 (9%)
	40-65	16	10	7	33 (57%)
	>65	5	9	6	20 (34%)
Total		25 (43%)	20 (35%)	13 (22%)	58

Verificamos que, atendendo à faixa etária na questão “Com que frequência perde urina?”, nove participantes dos 45 aos 55 anos referiu perder urina várias vezes ao dia, sete participantes da faixa etária dos 55 aos 65 anos referiu perder urina várias vezes ao dia, sete participantes da faixa etária dos 65 aos 75 anos referiu perder urina várias vezes ao dia e quatro participantes da faixa etária dos 75 aos 85 anos referiu perder urina várias vezes ao dia e o único participante acima dos 85 anos referiu perder urina o tempo todo. Na faixa etária dos 25 anos ou menos, dos quatro participantes um referiu perder urina uma vez por semana ou menos, e na faixa etária dos 25 aos 35 anos dois referiram perder urina uma vez por semana ou menos

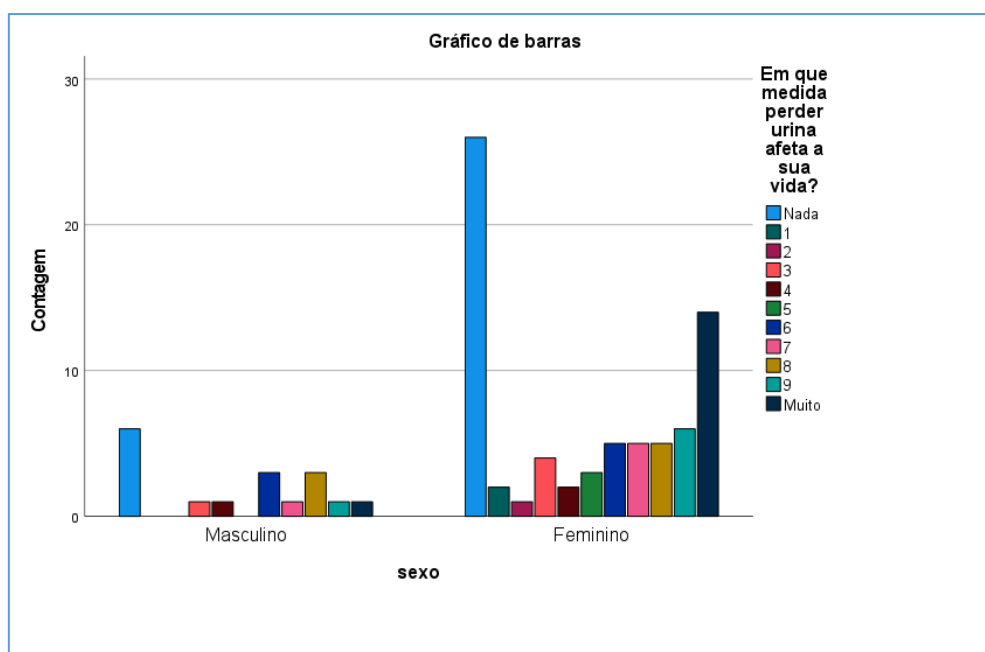
Atendendo a “Com que frequência perde urina? em relação ao sexo verificamos que vinte e duas mulheres referiram perder urina diversas vezes ao dia, oito mulheres referiram perder o tempo todo, cinco mulheres referiram perder urina duas a três vezes por semana e nove referiram perder urina uma vez por semana ou menos (Tabela 4). Podemos verificar, atendendo às percentagens, que a perda total de urina ocorre na mesma proporção entre homens e mulheres.

Tabela 4 – Distribuição sexo/ “Com que frequência perde urina?”

		Nunca	1xsemana ou menos	2 ou 3x semana	1xdia	diversas x dia	tempo todo
sexo	Masculino	6	2	0	1	6	2
		35,3%	11,8%	0,0%	5,9%	35,3%	11,8%
	Feminino	26	9	5	3	22	8
		35,6%	12,3%	6,8%	4,1%	30,1%	11,0%
Total		32	11	5	4	28	10
		35,6%	12,2%	5,6%	4,4%	31,1%	11,1%

No Gráfico 3 é possível observar a distribuição em relação do sexo com o impacto na qualidade de vida.

Gráfico 3 – Distribuição sexo/ “Em que medida perder urina afeta a sua vida?”



Em relação ao impacto na qualidade de vida, podemos dizer que as perdas de urina em relação às mulheres em 35,6% (26 mulheres) referiram não ter nenhum impacto ou seja que não afetava a sua vida, mas 19,2% (14 mulheres) indicaram que afetava muito a sua vida. Considerando os níveis entre 6 e dez de avaliação de impacto na qualidade de vida podemos ver que 48,0% (35 mulheres) indicaram que as perdas de urina tinham um significativo a elevado impacto na sua vida. Em relação aos homens podemos afirmar que seis (35,3% dos homens) consideraram que as perdas de urina não afetavam nada a sua vida e nove (53,0% dos

homens), considerando os níveis entre 6 e dez, indicaram que as perdas de urina afetavam de forma significativa a sua vida.

Os participantes que referiram perder várias vezes ao dia ou o tempo todo e quando perdiam moderada a grande quantidade de urina referiram de uma maneira geral um maior impacto negativo na qualidade de vida, sendo que catorze mulheres consideraram que as perdas de urina afetavam muito a sua qualidade de vida.

2.1.4- Discussão/Conclusão

A falta de instrumentos de avaliação da incontinência urinária traduzidos e validados para a cultura portuguesa tem comportado restrições na prática clínica e na pesquisa nesta área. A decisão pela tradução e adaptação cultural deste instrumento deveu-se ao facto deste permitir avaliar a presença de incontinência urinária e caracterizá-la em relação à sua frequência e quantidade; também classifica-la a nível da tipologia e avaliar o seu impacto geral na qualidade de vida (166).

Uma das limitações do estudo esteve relacionada com a amostra populacional: dos 90 participantes somente 58 referiram perdas de urina constituindo-se esta, a amostra de população incontinente com uma prevalência de 64,4% o que, apesar desta limitação, se evidencia encontrar dentro do intervalo apresentado por Buckley que estimou, com uma revisão de 36 estudos populacionais em 17 países, uma prevalência para a IU geral entre 5 e 69% (54).

A confiabilidade, medida pela consistência interna e avaliada pelo alfa de Cronbach padronizado, foi calculada englobando as questões 3,4 e 5 (167). Este coeficiente é calculado para avaliar a homogeneidade dos itens que constituem o instrumento, ou seja, a sua acurácia. A acurácia, como regra geral, não deve ser inferior a 0,80 quando se pretende a utilização de um questionário, mas valores acima dos 0,60 são considerados como indicando consistência (163).

O alfa de Cronbach apresentando um valor de 0,85, foi considerado satisfatório. Isso revela que existe um bom grau de correlação entre as três perguntas utilizadas. O coeficiente de Pearson para as perguntas 3 e 4 foi de 0,88 e para as perguntas 4 e 5 foi de 0,82 o que indica existir uma correlação forte positiva entre as mesmas. O coeficiente de correlação interclasse para o escore final ICIQ, foi de 0,80.

Ao analisar os resultados gerais obtidos observa-se que o impacto das perdas de urina na qualidade de vida é, de uma maneira geral, maior quando a perda de urina acontece o tempo todo. Estes resultados permitem afirmar que a presença de incontinência urinária tem um impacto negativo na qualidade de vida que é maior nas situações de maior gravidade de perda de urina o que é concordante com outros estudos (15)(30)(172).

O ICIQ-UI SF faz parte de um projeto internacional denominado “ICIQ Modular Questionnaire”. Ao analisar os resultados globais, observa-se concordância com os resultados obtidos na validação do ICIQ-SF para português (167).

Em conclusão a versão do ICIQ-UI SF foi traduzida e validada com sucesso para português, de acordo com o resultado da análise das propriedades de medida. Este instrumento de estrutura breve e simples permite a medição dos sintomas associados à perda de urina e o seu impacto geral na qualidade de vida. Uma das limitações deste estudo está relacionada com o tamanho da amostra e principalmente com a heterogeneidade a nível de sexo. Considera-se que serão necessários mais estudos que possam contribuir para aumentar o conhecimento deste fenómeno na população portuguesa. Este instrumento, dada a sua simplicidade e brevidade, permitirá a sua utilização em contexto clínico e de investigação em Portugal, potenciando a identificação de pessoas com perdas de urina com o objetivo de encontrar o tratamento adequado.

2.2- ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO ICIQ-LUTSQoI PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

O ICIQ-LUTSQoI é um questionário psicometricamente robusto e autoadministrável que avalia a qualidade de vida em pessoas com IU, podendo ser utilizado quer na prática clínica quer em investigação. O ICIQ-LUTSQoI é o correspondente do “*King’s Health Questionnaire*” (KHQ) adaptado de acordo com a estrutura do ICIQ pelo ICIQ *Study group*, proporcionando avaliação detalhada para o impacto da IU na qualidade de vida (20). O KHQ foi desenvolvido inicialmente para avaliar a qualidade de vida nas mulheres com IU como parte de um protocolo

de investigação para estudos de prevalência, estudos clínicos e estudos randomizados (173). Revelou ser um questionário de fácil utilização e compreensão, com validade interna e com confiabilidade para a avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. Foi traduzido e validado para português do Brasil por Tamanini (174), e validado para a população portuguesa numa dissertação de Mestrado de 2011(175).

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire Quality of Life (ICIQ-LUTSQol)* foi adaptado de forma a ter uma estrutura estandardizada e que permite avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. O ICIQ-LUTSQol é um questionário que inclui 22 (vinte e duas) questões simples, distribuídas em 8 (oito) domínios que permitem avaliar o impacto na qualidade de vida nas suas diferentes dimensões, dada a presença da incontinência urinária. Em cada uma das perguntas é avaliado também o grau de impacto de cada um desses domínios. A pontuação é somada em cada um dos domínios, variando entre 0 e 100, em que quanto mais elevada for a pontuação pior é a qualidade de vida relacionada com aquele domínio(174). A avaliação da diferença clínica mínima entre os dois questionários ICIQ-UI SF e ICIQ-LUTSQol, permite afirmar que a sua utilização auxilia os investigadores, na sua planificação de estudos, a identificar o número de respostas ao tratamento instituído e a interpretar os dados clínicos significativos (165). Podemos afirmar que na incontinência urinária a perceção do seu impacto na qualidade de vida e a medição da sua gravidade seria avaliada de forma inadequada utilizando questionários genéricos de avaliação da qualidade de vida. Kelleher atendendo a esta necessidade, construiu e validou um questionário específico para a avaliação do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres (173).

2.2.1- Metodologia

Na primeira parte do estudo foram seguidas as recomendações de Guillemin et al. (169) para estabelecer a equivalência cultural da versão original em inglês do ICIQLUTSQol, que prevê cinco etapas: tradução inicial, síntese da tradução, retrotradução, comité de juizes e pré teste da versão final. O procedimento foi iniciado após autorização do *ICIQ study group* por Nikki Cotterill (Anexo V). Foram realizadas duas traduções por portuguesas fluentes na língua inglesa conhecedoras dos objetivos do estudo. Após harmonização das duas versões a versão resultante foi submetida a retrotradução para o inglês por duas pessoas inglesas fluentes em

português e sem conhecimento dos objetivos do estudo. Após harmonização da retrotradução com o original em inglês, a tradução em português foi considerada gramatical e semanticamente equivalente à versão original e apta para submissão a um grupo de três peritos, na área da saúde, portugueses fluentes em inglês. Após esta verificação a versão em português do ICIQ-LUTSQol foi pré-testada em dez pacientes da consulta externa de ginecologia do Centro Hospitalar de S. João E.P.E. sem necessidade de qualquer alteração (Anexo VI).

Na segunda parte do estudo foi realizado um estudo observacional do tipo transversal com duzentos e vinte participantes, de ambos os sexos, que procuraram o serviço de consulta externa de Urologia e Uroginecologia do Centro Hospitalar de S. João E.P.E., o serviço de consulta de urologia e o serviço de internamento de Urologia e de Ginecologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., no período de setembro de 2019 a janeiro de 2020 com queixas urinárias. Tratou-se de uma amostragem de conveniência de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- a) Homens e mulheres de nacionalidade portuguesa e residentes em Portugal;
- b) Com idade igual ou superior a 18 anos;
- c) Aceitarem participar no estudo;
- d) Referirem perdas urinárias.

Bryman e Cramer (176) referem que o número de elementos da amostra deve ser no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala, pelo que foi constituída uma amostra de 220 participantes, após aprovação pelas comissões de ética das referidas instituições com o nº 139/19 e nº 99/2019-2 respetivamente.

Na abordagem aos participantes foi explicado o estudo e solicitado o seu consentimento de participação por escrito de acordo com os princípios de Helsínquia (177). Foi solicitado o preenchimento do ICIQ-LUTSQol no final da realização da consulta de enfermagem ou no início do internamento quer em Urologia quer em Ginecologia. Como já foi referido, este questionário é autoadministrável e avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida abrangendo diferentes domínios.

O estudo de adaptação e validação do questionário ICQ-LUTSQol envolveu os participantes de duas unidades hospitalares da região do norte de Portugal: o Centro Hospitalar Universitário de São João E.P.E. e do Centro Hospitalar de Gaia/Espinho, E.P.E. A população alvo foram todos os utentes que procuraram os serviços de consulta externa de Urologia e de Uroginecologia do Centro Hospitalar Universitário de São João e os serviços de consulta

externa de Urologia e os serviços de internamento de Urologia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Gaia/Espinho na Unidade 1. A amostra, não probabilística de conveniência, foi constituída por duzentos e vinte participantes.

2.2.2- Procedimentos Formais e Éticos

Para a validação dos questionários a utilizar na colheita de dados do estudo observacional foi pedida a autorização às comissões de ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E (CHVNG/E E.P.E.) e ao Centro Hospitalar Universitário de São João (CHSJ) (Anexo I). Para o processo de pedido de autorização foi necessário entrar em contacto com as Enfermeiras Chefes dos serviços de Consulta externa de Urologia, do serviço de internamento de Urologia e de Ginecologia do CHVNG/E E.P.E. com o Enfermeiro Chefe da consulta externa de Urologia e com a Enfermeira Chefe da Consulta Externa de Ginecologia para indicação dos enfermeiros de referência que seriam responsáveis pela colheita de dados. As referidas entidades tiveram o parecer positivo das respetivas comissões de ética para a realização da colheita de dados com vista à validação dos questionários. No entanto, o processo em cada uma das instituições teve algumas diferenças: no Centro Hospitalar de Gaia foi necessário pedir autorização e indicação de um enfermeiro de referência ao Enfermeiro Chefe de cada serviço; no Centro Hospitalar Universitário de São João foi necessário contactar e ter autorização do Diretor de Serviço da Unidade Administrativa e de Gestão (UAG) da Mulher e da Consulta externa de Urologia a pedir autorização para contactar os respetivos enfermeiros chefes e ter indicação dos enfermeiros de referência para a colheita de dados. Estes enfermeiros referenciados pelos enfermeiros chefes assinaram uma declaração de aceitação com compromisso de confidencialidade. Foram entregues os questionários a cada um destes enfermeiros para os aplicarem aos utentes dos serviços correspondentes. Posteriormente os questionários foram devolvidos ao investigador que os inseriu na base de dados previamente realizada sendo atribuído a cada questionário um código, garantindo o anonimato dos participantes. Cada participante foi convidado a participar no estudo, pelos enfermeiros de referência de cada serviço, respondendo aos questionários após apresentação do estudo e assinatura do consentimento informado, ficando um exemplar do mesmo com cada participante.

2.2.3- Resultados

Foi realizada uma análise descritiva através das frequências das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas. Como medida de confiabilidade foi avaliada a consistência interna do instrumento. Para a consistência interna foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach padronizado. O nível de significância adotado foi de 5% para um IC de 95%. Para aceder à validade do constructo foi realizada a análise fatorial exploratória com identificação dos principais componentes recorrendo à rotação varimax para extração dos fatores exceto para a avaliação do impacto da incontinência. O programa utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 27 para Windows. Foi considerado estatisticamente significativo um $p < 0,05$.

2.2.3.1 – Caracterização da Amostra

Foram entrevistados duzentos e vinte utentes, com diferentes queixas a nível urológico, sendo 193 (87,7%) do sexo feminino e 27 (12,3%) do sexo masculino. Os participantes apresentaram uma média de idade de 58,4 com um desvio padrão de 13,5 e com uma idade mínima de 24 anos e máxima de 94 anos. Verifica-se que 73 (33,2%) têm uma idade acima dos 65 anos, 126 (57,3%) têm uma idade entre os 40 e os 65 anos e 21 (9,5%) têm uma idade entre os 24 e os 40 anos de idade.

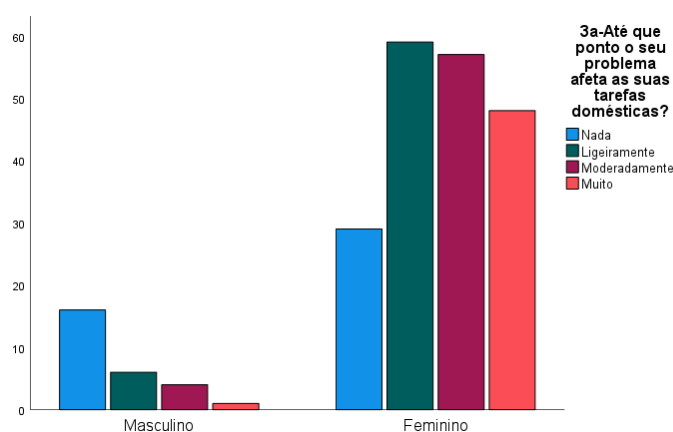
Tabela 5 – Caracterização da amostra em relação aos grupos etários e sexo

			24-40	40-65	>65	Total
sexo	Masculino	Contagem	4	11	12	27
		% em sexo	14,8%	40,7%	44,4%	100,0%
		% em grupos etários	19,0%	8,7%	16,4%	12,3%
		% do Total	1,8%	5,0%	5,5%	12,3%
	Feminino	Contagem	17	115	61	193
		% em sexo	8,8%	59,6%	31,6%	100,0%
		% em grupos etários	81,0%	91,3%	83,6%	87,7%
		% do Total	7,7%	52,3%	27,7%	87,7%
Total	Contagem	21	126	73	220	
	% em sexo	9,5%	57,3%	33,2%	100,0%	

Na Tabela 5 apresenta-se a caracterização da amostra em relação aos grupos etários em relação ao sexo. Verifica-se que 59,6% (115) dos participantes são do sexo feminino e encontram-se na faixa etária dos 40 aos 65 anos (91,3% em relação aos grupos etários), enquanto, nesta mesma faixa etária, encontram-se 40,7% (11) dos participantes do sexo masculino e na faixa etária acima dos 65 anos estão 44,4% (12). Trata-se de uma amostra em que 87,7% dos participantes são do sexo feminino e 12,3% são do sexo masculino apresentando assim uma diferença de representatividade entre ambos os sexos.

Em relação às questões colocadas pelo questionário verifica-se que em relação à primeira pergunta, (- se o problema urinário afeta a realização das tarefas domésticas), verificamos que 45 (20,5%) participantes referiram não afetar, 65 (29,6%) referiram afetar ligeiramente, 61 (27,7%) referiram afetar moderadamente e 49 (22,3%) referiram afetar muito (Gráfico 4).

Gráfico 4- Distribuição respostas se problema urinário afeta as atividades domésticas por género

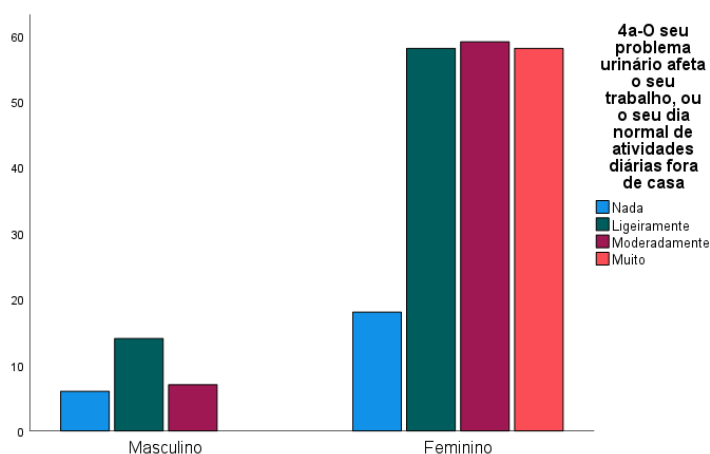


No gráfico 4 verifica-se que 57 das participantes do sexo feminino referem que as perdas de urina afetam moderadamente a realização das tarefas domésticas e 48 referem que afeta muito, mas na verdade verifica-se que 59 das participantes indicam que afeta ligeiramente e 29 que não afeta nada em relação à realização das tarefas domésticas. Atendendo aos participantes do sexo masculino, 16 dos 27 participantes referiram não afetar nada a realização das tarefas domésticas, havendo, no entanto 1 que referiu afetar muito e 4 que afetava moderadamente. A análise do gráfico permite supor que, sendo uma amostra em que o sexo feminino tem uma maior representatividade, a realização das tarefas domésticas são afetadas pelas perdas de urina

num número importante de participantes deste sexo. Os participantes do sexo masculino tendo uma menor representatividade, referem em número elevado para a amostra, que as perdas de urina não os afetam em nada ou ligeiramente.

Na pergunta se o problema urinário afeta o trabalho ou a realização de atividades diárias fora de casa, verificamos que 24 (10,9%) participantes referiram não afetar, 72 (32,7%) referiram afetar ligeiramente, 66 (30%) referiram afetar moderadamente e 58 (26,4%) referiram afetar muito. A análise do gráfico, atendendo a que a representatividade do sexo feminino é maior, permite referir que as perdas de urina têm um grande impacto nas atividades de vida diária fora de casa, e que para o sexo masculino, apesar da sua baixa representatividade, 15 participantes consideraram que afetava ligeiramente e 8 consideraram que afetava moderadamente as suas atividades diárias fora de casa (Gráfico 5).

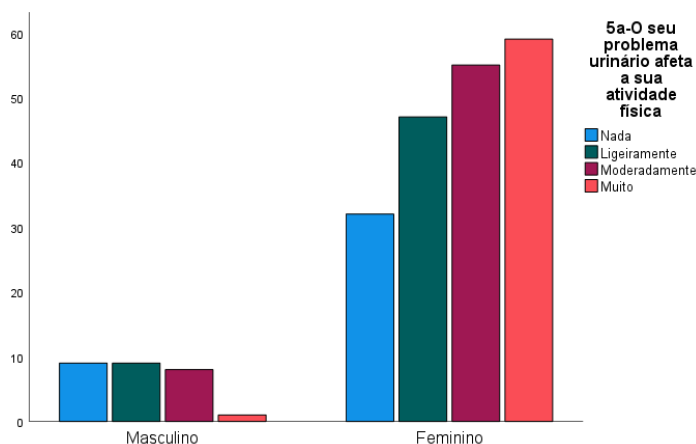
Gráfico 5 - Distribuição respostas se problema urinário afeta o trabalho ou as atividades diárias fora de casa por género



Na pergunta se o problema urinário afeta a atividade física verificamos que 41 (18,6%) referiram não afetar, 56 (25,5%) referiram afetar ligeiramente, 63 (28,6%) referiram afetar moderadamente e 60 (27,3%) referiram afetar muito.

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa ($p=0,014$), entre o género e a prática de atividade física (Gráfico 6).

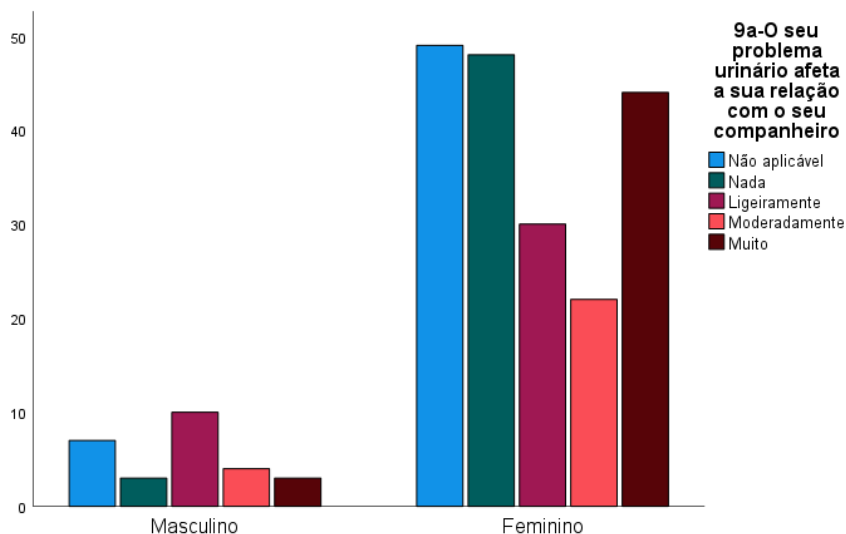
Gráfico 6 – Distribuição respostas se problema afeta a atividade física por sexo



Na pergunta se o problema urinário afeta a relação com o companheiro verificamos que 56 (25,5%) consideraram não aplicável, 51 (23,2%) consideraram que não afetava nada, 40 (18,2%) consideraram que afetava ligeiramente, 26 (11,8%) consideraram que afetava moderadamente e 47 (21,4%) consideraram que afetava muito. Verifica-se uma relação estatisticamente significativa ($p=0,046$), entre o género e a relação com o companheiro.

Em relação aos grupos etários verificamos que 32 (14,6%) e 17 (7,7%) dos que consideraram que não era aplicável e que afetava em nada, respetivamente, se encontram na faixa etária com mais de 65 anos, na faixa etária dos 40 aos 65 anos, 21 (9,5%) e 31 (14,1%) consideraram que não era aplicável ou não afetava nada a sua relação com o companheiro. Verificamos também que, em relação aos grupos etários, no grupo dos 40 aos 65 anos, 30 (13,6%) e 17 (7,7%) dos participantes consideraram que o problema urinário afetava muito ou moderadamente, respetivamente, a relação com o companheiro, na faixa etária acima dos 65 anos, 11 (5,0%) e 6 (2,7%) dos participantes consideraram também que afetava muito ou moderadamente a sua relação com o companheiro (Gráfico 7).

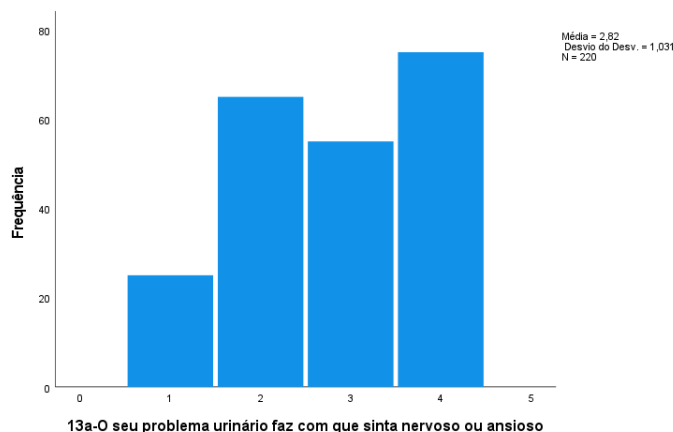
Gráfico 7 – Distribuição de respostas se problema afeta relação com o companheiro por sexo



Na pergunta se o problema urinário afeta a vida sexual verificamos que 64 (29,1%) dos participantes consideraram que não era aplicável e 54 (24,5%) consideraram que não afetava nada. Verificamos também que 44 (20,0%) consideraram que afetava muito e 34 (15,5%) considerou que afetava moderadamente. Verifica-se uma relação estatisticamente significativa, ($p= 0,044$), entre o sexo e a vida sexual.

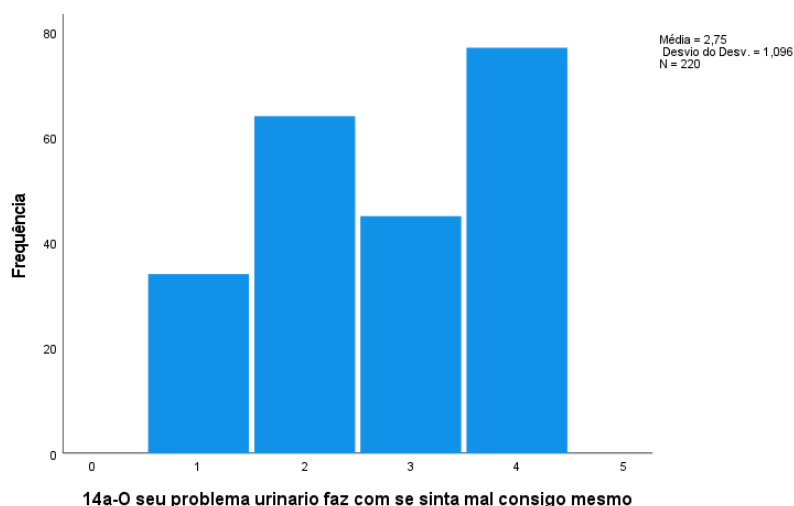
Na pergunta se o problema urinário faz sentir-se nervoso ou ansioso verificamos que 25 (11,4%) dos participantes referiram nada e 65 (29,5%) referiram que ligeiramente enquanto 75 (34,1%) dos participantes referiram que os fazia sentir muito nervoso ou ansioso e 55 (25,0%) os fazia moderadamente (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição de frequências se problema urinário faz sentir nervoso ou ansioso



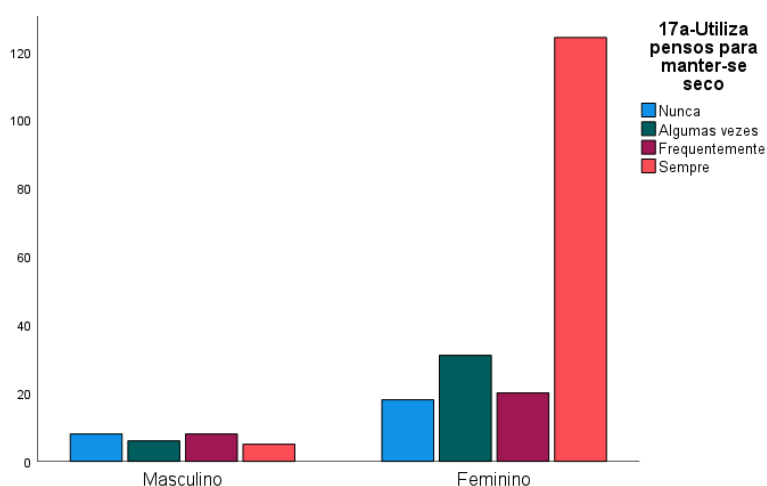
Verificamos que, em relação à pergunta se o problema urinário faz com que se sinta mal consigo mesmo, 34 (15,5%) referiram nada e 64 (29,1%) referiram ligeiramente, mas que 77 (35,0%) referiram muito e 45 (20,5%) referiram moderadamente (gráfico 9).

Gráfico 9 – Distribuição de frequências se problema urinário faz sentir-se mal consigo mesmo



Na pergunta sobre se utiliza pensos para se manter seco verificamos que 129 (58,6%) utiliza sempre, 28 (12,7%) utiliza frequentemente, 37 (16,8%) utiliza algumas vezes e 26 (11,8%) nunca utiliza. Verifica-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), entre o sexo e a utilização de pensos (Gráfico 10).

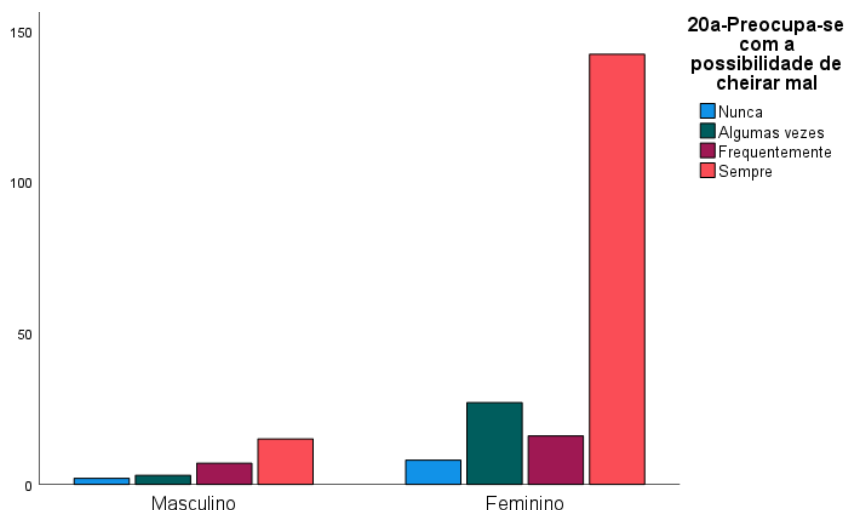
Gráfico 10 – Distribuição de frequências por sexo se utiliza pensos para se manter seco



Verificamos que, em relação à pergunta “preocupa-se com a possibilidade de cheirar mal”, 157 (71,4%) participantes refere preocupar-se sempre, 23 (10,5%) participantes refere

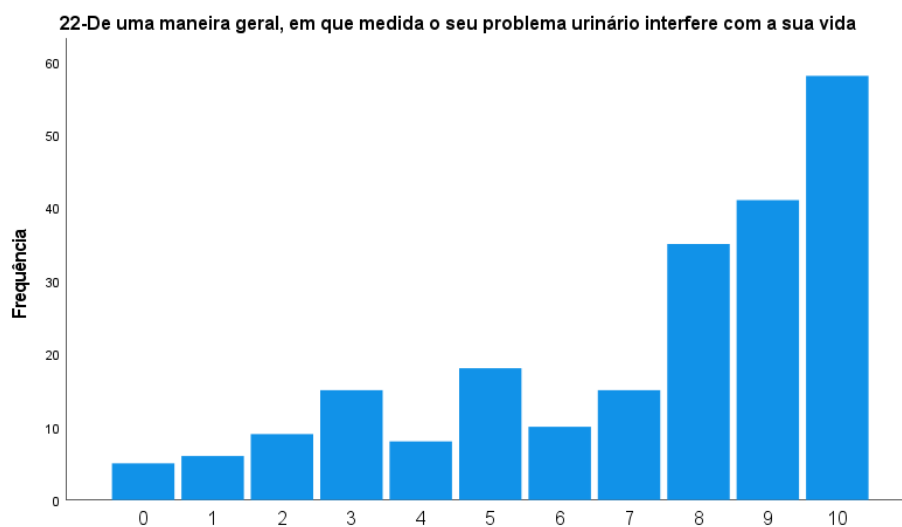
preocupar-se frequentemente, 30 (13,6%) participantes refere preocupar-se algumas vezes e 10 (4,5%) refere nunca se preocupar. Verifica-se uma relação estatisticamente significativa ($p=0,032$), entre o género e o preocupar-se com a possibilidade de cheirar mal (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Distribuição de frequências de preocupa-se com a possibilidade de cheirar mal por género



Em relação ao impacto que o problema urinário tem na qualidade de vida, numa escala de 0 a 10 (em que 0 é nada e 10 corresponde a muito), verificamos que 134 (60,9%) dos participantes posicionaram-se entre o 8 e o 10 nessa escala, 51 (23,2%) se posicionaram entre o 4 e o 7 e 35 (15,9%) se posicionaram entre o 0 e o 3, permitindo afirmar que o impacto do problema urinário interfere muito com mais de metade dos participantes do estudo (gráfico 12).

Gráfico 12 – Distribuição de frequências pelo impacto do problema urinário na vida



2.2.3.2 – Confiabilidade da escala ICIQ-LUTSQol

Para obter a validade do constructo foi realizada uma análise exploratória fatorial por rotação varimax para extração dos principais componentes exceto para as questões sobre o impacto da incontinência associada a cada questão e a percepção geral do impacto da incontinência por serem medidas de item único. Foram identificados quatro fatores ficando duas perguntas isoladas, apresentando valor próximo de um (as perguntas 9a e 10a), com um alfa de Cronbach de 0,4 impossibilitando a sua utilização dessa forma, pelo que foi decidido englobá-las nas atividades diárias o que corresponde ao fator 1, ficando assim com uma extração de três fatores. A tabela 4 apresenta a estrutura final da versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol. Os resultados foram agrupados de acordo com a ordem de apresentação dos itens de forma a facilitar a leitura (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise fatorial da versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
3a-Até que ponto o seu problema afeta as suas tarefas domésticas?	0,774		
4a-O seu problema urinário afeta o seu trabalho, ou o seu dia normal de atividades diárias fora de casa	0,807		
5a-O seu problema urinário afeta a sua atividade física	0,784		
6a-O seu problema urinário afeta a sua capacidade de viajar	0,799		
7a-O seu problema urinário limita a sua vida social	0,642		
8a-O seu problema urinário limita a sua capacidade de ver/visitar pessoas		0,547	
9a-O seu problema urinário afeta a sua relação com o seu companheiro		0,927	
10a-O seu problema urinário afeta a sua vida sexual		0,936	
11a-O seu problema urinário afeta a sua vida familiar		0,563	
12a-O seu problema urinário faz com que se sinta deprimido		0,792	
13a-O seu problema urinário faz com que sinta nervoso ou ansioso		0,812	
14a-O seu problema urinário faz com se sinta mal consigo mesmo		0,807	
15a-O seu problema urinário afeta o seu sono		0,627	
16a- Sente-se exausto ou cansado		0,747	
21a-Sente-se envergonhado por causa do seu problema urinário		0,599	
17a-Utiliza pensos para manter-se seco			0,583
18a-Tem cuidado com a quantidade de líquidos que bebe			0,509
19a-Troca a sua roupa interior quando fica molhado			0,712
20a-Preocupa-se com a possibilidade de cheirar mal			0,680
% de variância explicada	38,4	10,9	8,2

Assim, a versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol tem um total de 21 itens distribuídos pelos três fatores encontrados. O Fator1 foi designado por “Atividades diárias e limitações

“pessoais”, constituído por cinco itens, o Fator 2 que foi designado por “Emoções e relações sociais” englobando dez itens e o Fator 3 que foi designado por “Sintomas urinários” que englobou quatro itens. Esta designação foi considerada atendendo ao estudo de validação realizado na população portuguesa para o King’s Health Questionnaire (178). A versão portuguesa agrupou os itens em três fatores mantendo, no entanto, os itens propostos na versão original (Tabela 7).

Tabela 7 – Propriedades psicométricas da versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol (n=220)

Domínio	Cronbach α padronizado	CCI (95 % IC)
Atividades diárias e limitações pessoais	0,877	0,876 (0,848-0,900)
Emoções e relações sociais	0,885	0,875 (0,849-0,899)
Sintomas urinários	0,602	0,596 (0,501-0,676)
Score global	0,906	

CCI coeficiente de correlação intraclasse; IC intervalo de confiança

Como medida de confiabilidade foi avaliada a consistência interna do instrumento através do coeficiente alfa de Cronbach padronizado. O resultado de $\alpha=0,906$ global permite afirmar que o instrumento apresenta consistência interna quase perfeita (179). A tabela 5 apresenta o valor do score global do alfa de Cronbach padronizado e de cada fator identificado na versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol com valores variando entre 0,602 para o domínio correspondente aos sintomas urinários e 0,885 para o domínio correspondente às emoções e relações sociais, sugerindo uma consistência interna quase perfeita e alta confiabilidade. Estes resultados confirmam a consistência interna da versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol. De uma maneira geral a versão portuguesa do instrumento tem uma correlação positiva entre os seus itens avaliando realmente o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida dos participantes.

Foi realizada a análise da correlação de Pearson entre cada item e o item de avaliação do impacto na qualidade de vida em forma de escala verificando-se uma correlação positiva em todos os itens. Nos itens 3a a 16a, 20a e 21a a correlação foi acima de 0,8, com um nível de significância $p<0,001$, sendo por isso considerada elevada, nos itens 17a, 18a e 19ª a correlação foi entre 0,5 e 0,6, com um nível de significância $p<0,001$, considerando-se moderada.

2.2.4- Discussão/Conclusão

Após a realização da análise fatorial da versão portuguesa do instrumento podemos afirmar que a estrutura original do instrumento constituída por sete fatores não foi replicada. Neste estudo a versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol manteve, da versão original, todos os itens incluídos, mas a análise de fator de componente principal resultou numa estrutura constituída por três fatores em vez da estrutura original de sete fatores. Este resultado poderá ser provavelmente explicado pelas premissas descritas por Donovan (180) que sugere que a interpretação de resultados relacionados com sintomas e aspetos da qualidade de vida em diferentes populações pode ser influenciada por fatores culturais. Esta estrutura fatorial em três fatores é similar à encontrada na validação da versão portuguesa do KHQ, que tem uma estrutura semelhantes ao ICIQ-LUTSQol, apresentada por Viana (178).

Como defendem Polit, Beck e Hungler (170), a análise psicométrica compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de confiabilidade e validade. Segundo as autoras, o principal critério para a determinação da qualidade de uma medida quantitativa é a confiabilidade. Esta refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo. A confiabilidade, no geral foi muito satisfatória e a análise dos itens para cada fator mostrou que estavam todos associados de forma significativa com o questionário global a que pertencem contribuindo para a consistência interna do mesmo.

As limitações que este estudo apresenta encontram-se relacionadas com a amostra populacional, composta predominantemente pelo sexo feminino. A seleção dos participantes no estudo foi constituída por utentes com queixas de perdas de urina que compareceram a consultas de urologia ou foram internados em urologia ou ginecologia. A amostra foi assim constituída com o único objetivo de validar o instrumento para a cultura portuguesa, sendo que alguns dos participantes responderam ao questionário imediatamente antes de realizarem estudos urodinâmicos. Os autores do KHQ selecionaram os participantes através das suas queixas e tinham como objetivo principal a avaliação das propriedades psicométricas do novo instrumento, e a avaliação da qualidade de vida de acordo com o diagnóstico dos estudos urodinâmicos como um objetivo secundário (173). O estudo de validação do KHQ para a língua portuguesa envolveu cento e três mulheres com diagnóstico de IUE recrutadas no Departamento de Ginecologia e Obstetria de uma Unidade Hospitalar (178).

De acordo com Nunnally e Bernstein (171) o cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* permite estimar até que ponto cada item da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito, ou seja, avalia a fidelidade de um instrumento através da consistência interna. A consistência interna do instrumento calculada foi satisfatória, obtendo-se um índice geral de 0,906, o que excede o valor mínimo normalmente utilizado como referência de 0,80 para a utilização de questionários na investigação (162). Em relação à consistência interna dos domínios em separado obtiveram-se valores entre 0,602 (sintomas urinários) e 0,885 (Emoções e relações sociais). Apesar do α Cronbach, no domínio Sintomas urinários, ter um valor inferior aos outros domínios, não ocorre uma alteração significativa no valor de α Cronbach geral padronizado se for retirado este domínio, apresentando um valor de 0,902.

A versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol apresentou uma correlação entre os itens e com as questões sobre a avaliação em forma de escala, demonstrando que avaliou a qualidade de vida da amostra estudada, apresentando valores de correlação de Pearson elevados entre cada item e a sua escala de avaliação correspondente.

Os índices de correlação obtidos em cada domínio foram considerados moderados a fortes, variando de 0,596 (sintomas urinários) a 0,876 (atividades diárias).

Não foram encontrados estudos de validação específicos do instrumento ICIQ-LUTSQol pelo que se verifica a necessidade de mais estudos que permitam validar a sua sensibilidade como instrumento de avaliação da qualidade de vida.

Em conclusão, a versão portuguesa do ICIQ-LUTSQol, mostrou-se confiável e válida neste estudo que envolveu participantes de ambos os sexos com perdas urinárias tornando possível a sua utilização na clínica e em estudos de investigação.

3 - II ETAPA - ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL

Na segunda etapa da investigação foi realizado um estudo que é quantitativo atendendo ao tipo da análise dos dados, do tipo observacional transversal com o objetivo de avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres e de caracterizar as variáveis em estudo. O estudo apresentado foi desenvolvido de forma a responder aos objetivos delineados recorrendo às redes sociais para a obtenção dos dados, entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020.

Para a colheita de dados foi estruturado um questionário constituído por três partes; a primeira, constituída por perguntas que caracterizam a amostra e contemplam diferentes fatores de risco retirados da literatura e da análise de um focus grupo; uma segunda que correspondeu ao questionário ICIQ-UI SF e a terceira que correspondeu ao questionário ICIQ-LUTSQoL.

O estudo observacional envolveu participantes que aceitaram responder a um questionário (na forma *Qualtrics*) divulgado nas redes sociais facebook, linkedin e instagram. A população alvo foram mulheres de nacionalidade portuguesa que tinham tido um parto simples de termo há um ano, sem doença urológica, e que não tinham antecedentes de cirurgia urológica.

O acesso à área de administração do *Qualtrics* foi realizado através de ligação segura e com credenciais da única responsabilidade do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP.

3.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída pela amostra das mulheres que acederam ao questionário e iniciaram o seu preenchimento, a partir de divulgação online do mesmo nas redes sociais Facebook, Twitter e Instagram. As mulheres de nacionalidade portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos foram convidadas a participar no estudo através da divulgação online.

A amostra de estudo foi obtida entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, em que só foi possível um acesso por cada terminal de computador, permitindo assim impedir a repetição de acessos pelo mesmo terminal.

Os critérios de inclusão das participantes para a formação da amostra em estudo foram os seguintes:

- Serem de nacionalidade portuguesa
- Serem adultas, ou seja, com mais de 18 anos de idade
- Terem um parto que ocorreu no último ano à data de acesso ao questionário;
- O parto que tiveram no último ano ter sido de termo, ou seja, que tenha ocorrido após as 37 semanas de gestação;

Os critérios de exclusão para a formação da amostra em estudo foram:

- O parto que tiveram no último ano ter sido gemelar;
- Terem uma doença urológica;
- Terem realizado uma cirurgia a nível urológico.

O dimensionamento da amostra, em número de participantes, foi efetuado atendendo a uma prevalência na Europa de 21,3% de incontinência associada ao parto (128)(181)(182), considerando um erro de 5% e um intervalo de confiança de 95% e atendendo aos dados de 2018 da PORDATA que indicam que ocorreram 86.250 partos em Portugal, apontando para um mínimo de 258 participantes.

3.2- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para o estudo observacional foi pedida autorização à Comissão de Ética da Universidade Católica. Para o processo de pedido de autorização foi enviado o projeto de investigação assim como o questionário elaborado e a ser gerido pelo programa *Qualtrics*. O acesso à área de administração do *Qualtrics* foi realizado através de ligação segura com as credenciais da responsabilidade do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da UCP. Foi concedido parecer positivo para a realização da colheita de dados *online* recorrendo ao programa *Qualtrics* para a implementação do respetivo questionário.

As bases de dados obtidas estão guardadas pelo investigador até ao prazo de cinco anos, sendo posteriormente destruídas, atendendo aos requisitos de anonimato e de proteção de dados exigidos.

O trabalho de investigação realizado cumpriu os requisitos éticos e deontológicos, quer através dos pedidos de autorização à Comissão de Ética da UCP, quer através da colheita anónima dos dados sem dar a conhecer o código operacional de cada participante.

Na realização do estudo foram cumpridos os princípios éticos imprescindíveis a um trabalho de investigação. Teve-se em conta os direitos dos participantes, uma vez que foram informados, como preconizado por Fortin (183). De acordo com o preconizado pela Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial(177) todos os participantes deram o seu consentimento informado para a sua participação. Cada participante, em cada estudo, teve acesso a um texto explicativo sobre o estudo pedindo a sua participação livre para responder a cada questionário, tendo a indicação de que podia aceitar ou recusar a todo o momento a participação no estudo, com a informação de que a recusa de participação não levaria a qualquer prejuízo durante ou após a sua participação (Anexo II). Foram respeitadas a confidencialidade e anonimato, quer dos participantes quer dos dados recolhidos. A colheita, análise e divulgação dos dados foi realizada tendo presente a Lei 22/2008 de 13 de maio, em particular no artigo 6º que refere a necessidade da aplicação do segredo estatístico dos dados (184). Atendendo aos objetivos dos estudos, todos os participantes receberam informação sobre os mesmos, sendo os benefícios previstos a contribuição para a melhoria dos cuidados numa perspetiva da

identificação e prevenção da incontinência nas mulheres após o parto e o principal incômodo o tempo de preenchimento dos questionários que nos estudos de validação seria de dois a cinco minutos e no questionário *Qualtrics* online seria de cerca de quinze minutos.

As unidades estatísticas que puderem ser passíveis de identificação de forma direta ou indireta, não serão divulgadas, não só atendendo ao princípio do segredo estatístico mas também atendendo ao sigilo profissional de acordo com a aplicação da Lei 68/98 de 26 de outubro (185). O sigilo do tratamento de dados implica a utilização de métodos de controlo da divulgação dos dados estatísticos por variável ou conjunto de variáveis, nomeadamente pela utilização da supressão, *top/bottom*, *coding* e *grouping*, de forma a não permitir a identificação das unidades estatísticas (186).

3.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis compõem a base da investigação e dividem-se em variáveis dependentes e variáveis independentes tendo definido como variáveis independentes alguns dados sociodemográficos como a idade, o nível de escolaridade, a atividade profissional, o vencimento mensal familiar das participantes, o peso atual e a altura.

Foram consideradas como variáveis dependentes hábitos de vida como hábitos tabágicos e de ingestão de cafeína, histórico obstétrico como o número de gravidezes, o tipo de parto, a manobra de Kristeller e a episiotomia, e fatores de risco associados às perdas de urina como o aumento de peso na última gravidez, a existência de perdas de urina antes e durante a gravidez, o peso de nascimento e o perímetro cefálico do recém-nascido, a primiparidade. Ainda foram consideradas as seguintes variáveis relacionadas com as perdas de urina: Número de pensos utilizados, impacto no vencimento, comunicação do sintoma ao enfermeiro/médico.

A Operacionalização das variáveis é apresentada de acordo com a sua ordem de aparecimento do questionário. Assim, no Quadro 1 temos as variáveis de caracterização geral da amostra.

Quadro 1- Operacionalização das variáveis de caracterização geral da amostra

Variável	Operacionalização da variável
Idade	variável contínua operacionalizada através de uma pergunta aberta.
Nível de escolaridade	variável discreta operacionalizada com uma pergunta fechada com cinco opções de resposta: do 1º ao 4º ano, do 5º ao 9ºano, do 10º ao 12º ano, bacharelato ou licenciatura e pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento.
Atividade profissional	variável discreta operacionalizada com uma pergunta fechada e aberta com quatro opções de resposta, empregada sendo convidadas a indicar qual através de pergunta aberta, desempregada sendo convidadas a indicar qual a profissão anterior através de pergunta aberta, doméstica e outra situação em que nesta opção foram convidadas a indicarem qual através de pergunta aberta.
Vencimento mensal familiar	variável discreta operacionalizada com uma pergunta fechada com cinco opções, 0-500 euros, >500-≤1000 euros, >1000-≤1500 euros, >1500-≤3000 euros e mais de 3000 euros.
Peso atual	variável contínua operacionalizada através de uma pergunta aberta.
Altura	variável contínua operacionalizada através de uma pergunta aberta.

No Quadro 2 apresenta-se as variáveis associadas aos hábitos de vida englobando os hábitos tabágicos e de ingestão de cafeína.

Quadro 2- Operacionalização das variáveis de Hábitos de Vida

Variável	Operacionalização da variável
Hábitos tabágicos	variável discreta, dicotómica, operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções de resposta: sim e não. À opção sim estavam associadas duas perguntas abertas em que a participante foi convidada a indicar quantos cigarros fumava e, se for o caso, há quanto tempo deixou de fumar.
Ingestão de cafeína	variável discreta, dicotómica operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções de resposta: sim e não. À opção sim foi associada uma pergunta aberta em que a participante foi convidada a indicar quantos cafés ingeria.

No Quadro 3 apresenta-se a operacionalização das variáveis relacionadas com o histórico obstétrico englobando as variáveis, número de gravidezes e em relação ao tipo de parto.

Quadro 3- Operacionalização das variáveis do histórico obstétrico

Variável	Operacionalização da variável
Número de gravidezes	variável discreta operacionalizada com uma pergunta aberta.
Tipo de parto	variável discreta operacionalizada com três opções: parto normal, parto por ventosa/fórceps e cesariana. Nas opções de parto normal e parto por ventosa/fórceps está associada a pergunta sobre a variável episiotomia.

Em relação aos fatores de risco, a operacionalização envolveu as variáveis perdas involuntárias de urina antes da última gravidez, perdas involuntárias de urina durante a última gravidez, se foi o primeiro filho, peso de nascimento do RN, perímetro cefálico do RN, tipo de parto, manobra de Kristeller e episiotomia (Quadro 4).

Quadro 4- Operacionalização das variáveis fatores de risco

Variável	Operacionalização da variável
Perdas involuntárias de urina antes da última gravidez	variável discreta, dicotômica operacionalizada através de uma pergunta fechada, com duas opções de resposta: sim e não.
Perdas involuntárias de urina durante a última gravidez	variável discreta, dicotômica, operacionalizada através de uma pergunta fechada, com duas opções de resposta: sim e não.
Primiparidade	variável discreta, dicotômica, operacionalizada através de uma pergunta fechada, com duas opções de resposta: sim e não.
Peso de nascimento do RN	variável contínua operacionalizada através de uma pergunta aberta.
Perímetro cefálico do RN	variável contínua operacionalizada através de uma pergunta aberta.
Episiotomia	variável discreta dicotômica, operacionalizada através de uma pergunta fechada, com duas opções: sim e não.
Manobra de Kristeller	variável discreta, dicotômica, operacionalizada através de uma pergunta fechada com duas opções: sim e não.

Foi utilizado o questionário ICIQ-UI SF, previamente validado, apresentando-se a operacionalização das variáveis no Quadro 5.

Quadro 5- Operacionalização das variáveis do ICIQ-UI SF

Variável	Operacionalização da variável
Frequência da perda de urina	variável discreta operacionalizada através de uma pergunta fechada com cinco opções: nunca, uma vez por semana ou menos, duas a três vezes por semana, uma vez por dia e diversas vezes ao dia.
Quantidade de urina perdida	variável discreta operacionalizada através de uma pergunta fechada com quatro opções: nenhuma, uma pequena quantidade, uma moderada quantidade e uma grande quantidade.
Em que medida o problema urinário interfere com a vida	variável discreta operacionalizada através de uma pergunta aberta, correspondendo a um valor numérico entre zero e dez.
Quando acontece a perda de urina	variável discreta operacionalizada através de uma pergunta fechada de escolha múltipla com sete opções: perco antes de chegar à casa de banho, perco quando tusso ou espirro, perco quando estou a dormir, perco quando estou a fazer exercícios físicos, perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me, perco sem razão óbvia, perco o tempo todo.

Os valores do score do instrumento são obtidos a partir da soma das três primeiras variáveis cuja variação possível é de zero a 21, em que zero significa que não existe a perda de urina e 21 refere a situação mais grave.

Foram então ainda consideradas e apresentadas no Quadro 6, variáveis relacionadas com as perdas de urina.

Quadro 6- Operacionalização das variáveis relacionadas com as perdas de urina

Variável	Operacionalização da variável
Número de pensos utilizados/gastos	variável discreta operacionalizada através de pergunta aberta.
Impacto no vencimento da perda de urina	variável discreta operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nenhum impacto, ligeiro impacto, moderado impacto e grande impacto.

Comunicação ao enfermeiro/médico da perda de urina	variável discreta, dicotômica, operacionalizada com duas opções: sim e não..
--	--

Foi ainda utilizado o questionário ICIQ-LUTSQol, previamente validado, com as variáveis apresentadas no Quadro 7. A cada uma das variáveis foi adicionada uma pergunta aberta para avaliar em que medida incomoda sendo uma variável discreta operacionalizada através de uma pergunta aberta correspondendo a um valor numérico entre zero e dez.

Quadro 7- Operacionalização das variáveis do ICIQ-LUTSQol

Variável	Operacionalização da variável
Tarefas domésticas	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Trabalho ou dia normal de atividades diárias fora de casa	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Atividade física	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Capacidade de viajar	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Vida social	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Capacidade de ver/visitar pessoas	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Relação com o companheiro	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com cinco opções: nada, ligeiramente, moderadamente, muito e não aplicável.
Vida sexual	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com cinco opções: nada, ligeiramente, moderadamente, muito e não aplicável.
Vida Familiar	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com cinco opções: nada, ligeiramente, moderadamente, muito e não aplicável.
Depressão “sentir deprimida”	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Ansiedade “sentir ansiosa ou nervosa”	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.

Sentir mal “sentir mal consigo mesma”	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Sono “afeta o seu sono”	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Exaustão “sente-se exausta ou cansada”	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nada, ligeiramente, moderadamente e muito.
Utilização de pensos	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nunca, algumas vezes, frequentemente e sempre.
Ingestão de líquidos	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nunca, algumas vezes, frequentemente e sempre.
Troca de roupa quando molhada	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nunca, algumas vezes, frequentemente e sempre.
Preocupação “possibilidade de cheirar mal”	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nunca, algumas vezes, frequentemente e sempre.
Vergonha “por causa do problema urinário”	variável discreta, operacionalizada através de pergunta fechada com quatro opções: nunca, algumas vezes, frequentemente e sempre.
Em que medida o problema urinário interfere com a vida	variável discreta operacionalizada através de uma pergunta aberta, correspondendo a um valor numérico entre zero e dez.

3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados foi desenvolvido para responder aos objetivos do estudo, e encontra-se dividido em três partes: a primeira parte que inclui a caracterização geral da amostra englobando fatores de risco, a segunda parte que permite realizar o diagnóstico e caracterizar os tipos de incontinência e a última parte com vista à avaliação do impacto da incontinência na qualidade de vida. A fase de construção do instrumento decorreu entre julho e agosto de 2019 e teve como aspeto mais relevante a harmonização e sistematização do conteúdo.

A primeira parte do questionário foi realizada tendo por base a revisão da literatura e um *focus* grupo realizado com peritos na área da saúde materna e obstétrica. Esta metodologia possibilita a discussão informal sobre questões propostas pelo investigador, sendo utilizada para o desenvolvimento de questionários (187). Uma das principais vantagens desta metodologia é a flexibilidade da abordagem através da apresentação de propostas pelo *focus* grupo sobre as questões que são apresentadas permitindo a utilização de um único grupo de elementos num único momento. Os elementos que constituem o grupo podem ser selecionados pelo investigador atendendo a características comuns com o objetivo de analisar, neste caso, uma proposta de questões que integrariam a primeira parte do questionário a implementar (188).

O registo dos dados demográficos e clínicos foi assim avaliado por três peritos com experiência na área da saúde materna e obstétrica procedendo à análise das questões, sugerindo alterações que foram consideradas e acrescentadas. As alterações sugeridas indicaram a necessidade de acrescentar a questão sobre se tinha sido realizada a manobra de Kristeller durante o parto e a indicação do perímetro cefálico do recém-nascido ao nascimento. Esta parte do questionário ficou assim composto por três secções: a primeira com questões relacionadas com os critérios de exclusão e a caracterização sociodemográfica, a segunda com questões sobre hábitos de vida e a terceira com questões sobre o histórico obstétrico e ainda três questões relacionadas com a presença de incontinência urinária questionando se falou com algum profissional de saúde sobre as perdas de urina, pensos gastos em média por dia e impacto da perda de urina no orçamento familiar.

Na segunda e terceira partes do questionário foram incluídos o questionário ICIQ-UISF, que permite avaliar a presença de incontinência urinária, e o questionário ICIQ-LUTSQoL que permite avaliar a qualidade de vida associada às perdas de urina, instrumentos já validados para português.

O pré-Teste do questionário foi realizado durante o mês de agosto de 2019, enviando o link para dez contactos para o seu preenchimento. Foram verificados alguns constrangimentos que permitiram aferir alguns aspetos de formulação e de estrutura que levaram à sua reestruturação, sempre com a preocupação de estabelecer limites para a carga estatística e o número de questões disponíveis em função das respostas equacionadas, envolvendo opções de término do questionário nas perguntas relacionadas com os critérios de exclusão e a obrigatoriedade de resposta em algumas questões para poder prosseguir com o questionário.

A colheita de dados decorreu, como referido, durante os meses de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, por via online, através da disponibilização do instrumento de colheita de dados gerido pelo programa *Qualtrics*. Foi permitido o preenchimento de apenas um questionário por endereço de IP. As mulheres foram convidadas a responder sendo fornecida a informação sobre o estudo e garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, que estarão disponíveis até conclusão do estudo. Considera-se que todas as participantes que submeteram o seu questionário concordaram em integrar o estudo.

O questionário tem início perguntando se o participante é de nacionalidade portuguesa, se teve um parto durante o último ano, se foi de termo pedindo a data do parto, se foi um parto gemelar, se tem alguma doença urológica e se realizou alguma cirurgia a nível urológico, cumprindo assim os critérios de exclusão/inclusão.

A opção de utilização da via internet permitiu a acessibilidade às participantes do estudo, atendendo à fase pandémica a nível mundial, com recurso à utilização de questionários validados e atendendo às características do mesmo. A utilização de questionários por via internet contribui para o anonimato facilitando principalmente a abordagem de questões mais sensíveis como é o caso da incontinência urinária.

3.5 – TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados numa base de dados sendo exportados diretamente para um ficheiro do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 27.0 para Windows.

Os métodos estatísticos envolvem ciência, raciocínio e lógica contribuindo para o processo de investigação dos problemas, na procura de soluções, permitindo a avaliação e o estudo das incertezas e efeitos, auxiliando, através da análise dos dados obtidos, na interpretação dos fenómenos, recorrendo a diferentes técnicas, passando a indicar as utilizadas neste estudo.

A análise estatística compreendeu uma análise descritiva com a apresentação dos valores das frequências absolutas (Nº) e relativas (%), das medidas de tendência central (médias

aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos). Tendo em conta a tipologia das variáveis em estudo – quantitativas ordinais e nominais, procedeu-se ao cálculo da taxa de prevalência.

Na apresentação descritiva dos dados foram utilizadas tabelas de frequências (relativas e absolutas), mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana. A organização e apresentação dos dados foi efetuada de acordo com o tipo de variáveis em estudo sendo os resultados apresentados em tabelas e gráficos.

A base de dados foi sujeita a uma análise global que visou sobretudo detetar e identificar falhas de registo. Os dados podem ser acedidos através do ficheiro de SPSS, sendo todas as consultas e análises de resultados realizadas pelo investigador principal, onde estão disponibilizados os dados processados.

Nesta base geral de dados em software IBM/SPSS na versão 27.0, procedeu-se à criação de algumas variáveis com base nas variáveis iniciais possibilitando a análise inferencial com recurso a testes paramétricos e não-paramétricos. Estas variáveis surgiram da necessidade de criar grupos que permitissem a análise inferencial. Assim, foi criada a variável grupo etário considerando três grupos, um até aos 29,9 anos outro entre os 30 e os 34 anos e um terceiro acima dos 34 anos; outra variável para o peso do bebé criando também três grupos um até aos 2499, outro entre os 2500 e os 3500 e um terceiro para peso superior a 3501; uma variável relacionada com a paridade considerando primípara e múltípara; uma variável para o número de vezes grávida considerando também três grupos, um para uma vez, duas vezes e um terceiro para três ou mais vezes; a variável IMC considerando valores inferiores a 18,49, valores entre 19,50 e 24,99, entre 25 e 29,99, entre 30 e 34,99 e superiores a 35; outra para o tipo de parto, considerando parto normal, parto por ventosa/fórcps e cesariana; foi ainda considerada a classificação portuguesa das profissões do Instituto Nacional de Estatística para organização das profissões (189).

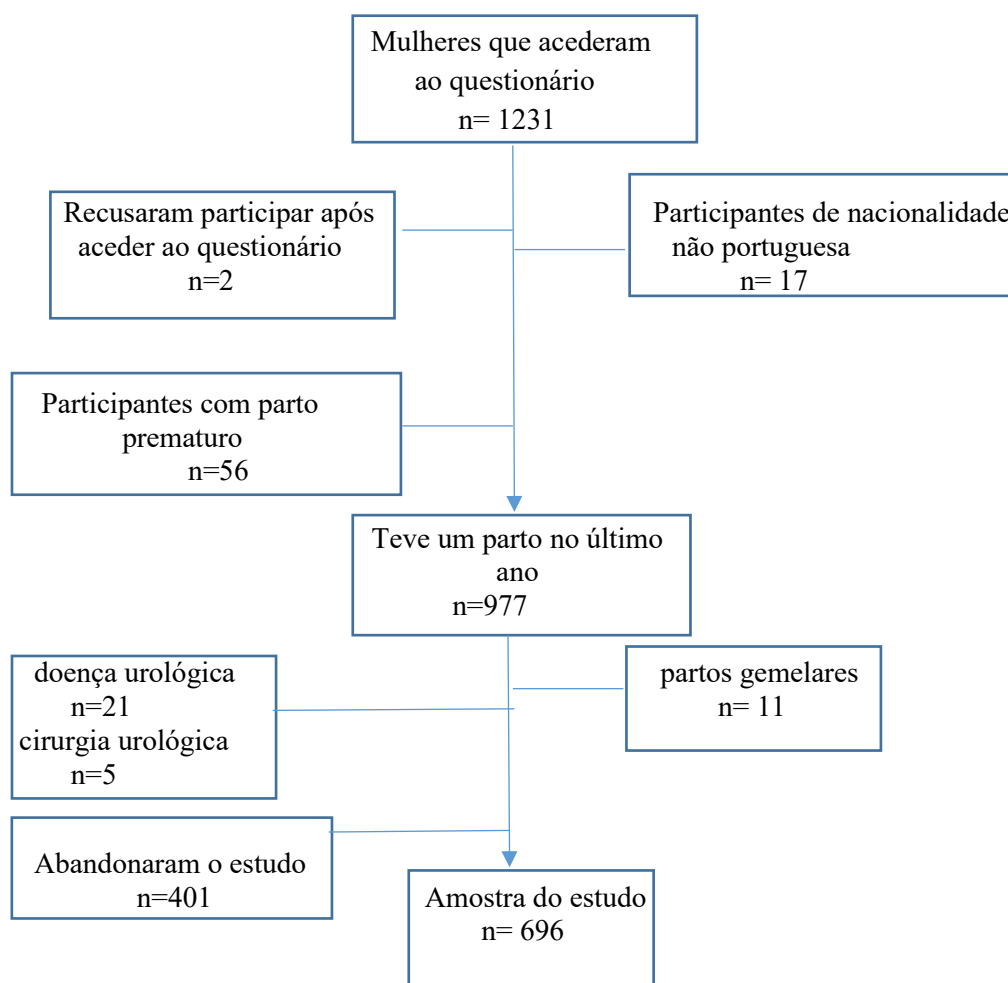
As tabelas de contingência foram utilizadas para apresentar a relação entre duas variáveis descrevendo a frequência das categorias de uma das variáveis em relação às categorias da outra variável. Para verificar a associação entre as variáveis foi realizado o teste Qui-quadrado.

Para identificar quais os fatores que predizem a incontinência urinária relacionada com o pós-parto foi realizado um modelo de regressão logística.

4- RESULTADOS

Durante o período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020 acederam ao questionário 1231 participantes (fig.2), das quais duas recusaram participar no estudo, ficando, após aplicação dos critérios de exclusão, não tendo terminado o preenchimento do questionário, 696 participantes que participaram no estudo, de nacionalidade portuguesa e com um parto há menos de um ano, conferindo uma taxa de resposta de 56,2%.

Figura 3- Fluxograma das participantes do estudo



4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As 696 participantes, que constituíram a amostra, apresentaram uma média de idade de 33,08 com um desvio padrão de 4,51 e uma mediana de 33 com uma idade mínima de 18 anos e máxima de 46 anos.

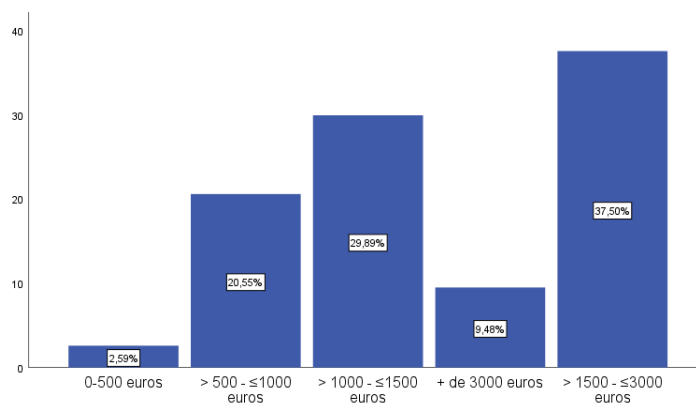
Em relação ao nível de escolaridade, 153 participantes (22,0%) tinham entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, 270 (38,8%) tinham Bacharelato ou Licenciatura e 255 (36,6%) tinham Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das frequências dos participantes pelo nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	n	%	% acumulativa
1º - 4º Ano	2	,3	,3
5º - 9º Ano	16	2,3	2,6
10º - 12º Ano	153	22,0	24,6
Bacharelato/Licenciatura	270	38,8	63,4
Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento	255	36,6	100,0
Total	696	100,0	

Nesta amostra 261 (37,5%) têm um vencimento mensal familiar entre 1500 euros a 3000 euros, 208 (29,9%) têm um vencimento familiar mensal entre 1000 e 1500 euros, 143 (20,5%) têm um vencimento familiar mensal entre 500 e 1000 euros (Gráfico 13).

Gráfico 13- Distribuição das frequências participantes pelo vencimento mensal familiar



Quanto ao IMC das participantes, este foi calculado a partir do peso e a altura indicados nas respostas e posteriormente agrupado de acordo com a classificação considerando abaixo de 18,5 baixo peso, entre 18,5 e 25 peso normal, de 25 a 30 pré-obesidade, 30 a 35 obesidade e acima de 35 obesidade grave (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das frequências participantes pelo IMC

		n	%	% acumulativa
IMC	<18,49	15	2,2	2,2
	18,5-24,99	355	51,0	53,5
	25-29,99	225	32,3	86,1
	30-34,99	71	10,2	96,4
	>35	25	3,6	100,0
	Total	691	99,3	
Total		696	100,0	

Em relação ao peso atual apresentam uma média de 68,09 Kg, uma mediana de 66,0 Kg com um desvio padrão de 13,009, apresentando um mínimo de 42 Kg e um peso máximo de 128 Kg. Verificamos que 15 (2,2%) das participantes estavam com IMC inferior a 18,5 ou seja com baixo peso, 355 (51,0%) tinham um IMC entre 18,5 e 25, apresentando assim um peso normal, 225 (32,3%) estavam entre 25 e 30 apresentando uma situação de pré-obesidade, 71 (10,2%) tinham IMC entre 30 e 35 sendo obesas e 25 (3,6%) tinham IMC superior a 35 com uma situação de obesidade grave.

4.2 – PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Nesta amostra, 324 participantes referiram ter perdas de urina, ou seja, incontinência urinária que indica uma taxa de prevalência de 46,8%.

Deste grupo de participantes que apresentam perdas de urina, 147 (45,4%) referem perder urina uma vez por semana ou menos, 88 (27,2%) referem perder urina duas a três vezes

por semana, 47 (14,5%) referem perder urina uma vez ao dia e 42 (13%) referem perder urina diversas vezes por dia (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da frequência de perdas de urina

Frequência das perdas de urina	n	%	% acumulativa
Uma vez por semana ou menos	147	45,4	45,4
Duas ou três vezes por semana	88	27,2	72,5
Uma vez ao dia	47	14,5	87,0
Diversas vezes ao dia	42	13,0	100,0
Total	324	100,0	

Em relação à quantidade de urina perdida, 287 (88,6%) referiram perder uma pequena quantidade, 19 (5,9%) uma moderada quantidade (Tabela 11).

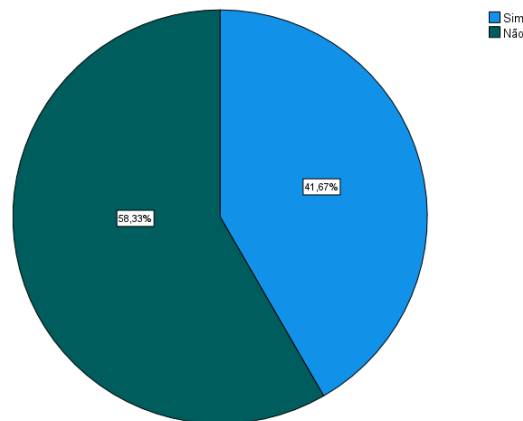
Tabela 11 – Distribuição de frequências em relação à quantidade de urina perdida

		N	%	% acumulativa
Quantidade de urina perdida	Nenhuma	12	3,7	3,8
	Uma pequena quantidade	287	88,6	93,7
	Uma moderada quantidade	19	5,9	99,7
	Uma grande quantidade	1	,3	100,0
	Total	319	98,5	
Total		324	100,0	

Atendendo à questão sobre quando é que acontece a perda de urina, 105 (32,4%) referiram perder urina antes de chegar à casa de banho, 183 (56,5%) ao tossir ou espirrar, 6 (1,9%) a dormir, 81 (25,0%) durante a realização de exercício físico, 29 (9,0%) quando terminaram de urinar e estão a vestir-se, 45 (13,9%) referiram perder urina sem razão óbvia e uma participante (0,3%) referiu perder urina o tempo todo. Cinco participantes não responderam à questão.

A resposta à questão acerca da comunicação do problema de saúde, neste caso, da perda de urina aos profissionais de saúde, foi indicada por 300 (92,6%) das mulheres (Gráfico 14).

Gráfico 14- Distribuição de frequências da comunicação da perda de urina ao enfermeiro ou médico



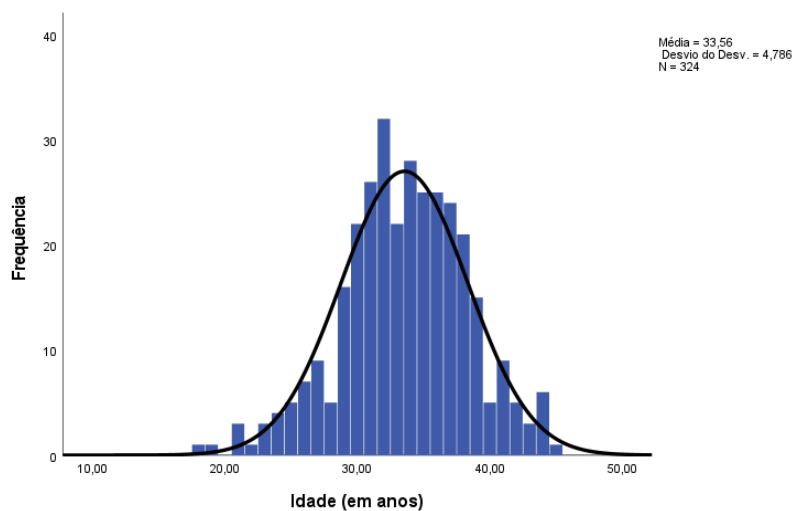
Observamos nesta distribuição que 125 (41,7%) das mulheres indicaram que comunicaram o seu problema de perdas de urina ao seu enfermeiro ou médico revelando uma percentagem significativa de participantes que não comunicaram o seu problema de saúde.

4.2.1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres com incontinência urinária

Pela distribuição das mulheres com incontinência urinária de acordo com a idade (Gráfico 16), observou-se a existência de uma distribuição simétrica, significando que a maioria destas mulheres apresentam idades entre os trinta anos e os quarenta anos.

A média de idades, nesta amostra, foi de 33,6 anos com um desvio padrão de 4,786, uma mediana de 34, uma idade mínima de 18 anos e um valor máximo de 45 anos de idade.

Gráfico 15 - Histograma da distribuição da idade no grupo das mulheres com incontinência



Observamos que a distribuição do nível de escolaridade apresenta uma distribuição assimétrica positiva apontando que a maioria das mulheres com incontinência possuem um nível de escolaridade correspondente ao Bacharelato ou Licenciatura ou um nível superior (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição de frequências das mulheres incontinentes pelo nível de escolaridade

Níveis de Escolaridade	N	%	% acumulativa
5º - 9º Ano	8	2,5%	2,5%
10º - 12º Ano	87	26,9%	29,3%
Bacharelato/Licenciatura	112	34,6%	63,9%
Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento	117	36,1%	100,0%
Total	324	100,0%	

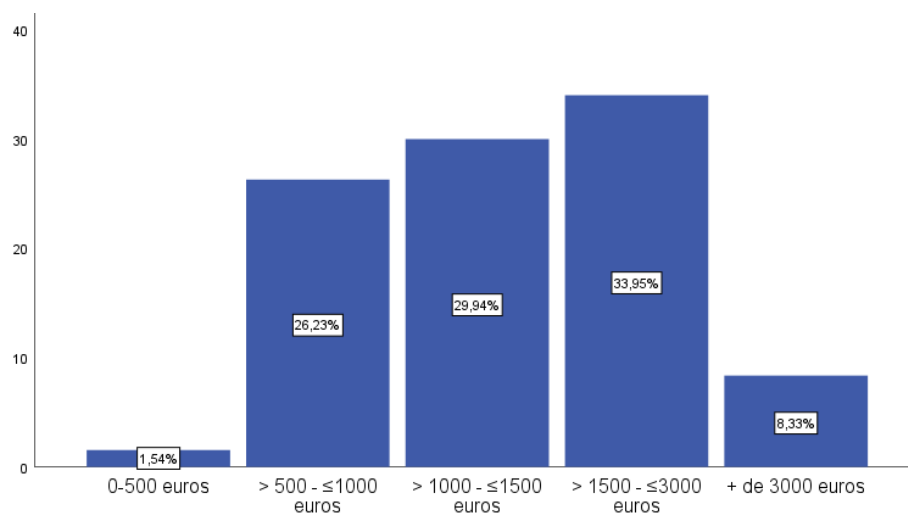
Atendendo ao nível de escolaridade, nesta amostra, 8 (2,5%) referem ter entre o 5º e o 9º ano de escolaridade, 87 (26,9%) referiram ter entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, 112 (34,6%) Bacharelato ou Licenciatura e 117 (36,1%) Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento.

Em relação à profissão, e atendendo à classificação das profissões de acordo com INE de 2010*, verificamos que 153 (47,2%) pertencem ao grupo dos Especialistas de Atividades Intelectuais e Científicas em que constatamos que 86 são enfermeiras, 40 (12,3%) pertencem ao grupo do Pessoal Administrativo, 31 (9,6%) ao dos Técnicos e Profissões de nível intermédio, 25 (7,7%) ao dos Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, 10 (3,1%) ao dos Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos, 9 (2,8%) ao dos Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, 6 (1,9%) ao dos Trabalhadores não qualificados e 2 (0,6%) ao dos Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Em relação ao rendimento mensal familiar (Gráfico 17) observou-se uma distribuição assimétrica positiva em que o rendimento familiar mais frequente se encontra entre os 1550 e os 3000 euros.

*A Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, abreviadamente designada por CPP/2010, elaborada a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008) pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, I.P.), com a colaboração das entidades em anexo, destina-se a substituir a Classificação Nacional de Profissões de 1994 (CNP/94) do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) harmonizada com a CITP/1988.

Gráfico 16 – Distribuição das frequências do rendimento mensal familiar



Nesta amostra, em que se verifica que 324 das mulheres do estudo são incontinentes, verificamos que 5 (1,5%) têm um rendimento entre 0-500 euros, 85 (26,2%) entre 500 e 1000 euros. 97 (29,9%) entre 1000 e 1500 euros, 110 (34,0%) entre 1500 e 3000 euros e 27 (8,3%) acima dos 3000 euros.

4.2.2 – Análise descritiva dos fatores de risco/antecedentes

O estado nutricional foi calculado a partir da indicação do peso pelas participantes agrupado pelo IMC de acordo com a classificação considerando que abaixo de 18,5 é classificado como baixo peso, entre 18,5 e 25 de IMC como peso normal, de 25 a 30 considerado como sobrepeso ou acima do peso desejado, entre 30 e 35 é considerado obesidade assim como acima de 35 que se considera já obesidade excessiva (Tabela 13).

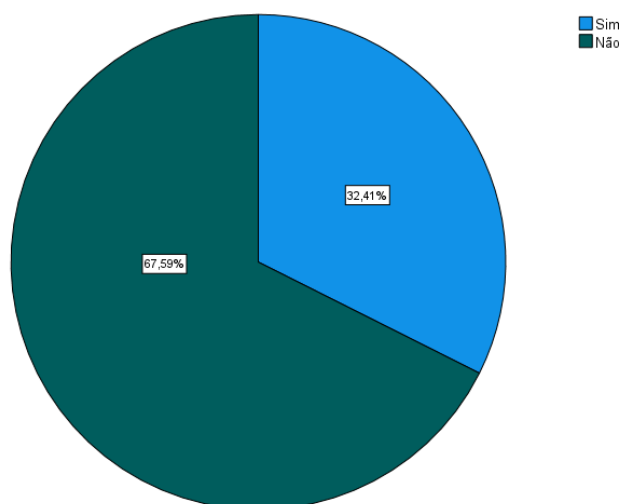
Tabela 13 – Distribuição de frequências das mulheres incontinentes em relação ao estado nutricional

		N	%	% acumulativa
IMC	≤18,49	5	1,5	1,6
	18,5-24,99	141	43,5	45,3
	25-29,99	121	37,3	82,9
	30-34,99	38	11,7	94,7
	≥35	17	5,2	100,0
	Total	322	99,4	
Omisso	Sistema	2	,6	
Total		324	100,0	

Quanto ao estado nutricional verificamos que 5 (1,5%) se apresentam como emagrecidas (abaixo dos 18,5), 141 (43,5%) dentro dos valores normais (entre 18,5 e os 25), 121 (37,3%) com sobrepeso (entre 25 e 30), 38 (11,7%) apresentam obesidade (entre 30 e 35) e 17 (5,2%) obesidade excessiva (IMC igual ou superior a 35). Observamos que a distribuição pelo estado nutricional é simétrica verificando-se que 43,5% das participantes com incontinência urinária têm um IMC dentro dos parâmetros de normalidade.

Observamos com referência aos hábitos tabágicos que mais de metade das participantes não fumam (Gráfico 17). Atendendo aos hábitos de consumo de tabaco esta distribuição indica que só uma pequena percentagem de mulheres, 3,8%, fuma mais de 12 cigarros por dia.

Gráfico 17 – Distribuição de frequências das mulheres incontinentes em relação aos hábitos tabágicos



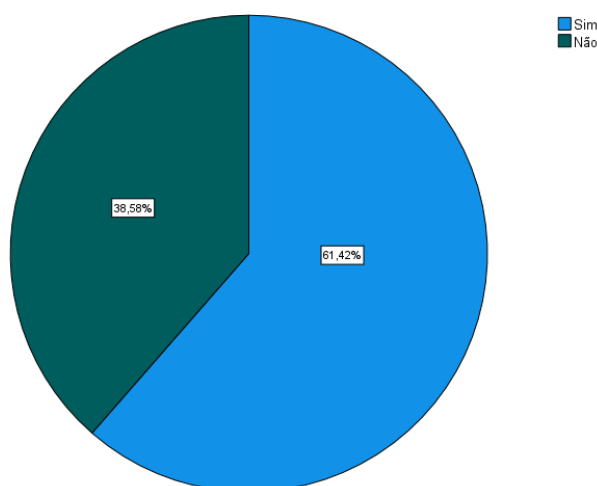
Em relação à pergunta se fuma ou alguma vez fumou regularmente um ou mais cigarros por dia verificamos que 219 (67,6%) referiu não fumar e 105 (32,4%) referiu fumar. Das que referiram fumar 78 (74,3%) referiram não fumar atualmente nenhum cigarro, 17 (16,2%) referiram fumar entre 1 a 7 cigarros, 6 (5,7%) referiram fumar 10 cigarros, uma (1%) referiu fumar 12 cigarros, uma outra (1%) referiu fumar 15 cigarros e duas (1,9%) referiram fumar vinte cigarros. Foi estudada a relação entre a presença de incontinência e os hábitos tabágicos; verificou-se não haver associação estatisticamente significativa entre o facto de ter incontinência e ter hábitos tabágicos (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição de frequências da presença de incontinência pelos hábitos tabágicos

	não perde		sim perde		p	
	N	%	N	%		
Fuma ou alguma vez fumou regularmente (um ou mais cigarros por dia)?	Sim	109	50,9%	105	49,1%	0,376
	Não	263	54,6%	219	45,4%	

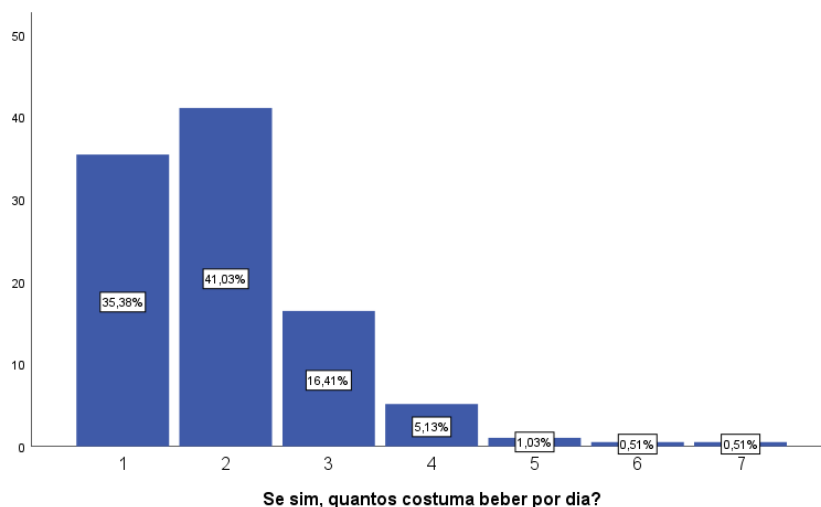
Nos hábitos de consumo de cafeína observamos que este consumo indica que mais de metade das participantes apresentam consumo de cafeína (Gráfico 18). Das participantes que consomem verificamos que 76,4% tomam entre um e dois cafés por dia.

Gráfico 18 – Distribuição de frequências da ingestão de cafés



Observamos ainda, atendendo ao número de cafés que cada participante referiu beber por dia, que a distribuição é negativamente assimétrica revelando um consumo baixo de cafeína para a maioria das participantes (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Distribuição de frequências da ingestão de cafés pelas mulheres incontinentes



A pergunta referente aos hábitos de ingestão de cafeína mostrou que 125 (38,6%) não tomam café face a 199 (61,4%) que o consomem. Das 199 mulheres que afirmam que tomam café diariamente, 69 (35,4%) tomam um café, 80 (41,0%) dois cafés, 32 (16,4%) três cafés, 10 (5,1%) quatro e 4 (2,0%) entre 5 e 7 cafés (por dia). Foi estudada a relação entre a ingestão de café e a existência de incontinência; verificou-se não haver uma associação estatisticamente significativa (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição da população em relação à presença de incontinência pela ingestão de cafeína

	não perde		sim perde		p	
	N	%	N	%		
Toma café regularmente (um ou mais cafés por dia)?	Sim	217	52,2%	199	47,8%	0,408
	Não	155	55,4%	125	44,6%	

Atendendo aos antecedentes obstétricos, observamos que, em relação a quantas vezes as participantes tinham estado grávidas, atendendo à condição de ter ou não perdas de urina, as que estiveram grávidas uma a duas vezes, 319 (55,5%) não apresentam perdas de urina e 256 (44,5%) apresentam-nas. As que estiveram grávidas três ou mais vezes 53 (43,8%) não apresentam perdas de urina contra 68 (56,2%) que as apresentam (Tabela 16). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nesta associação.

Tabela 16 - Distribuição da população em relação ao número de gravidezes e a presença de incontinência

Quantas vezes esteve grávida	não perde		sim perde		p
	N	%	N	%	
1 - 2 duas vezes	319	55,5%	256	44,5%	0,222
3 ou mais vezes	53	43,8%	68	56,2%	

Em relação aos tipos de parto, das 321 (47,4% das 676) que responderam à pergunta e que indicaram que tiveram um parto normal, destas 151 (47,0%) referiram não perder urina e 170 (53,0%) referiram perdê-la; das 149 (22,0% das 676) que responderam à pergunta e que indicaram que tiveram dois partos normais 77 (51,7%) referiram não perder urina e 72 (48,3%); das 20 (3,0% das 676) que responderam à pergunta e que indicaram que tiveram três partos normais 7 (35%) referiam não perder urina versus 13 (65%) que referiram perdas; das 4 (0,6% das 676) que responderam à pergunta e que indicaram terem tido quatro partos normais 1 (25%) referiu não perder urina face a 3 (75%) que referiram perdê-la. Foi calculado o Qui-Quadrado de Pearson que apresentou um $p < 0,001$ indicando uma associação estatisticamente significativa entre o número de partos e as perdas de urina.

Quanto ao tipo de parto por ventosa ou fórceps, verificamos que das 223 (33,8% das 659) que responderam à pergunta e que indicaram ter tido um parto por ventosa ou fórceps anteriormente ao último parto, 90 (40,4%) referiu não ter perdas de urina versus 133 (59,6%) que referiu perder; das 19 (2,9% das 659) que responderam à pergunta e que indicaram ter tido dois partos por ventosa ou fórceps, 7 (36,8%) referiram não ter perdas de urina contra 12 (63,2%) que referiram ter perdas. Calculado o Qui-Quadrado de Pearson este apresentou um $p < 0,001$, indicando uma associação estatisticamente significativa entre o parto por ventosa ou fórceps e as perdas de urina.

Em relação aos partos por cesariana, observamos que das 177 participantes (26,7% das 663) que responderam à pergunta e que indicaram ter tido um parto por cesariana anteriormente ao último parto, 116 (65,5%) referiram não ter perdas e 61 (34,5%) referiram ter perdas de urina; das 56 participantes (8,4% das 663) que responderam à pergunta e que indicaram ter tido duas cesarianas, 36 (64,3%) referiram não ter perdas de urina contra 20 (35,7%) que as

referiram; das 7 participantes (1,1% das 663) que responderam à pergunta e que indicaram terem tido três cesarianas, 5 (71,4%) referiram não ter perdas de urina versus 2 (28,6%) referindo tê-las. Foi calculado o Qui-Quadrado de Pearson apresentando um $p < 0,001$, indicando uma associação estatisticamente significativa em que mostra que ter um parto por cesariana tem um efeito com menos consequências em relação às perdas de urina.

Ao estudarmos os fatores que influenciam a presença de incontinência urinária após o parto, observamos que perder urina antes da gravidez é um fator de influência para a ocorrência de incontinência após o parto (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição das frequências do fator de risco perder urina antes da gravidez

	não perde		sim perde		p	
	N	%	N	%		
Teve perdas involuntárias de urina antes da última gravidez?	Sim	26	23,6%	84	76,4%	<0,001
	Não	346	59,0%	240	41,0%	

Observamos que 110 (15,8%) mulheres referiram ter tido perdas de urina antes da gravidez. Neste grupo de mulheres que referem ter tido anteriormente perdas de urina 26 (23,6%) indicou que não apresenta perdas de urina atualmente face às outras 84 (76,4%) que tem perdas de urina atualmente. Pela aplicação do teste de Qui-Quadrado verifica-se uma associação estatística significativa, com um $p < 0,001$, entre a situação de apresentar perdas de urina antes da gravidez e ter perdas de urina atualmente. Conclui-se que perder urina antes da gravidez é um fator que influencia a presença do aumento de perdas de urina após o parto.

Perder urina durante a gravidez surge também como um fator de influência para a ocorrência de perdas involuntárias de urina após o parto (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição das frequências do fator de risco perder urina durante a gravidez

	não perde		sim perde		p	
	N	%	N	%		
Teve perdas involuntárias de urina durante a última gravidez?	Sim	124	37,7%	205	62,3%	<0,001
	Não	248	67,6%	119	32,4%	

Verificamos que 329 (47,3%) mulheres que referiram ter tido perdas de urina durante a última gravidez, 124 (37,7%) indicam não terem atualmente perdas de urina e 205 (62,3%) indicam que apresentam perdas involuntárias de urina, mantendo a sua situação de incontinência. Aplicando o teste de Qui-Quadrado conclui-se que existe uma associação estatisticamente significativa, com um $p < 0,001$, entre a situação de perder urina durante a gravidez e apresentar perdas de urina após o parto. Assim, perder urina durante a gravidez se manifesta como a presença de um fator que influencia a presença de perdas de urina após o parto.

No que diz respeito à primiparidade versus multiparidade, em que primípara corresponde a ter tido um parto e múltipara a ter tido mais do que um, foi possível observar, aplicando o teste Qui-quadrado que não se verifica uma associação estatisticamente significativa pelo que concluímos que a paridade não se apresenta como um fator de influência para a presença de incontinência urinária após o parto.

Quanto ao peso do recém-nascido e ao seu perímetro cefálico podemos concluir que não se evidenciaram como fatores de influência para a presença de perdas de urina após o parto não apresentando uma relação estatisticamente significativa.

O tipo de parto, considerando o parto normal, o parto por ventosa/fórceps e a cesariana, surge como fator que influencia a presença de incontinência urinária após o parto (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição das frequências das perdas de urina pelo tipo de parto

		não perde	sim perde	Total	P
Que tipo de parto foi?	parto normal	163	157	320	<0,001
		50,9%	49,1%	100,0%	
	parto por ventosa/fórceps	63	103	166	<0,001
		38,0%	62,0%	100,0%	
	cesariana	146	64	210	<0,001
		69,5%	30,5%	100,0%	
Total		372	324	696	
		53,4%	46,6%	100,0%	

Quanto ao tipo de parto, 320 (46,0%) mulheres indicaram ter tido um parto normal e destas 163 (50,9%) referiram não ter perdas involuntárias de urina enquanto que 157 (49,1%) referem ter perdas involuntárias de urina; 166 (23,9%) indicaram que o parto foi por ventosa ou fórceps

das quais 63 (38%) referiu não ter perdas de urina e 103 (62,0%) as referiu; 210 (30,2%) que colocaram parto por cesariana, 146 (69,5%) referiu que não tinha perdas de urina, as outras 64 (30,5%) referiu que sim. Aplicando o teste de Qui-Quadrado verifica-se uma associação estatisticamente significativa com um $p < 0,001$. Podemos assim concluir que o tipo de parto se apresenta como um fator que influencia a presença de incontinência urinária após o parto.

Em relação à realização da manobra de Kristeller, observamos que 234 (33,6%) mulheres referem que foi realizada esta manobra durante o parto, respondendo afirmativamente à pergunta sobre se alguém fez força sobre a barriga para empurrar o bebé contra 462 (66,4%) que referem não terem tido alguém a fazer essa manobra (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição das frequências das perdas de urina em relação à manobra de Kristeller

	não perde		sim perde		p	
	N	%	N	%		
Durante o parto alguém fez força sobre a sua barriga para empurrar o bebé?						
	Sim	110	47,0%	124	53,0%	0,015
	Não	262	56,7%	200	43,3%	

Verificamos que das 234 que responderam afirmativamente 110 (47,0%) indicaram que não tinham perdas involuntárias de urina face às restantes 124 (53,0%); das 462 mulheres que responderam negativamente, 262 (56,7%) indicaram não ter perdas de urina contra as 200 (43,3%) que indicaram ter perdas involuntárias. Com o cálculo do Teste Qui-quadrado que apresenta um valor de $p = 0,015$, deve-se considerar que existe uma associação estatisticamente significativa entre a realização da manobra de Kristeller e a possibilidade de perdas de urina pelo que concluímos que a realização desta manobra é um fator que influencia a presença de incontinência urinária após o parto.

A possibilidade de ter sido submetida a uma episiotomia foi questionada às mulheres que indicaram ter tido um parto normal ou um parto com ventosa ou fórceps. A esta questão, responderam 485 mulheres, que tinham indicado como tipo de parto o parto normal ou parto por ventosa ou fórceps. Nesta amostra 275 (56,7%) das mulheres deram uma resposta afirmativa indicando que foi realizada uma episiotomia durante o parto e destas 123 (44,7%) responderam que não apresentavam perdas involuntárias de urina; 210 (43,3%) das mulheres deram uma resposta negativa indicando que não foi realizada uma episiotomia durante o parto e destas, 102 (48,6%) não apresentavam perdas e 108 (51,4%) tinham perdas involuntárias de urina. O

Teste de Qui-Quadrado mostra que não há uma associação estatisticamente significativa (0,400), pelo que concluímos que a realização de uma episiotomia não aparece como um fator de influência para a incontinência após o parto nesta população.

Para identificar os fatores que podem explicar a presença da incontinência urinária após o parto realizou-se um modelo de regressão logístico multivariado. Neste modelo foram considerados fatores de risco com cálculo de odds ratio (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95% para um nível de significância de 5%.

Tabela 21 – Modelo de Regressão Logístico Multivariado

	OR	IC95%		p
		Inferior	Superior	
Fumador				
Não	referência			
Sim	1,08	0,75	1,55	0,696
Toma café regularmente (um ou mais cafés por dia)?				
Não	referência			
Sim	0,88	0,62	1,24	0,461
Teve perdas involuntárias de urina antes da última gravidez?				
Não	referência			
Sim	3,76	2,21	6,40	< 0,001
Teve perdas involuntárias de urina durante a última gravidez?				
Não	referência			
Sim	2,66	1,89	3,76	< 0,001
Tipo de parto				
Parto normal	referência			
Parto ventosas/forcéps	2,06	1,36	3,12	0,001
Cesariana	0,46	0,30	0,68	< 0,001
Grupo etário				
até 30	referência			
30 - 34	1,43	0,89	2,31	0,139
> 34	1,93	1,20	3,10	0,007
Tipo de gestação				
Primigesta	referência			
Multigesta	0,84	0,58	1,21	0,345
Peso do bebé (gr)				
até 2499	referência			
2500 - 3500	0,69	0,24	2,01	0,499
> 3500	0,78	0,26	2,32	0,651
Durante o parto alguém fez força sobre a sua barriga para empurrar o bebé?				
Não	referência			
Sim	1,27	0,81	2,01	0,300

No momento do parto foi realizada episiotomia (corte no períneo)?

Não	referência			
Sim	1,04	0,67	1,63	0,849

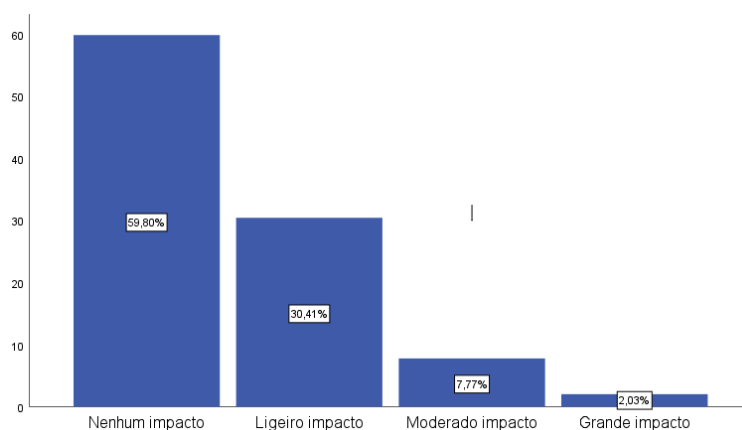
Os fatores: perdas involuntárias de urina antes da última gravidez, perdas involuntárias de urina durante a última gravidez, tipo de parto e o grupo etário estiveram associados à presença de incontinência urinária após o parto.

O tipo de parto por ventosas ou fórceps apresentou um risco aumentado para a incontinência após o parto para o dobro com um OR= 2.06; enquanto o tipo de parto por cesariana apresentou um OR=0.46, indicando uma diminuição da probabilidade da presença da incontinência urinária após o parto. Em relação à idade, nomeadamente o ter mais de 34 anos, esteve associada a um aumento do risco da incontinência, cerca de duas vezes superior (OR= 1.93; IC 95% 1.2-3.1) em relação aos grupos etários mais jovens. Os fatores: ser fumador, ingestão de cafeína, tipo de gestação, peso do recém-nascido, episiotomia e manobra de Kristeller não estiveram associados com a presença de incontinência urinária após o parto.

4.2.3 – O Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida

O impacto da incontinência urinária no vencimento mensal pode ser um fator importante a considerar na qualidade de vida. Obtivemos uma taxa de resposta a esta questão de 91,4% com 298 respostas no total (Gráfico 20).

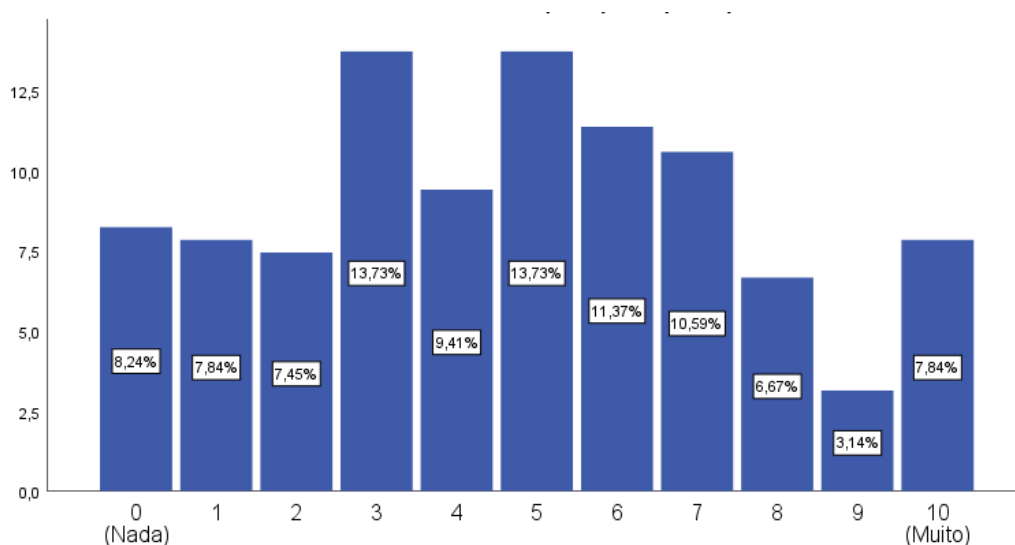
Gráfico 20 - Distribuição das frequências do impacto da perda de urina no vencimento



Verificamos que 177 (59,8%) mulheres consideraram que as perdas de urina não tinham nenhum impacto no vencimento, 90 (30,4%) que tinham um ligeiro impacto, 23 (7,8%) consideraram ter um impacto moderado e 6 (2,0%) consideraram que as perdas de urina tinham um grande impacto no seu vencimento.

Em relação ao impacto geral da incontinência urinária na qualidade de vida verificamos que, mesmo com a presença das perdas de urina é possível indicar que essa situação, para 8,24% das participantes, parece não ter qualquer impacto na qualidade de vida (Gráfico 21).

Gráfico 21- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina na qualidade de vida



De uma maneira geral, em que medida o seu problema urinário interfere com a sua vida? Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

Verificamos que 255 das participantes com incontinência urinária responderam a esta questão, apresentando uma taxa de resposta de 78,7%. Pela análise dos dados observamos que 27 (10,1%), 17 (6,7%), 8 (3,1%) e 20 (7,8%) num total de 72 (28,2%) das mulheres consideraram um impacto entre 7 e 10, ou seja, consideraram que a incontinência urinária tinha um grande impacto na sua qualidade de vida; 35 (13,7%), 24 (9,4%), 35 (13,7%) e 29 (11,4%) num total de 123 (48,2%) consideraram que as perdas involuntárias de urina tinham um impacto moderado na sua qualidade de vida e 21 (8,2%), 20 (7,8%) e 19 (7,5%) num total de 60 (23,5%) das mulheres indicaram que as perdas de urina não tinham nenhum ou um ligeiro impacto na sua qualidade de vida.

Considerando a frequência das perdas urina e o seu impacto na qualidade de vida observamos que a maior frequência de perdas de urina de uma maneira geral tem um maior impacto na qualidade de vida (Tabela 22)

Tabela 22 – Distribuição da frequência das perdas de urina pelo impacto na qualidade de vida

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Com que frequência perde urina?	Uma vez por semana ou menos	16	10	15	17	15	8	10	11	5	2	3	112
	Duas ou três vezes por semana	1	8	2	12	7	15	11	5	7	3	0	71
	Uma vez ao dia	4	2	1	5	1	7	4	5	2	1	7	39
	Diversas vezes ao dia	0	0	1	1	1	5	4	6	3	2	10	33
Total		21	20	19	35	24	35	29	27	17	8	20	255

Em relação à frequência de perdas de urina em uma vez por semana, tendo 112 (43,9%) indicado esta situação, verifica-se que 41 (36,6 %) consideraram que não tinha nenhum ou ligeiro impacto na sua qualidade de vida (ou seja, entre zero e dois); 50 (44,6%) consideraram que tinha um impacto moderado (entre três e seis) e 21 (18,8%) indicaram que mesmo sendo uma frequência de perdas de urina de uma vez por semana ou menos esta situação tinha um grande impacto na sua qualidade de vida (ou seja entre sete e dez). Observamos ainda que 33 (12,9%) das mulheres que indicaram ter perdas de urina diversas vezes ao dia, 21 (63,6%) referiram que tinham um grande impacto na sua qualidade de vida indicando um score entre sete e dez; 11 (33,3%) referiram que tinha um impacto moderado (ou seja entre três e seis) e só uma mulher indicou ter um impacto de dois ou seja ligeiro na sua qualidade de vida. Podemos concluir que a frequência das perdas de urina tem influência e impacto na qualidade de vida.

Considerando a quantidade de urina perdida e o seu impacto na qualidade de vida, verificamos que uma maior quantidade de urina perdida tem, de uma maneira geral, um maior impacto na qualidade de vida (Tabela 23).

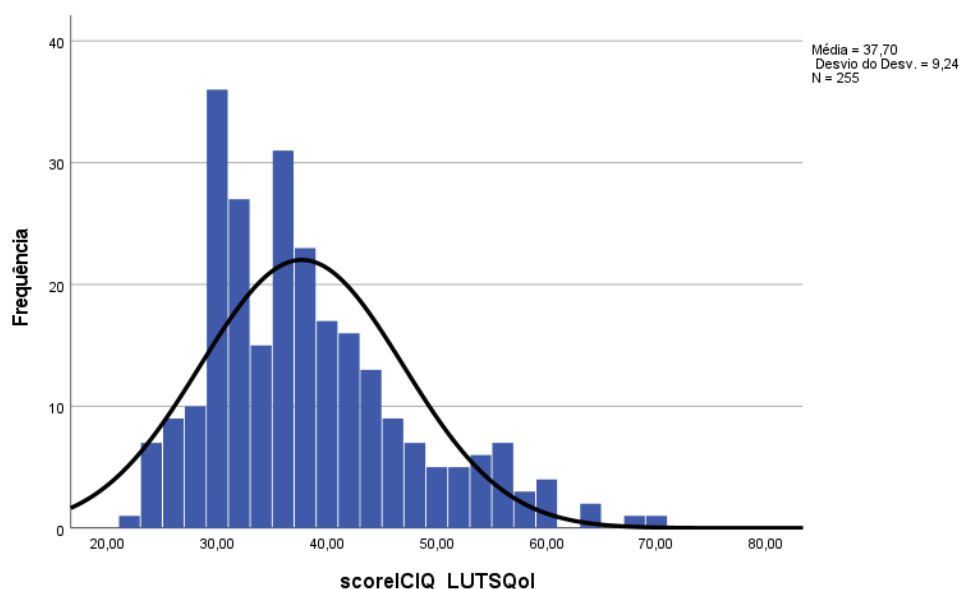
Tabela 23 – Distribuição das frequências da quantidade de urina perdida pelo impacto na qualidade de vida

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Que quantidade de urina perde normalmente?	Uma pequena quantidade	21	19	19	34	24	30	27	27	16	8	15	240
	Uma moderada quantidade	0	1	0	1	0	4	2	0	1	0	5	14
	Uma grande quantidade	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total		21	20	19	35	24	35	29	27	17	8	20	255

Verificamos ainda que 240 (94,1%) das mulheres indicaram ter perdas de urina em pequena quantidade, em que 66 (27,5%) consideraram que esta perda tinha um grande impacto na sua qualidade de vida indicando um score entre sete e dez, 115 (47,9%) consideraram que esta perda de urina tinha um impacto moderado (score entre três e sete) e 59 (24,6%) consideraram que esta perda não tinha ou tinha um ligeiro impacto na sua qualidade de vida (score entre zero e dois); 14 (5,5%) das mulheres indicaram ter perdas de urina moderadas sendo que 6 (42,9%) consideraram que essa perda tinha um grande impacto na sua qualidade de vida, 7 (50,0%) que tinha um impacto moderado e 1 (7,1%) referiu ter um ligeiro impacto na sua qualidade de vida; somente uma mulher indicou ter uma perda de urina em grande quantidade considerando que essa perda tinha um impacto moderado na sua qualidade de vida indicando um score de cinco. A quantidade de perda de urina perdida tem um impacto que deve ser considerado na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.

O score total para o questionário do ICIQ-LUTSQol vai de 0-100, em que quanto mais perto for do 100 maior é o impacto na qualidade de vida. Verificamos que os resultados referentes ao score identificaram um score médio de 37,7 com um desvio padrão de 9,24 e com um mínimo de 22,00 e um máximo de 70,00 (Gráfico 22).

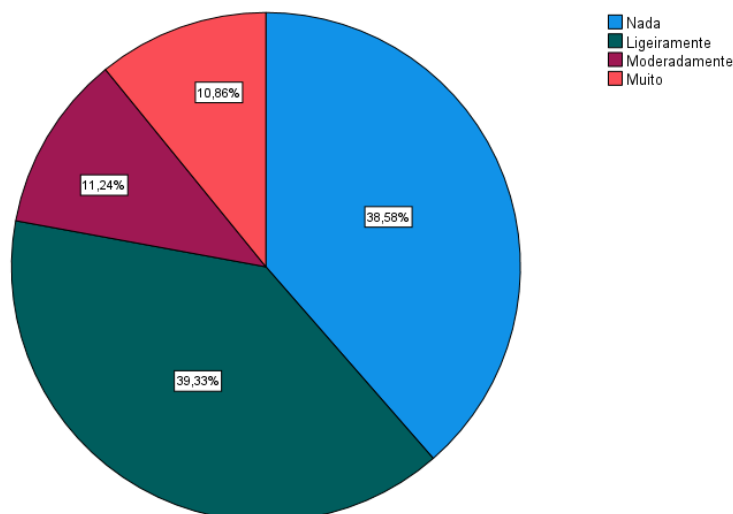
Gráfico 22- Histograma da distribuição do score do ICIQ-LUTSQol



A distribuição dos scores apresenta uma curva de histograma negativa sendo a percentagem maior de frequência dos scores entre o score 28 e o score 39.

O impacto na qualidade de vida avaliada pelo instrumento ICIQ-LUTSQoL, permitiu identificar em que aspetos da vida é que a incontinência urinária tem mais impacto nas 267 participantes que completaram este questionário. No fator 1, designado por “Atividades diárias”, verificamos que na realização das atividades domésticas 156 (58,4%) mulheres consideraram como não tendo qualquer impacto e 91 (34,1%) como tendo um impacto ligeiro, 19 (7,1%) um moderado impacto e somente uma (0,4%) considerou como tendo muito impacto na sua qualidade de vida; em relação ao trabalho e a um dia normal de atividades diárias fora de casa 115 (43,1%) consideraram que não tinham nenhum impacto na sua qualidade de vida, face a 121 (45,3%) em que tinha um ligeiro impacto na sua qualidade de vida, a 25 (9,4%) com um moderado impacto e 6 (2,3%) em que tinha muito impacto na sua qualidade de vida; quanto à atividade física o impacto na qualidade de vida pela presença da incontinência urinária tem uma expressão mais significativa (Gráfico 23).

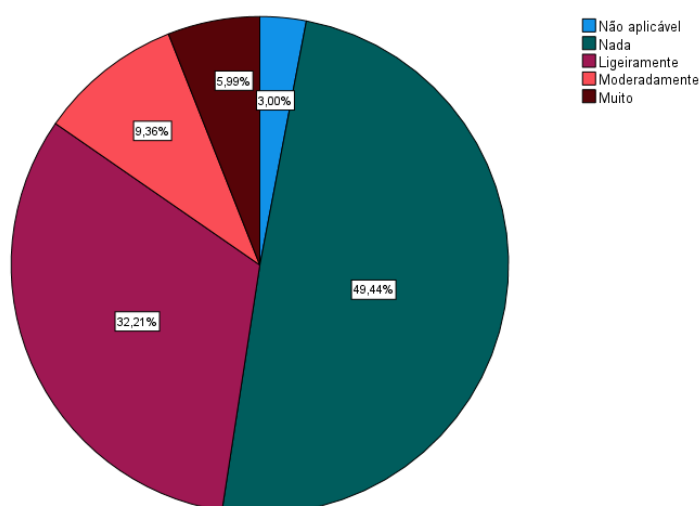
Gráfico 23- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina na atividade física



Verificamos assim que, enquanto 103 (38,6%) indicaram que não tinha nenhum impacto e 105 (39,3%) um ligeiro impacto, 30 (11,2%) mulheres consideraram que tinha um moderado impacto e 29 (10,9%) referiram que tinha muito impacto na sua qualidade de vida. O impacto da incontinência urinária na capacidade de viajar foi considerado por 174 (65,2%) mulheres

como tendo nenhum impacto e por 71 (26,6%) como tendo um ligeiro impacto; somente 21 (7,9%) consideraram que tinha um moderado impacto e uma (0,4%) muito impacto. Em relação ao impacto da incontinência urinária na vida social verificamos que 165 (61,8%) indicaram que a incontinência urinária não limitava a sua vida social e 85 (31,8%) indicaram que a limitava ligeiramente, enquanto que 14 (5,2%) referiram que limitava moderadamente e 3 (1,1%) que limitava muito a sua vida social. Quanto ao fator 2, designado por “Emoções e relações sociais” verificamos que a incontinência urinária não limita a capacidade de ver ou visitar pessoas para 223 (83,5%) das mulheres, enquanto que para 37 (13,9%) limita ligeiramente, para 6 (2,3%) limita moderadamente e para uma (0,4%) limita muito a sua capacidade de ver ou visitar pessoas. A presença da incontinência urinária afeta, no entanto, significativamente a relação com o companheiro para um número considerável de mulheres (Gráfico 24).

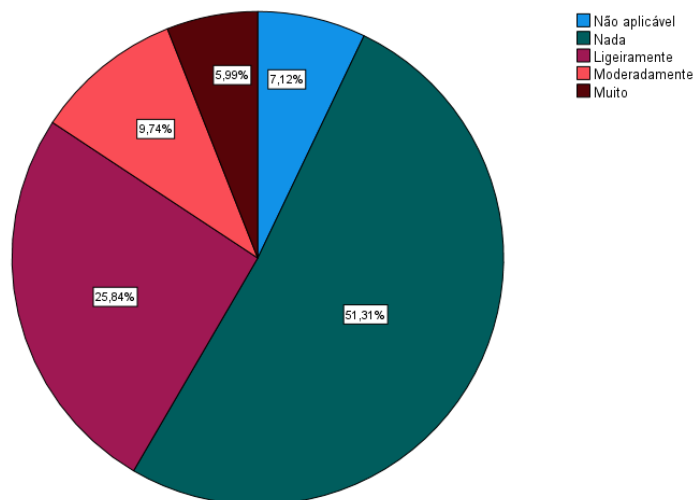
Gráfico 24- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina na relação com o companheiro



Verificamos então que para 8 (3,0%) das mulheres inquiridas esta situação não se aplicava, podendo se considerar que não teriam companheiro, 132 (49,4%) consideraram que a incontinência urinária não afetava a sua relação com o companheiro, 86 (32,2%) indicaram que afetava ligeiramente, 25 (9,4%) que afetava moderadamente e 16 (6,0%) que afetava muito.

A vida sexual é também afetada pela incontinência urinária para um número considerável de mulheres.

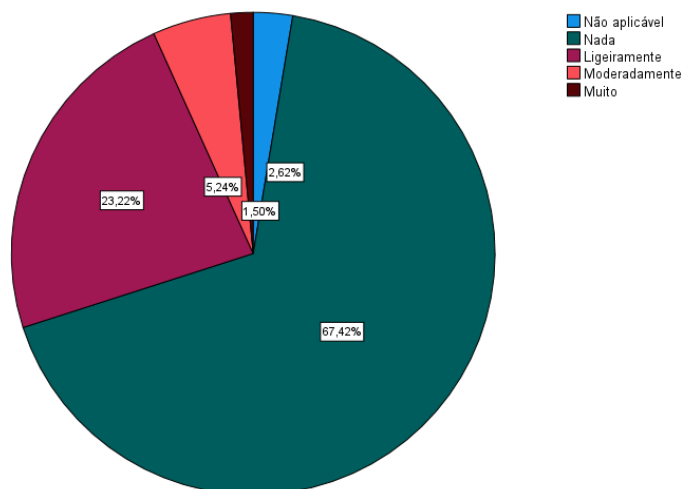
Gráfico 25- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina em relação à vida sexual



O Gráfico 25 apresenta a distribuição das mulheres em relação ao impacto das perdas de urina na vida sexual. Temos então que para 19 (7,1%) das mulheres esta questão não se aplica pelo que indica que não têm vida sexual no momento da realização do questionário; para 137 (51,3%) das mulheres a incontinência urinária não afeta a sua vida sexual, enquanto para 69 (25,8%) afeta ligeiramente, para 26 (9,7%) moderadamente e para 16 (6%) afeta muito a sua vida sexual.

A vida familiar é também afetada pela presença da incontinência urinária para um número importante de mulheres, sendo que para 7 (2,6%) não se aplica esta situação pelo que não apresentam uma situação de vivência em que implique uma vida familiar (Gráfico 26).

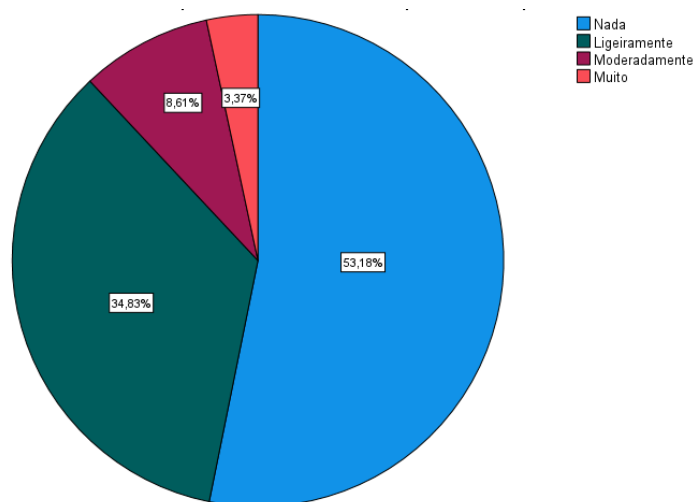
Gráfico 26- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina em relação à vida familiar



Assim, para 180 (67,4%) das mulheres as perdas de urina não afetam a sua vida familiar, enquanto para 62 (23,2%) afetam ligeiramente, para 14 (5,2%) moderadamente e para 4 (1,5%) afetam muito.

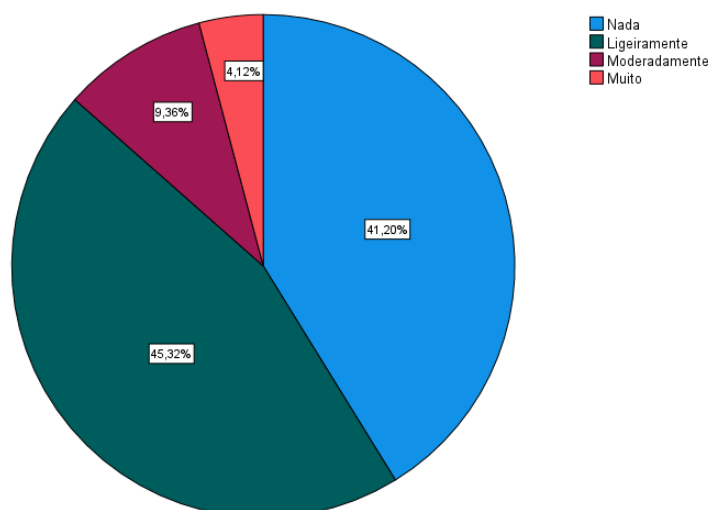
Sentir-se deprimida pode estar relacionado com a presença de perdas de urina (Gráfico 27).

Gráfico 27- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina vs. depressão



Assim, verificamos que 142 (53,2%) mulheres não se sentem deprimidas devido ao seu problema urinário, 93 (34,8%) sentem-se ligeiramente deprimidas, 23 (8,6%) moderadamente deprimidas e 9 (3,4%) sentem-se muito deprimidas. A presença das perdas de urina pode trazer estados de ansiedade associados (Gráfico 28).

Gráfico 28- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina vs. estado de ansiedade

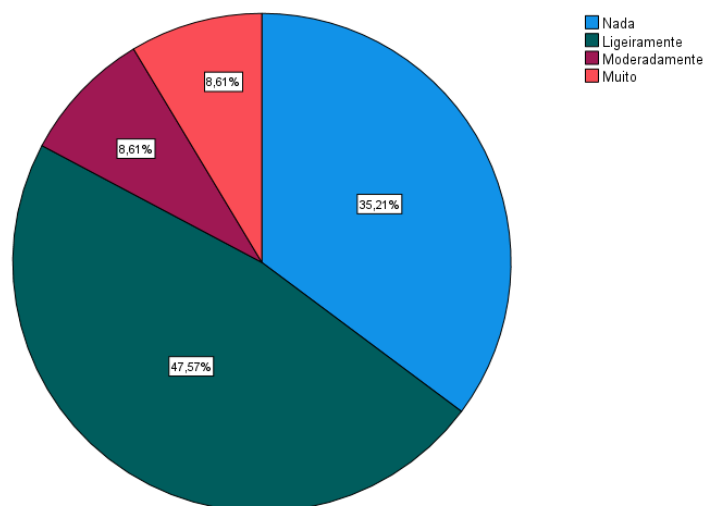


Em relação ao sentir-se ansiosa ou nervosa relacionado com as perdas de urina, verificamos que 110 (41,2%) das mulheres não se sentem ansiosas ou nervosas, mas 121 (45,3%) referem

sentir-se ansiosas ou nervosas devido ao seu problema urinário, enquanto que 25 (9,4%) se sentem moderadamente ansiosas/nervosas e 11 (4,1%) muito ansiosas e nervosas devido à sua incontinência urinária.

Sentir-se mal consigo pode estar relacionado com a presença de perdas de urina (Gráfico 29): é uma situação que pode estar relacionada com a presença de perdas de urina.

Gráfico 29- Distribuição das frequências do impacto das perdas de urina vs. sentir-se mal consigo mesma

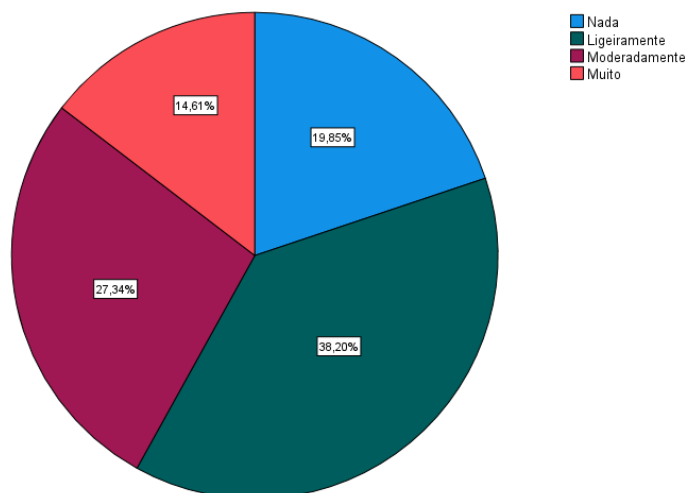


Assim temos que para 94 (35,2%) das mulheres as perdas de urina não as fazem sentir-se mal consigo mesmas, para 127 (47,6%) a incontinência urinária faz sentirem-se ligeiramente mal consigo mesmas, para 23 (8,6%) moderadamente mal e para 23 (8,6%) muito mal consigo mesmas.

As perdas de urina podem afetar a qualidade do sono interferindo com este; no entanto 228 (85,4%) das mulheres indicaram que a incontinência urinária não afetava o seu sono enquanto 30 (11,2%) indicaram que afetava ligeiramente, 6 (2,3%) que afetava moderadamente e 3 (1,1%) que afetava muito o seu sono.

A exaustão pode estar presente nas pessoas que têm um problema de incontinência urinária implicando com a sua qualidade de vida (Gráfico 30).

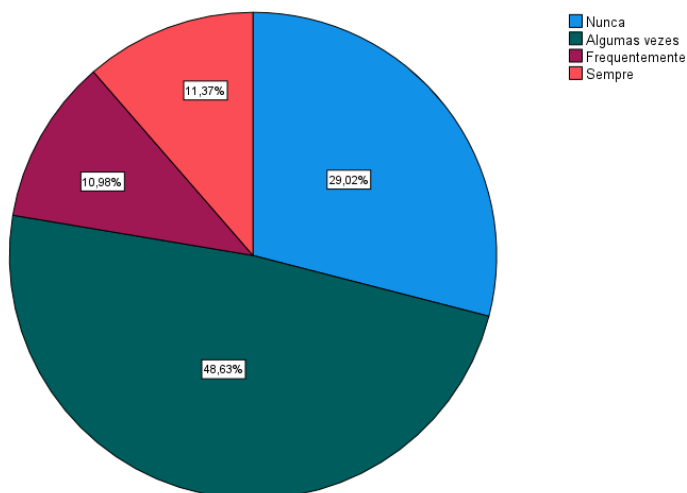
Gráfico 30- Distribuição das frequências em relação ao sentir-se cansada/exausta



Podemos observar que 53 (19,9%) das mulheres referem não se sentir exaustas ou cansadas, 102 (38,2%) ligeiramente, 73 (27,3%) moderadamente e 39 (14,6%) muito cansadas/exaustas.

Ainda dentro do fator 2 o sentir-se envergonhada por causa do seu problema urinário é uma questão que afeta a qualidade de vida das mulheres (Gráfico 31).

Gráfico 31- Distribuição das frequências em relação ao sentir-se envergonhada

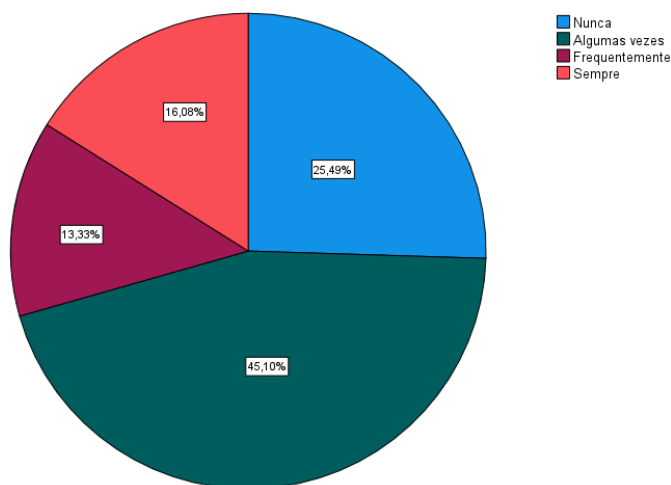


Constatamos que 74 (29,0%) das mulheres indicam que nunca se sentem envergonhadas por causa das perdas de urina, 124 (48,6%) algumas vezes, 28 (11,0%) frequentemente e 29 (11,4%) sempre envergonhadas por causa da sua incontinência urinária

Em relação ao fator 3 designado por sintomas urinários consideramos as questões relacionadas com a utilização de pensos para se manter seca, o controle da ingestão de líquidos para diminuir o volume de urina produzida, o mudar de roupa quando se sente molhada e a preocupação com o cheirar mal devido às perdas de urina.

A utilização de pensos por causa das perdas de urina tem impacto na qualidade de vida das mulheres (Gráfico 32).

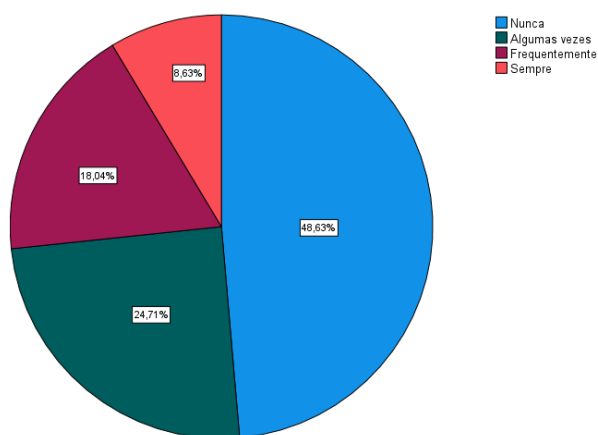
Gráfico 32- Distribuição das frequências em relação à necessidade de utilizar pensos



Verificamos que 65 (25,5%) das mulheres não utilizam pensos, mas 115 (45,1%) utiliza algumas vezes, 34 (13,3%) frequentemente e 41 (16,1%) utilizam sempre.

O controle sobre a quantidade de líquidos ingeridos pode ajudar a diminuir os episódios de perdas de urina ao diminuir a quantidade de urina produzida. A preocupação com essa ingestão implica uma atividade que implica na qualidade de vida das mulheres (Gráfico 33).

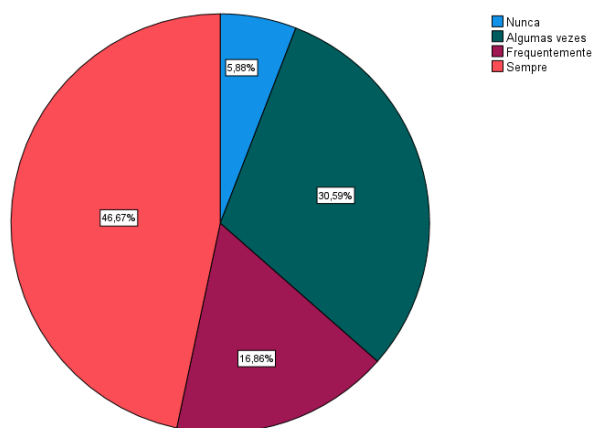
Gráfico 33- Distribuição das frequências em relação ao controlar a quantidade de líquidos ingeridos



Assim 124 (48,6%) das mulheres não se preocupam com a quantidade de líquidos ingerida, 63 (24,7%) algumas vezes, 46 (18,0%) frequentemente e 22 (8,6%) tem sempre cuidado com a quantidade de líquidos ingerida.

A necessidade de trocar de roupa sempre que fica molhada e a possibilidade de ficar molhada relacionada com a incontinência urinária tem um impacto na qualidade de vida das mulheres (Gráfico 34).

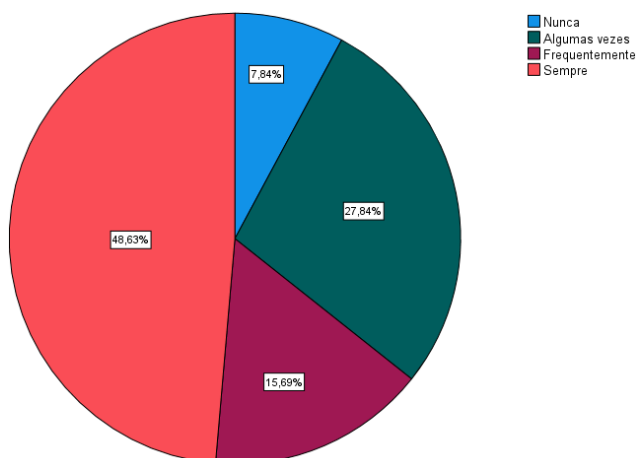
Gráfico 34- Distribuição das frequências em relação ao trocar de roupa quando fica molhada



Verificamos que somente 15 (5,9%) das mulheres referem nunca trocar de roupa enquanto que 78 (30,6%) trocam algumas vezes, 43 (16,9%) frequentemente e 119 (46,7%) trocam sempre de roupa quando fica molhada, revelando-se uma situação sensível para um importante número de mulheres.

A preocupação com a possibilidade de exalar cheiro surge decorrente das perdas de urina implicando com a qualidade de vida das mulheres (Gráfico 35)

Gráfico 35- Distribuição das frequências em relação à preocupação com a possibilidade de cheirar mal



Assim para 20 (7,8%) das mulheres esta possibilidade não é uma preocupação, 71 (27,8%) delas preocupam-se algumas vezes, 40 (15,7%) frequentemente e 124 (48,6%) preocupam-se sempre com essa possibilidade o que tem um impacto na sua qualidade de vida.

5- DISCUSSÃO

Atendendo aos objetivos definidos para o estudo, será feita a discussão dos resultados, a partir da informação disponibilizada no capítulo anterior. Iniciaremos pela discussão dos aspetos relativos à prevalência da incontinência urinária seguida pela discussão sobre a caracterização das mulheres com incontinência urinária, fatores de risco associados e antecedentes e, por último, em relação ao impacto das perdas de urina na qualidade de vida. Procuraremos ainda, relativamente aos resultados encontrados, comparar com outros estudos realizados.

5.1 – PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS O PARTO

Acederam ao questionário um total de 1231 participantes, sendo a nossa amostra constituída por 696 mulheres após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão. A prevalência calculada para a nossa amostra foi de 46,8%, valor estimado até um ano após o parto. A prevalência encontrada é congruente com estudos realizados internacionalmente, quando comparado com os estudos realizados por Leroy que apresenta nos seus resultados uma prevalência de 45,5% (157) e por Cerruto que apresenta no seu estudo de revisão sistemática uma prevalência entre 14,1 e 68,8% (52). Mørkved & Bø em 1999 apresentou no seu estudo uma prevalência de 38% para as 8 semanas após o parto (89). No entanto verifica-se que este resultado em relação à prevalência após o parto encontrada no estudo é superior em relação à prevalência estimada noutros estudos como o estudo de Burgio que apresenta uma prevalência para a incontinência urinária de 11,4% nas seis semanas após o parto e uma prevalência de

13,3% ao fim de 12 meses (158) referindo que tendo identificado uma prevalência de incontinência urinária durante a gravidez de 59,6% esta diminuiu para 11,4% ao fim de 6 semanas após o parto; ou como o estudo de Schytt que apresenta uma prevalência de 22% em mulheres um ano após o parto, apontando para uma necessidade de identificação das mulheres que apresentam incontinência urinária para implementação de estratégias de tratamento (190). As participantes do estudo tiveram o parto considerando um período temporal de um ano após parto, não havendo uma estratificação temporal ao longo do ano, pelo que a prevalência estimada associa diferentes momentos de indicação de perdas de urina ao longo do ano.

Os resultados encontrados, para esta amostra e contexto, se generalizáveis, permitem concluir que, da prevalência encontrada de incontinência urinária após o parto em Portugal, se considerarmos uma população total feminina de 1.585.033 dos 20 aos 44 anos de idade, existirão cerca de 741.795 mulheres nesta faixa etária que apresentam perdas involuntárias de urina.

5.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Atendendo à avaliação das perdas de urina, verifica-se que das 696 mulheres que foram incluídas no estudo, 324 referiram perdas de urina.

A frequência das perdas de urina revela que dessas 324 mulheres que apresentam incontinência urinária 45,4% apresenta perdas uma vez por semana ou menos e 27,2% refere perder duas a três vezes por semana; mas verificamos que 14,5% perde urina uma vez ao dia e ainda 13% perde diversas vezes ao dia, resultados concordantes com o estudo de Erenel & Ozdemir em que as 54,5% das participantes apresentou perdas de urina uma vez por semana ou menos (191). Quanto à severidade/gravidade das perdas, 88,6% referiu perder uma pequena quantidade de urina, resultados concordantes também com o estudo de Erenel & Ozdemir no qual 70,5% das mulheres referiu perdas de pequenas quantidades de urina, existindo poucos estudos que apresentem a frequência e severidade da incontinência urinária nas mulheres após o parto.

A comunicação das perdas de urina a um profissional foi realizada por 41,7% das mulheres. Esta comunicação apresenta-se fundamental para a avaliação da presença das perdas involuntárias de urina e identificação do tipo de incontinência urinária de forma a estabelecer um plano de tratamento para resolução do problema contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destas mulheres. A percentagem de mulheres que reportou o seu problema urinário a um enfermeiro ou médico revela que existe alguma consciencialização de que se trata de uma situação passível de resolução, mas revela também a necessidade de trabalhar para o aumento desta consciencialização junto das mulheres de forma a considerarem que ter perdas involuntárias de urina não é uma situação normal.

5.2.1 – Caracterização sociodemográfica

A idade das mulheres com incontinência urinária após o parto, na população em estudo (n= 324), varia entre um mínimo de 18 e um máximo de 45 anos; a média de idade foi de 33,6 ± 4,89. Foi estudada a relação da idade com a incontinência urinária, verificando-se que a idade apresenta uma probabilidade de maior prevalência de incontinência urinária a partir dos 34 anos de idade. Verificaram-se associações semelhantes às identificadas na literatura, nos estudos de Eftekhar Lopes & Praça Cerruto Gartland Erenel & Ozdemir e Dinç, mostrando os resultados que a incontinência urinária surge também em mulheres mais jovens, ainda que não existam muitos estudos que analisem a relação com a faixa etária (52)(117)(123)(191)(192)(193). A idade tem sido identificada como estando relacionada com o aumento da possibilidade da mulher apresentar incontinência urinária, ou seja, à medida que a mulher envelhece aumenta a possibilidade de apresentar perdas involuntárias de urina (194).

A indicação do nível de escolaridade permitiu perceber que as participantes do estudo têm um nível de literacia elevado atendendo que 34,6% indica ter Bacharelato ou Licenciatura e que 36,1% indica ter pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento. Outros estudos confirmam esta realidade: Burgio e Leroy & Lopes (158)(157).

A distribuição da situação profissional das participantes foi realizada como foi já indicado, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010), onde se verifica que 47,2% pertence ao grupo dos Especialistas de Atividades Intelectuais e Científicas,

havendo um grande número de enfermeiras neste grupo, num total de 86; seguem-se depois o Pessoal Administrativo com 12,3%, o grupo dos Técnicos e Profissões de nível intermédio com 9,6%, o dos Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores com 7,7%, o dos Representantes de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos com 3,1%, o dos Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices com 2,8%, o dos Trabalhadores não qualificados com 1,9% e o grupo dos Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem com 0,6%; e não se encontrou nenhuma associação entre a situação profissional e a incontinência urinária. Outros estudos confirmam esta realidade: Kocak e Dinç nos seus estudos referem a profissão na caracterização da população (193) (195).

A distribuição em relação ao rendimento mensal familiar permite verificar que um número significativo das mulheres incontinentes, neste estudo, auferem um rendimento acima dos 500 euros com 20,5% a ter um vencimento entre 500 e 1000 euros, 29,9% a auferir entre 1000 e 1500 euros, 37,5% a auferir entre os 1500 e os 3000 euros e 0,5% a ter um rendimento acima dos 3000 euros. Não se encontrou associação entre o vencimento mensal familiar e a presença de incontinência urinária. O estudo de Dinç é concordante com esta realidade (193).

5.2.2 – Análise Descritiva dos Fatores de Risco/Antecedentes

As perdas involuntárias de urina são referidas pelas participantes como uma situação presente após o parto apresentando diferentes circunstâncias associadas a esta situação.

Analisando os dados sobre o grupo que referiu incontinência urinária, verifica-se que as perdas involuntárias de urina antes da última gravidez, as perdas involuntárias de urina durante a última gravidez, o tipo de parto e a idade estiveram associados à presença de incontinência urinária após o parto.

A presença de incontinência urinária prévia à gravidez aumenta a probabilidade de a mulher apresentar perdas involuntárias de urina após o parto, apresentando um risco aumentado em 3,7 ($p < 0,001$, 95%, CI: 2,21—6,40). Esta realidade é apresentada em outros estudos:

Hivdman e Gartland referem a presença de incontinência urinária prévia à gestação como um fator de risco para a presença de perdas de urina após o parto (116)(192).

Apresentar incontinência urinária durante a gravidez é um fator de risco para a presença de perdas involuntárias de urina após o parto. Verificamos que 62,3% das mulheres que apresenta perdas de urina após o parto teve incontinência urinária durante a gravidez. Este risco está aumentado em 2,7 vezes ($p < 0,001$, 95%, CI:1,89-3,76). O facto da presença de IU durante a gravidez aumentar a probabilidade de a mulher ter IU após o parto também foi observado em outros estudos: Diezt-Itza realizou um estudo com primíparas, um ano após o parto e constatou que a presença de perdas involuntárias de urina durante a gravidez aumentou o risco em mais de cinco vezes (OR 5,79, IC 95%, CI:2,79-12); no estudo de Wesnes, que também incluiu primíparas, a presença de IU na gravidez aumentou o risco de IU seis meses após o parto em 2,3 vezes (IC 95%, CI:2,2-2,4) e Leroy & Lopes consideram no seu estudo uma forte associação entre a presença de IU durante a gravidez e o risco de perdas involuntárias de urina após o parto indicando que na maioria dos casos a IU teve início durante a gravidez e permaneceu após o parto. O estudo de Hvidman, apresenta nos seus resultados, que a IU no pós-parto esteve fortemente associada à presença de IU durante a gravidez explicando 51,7% das situações de incontinência urinária; o estudo de Gartland refere que uma em cada três mulheres com incontinência urinária após o parto teve perdas involuntárias de urina durante a gravidez (116)(157)(159)(192)(196). Fritel apresenta como fatores de risco para a IU a idade materna superior a 30 anos no momento do parto com OR ajustado igual a 2,3 (95% CI 1.5-3.5), a existência de IU prévia à gravidez apresentando um OR de 6,4 e a presença de IU durante a gravidez com um OR de 3,6 (197). As adaptações orgânicas associadas à gravidez, nomeadamente as hormonais, imprimem no organismo materno alterações a nível dos ligamentos e das estruturas anatómicas. A região pélvica é também sujeita a estas condicionantes associadas à gravidez, apresentando, a nível dos ligamentos e da musculatura, uma maior flacidez associada à ação hormonal. Estas alterações fisiológicas da gravidez condicionam o aparecimento de perdas involuntárias de urina, principalmente durante o terceiro trimestre (86).

O tipo de parto foi identificado como um fator de risco para a presença de IU após o parto. O parto em que é utilizado ventosa ou são utilizados fórceps, surgiu como um evento que contribui para as perdas involuntárias de urina, referindo esta situação 62% das participantes.

Os resultados do estudo sugerem que o parto por ventosa ou fórceps aumenta em 2 vezes ($p=0,001$, IC 95%, CI:1,36-3,12) a probabilidade de a mulher apresentar IU após este tipo de parto, enquanto a cesariana apresenta um $p=0,46$ como valor dessa possibilidade ($p<0,001$, IC95%, CI: 0,30-0,68), verificando-se assim um efeito menos negativo pelo parto por cesariana. Esta realidade é apresentada em outros estudos: Gartland refere que a cesariana diminuiu significativamente a probabilidade de a mulher apresentar IU 4 anos após o parto em relação ao parto normal e Erenel indica no seu estudo que o tipo de parto apresenta-se como um fator de risco para a IU (191)(192). Para Boyles as mulheres que tiveram partos vaginais têm maior risco de apresentar IU do que as mulheres que tiveram partos por cesariana apresentando uma probabilidade 4,3 vezes maior de apresentar IU após o parto aumentando ainda mais com a realização de episiotomia (181). No entanto, Ali, no seu estudo sobre a prevalência da IU nos três meses após o parto, não identificou uma associação estatisticamente significativa com o tipo de parto (198). O parto vaginal tem sido considerado como um fator de risco para a disfunção do pavimento pélvico, contribuindo assim para o aparecimento de IU. A passagem do feto através do canal de parto imprime um estiramento a nível dos ligamentos e das estruturas musculares que podem imprimir alterações significativas a nível do funcionamento do pavimento pélvico condicionando a presença de incontinência urinária após o parto (199). O estudo EPINCONT mostra um maior risco para a presença de IU no grupo das mulheres com partos vaginais em relação ao grupo de mulheres que tiveram um parto por cesariana (200). Huebner indica que os efeitos da gravidez no pavimento pélvico podem ser diferentes dos efeitos causados pelo parto vaginal verificando que as mulheres que apresentaram perdas de urina após o parto não foram as mesmas que apresentaram IU durante a gravidez (201).

Os hábitos tabágicos, a ingestão de cafeína, o número de gestações, o peso do recém-nascido, a episiotomia, a manobra de Kristeller, a paridade e o IMC não apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a presença de incontinência urinária após o parto neste estudo. No entanto, Burgio identificou como fator de risco para a presença das perdas involuntárias de urina após o parto, os hábitos tabágicos (158). Erenel identificou como fatores de risco a idade, o nível educacional e o IMC referindo uma relação estatisticamente significativa, apresentando um $p<0,05$ (191). Moosdorff-Steinhauser, na sua revisão sistemática com meta-análise, indica que não foram encontradas diferenças na prevalência de IU entre primíparas e múltiparas (202); no entanto Boyles apresenta, como fatores de risco independentes, a idade materna igual ou superior a 30 anos, o IMC no momento do parto, o

peso de nascimento do recém-nascido, em mulheres que tiveram parto por via vaginal (181). Para Samuelsson, o risco de IU é de 1 a 3,5 vezes maior com o aumento da idade e de 1 a 2,7 maior com o aumento da paridade, identificando estes dois fatores como determinantes para a incontinência urinária. O facto da mulher ser fumadora é também referido como determinante para a IU apresentando um risco de 1,9 vezes superior (203).

A episiotomia é um procedimento que muito contribui para as disfunções no pavimento pélvico, sendo apontada como um fator de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária. Neste estudo não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a presença de IU após o parto e este procedimento. Samuelsson, no seu estudo, também não encontrou uma relação significativa entre as perdas involuntárias de urina e a episiotomia (203). No entanto, Bertozzi apresenta, no seu estudo, uma relação entre a episiotomia e a disfunção do pavimento pélvico e a sua influência no bem-estar das mulheres seis meses após o parto. Esta relação entre a episiotomia e o desenvolvimento de disfunção do pavimento pélvico, surge ainda associada à presença de incontinência urinária prévia à gravidez, verificando-se que, após o segundo parto, aumenta a probabilidade de ocorrer IU após o parto, pelo impacto que este tem nas estruturas anatómicas (204).

Em relação à manobra de Kristeller não foram encontrados estudos que abordassem este procedimento como fator de risco para a IU, no entanto, Sartore identifica, no seu estudo sobre o efeito deste procedimento no pavimento pélvico, que o mesmo não interfere com a função dos músculos pélvicos mas aumenta a necessidade de realização de episiotomia (205). A Ordem dos Médicos emitiu um parecer em 26 de julho de 2021, sobre a utilização desta manobra em que apresenta a descrição de como deve ser realizada e em que circunstâncias sem a apresentar como fator de risco para as perdas involuntárias de urina.

5.2.3 – Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida

A incontinência urinária é um importante problema de saúde, levando muitas vezes à restrição a nível da vida social, na realização de atividades sociais e nas relações sexuais das mulheres. Tem também custos financeiros consideráveis e implicações psicológicas

significativas. A incontinência urinária tem impacto na qualidade de vida de uma mulher, sendo um importante problema de saúde.

Neste estudo, nas mulheres que referiram perdas involuntárias de urina, 59,8% considerou que a IU não afetava o seu vencimento e 30,4% que o afetava ligeiramente; 58,3% das mulheres não comunicou o seu problema de incontinência urinária a um enfermeiro ou médico enquanto 41,7% comunicou o seu problema. Verifica-se que o facto de considerar que a IU não afeta o vencimento mensal pode estar relacionado com o facto de este não ser comunicado, a um médico ou enfermeiro. No estudo de Agarwal, as participantes consideraram que a incontinência urinária não tinha implicações financeiras, o que os autores consideraram estar relacionado com o facto de não terem realizado nenhuma consulta médica em relação ao problema, considerando mesmo as perdas de urina como uma circunstância normal na vida das mulheres (206). Apresentar perdas involuntárias de urina pode ser considerado como não tendo qualquer impacto na qualidade de vida sendo esta a situação indicada por 23,5% das mulheres, por outro lado, 28,2% das mulheres considerou que a incontinência urinária tinha um grande impacto na sua qualidade de vida. A incontinência urinária está normalmente associada a uma menor qualidade de vida como indica a revisão sistemática com meta-análise realizada por Pizzol em 2021, envolvendo vinte e três estudos (207).

A frequência das perdas de urina encontra-se associada a uma menor qualidade de vida. Mesmo quando as perdas de urina acontecem uma vez por semana foi considerado como tendo um grande impacto na qualidade de vida por 18,8% das mulheres. No entanto quando a perda de urina acontece diversas vezes ao dia o impacto tem uma maior expressividade, mostrando que 63,6% indica que esta situação tem um grande impacto na qualidade de vida. O estudo de Krhut revela que mesmo quando a mulher perde uma pequena quantidade de urina, esta está associada a uma deterioração na qualidade de vida (208). Liang, no seu estudo de 2021, envolvendo 546 primíparas saudáveis concluiu que seis semanas após o parto, as mulheres que apresentam incontinência urinária reportam uma menor qualidade de vida, demonstrando que quanto maior for a gravidade/severidade da perda urinária maior é o impacto na qualidade de vida (209). Neste estudo constatamos que, em relação à quantidade de urina perdida, quanto maior é a perda involuntária de urina maior é o impacto na qualidade de vida: 27,5% mulheres, mesmo apresentando pequenas perdas de urina considerou que estas tinham um grande impacto

na sua qualidade de vida e mesmo para perdas moderadas de urina, 42,9% das mulheres referiu que estas tinham um grande impacto na sua qualidade de vida.

A necessidade de trocar de roupa sempre que molhada por causa da incontinência urinária foi em 63,6% das mulheres uma necessidade frequente ou constante, surgindo a preocupação com a possibilidade de cheirar mal em 64,3% das mulheres de forma frequente ou constante, o que tem um importante impacto na qualidade de vida. Agarwal no seu estudo, em que analisa a prevalência da IU em relação aos fatores de risco associados e ao seu impacto na qualidade de vida, constatou que as mulheres indicaram ter limitações sociais e sexuais associadas e que as limitações associadas ao trabalho eram significativas, somente quando o tipo de incontinência presente era a de urgência, pois com a incontinência urinária de esforço conseguiam controlar as situações que originavam as perdas involuntárias de urina, preocupando-se especialmente com a possibilidade de ficarem molhadas (206). Triviño-Juárez conclui, no seu estudo, que as mulheres que apresentam incontinência urinária ao fim de seis semanas após o parto, independentemente do tipo de parto, referem menor qualidade de vida, e ao fim de seis meses após o parto, as mulheres com incontinência urinária referem ter relações sexuais menos satisfatórias (210).

As mulheres com incontinência urinária muitas vezes alteram o seu estilo de vida como, por exemplo, utilizando pensos para evitar ficarem molhadas, e reduzindo a atividade física e social para evitar situações de risco, em atividades realizadas com a presença de outras pessoas, em que poderiam ter perdas involuntárias de urina. Esta restrição nas atividades e mudanças na atividade social pode condicionar algum desconforto psicológico. A saúde mental que inclui o sentir-se envergonhado com a situação da incontinência ou preocupação com o facto de se poder cheirar mal, também afeta, por outro lado, a vida social e a relação com o parceiro mesmo a nível sexual, principalmente nas mulheres com IU após o parto quando moderada a severa (209). Lin, no seu estudo realizado com 866 mulheres, refere que a presença de incontinência urinária no pós-parto foi considerada como tendo um impacto negativo na qualidade de vida (16). Estes resultados estão em linha com o que foi identificado neste estudo e na revisão sistemática de Woude, que incluiu 66 estudos, apresentando nas suas conclusões que a qualidade de vida das mulheres no pós-parto se encontrava prejudicada (211).

As mulheres que experienciam IU têm afetada a sua qualidade de vida de várias formas, dependendo da gravidade/severidade do problema e da sua atividade profissional ou área de interesse.

6- CONCLUSÕES

Em Portugal, a extensão do problema da incontinência urinária após o parto não é totalmente conhecida devido à escassez de evidência científica que exprima a sua dimensão em termos de prevalência a nível nacional e que indique não somente os fatores de risco associados como também o impacto na qualidade de vida das mulheres com essa situação.

Considerando o descrito na literatura, face não só à magnitude do problema e das implicações da IU a nível da saúde das mulheres como também da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema, este estudo apresenta-se como um contributo importante, dando maior visibilidade ao fenómeno e permitindo a definição de estratégias e intervenções eficazes para a prevenção e tratamento desta condição em ordem a uma maior eficiência a nível dos cuidados da recém parturiente após o parto.

A incontinência urinária, que afeta milhares de pessoas a nível mundial, tem um elevado impacto a nível pessoal e económico, o que torna esta problemática de interesse relevante para a comunidade científica. Numa área em que tem havido tanta evolução a nível de tratamento através da evolução tecnológica e a nível do conhecimento da ciência básica, torna-se importante intervir de forma eficaz e preventivamente, com uma gestão adequada de recursos e atendendo à melhor evidência científica, de forma a serem implementados cuidados de qualidade.

A escassa informação a nível epidemiológico em Portugal, num campo com grandes implicações para a saúde física e mental das mulheres após o parto, tornou pertinente a realização deste trabalho, o qual permitiu identificar os principais fatores de risco para a presença da incontinência urinária após o parto e a sua dimensão, contribuindo, conjuntamente com outros trabalhos, para a aquisição, reflexão e conhecimento nesta temática. É importante também referir que a sua concretização servirá como ponto de partida para novos e futuros estudos de investigação.

Com a realização contribuímos com a validação de dois instrumentos para a avaliação da incontinência urinária e da qualidade de vida associada à IU, caracterizámos o perfil demográfico das mulheres, avaliámos a prevalência da IU na amostra de estudo, identificámos os fatores de risco associados que contribuem para a presença de perdas involuntárias de urina após o parto, e, também o impacto que este problema tem na qualidade de vida dessas mulheres.

Participaram no estudo 696 mulheres das quais 324 indicaram ter perdas involuntárias de urina, ou seja, incontinência urinária, decorrido até um ano após o parto. Conclui-se com este estudo que a prevalência, pelos resultados nesta amostra, representativa para a população respondente, corrobora as evidências existentes de que esta situação constitui um problema de saúde que necessita de ser aberta e eficientemente abordado na prática de cuidados.

A incontinência urinária é um problema de saúde com importantes implicações para a saúde física, social e psicológica das mulheres. Este estudo centrou-se em dar respostas basilares em relação à prevalência, aos fatores de risco associados e ao impacto da IU no pós-parto, contribuindo para o conhecimento da epidemiologia deste fenómeno no país e para a compreensão da necessidade de implementar programas e/ou protocolos de intervenção/prevenção no acompanhamento das mulheres a nível da vigilância pré-natal, na gravidez e após o parto.

Os resultados globais do estudo contribuíram para a clarificação da prevalência da IU nas mulheres após o parto, para a identificação dos fatores associados e para a compreensão do impacto deste problema na qualidade de vida.

A prevalência de IU identificada nas mulheres que participaram no estudo e que tiveram um parto no último ano foi de 46,8%, revelando um elevado número de mulheres que experienciam IU durante o primeiro ano após o parto.

Os fatores associados identificados indicam que a presença de perdas urinárias antes da gravidez e durante a gravidez, o tipo de parto e a idade acima dos 34 anos contribuem para ocorrerem perdas involuntárias de urina após o parto, permitindo identificar as mulheres que estarão em maior risco de apresentarem perdas de urina durante o seu acompanhamento na vigilância do curso da gravidez.

A presença de IU tem um relevante impacto na qualidade de vida das mulheres particularmente a nível social, na sua relação com o companheiro, na vida sexual e no seu bem-estar psicológico.

6.1 – DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este ponto de reflexão tem a finalidade de registar alguns problemas experienciados durante o percurso metodológico realizado, na expectativa de contribuir, com a experiência realizada, para que seja possível dela usufruírem outros investigadores, que pretendam realizar o mesmo tipo de estudo.

Tratando-se de um estudo observacional, descritivo de tipo transversal não permite estabelecer conclusões definitivas em termos de causalidade. No entanto, mesmo sem esse objetivo, o presente estudo aponta para associação de fatores que podendo ser controversos, podem originar questões que sejam orientadoras de novas investigações, eventualmente de carácter longitudinal e, até de imediato, de caso controlo, conduzidos no âmbito da prestação dos cuidados em Cuidados de Saúde Primários.

Este estudo também demonstrando a necessidade de realizar mais investigação sobre este problema de saúde poderá motivá-la de forma a determinar a incidência de incontinência urinária após o parto, especificamente detalhada ao fim de três, seis e um ano decorridos. Os resultados alertam para a necessidade urgente de rastrear e identificar as mulheres com incontinência urinária implementando programas de intervenção preventiva e de recuperação após o parto que incluam a abordagem deste problema de saúde a nível do pavimento pélvico contemplando estilos de vida que contribuam para os processos de continência urinária.

As dificuldades não estão apenas associadas ao tipo de estudo realizado, considerando-se que foi adequado atendendo ao objetivo da investigação e às circunstâncias que o condicionaram; estão principalmente relacionadas, nas duas fases metodológicas do estudo, com os procedimentos necessários à aplicação do método. O procedimento necessário para o acesso às instituições de saúde na primeira fase metodológica do estudo, implicou a abordagem

dos responsáveis dos serviços para indicação de elos de ligação para ser possível a colheita de dados mesmo antes da submissão às comissões de ética a fim de obter as devidas autorizações. O processo de obtenção das autorizações para a realização da investigação teve prazos de resposta entre 60 e 120 dias. Nesta primeira fase do estudo de investigação a colheita de dados foi realizada pelos investigadores e pelos elos de ligação sendo, entre 30 e 180 dias, o tempo necessário para obter o total de respondentes surgindo vários constrangimentos durante a sua realização.

Outra dificuldade esteve relacionada, na segunda fase metodológica, com questões logísticas decorrentes do processo de abordagem das participantes do estudo. Tratando-se de uma abordagem através das redes sociais este processo implicou o acesso a partir do perfil dos investigadores existente nas redes sociais o que pode ter condicionado o nível do perfil das participantes no estudo. A recolha de dados não presencial trouxe dificuldades a nível do número de questionários totalmente preenchidos, podendo ter contribuído para que algumas das participantes não tenham completado os questionários na sua totalidade o que deu origem a dificuldades na utilização para análise de alguns dos dados, nomeadamente em relação ao aumento de peso experienciado pela mulher durante a gravidez e ao perímetro cefálico do recém-nascido, sendo necessário por isso realizar mais estudos que permitam obter o preenchimento total dos questionários realizados. O contexto da pandemia vivenciada durante o período de colheita de dados, que decorreu no final de 2019 e durante 2020, condicionou as opções de colheita dos dados trazendo estas dificuldades as condicionantes associadas ao processo de abordagem das potenciais participantes do estudo.

No que diz respeito às limitações do estudo, tratando-se de um estudo descritivo do tipo transversal, a extensão do fator temporal do período em que o estudo foi concretizado (2019 e 2020) leva a considerar que a extrapolação dos resultados deve ser realizada com cuidado podem não ser representativos para populações inseridas noutros contextos, dada a opção de utilização essencialmente da rede social *facebook*[®] partindo do perfil dos investigadores.

Uma outra limitação está relacionada com o facto de a amostra não ser aleatória o que remete para a necessidade de se efetuarem estudos que incluam esta opção, por forma a que seja concretizada uma generalização de resultados com maior segurança para a população.

Conclui-se pela limitação que representou a inexistência ou eventual escassez de estudos realizados sobre esta temática em Portugal, o que prejudicou a possibilidade de enquadrar e comparar dados a nível nacional.

6.2 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Consideramos que a investigação realizada permitiu obter resultados que são relevantes para a população estudada esperando que seja um incentivo para a continuidade da investigação nesta área em Portugal e, nomeadamente, com implicações para a prática de enfermagem.

Face aos resultados encontrados, e atendendo a uma prática de enfermagem baseada na evidência para uma tomada de decisão sustentada, consideramos que uma proposta mais abrangente para promover a prevenção e reduzir o problema das perdas involuntárias de urina se apresenta necessária. Identifica-se como necessário desenvolver competências específicas nos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica que permitam a implementação de programas que possibilitem a identificação das mulheres com e em risco de terem incontinência urinária e o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento, de forma a diminuir a gravidade/severidade das perdas involuntárias de urina.

Com o objetivo de melhorar o acompanhamento, de realizar uma avaliação adequada da condição de cada mulher, será importante: incorporar nos planos de formação, a nível da enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica, esta temática da incontinência urinária; desenvolver formação junto dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica não só nesta área de conhecimento sobre a incontinência urinária, reforçar o seu saber e abordagem quanto à sua caracterização e avaliação a nível do pavimento pélvico, assim como quanto a estratégias de prevenção e tratamento a nível do recurso a exercícios do pavimento pélvico.

Dada a dimensão do problema e o seu impacto na qualidade de vida das mulheres, atendendo aos fatores de risco identificados nomeadamente em relação ao tipo de parto, sugere-se a realização de estudos que permitam perceber se fatores como uma maior verticalização da

mulher no período expulsivo podem ter alguma interferência na presença de incontinência urinária após o parto.

Considerando a importância desta área temática e das suas implicações na qualidade de vida das mulheres, sugere-se a continuidade da realização de investigação nesta área, incluindo não só os fatores de risco emergentes na comunidade como a avaliação da incidência, mas também a realização de programas específicos de recuperação após o parto que incidam para e promovam uma efetiva melhoria a nível das perdas involuntárias de urina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manonai J, Poowapirom A, Kittipiboon S, Patrachai S, Udomsubpayakul U, Chittacharoen A. Female urinary incontinence: A cross-sectional study from a Thai rural area. *Int Urogynecol J*. 2006;17(4):321–5.
2. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. Erratum to: An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). Vol. 27, *International Urogynecology Journal*. 2016. p. 655–84.
3. Sidik SM. The prevalence of urinary incontinence among the elderly in a rural community in Selangor. *Malaysian J Med Sci*. 2010;17(2):18–23.
4. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *Eur Urol*. 2006;50(6):1306–15.
5. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four. *BJU Int*. 2004;839–61.
6. Bedretdinova D, Fritel X, Panjo H, Ringa V. Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs. *Eur Urol*. 2016;69(2):256–64.
7. Ahmadi B, Alimohammadian M, Golestan B, Mahjubi B, Janani L, Mirzaei R. The hidden epidemic of urinary incontinence in women: A population-based study with emphasis on preventive strategies. *Int Urogynecol J*. 2010;21(4):453–9.
8. Alvaro R, Araco F, Gravante G, Sorge R, Overton J, Vellone E, et al. Epidemiological aspects of urinary incontinence in a female population of an Italian region. *Int Urogynecol J*. 2010;21(7):873–83.
9. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2017;28(5):687–96.
10. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. Vol. 65, *European Urology*. 2014. p. 79–95.
11. Hawkins K, Pernarelli J, Ozminkowski RJ, Bai M, Gaston SJ, Hommer C, et al. The prevalence of urinary incontinence and its burden on the quality of life among older

- adults with medicare supplement insurance. *Qual Life Res.* 2011;20(5):723–32.
12. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2003 Sep [cited 2017 Aug 16];82(3):327–38. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/S0020-7292%2803%2900220-0>
 13. Cortés-Gálvez JM, Martínez-Monje F, Reynoso C, Jiménez-Garzón VA, Alfonso-Cano C, Leal-Hernández M. Incontinencia urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Rev Mex Urol* [Internet]. 2014;74(2):123–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4085\(15\)30024-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4085(15)30024-0)
 14. HUNSKAAR S. Committee 3 Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). 2015;175–88. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_2/chapters/Chap03.pdf
 15. Barentsen JA, Visser E, Hofstetter H, Maris AM, Dekker JH, de Bock GH. Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: A population-based study as part of a randomized controlled trial in primary care. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2012;10(1):1. Available from: *Health and Quality of Life Outcomes*
 16. Lin YH, Chang SD, Hsieh WC, Chang YL, Chueh HY, Chao AS, et al. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;57(3):340–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.04.003>
 17. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(12):1511–22.
 18. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Assessment of Urinary Incontinence in Pregnancy and Postpartum: Observational Study Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. 2017;568–72.
 19. Jacob, Lia M.S.; Matida, Franciely P.M.; Diniz, Rosângela My.N.; Mafetoni, Reginaldo R.; Jorge, Herla M.F.; Pereira APS. Prevenção da incontinência urinária no puerpério Prevention of urinary incontinence in the puerperium. *Rev Enferm Atual Derme.* 2019;87(25):1–11.
 20. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein AJ (Alan J., International Continence Society. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016 [Internet]. 2017. 2519 p. Available from: <https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicibook>
 21. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Risk factors for urinary incontinence in women

- [Portuguese]. *Rev da Esc Enferm da USP (Sao Paulo)* [Internet]. 2008;42(1):187–92. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009882082&site=ehost-live&scope=site>
22. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol.* 1998;92(4):613–8.
 23. Correia S, Dinis P, Rolo F, Lunet N. Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(12):1481–9.
 24. Avellanet M, Fiter M, Cirera E, Coll M. Prevalence of urinary incontinence in Andorra: Impact on women's health. *BMC Womens Health.* 2003;3:1–6.
 25. Anger JT, Saigal CS, Stothers L, Thom DH, Rodríguez L V., Litwin MS. The Prevalence of Urinary Incontinence Among Community Dwelling Men: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol.* 2006;176(5):2103–8.
 26. Aniuliene R, Aniulis P, Steibliene V. Risk factors and types of urinary incontinence among middle-aged and older male and female primary care patients in Kaunas region of Lithuania: Cross sectional study. *Urol J.* 2016;13(1):2552–61.
 27. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric* [Internet]. 2019;22(3):217–22. Available from: <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>
 28. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci.* 2013;29(3):818–22.
 29. Subak L, Van Den Eeden S, Thom D, Creasman JM, Brown JS. Urinary incontinence in women: Direct costs of routine care. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(6):596.e1-596.e9.
 30. Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas* [Internet]. 2011;68(2):137–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.11.006>
 31. Çayan S, Yaman Ö, Orhan İ, Usta M, Başar M, Resim S, et al. Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;203:303–8.
 32. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(2):339–45.
 33. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunnskaar S. No Title. *Am Coll Obstet Gynecol.* 2001;98(6):1004–10.
 34. Amaral MOPP, Coutinho EC, Nelas PAABAB, Chaves CMBB, Duarte JC. International Journal of Gynecology and Obstetrics Risk factors associated with urinary incontinence

- in Portugal and the quality of life of affected women. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015 Oct [cited 2017 Aug 16];131(1):82–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>
35. Pereira H, Menezes J. Impact of urinary incontinence on sexual quality of life in Portuguese adults. *Int J Urol Nurs*. 2014;8(2):97–105.
 36. Bardino M, Di Martino M, Ricci E, Parazzini F. Frequency and Determinants of Urinary Incontinence in Adolescent and Young Nulliparous Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2015;28(6):462–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.01.003>
 37. Hallock JL, Handa VL. The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth. An Update. Vol. 43, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2016.
 38. Botelho F, Silva C, Cruz F, Complementar I, Hospitalar A. Incontinência Urinária Feminina Definição e Epidemiologia Tipos de incontinência. *Acta Urológica*. 2007;24:79–82.
 39. Wyndaele M, Hashim H. Pathophysiology of urinary incontinence. *Surg (United Kingdom)* [Internet]. 2017;35(6):287–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.03.002>
 40. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn*. 1988;7(5):403–27.
 41. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5–26.
 42. Nwanodi OB. Stress Urinary Incontinence. *Postgrad Obstet Gynecol*. 2011;31(10):1–8.
 43. DI BIASE M, Mearini L, Nunzi E, Pietropaolo A, Salvini E, Gubbiotti M, et al. Abdominal Vs Laparoscopic sacrocolpopexy: a randomized controlled trial, final results. *Neurourol Urodyn*. 2015;17(December 2009):13–7.
 44. Pirpiris A, Shek KL, Dietz HP. Urethral mobility and urinary incontinence. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010;36(4):507–11.
 45. Morgan, Daniel M.; Umek, Wolfgang; Guire, Kenneth; Morgan, Helen K.; Garabrant, Alice; DeLancey JOL. Urethral Sphincter Morphology and Function With and Without Stress Incontinence. *J Urol*. 2009;182(1):203–9.
 46. Aoki, Yoshitaka; Brown, Heidi; Brubaker, Linda; Cornu, Jean Nicolas; Daly, J. Oliver; Cartwright R. Urinary incontinence in women Yoshitaka. *Nat Rev Dis Prim*. 2018;3:1–44.

47. Banakhar MA, Al-Shaiji TF, Hassouna MM. Pathophysiology of overactive bladder. *Int Urogynecol J*. 2012;23(8):975–82.
48. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Luks S, Gross A, Irwin D, et al. Rationale for the study methods and design of the epidemiology of lower urinary tract symptoms (EpiLUTS) study. *BJU Int*. 2009;104(3):348–51.
49. World Health Organization. World Health Report Life in the 21st century A vision for all Report of the Director-General. 51st World Heal Assem [Internet]. 1998;1–226. Available from: https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1
50. Silva A, Almeida C, Aguiar H, Neves M, Teles M. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2013;29:364–76.
51. Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(8):939–48.
52. Cerruto MA, D’Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors’ impact on female urinary incontinence in Europe: A systematic review. *Urol Int*. 2013;90(1):1–9.
53. Komesu YM, Schrader RM, Ketai LH, Rogers RG, Dunivan GC. Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: the importance of incontinence history. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2016;27(5):763–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2888-1>
54. Buckley BS, Lapitan MCM. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children-current evidence: Findings of the fourth international consultation on incontinence. *Urology* [Internet]. 2010;76(2):265–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2009.11.078>
55. Ebbesen MH, Hunskaar S, Rortveit G, Hannestad YS. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: Longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urol* [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: *BMC Urology*
56. Lasserre A, Pelat C, Guérault V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life. *Eur Urol*. 2009;56(1):177–83.
57. Santos, Paula Clara; Mendonça, Denisa; Alves, Odete; Barbosa AM. Prevalência e Impacte da Incontinência Urinária de stress: Antes e Durante a Gravidez. *Acta Med Port*. 2006;19:349–56.
58. Yohay D, Weintraub AY, Mauer-Perry N, Peri C, Kafri R, Yohay Z, et al. Prevalence

- and trends of pelvic floor disorders in late pregnancy and after delivery in a cohort of Israeli women using the PFDI-20. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016;200:35–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.02.037>
59. Petros, P.E.Papa; Ulmsten U. Role of the Pelvic Floor in Bladder Neck Opening and Closure II : Vagina. *Int Urogynecol J*. 1997;8:69–73.
 60. Petros, P.E.Papa; Ulmsten U. Role of the Pelvic Floor in Bladder Neck Opening and Closure I : Muscle Forces. *Int Urogynecol J*. 1997;8:74–80.
 61. Stoker J, Bartram CI. State of the Art Pelvic Floor Imaging 1. *Radiology*. 2001;621–41.
 62. Bo, Kari; Berghmans, Bary; Morkved, Siv; Van Kampen M. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Brindging science and clinical practice. Second Edi. Elsevier Churchill Livingstone; 2015.
 63. Calais-Germain B. *Períneo Feminino e o Parto: Elementos de Anatomia e Exercícios Práticos*. 1ª Edição. SP Brasil: Editora Manole Ltda; 2005. 158 p.
 64. DeLancey JOL. Pelvic Floor Anatomy and Pathology. In: *Biomechanics of the Female Pelvic Floor*. 2016. p. 13–51.
 65. Chermansky CJ, Moalli PA. Role of pelvic floor in lower urinary tract function. *Auton Neurosci Basic Clin*. 2016;200:43–8.
 66. McLeod-Sordjan R. Urinary Incontinence. *Prim Care*. 2019;30(6):892–9.
 67. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: A review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2014;178:27–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.010>
 68. Fowler CJ, Griffiths D, De Groat WC. The neural control of micturition. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(6):453–66.
 69. Hill WG. Control of urinary drainage and voiding. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015;10(3):480–92.
 70. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Eur Urol*. 2011;59(3):387–400.
 71. M. CH, C. SR, S. VR, V. RR, R. FC. INCONTINENCIA URINARIA URINARY INCONTINENCE. *Rev Med Clin Condes*. 2013;24(2):219–27.
 72. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37–49.

73. Minassian VA, Stewart WF, Wood C. Urinary incontinence in women. *Nurs Times*. 2008;111(2):324–31.
74. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary incontinence in women a review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2017;318(16):1592–604.
75. Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, Sun H, Stewart WF. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2012;23(8):1087–93.
76. Bozkurt M, Yumru AE, Şahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2014;53(4):452–8.
77. Lopes MHB de M, Costa JN da, Bicalho MB, Casale TE, Camisão AR, Fernandes. MLV. Perfil e qualidade de vida de mulheres em reabilitação do assoalho pélvico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(5):2642–51. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132262125&site=e-host-live>
78. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(1):2–29.
79. Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*. 2010;65(2):167–71.
80. Yuan H, Id T, Cesar JA. Urinary incontinence among pregnant women in Southern Brazil : A population- based cross-sectional survey. 2020;1–11.
81. Petricelli CD, Resende APM, Elito Júnior J, Araujo Júnior E, Alexandre SM, Zanetti MRD, et al. Distensibility and strength of the pelvic floor muscles of women in the third trimester of pregnancy. *Biomed Res Int*. 2014;2014.
82. Wesnes SL, Rortveit G. Urinary Incontinence During Pregnancy. 2007;109(4):922–8.
83. Daly D, Clarke M, Begley C. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, type, and risk factors. *Int Urogynecol J*. 2018;29(3):353–62.
84. Balik G, Güven ESG, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağitci M, Üstüner I, et al. Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence During Pregnancy. *LUTS Low Urin Tract Symptoms*. 2016;8(2):120–4.
85. Chaliha C, Bland JM, Monga A, Stanton SL, Sultan AH. Pregnancy and delivery: A urodynamic viewpoint. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000;107(11):1354–9.
86. Hvidman L, Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Bugge Nielsen J. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2002;13(5):278–83.
87. Dalby J, Registrar S, Albertsen N, Registrar W, Consultant GL, Secher NJ. Urinary

- incontinence : prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. 1999;(August):842–50.
88. Brummen HJ Van, Bruinse HW, Bom JG Van Der, Heintz APM, Vaart CH Van Der. How Do the Prevalences of Urogenital Symptoms Change During Pregnancy? 2006;139(July 2004):135–9.
 89. Mørkved S, Bø K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J*. 1999;10(6):394–8.
 90. Rortveit G, Hunskaar S. Urinary incontinence and age at the first and last delivery : The Norwegian HUNT / EPINCONT study. 2006;
 91. Abdullah B, Ayub SH, Mohd Zahid AZ, Noorneza AR, Isa MR, Ng PY. Urinary incontinence in primigravida: The neglected pregnancy predicament. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;198:110–5.
 92. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Acta Med Port*. 2017;30(7–8):568.
 93. Barbosa L, Boaviagem A, Moretti E, Lemos A. Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2018;29(10):1413–27.
 94. Shek KL, Kruger J, Dietz HP. The effect of pregnancy on hiatal dimensions and urethral mobility: An observational study. *Int Urogynecol J*. 2012;23(11):1561–7.
 95. Weidner AC, South MMT, Sanders DB, Stinnett SS. Change in urethral sphincter neuromuscular function during pregnancy persists after delivery. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009;201(5):529.e1-529.e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.022>
 96. Miodrag A, Castleden CM, Vallance TR. Sex Hormones and the Female Urinary Tract. *Drugs* [Internet]. 1988;36(4):491–504. Available from: <https://doi.org/10.2165/00003495-198836040-00006>
 97. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J*. 2013;24(6).
 98. Elenskaia K, Thakar R. The effect of pregnancy and childbirth on pelvic floor muscle function. 2011;(July).
 99. Martínez Franco E, Parés D, Lorente Colomé N, Méndez Paredes JR, Amat Tardiu L. Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;182:86–90.
 100. Adaji SE, Shittu OS, Bature SB, Nasir S, Olatunji O. Suffering in silence: pregnant

- women's experience of urinary incontinence in Zaria, Nigeria. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2010;150(1):19–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.02.008>
101. Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata Ş, Harma M, et al. What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? *PeerJ*. 2016;4.
 102. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: Estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2008;30(7):355–9.
 103. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, et al. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(3):373–82.
 104. Thornton JM, Browne B, Ramphul M. Mechanisms and management of normal labour. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2020;30(3):84–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.12.002>
 105. Harrington L. Normal Labor and Delivery. *Glob Libr Women's Med*. 2009;267–86.
 106. Halverson AL, Boller AM. Pelvic floor disorders: Scope of the problem. *Semin Colon Rectal Surg*. 2010;21(1):2–5.
 107. Gong J, Xing L, Li X, Wang X, Chen H. Comparison of lateral episiotomy, traditional midwifery without episiotomy, and hands-off techniques delivery on pelvic floor function. *Gynecol Obstet Clin Med* [Internet]. 2021;1(1):40–3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gocm.2020.11.001>
 108. Alperin M, Cook M, Tuttle LJ, Esparza MC, Lieber RL. Impact of vaginal parity and aging on the architectural design of pelvic floor muscles. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;215(3):312.e1-312.e9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.02.033>
 109. Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Alberico S, Borelli M, et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(5):1135–9.
 110. Serati M, Di Dedda MC, Bogani G, Sorice P, Cromi A, Uccella S, et al. Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2016;27(2).
 111. Parente MPL, Jorge RMN, Mascarenhas T, Fernandes AA, Martins JAC. Deformation of the pelvic floor muscles during a vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2008;19(1):65–71.

112. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F, et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(3):313–8.
113. Connolly TJ, Litman HJ, Tennstedt SL, Link CL, McKinlay JB. The effect of mode of delivery, parity, and birth weight on risk of urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2007;18(9):1033–42.
114. Franco, Martinez Eva; Parés, David; Colomé, Núria Lorente; Paredes, Josep R.M.; Tardiu LA. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* Urinary incontinence during pregnancy . Is there a difference between first and third trimester ? 2014;182:86–90.
115. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: A comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2008;115(2):247–52.
116. Hvidman, L.; Folsdpang, A.; Mommsen, S.; Nielsen JB. Postpartum Urinary Incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:556–63.
117. Lopes DBM, Praça N de S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2012;46(3):559–64.
118. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz APM, van der Vaart CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: What makes the difference? *Int Urogynecol J.* 2007;18(2):133–9.
119. Baydock SA, Flood C, Schulz JA, MacDonald D, Esau D, Jones S, et al. Prevalence and Risk Factors for Urinary and Fecal Incontinence Four Months After Vaginal Delivery. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2009;31(1):36–41.
120. Burgio KL, Borello-France D, Richter HE, Fitzgerald MP, Whitehead W, Handa VL, et al. Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth: The childbirth and pelvic symptoms study. *Am J Gastroenterol.* 2007;102(9):1998–2004.
121. Chuang CM, Lin IF, Horng HC, Hsiao YH, Shyu IL, Chou P. The impact of gestational diabetes mellitus on postpartum urinary incontinence: A longitudinal cohort study on singleton pregnancies. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2012;119(11):1334–43.
122. Novo R, Perez-Rios M, Santiago-Pérez MI, Butler H, Malvar A, Hervada X. Prevalence and associated risk factors of urinary incontinence and dyspareunia during pregnancy and after delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;245:45–50.
123. Eftekhari T, Hajibaratali B, Ramezanzadeh F, Shariat M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. *Int J Gynecol Obstet.* 2006;94(2):114–8.
124. Kokabi R, Yazdanpanah D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on

- postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study. *J Chinese Med Assoc* [Internet]. 2017;80(8):498–502. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcma.2016.06.008>
125. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2004;4:1–6.
 126. Ruiz de Vinaspre Hernández R, Rubio Aranda E, Tomás Aznar C. Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: A pending challenge. *Midwifery*. 2013;29(12):123–9.
 127. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(1):82–7.
 128. Wesnes SL, Hannestad Y, Rortveit G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(10):1214–22.
 129. Borba AR, Brondani DK, Knorst MR. Incontinência urinária no puerpério de parto vaginal e cesárea: revisão de literatura. *Ciência & Saúde*. 2014;7(1):54.
 130. Altman D, Ekström Å, Gustafsson C, López A, Falconer C, Zetterström J. Risk of Urinary Incontinence After Childbirth. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):873–8.
 131. Viktrup L, Lose G. Incidence and Remission of Lower Urinary Tract Symptoms During 12 Years After the First Delivery: A Cohort Study. *J Urol*. 2008;180(3):992–7.
 132. Meyer S, Hohlfeld P, Achtari C, Russolo A, De Grandi P. Birth trauma: Short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2000;107(11):1360–5.
 133. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. *Urology* [Internet]. 2010;75(3):491–500. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1325>
 134. Senra, Claudia; Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras*. 2015;61(2):178–83.
 135. Ribeiro JP, Raimundo A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*. 2012;23(3):305–14.
 136. Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. *Bailliere's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(2):363–79.
 137. Lopes DBM, Praça N de S. Self-reported urinary incontinence in the postpartum period. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2010;19(4):667–74. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104832691&site=eh>

ost-live

138. Lim R, Liong ML, Leong WS, Khan NAK, Yuen KH. Effect of Stress Urinary Incontinence on the Sexual Function of Couples and the Quality of Life of Patients. *J Urol* [Internet]. 2016;196(1):153–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2016.01.090>
139. Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Leppert J. Changes in urinary incontinence and quality of life after four years: A population-based study of women aged 22-50 years. *Scand J Prim Health Care*. 2004;22(2):112–7.
140. Lopes MHB de M, Higa R. Urinary incontinence restrictions in women's life. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):34–41.
141. Symonds T. A review of condition-specific instruments to assess the impact of urinary incontinence on health-related quality of life. *Eur Urol*. 2003;43(3):219–25.
142. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2004;15(3):160–4.
143. Asoglu MR, Selcuk S, Cam C, Cogendez E, Karateke A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2014;176(1):187–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.02.008>
144. JOLLEYS J V, DONOVAN JL, NANACHAHAL K, PETERS TJ, ABRAMS P. Urinary symptoms in the community: how bothersome are they? *Br J Urol* [Internet]. 1994;74(5):551–5. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.1994.tb09182.x>
145. Breakwell SL, Walker SN. Differences in Physical Health, Social Interaction, and Personal Adjustment Between Continent and Incontinent Homebound Aged Women. *J Community Health Nurs* [Internet]. 1988 Mar 1;5(1):19–31. Available from: https://doi.org/10.1207/s15327655jchn0501_4
146. Kutner NG, Schechtman KB, Ory MG, Baker DI, Group F. Older Adults' Perceptions of their Health and Functioning in Relation to Sleep Disturbance, Falling, and Urinary Incontinence. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1994;42(7):757–62. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1994.tb06537.x>
147. Ordem dos Enfermeiros; REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [Internet]. Portugal.Lisboa.: Edição de autor; 2012. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE.pdf>
148. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [Internet]. 2018. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/>

149. Kissler K, Yount SM, Rendeiro M, Zeidenstein L. Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. *J Midwifery Women's Heal.* 2016;61(4):507–11.
150. Xu TZ, Sun QH, Huang X, Lyu BD. A nurse-led long-term pelvic floor muscle training program in the management of female patients with overactive bladder - A study protocol for a randomized controlled trial. *Int J Nurs Sci [Internet].* 2015;2(2):158–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.009>
151. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence : a systematic review. 2013;1–13.
152. Morkved, S.; Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence : a one-year follow up. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;107:1022–8.
153. Sj W, Boyle R, Jd C, Mørkved S, Ejc H. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). 2017;(12).
154. Caldeira A, Viana S. Eficácia dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, durante e após o parto, na prevenção e tratamento da incontinência urinária: artigo de revisão. 2010;410:402–10. Available from: <http://hdl.handle.net/10284/3037>
155. Bezerra KDC, Rocha SR, Oliveira M, Oriá B. Interventions for the prevention of urinary incontinence during prenatal care : An Integrative review. 15(1):1–10.
156. Zinsser LA, Stoll K, Wieber F, Pehlke-milde J, Gross MM. Changing behaviour in pregnant women : A scoping review. *Midwifery [Internet].* 2020;85:102680. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102680>
157. Leroy L da S, Lúcio A, Lopes MHB de M. Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério*. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(2):200–7.
158. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary Incontinence in the 12-Month Postpartum Period. 2003;102(6):30–2.
159. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum . A cohort study *. 2009;700–7.
160. Mittal S, Lee RK. How Should the Prevalence of Urinary Incontinence Be Determined in a Female Population? *Eur Urol [Internet].* 2016;69(2):265–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2015.07.070>
161. Leroy S, Helena M, Moraes B De. Urinary incontinence in the puerperium and its impact

- on the health-related quality of life 1. 2012;20(2):346–53.
162. Oliveira AG. Bioestatística, epidemiologia e investigação: Teoria e aplicações. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas; 2014.
 163. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2017;26(3):649–59.
 164. Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J. The international consultation on incontinence modular questionnaire: www.iciq.net. *J Urol.* 2006;175(3):1063–6.
 165. Lim R, Liong ML, Lim KK, Leong WS, Yuen KH. The Minimum Clinically Important Difference of the International Consultation on Incontinence Questionnaires (ICIQ-UI SF and ICIQ-LUTSqol). *Urology [Internet].* 2019;133:91–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.004>
 166. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2004;23(4):322–30.
 167. Tamanini JTN, Dambros M, Arturo C, Ancona LD, César P, Palma R, et al. Validação para o português do “ International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form ” (ICIQ-SF) Validation of the “ International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form ” (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438–44.
 168. Hajebrahimi S, Nourizadeh D, Hamedani R, Pezeshki MZ. Validity and Reliability of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form and Its Correlation With Urodynamic Findings. *Female Urol.* 2012;9(4):685–90.
 169. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417–32.
 170. Polit, D. F.; Beck, C. T.; & Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização. 5ª Edição. Artmed; 2004.
 171. Nunnally, Jum C.; Bernstein IH. Psychometric Theory. Third Edit. McGraw-Hill, Inc.;
 172. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: A systematic literature review. *Int Neurourol J.* 2010;14(3):133–8.
 173. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:1374–9.
 174. Tamanini JTN, D’Ancona CAL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr N. Validação do King’s

- Health Questionnaire para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):203–211.
175. Rodrigues SFNM. Estudo de Adaptação e Validação do King ' s Health Questionnaire a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço Estudo de Adaptação e Validação do King ' s Health Questionnaire a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço. Universidade de Porto; 2011.
176. Bryman, Adam; Duncan C. *Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17 18 & 19: A Guide for Social Scientist*. Routledge: Taylor & Francis Group; 2011.
177. Kong H, West S. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. 2008;1–4.
178. Viana R, Viana S, Neto F, Mascarenhas T. Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2015;26(7):1027–33.
179. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* [Internet]. 1977 Dec 4;33(1):159–74. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2529310>
180. Donovan, J.; Badia, X.; Corcos, J.; Gotoh, M.; Kelleher, C.; Naughton, M.; Shaw, C.; Lukacs B. Symptom and Quality of Life Assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds) *Proceedings of the Second International Consultation on Incontinence*, Plymouth; 2001. p. 267–316.
181. Boyles SH, Li H, Mori T, Boyles H. Effect of Mode of Delivery on the Incidence of Urinary Incontinence in Primiparous. *Obstet Gynecol*. 2009;113(1):134–41.
182. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and Urinary Incontinence in Primiparas. 1998;7844(350):350–6.
183. Fortin MF. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta; 2009.
184. Diário da República. Diário da República. 2008;1ª Série(nº 92):Lei 22/2008.
185. Diário da república. Diário da República. Lei da proteção de dados pessoais [Internet]. 1998;5536–46. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/67/1998/10/26/p/dre/pt/html>
186. INE. Documento Metodológico 4º Inquérito Nacional de Saúde. 2005.
187. Wilkinson S. Focus group methodology: A review. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 1998;1(3):181–203. Available from: <https://www.tandfonline.com/loi/tsrm20>
188. Silva IS, Veloso AL, Keating JB. Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Rev Lusofona Educ*. 2014;(26):175–90.

189. Instituto Nacional de Estatística, editor. Classificação Portuguesa 2010 das Profissões [Internet]. 2010. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
190. Schytt, Erica; Lindmark, Gunilla; Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth : prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obs Gynecol Scand.* 2004;83(15):13–5.
191. Erenel AS. Evaluation of features associated with urinary incontinence in women. 2021;(October):1–8.
192. Gartland D, MacArthur C, Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123(7):1203–11.
193. Dinç A, Oymak S, Çelik M. Examining prevalence of urinary incontinence and risk factors in women in third postpartum month. *Int J Urol Nurs.* 2019;13(1):13–22.
194. Sawaqed F, Al Kharabsheh A, Tout M, Zaidan M, Khashram H, AlShunaigat N. Prevalence of stress urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Jordan: a correlational study. *J Int Med Res.* 2020;48(5).
195. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol.* 2005;48(4):634–41.
196. Diez-itza I, Arrue M, Ibañez L, Murgiondo A, Paredes J, Sarasqueta C. Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. 2010;21:439–45.
197. Fritel X, Khoshnood B, Fauconnier A. Specific obstetrical risk factors for urinary versus anal incontinence 4years after first delivery . *Progrès en Urol Elsevier Masson.* 2013;23(11):911–6.
198. Ali, HS; Lakhani, NA; Sarwar N. Urinary incontinence three months after delivery; prevalence and risk factors. *Prof Med J.* 2013;20(4):530–7.
199. Petros P. The Integral System. *Cent Eur J Urol.* 2011;64(3):110–9.
200. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Study NE. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 2003;348(10):900–7.
201. Huebner M, Antolic A, Tunn R. The impact of pregnancy and vaginal delivery on urinary incontinence. *Int J Gynecol Obstet [Internet].* 2010 Sep [cited 2017 Aug 16];110(3):249–51. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2010.04.019>
202. Moosdorff-steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence , incidence and bothersomeness of urinary incontinence between 6 weeks and

- 1 year post-partum : a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2021;32:1675–93.
203. Samuelsson E, Victor A, Svärdsudd K. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(3):208–15.
204. Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Calcagno A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women ' s wellness after the sixth month postpartum : a retrospective study. 2011;
205. Sartore A, Seta F De, Maso G. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286:1135–9.
206. Agarwal BK, Agarwal N. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, impact on quality of life and treatment seeking behaviour among middle aged women. *Int Surg J*. 2017;4(6):1953.
207. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary incontinence and quality of life : a systematic review and meta - analysis. *Aging Clin Exp Res [Internet]*. 2021;33(1):25–35. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>
208. Krhut J, Svabik K, Gärtner M, Mokris J, Horcicka L, Zachoval R, et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurol Urodynamics*. 2018;37(August 2017):1925–30.
209. Liang Y, Chen Y, Yu X, Li X. Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine Quality of life among women with postpartum urinary incontinence : A cross-sectional study. *Gynecol Obstet Clin Med [Internet]*. 2021;1(3):164–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gocm.2021.07.008>
210. Triviño-Juárez, José-Matías; Romero-Ayuso, Dulce; Nieto-Pereda, Beatriz; Forjaz, Maria-João; Criado-Álvarez, Juan-José; Arruti-Sevilla, Begoña; Avilés-Gamez B, Oliver-barrecheguren C, Mellizo-Díaz, Sonia; Soto-Lucía C, Plá-Mestre R. Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth ' as Trivin. *Women and Birth*. 2017;30:29–39.
211. Woude DAA Van Der, Pijnenborg JMA, Vries J De. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* Health status and quality of life in postpartum women : a systematic review of associated factors. *Eur J Obstet Gynecol [Internet]*. 2015;185:45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.041>

ANEXOS

ANEXO I

Autorização para realização dos estudos de validação dos questionários pelas Comissões de Ética

Unidade de Investigação
 Inma - Incontinência, Saúde e Apoio
 25 de Maio de 2019
 A Coordenação da Unidade de Investigação:
 (Prof.ª Doutora Ana Almeida)

SÃO JOÃO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
Realização de Investigação

n.º 139/19

Coordenador Unidade São João
 Saúde Investigação

Centro Hosp. Dist. São João
 Maria João Baptista
 Diretora Clínica

DIREÇÃO CLÍNICA -
 3/6/2019

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
 do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:

Maria João Jacinto Guerra

Título da Investigação:

Validação do questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Quality of Life Module (ICIQ-LUTSqol) para a cultura portuguesa

Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Consulta externa de ginecologia e de urologia

A investigação em epígrafe, solicita a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 14 de Abril de 2019. Maria João Jacinto Guerra

Centro Hospitalar São João
 Centro de Epidemiologia Hospitalar
 24/5/2019

CEMHC/CSA

A A I J C
V
3
19

Dr. J. P. Moreira da Silva
Diretor Clínico

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

99/2019-2

“Validação do questionário: International Consultation Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) para a cultura portuguesa”

INSTITUIÇÃO /SERVIÇO – Universidade Católica Portuguesa

INVESTIGADOR: Maria Joao Jacinto Guerra

PARECER DA CES - emitido na reunião plenária de 30 / 05 / 2019

Nada a opor do ponto de vista ético

Documentos analisados:

- Email com resposta ao solicitado na reunião de 16/05/2019.

O Presidente da CES


(Enf. Ana Saraiva)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 30 / 05 / 2019

ANEXO II

**Consentimento informado para validação do ICIQ-UI-SF
e
Consentimento informado para validação do ICIQ-LUTSqol**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Cara Senhora

Eu, Maria João Jacinto Guerra, estudante do Doutoramento em Enfermagem, no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a desenvolver o estudo intitulado “Adaptação para a cultura portuguesa e validação do Questionário “International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form”. O estudo de investigação desenvolvido neste âmbito tem como principal objetivo, a adaptação para a cultura portuguesa e validação de um questionário de avaliação da Incontinência urinária, sendo denominada por ICIQ-UI SF. Perspetiva-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria dos cuidados na saúde da mulher, através da quantificação e tipificação da incontinência presente.

A colheita de dados será realizada durante a consulta. Os dados recolhidos relacionam-se com a sua idade, estado civil, peso e altura, escolaridade, doenças que apresenta, e quantos filhos tem. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, irão entregar o questionário para realizar o seu preenchimento.

Desta forma, peço a sua colaboração para participar no estudo. Comprometo-me a assegurar total confidencialidade e anonimato, bem como o direito de recusar a participação no mesmo a qualquer momento, mesmo após ter dado o seu consentimento. A sua não colaboração não implica qualquer discriminação no acesso aos cuidados de saúde, nem represália a nível da qualidade dos mesmos.

O consentimento e colaboração que lhe solicito serão concedidos de forma inteiramente voluntária através da sua assinatura na declaração que se segue ao tracejado.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e colaboração

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

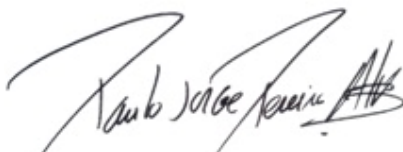
2 <http://dre.pt/pdf/isdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

O investigador responsável: Maria João Guerra, Estudante Universidade Católica Portuguesa

Orientador Doutor Paulo Alves, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Assinatura/s:

Maria João Guerra, RN, MSc



Paulo Alves, RN, MSc, PhD

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m e/ou pelos profissionais de saúde que os representam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: Data: / /

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Cara Senhora

Eu, Maria João Jacinto Guerra, estudante do Doutoramento em Enfermagem, no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a desenvolver o estudo intitulado “Adaptação para a cultura portuguesa e validação do Questionário “International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Quality of Life Module”. O estudo de investigação desenvolvido neste âmbito tem como principal objetivo, a adaptação para a cultura portuguesa e validação de um questionário de avaliação da Incontinência urinária, sendo denominada por ICIQ-LUTSqol. Perspetiva-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria dos cuidados na saúde da mulher, através da avaliação do impacto na qualidade de vida da incontinência urinária.

A colheita de dados será realizada durante a consulta. Os dados recolhidos relacionam-se com a sua idade, estado civil, peso e altura, escolaridade, doenças que apresenta, e quantos filhos tem. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, irão entregar o questionário para realizar o seu preenchimento.

Desta forma, peço a sua colaboração para participar no estudo. Comprometo-me a assegurar total confidencialidade e anonimato, bem como o direito de recusar a participação no mesmo a qualquer momento, mesmo após ter dado o seu consentimento. A sua não colaboração não implica qualquer discriminação no acesso aos cuidados de saúde, nem represália a nível da qualidade dos mesmos.

O consentimento e colaboração que lhe solicito serão concedidos de forma inteiramente voluntária através da sua assinatura na declaração que se segue ao tracejado.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e colaboração

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

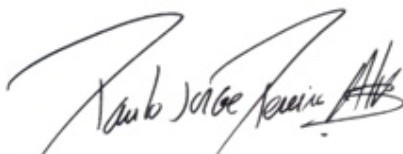
² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

O investigador responsável: Maria João Guerra, Estudante Universidade Católica Portuguesa

Orientador Doutor Paulo Alves, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Assinatura/s:

Maria João Guerra, RN, MSc



Paulo Alves, RN, MSc, PhD

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m e/ou pelos profissionais de saúde que os representam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR

ANEXO III
Questionário ICIQ-UI SF

Número inicial

ICIQ-UI SF

CONFIDENCIAL

DIA MÊS ANO

DATA de HOJE

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda. Ficariamos agradecidos se pudesse responder às seguintes perguntas, atendendo a como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1 Data de Nascimento:

DIA MÊS ANO

2 Sexo:

Feminino

Masculino

3 Com que frequência perde urina? (assinale uma opção)

- Nunca
- Uma vez por semana ou menos
- Duas ou três vezes por semana
- Uma vez ao dia
- Diversas vezes ao dia
- O tempo todo

4 Que quantidade de urina perde normalmente (esteja a usar proteção ou não)? (assinale uma opção)

- Nenhuma
- Uma pequena quantidade
- Uma moderada quantidade
- Uma grande quantidade

5 De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária?

Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

ICIQ Escore: soma dos resultados 3+4+5= _____

6. Quando é que perde urina? (Assinale todas as opções que se aplicam)

- Nunca
- Perco antes de chegar à casa de banho
- Perco quando tusso ou espirro
- Perco quando estou a dormir
- Perco quando estou a fazer exercícios físicos
- Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me
- Perco sem razão óbvia
- Perco o tempo todo

Muito obrigado por ter respondido a estas perguntas

ANEXO IV

Autorização para utilização do questionário ICIQ-UI SF

04 November 2018

Maria Guerra
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa | Porto
Rua de Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto,
Portugal

Dear Maria

Please find enclosed a copy of the **ICIQ-UI SF** questionnaire, as described in the paper Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. 2004;23(4):322-30. A summary detailing the questionnaire's development and instructions for users is also enclosed. Please note that the questionnaire is under copyright. It may be used if it is quoted clearly, and it must be used in its entirety, as presented in the copy enclosed. It is not possible to use parts of the questionnaire in isolation in any studies without the written permission of the ICIQ study group. The scoring system is clearly stated on the questionnaire.

If you have any questions or comments, please do not hesitate to contact me. If you use the questionnaire I would be grateful if you could let me know details about your study, and any results that you present or publish.

With best wishes.

Yours sincerely

Dr. Nikki Cotterill (on behalf of the ICIQ study group)

Encl.

ANEXO V

Autorização para utilização do questionário ICIQ-LUTSqol

y to:

Cotterill, PhD BSc (Hons)
ellow
.147933
ki.cotterill@bui.ac.uk

04 November 2018

Maria João Guerra
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa | Porto
Rua de Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto,
Portugal

Dear MAria

Please find enclosed a copy of the **ICIQ-LUTSqol**, (KHQ), questionnaire, for evaluating quality of life in urinary incontinent patients. A summary detailing the questionnaire's development and instructions for users is also enclosed. Please note that the questionnaire is under copyright. It may be used if it is quoted clearly, and it must be used in its entirety, as presented in the copy enclosed. It is not possible to use parts of the questionnaire in isolation in any studies without the written permission of the ICIQ study group.

If you have any questions or comments, please do not hesitate to contact me. If you use the questionnaire I would be grateful if you could let me know details about your study, and any results that you present or publish.

With best wishes.

Yours sincerely

Dr. Nikki Cotterill (on behalf of the ICIQ study group)

Encl.

ANEXO VI
Questionário ICIQ-LUTSqol

ICIQ-LUTSqol
CONFIDENCIAL

Número inicial

DIA MÊS ANO

Qualidade de Vida

Em baixo são consideradas algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas urinários. Em que medida o seu problema urinário o afeta? Gostaríamos que respondesse a todas as questões. Escolha a opção que se aplica à sua situação.

Pedimos que responda às seguintes questões, tendo em conta como tem-se encontrado de uma maneira Geral, nas **ULTIMAS QUATRO SEMANAS**.

1. Por favor indique a sua data de nascimento:
- DIA MÊS ANO
2. Sexo (escolha um) Feminino Masculino

3a Até que ponto o seu problema afeta as suas tarefas domésticas
(por exemplo: limpeza, compras, etc.)

Nada
 Ligeiramente
 Moderadamente
 Muito

3b Em que medida isso o (a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

4a O seu problema urinário afeta o seu trabalho, ou o seu dia normal de atividades diárias fora de casa?

Nada
 Ligeiramente
 Moderadamente
 Muito

4b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

ICIQ-LUTSqol

5a O seu problema urinário afeta a sua atividade física (por exemplo: caminhar, correr, praticar desporto, ir ao ginásio, etc.)?

Nada
Ligeiramente
Moderadamente
Muito

5b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

6a O seu problema urinário afeta a sua capacidade de viajar?

Nada
Ligeiramente
Moderadamente
Muito

6b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0(nada) e 10 (muito)

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

7a O seu problema urinário limita a sua vida social?

Nada
Ligeiramente
Moderadamente
Muito

7b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

8a O seu problema urinário limita a sua capacidade de ver/visitar pessoas?

Nada
Ligeiramente
Moderadamente
Muito

8b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

ICIQ-LUTSqol

9a O seu problema urinário afeta a sua relação com o seu companheiro?

Não aplicável

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

9b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

10a O seu problema urinário afeta a sua vida sexual?

Não aplicável

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

10b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

11a O seu problema urinário afeta a sua vida familiar?

Não aplicável

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

11b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

12a O seu problema urinário faz com que se sinta deprimida?

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

12b Em que medida isso o(a) incomoda?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

ICIQ-LUTSqol

13a O seu problema urinário faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

13b Em que medida isso o(a) incomoda?
 Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

14a O seu problema urinário faz com que se sinta mal consigo mesma?

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

14b Em que medida isso o(a) incomoda?
 Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

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

15a O seu problema urinária afeta o seu sono?

Nunca

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

15b Em que medida isso o(a) incomoda?
 Por favor assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (muito)

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

16a Sente-se exausta ou cansado(a)?

Nunca

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

16b Em que medida isso o(a) incomoda?
 Por favor assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (muito)

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

ICIQ-LUTSqol

Faz alguma das seguintes coisas? Se sim, em que medida?

17a	Utiliza pensos para manter-se seco(a)?	Nunca	<input type="checkbox"/>
		Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
		Frequentemente	<input type="checkbox"/>
		Sempre	<input type="checkbox"/>
17b	Em que medida isto o(a) incomoda?		
	<i>Por favor assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (muito)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	Nada	muito	

18a	Tem cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?	Nada	<input type="checkbox"/>
		Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
		Frequentemente	<input type="checkbox"/>
		Sempre	<input type="checkbox"/>
18b	Em que medida isso o(a) incomoda?		
	<i>Por favor assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (muito)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	Nada	muito	

19a	Troca a sua roupa interior quando fica molhado(a)?	Nunca	<input type="checkbox"/>
		Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
		Frequentemente	<input type="checkbox"/>
		Sempre	<input type="checkbox"/>
19b	Em que medida isso o(a) incomoda?		
	<i>Por favor assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (muito)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	Nada	muito	

20a	Preocupa-se com a possibilidade de cheirar mal?	Nunca	<input type="checkbox"/>
		Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
		Frequentemente	<input type="checkbox"/>
		Sempre	<input type="checkbox"/>
20b	Em que medida isso o(a) incomoda?		
	<i>Por favor assinale um número entre 0 (Nada) e 10 (muito)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	Nada	muito	

ANEXO VII

Consentimento de participação no estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Informação aos participantes

Bem-vinda e obrigada pelo seu interesse neste estudo

A incontinência urinária refere-se a qualquer perda involuntária de urina. Esta condição afeta um número significativo de mulheres durante a gravidez e após o parto com impacto negativo na qualidade de vida. Em Portugal, a investigação sobre a incontinência urinária no pós-parto é ainda escassa, pelo que propomos a realização de um estudo que permita **avaliar o impacto na qualidade da incontinência urinária nas mulheres após o parto, estimar a sua prevalência, caracterizar a tipologia da incontinência urinária e identificar os fatores de risco associados**. De facto, as respostas vão ajudar-nos a compreender melhor a dimensão deste problema em Portugal. Perspetiva-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria dos cuidados na saúde da mulher, permitindo intervir de forma a direcionar as intervenções de prevenção e recuperação de forma a minimizar os efeitos da gravidez e do parto para o desenvolvimento da incontinência urinária e o seu impacto na qualidade de vida das mulheres.

Responsáveis do Estudo: O estudo será conduzido por uma equipa liderada pela investigadora – Maria João Jacinto Guerra. É um estudo que está a ser desenvolvido no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. O presente estudo obteve a aprovação da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa.

Participantes: Mulheres de nacionalidade portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos que tiveram um parto de uma única criança durante o último ano.

Participação: Este estudo inclui o preenchimento de um questionário online composto por três partes. Dados sociodemográficos, hábitos de vida, histórico obstétrico e de saúde; um questionário de avaliação de incontinência urinária de 6 itens e um questionário de avaliação da qualidade de vida no caso de apresentar perdas urinárias com 22 itens. Prevê-se que possa demorar entre 5-7 minutos a ser respondido. Para conseguirmos obter informação válida é importante que responda a todas as questões.

Informação de consentimento informado: Todos os dados, no formato de cópia digital ou em papel, serão armazenados e tratados de acordo com o Regulamento Nacional de Proteção de Dados (2018), assim como com as normas da conduta ética na investigação. Isto significa que os dados serão guardados de forma segura e apenas os investigadores terão acesso durante o período de realização do estudo. A informação que fornecer neste questionário será completamente anónima e usada apenas para fins académicos. Ao submeter o questionário estará a dar o seu consentimento para a equipa de investigação utilizar as informações fornecidas para os fins especificados. Informamos também que o carácter da participação é voluntário, sendo livre de desistir do mesmo em qualquer momento, se o desejar.

Informações gerais:

Para esclarecimentos adicionais, por favor contactar mguerra@porto.ucp.pt

Muito obrigada pela sua participação

Maria João Guerra

