U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Estudo de Adaptação e Validação do *King's Health Questionnaire* a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço

Soraia Filipa Nicola Martins Rodrigues

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2011

U.PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Soraia Filipa Nicola Martins Rodrigues

Estudo de Adaptação e Validação do *King's Health Questionnaire* a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Categoria – Professora Coordenadora sem agregação

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Resumo

O presente estudo consistiu num estudo metodológico, descritivo e transversal que teve como objectivos fazer a adaptação, linguística e cultural, e validar a escala "*King's Health Questionnaire*" (*KHQ*) e avaliar o impacto que a incontinência urinária de esforço (IUE) assume na amostra em estudo.

Cientes dos objectivos da pesquisa científica, três peritos nas áreas da enfermagem, psicologia e estudos portugueses fizeram a adaptação linguística e cultural do *KHQ*. As diferenças foram harmonizadas e pré-testadas através de um estudo piloto. A versão final do *KHQ* e o questionário "Short-Form Health Survey" (SF-36), foram simultaneamente administradas a 141 mulheres com IUE diagnosticadas através do estudo urodinâmico. Foram testadas as propriedades psicométricas do *KHQ,* como a fidelidade (consistência interna e teste-reteste) e a validade de construto e de critério.

A consistência interna dos domínios do *KHQ* variou entre 0,64 e 0,89, valores considerados aceitáveis por vários autores. A análise dos resultados das correlações entre os domínios do questionário é forte a muito forte e significativa, variando entre 0,87 a 0,99. Na validade de construto, obtivemos uma correlação de moderada a muito alta e significativa entre os domínios e as questões que os compõem, variando entre 0,53 a 0,94. Relativamente à validade de critério, o coeficiente de correlação de Pearson entre o *KHQ* e o SF-36 foi muito fraca a moderada mas significativa, variando entre -0,24 a -0,67. A versão para o português (europeu) do *KHQ* adaptada linguística e cultural para aplicação em mulheres com queixas de IUE, apresentou resultados que demonstram estarmos perante uma escala fiável e válida para avaliar a QdV no contexto específico da IUE.

Os resultados obtidos com o *KHQ* demonstraram que a QdV das mulheres com IUE diminui em todos os seus componentes. Em particular no que concerne a função física, havendo um aumento significativo das limitações sentidas pelo impacto da

incontinência. O componente menos afectado relaciona-se com as implicações sociais da IUE.

A relevância desta temática não se esgota aqui. Os resultados são válidos para esta amostra, no entanto, consideramos pertinente a continuação do processo de validação deste instrumento, incluindo outras amostras e outras instituições hospitalares.

Abstract

This study was a methodological study, descriptive and cross that had as objective to make the linguistic and cultural adaptation and validation of the scale "*King's Health Questionnaire*" (*KHQ*) and evaluate the impact of stress urinary incontinence (SUI) took the sample in the study.

Mindful of the objectives of scientific research, three experts in the fields of nursing, psychology, and portuguese studies have made the linguistic and cultural adaption of the *KHQ*. The harmonized translation was pre-tested through a pilot study. The final version of the *KHQ* questionnaire and "Short-Form Health Survey" (SF-36) were simultaneously administered to 141 women with SUI diagnosed by urodynamic study. We tested the psychometric properties of the *KHQ*, as the reliability (internal consistency and test-retest) and construct and criterion validity.

The internal consistency of the *KHQ* domains ranged between 0.64 and 0.89, values considered acceptable by many authors. The results of the correlations between the domains of the questionnaire vary between strong to very strong and significant, ranging from 0.87 to 0.99. In construct validity, we obtained a correlation of moderate to very high and significant among the areas and issues that make up, ranging from 0.53 to 0.94. With regard to criterion validity, the Pearson correlation coefficient between *KHQ* and SF-36 was very weak to moderate but significant, ranging from -0.24 to -0.67. The version for Portuguese (European) *KHQ* linguistically and culturally adapted for use in women complaining of SUI, presented results demonstrate that we are dealing with a reliable and valid scale to assess QoL in the specific context of SUI.

The results obtained from the *KHQ* showed that de QoL of women with SUI decreases in all components. In particular with regard to physical function, with a significant increase of the limitations experienced by the impact of incontinence. The least affected component is related to the social implications of SUI.

The relevance of this issue does not end here. The results are valid for this sample, however, is considered appropriate to continue the process of validation of this instrument, including other hospitals and other samples.

"Não há factos eternos, como não existem verdades absolutas"

Friedrich Nietzsche

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, directa ou indirectamente, colaboraram para a concretização deste trabalho, em especial:

À Professora Célia Santos, pela orientação indispensável à concretização do estudo, pela disponibilidade e pelo apoio incansável nos momentos difíceis.

À Administração e Comissão de Ética do CHVNG/E por terem autorizado a realização deste trabalho.

Aos profissionais de saúde do CHVNG/E, em particular à Enfermeira Marina Vasconcelos, à Enfermeira Rosa Albuquerque e à Enfermeira Júlia Seixas que exercem funções na Consulta de Urologia do CHVNG/E, pela disponibilidade e atenção, na criação de condições que viabilizaram a realização da colheita de dados.

A todas as mulheres com IUE que se disponibilizaram participar no estudo.

Às magnificas pessoas, de excelente índole, que tive o prazer de conhecer no decurso deste mestrado. Um agradecimento especial à Ana Catarina Vieira, pela boa disposição, camaradagem e amizade; ao Artur Pacheco e Cecília Alves por serem pessoas benévolas e presentes; e à Gisela Ferreira, que nos abandonou para dar início a outro percurso, muito mais precioso.

À minha família, pais e irmã, pelo apoio incondicional em todos os momentos, pela partilha, estímulo, carinho e compreensão nos momentos de ausência. Por serem quem são, por serem tudo o que sou.

À minha prima e amiga, Cristiana Martins, por me fazer acreditar em mim e nas minhas capacidades nos momentos mais insanos.

Às minhas amigas de uma vida, Andreia Teixeira e Filipa Machado, pelas palavras de solidariedade, amizade e incentivo, mesmo nos momentos mais delicados.

À minha amiga Sofia Carvalho, que lutou por compreender a minha ausência, mas sabe que mora no meu coração.

À minha amiga Ana Filipa Alves, por me recordar que depois da tempestade vem a bonança, e que ninguém cai em esquecimento.

Ao Tiago Rocha, pelo apoio nos momentos mais difíceis, pelo respeito e compreensão por um trabalho que nos privou de muitos momentos. Por seres mais do que alguma vez ousei sonhar, por me teres socorrido, e feito ver a luz.

Abreviaturas

min. – mínimo

max. - máximo

nº - número

p. – página

vol. - volume

Siglas

ACP – Análise dos Componentes Principais

ANOVA – Análise de variância

BFLUTS – Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

CINAHL – Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DM – Diabetes mellitus

DP – Desvio Padrão

GL – Graus de Liberdade

HTA – Hipertensão arterial

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

I-QoL – Incontinence Quality of Life Questionnaire

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

KHQ – King's Health Questionnaire

M - Média

MG – Medidas de Gravidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

QoL – Quality of Life

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SF- 36 – Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey

SIQ – Stress Incontinence Questionnaire

SUI – Stress Urinary Incontinence

Símbolos

α - Alpha

< - Menor

r – Coeficiente de correlação

p – Probabilidade de que os dados observados sejam consistentes com a hipótese nula

t – Estatística de teste usada nos testes-t

F – Estatística de teste usada em ANOVA

N – Número total de indivíduos da amostra

Índice

INTRODUÇÃO 17

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 10

1 – A Incontinência Urinária de Esforço 23

2 - O Impacto da Incontinência Urinária de Esforço nas Mulheres 29

3 – A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde 36

4 - A Intervenção da Enfermagem na Incontinência Urinária de Esforço 42

PARTE II - METODOLOGIA 9

1 – Materiais e Métodos 49

1.1 - Objectivos 49

1.2 - Tipo de Estudo 50

1.3 – Variáveis em Estudo 50

1.4 – Instrumentos de Recolha de Informação 51

1.5 - Adaptação Linguística e Cultural 54

1.6- População e Amostra 55

1.6.1 – Critérios de Inclusão e Exclusão na Amostra 57

1.6.2 - Caracterização da Amostra 57

1.7 – Previsão de Análise de Dados 60

1.8 – Componente Ética 64

PARTE III - RESULTADOS 9

1 - Resultados 69

1.1 - Fidelidade e Validade do King's Health Questionnaire 69

1.2 – Análise Descritiva dos Dados 83

1.3 – Influência das Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas na Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço 86

PARTE IV - DISCUSSÃO 9

Discussão de Resultados 101

CONCLUSÃO 113

BIBLIOGRAFIA 117

Anexos

Anexo A – Questionários aplicados no estudo (Formulário sócio-demográfico e clínico, *KHQ* e SF-36)

Anexo B – *King's Health Questionnaire* (Original)

Anexo C – *King's Health Questionnaire* (Traduzido e validado para português - brasileiro)

Anexo D – Autorização do autor para a utilização do *KHQ*

Anexo E – Autorização do autor para a utilização do SF-36

Anexo F – Autorização para a realização do estudo no CHVNG/E

Anexo G – Teste *F* da ANOVA – QdV da mulher com IUE em função da Actividade Profissional

Índice de Quadros

Quadro nº 1 - Estado Civil 58

Quadro nº 2 - Actividade Profissional 59

Quadro nº 3 - Análise da fidelidade das sub-escalas do *KHQ* do autor, do estudo brasileiro e da amostra em estudo 71

Quadro nº 4 - Relação entre sub-escalas do teste e do reteste do *KHQ* 72

Quadro nº 5 – Análise Convergente-Discriminante dos Itens do *KHQ* 74

Quadro nº 6 - Correlação de Pearson entre sub-escalas do *KHQ* 76

Quadro nº 7 - Correlação de Pearson entre os domínios das sub-escalas do *KHQ* e do SF-36 80

Quadro nº 8 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das sub-escalas do *KHQ* (N=141) 84

Quadro nº 9 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das sub-escalas do SF-36 (N=141) 85

Quadro nº 10 - Correlação de Pearson da QdV na mulher com IUE em função da Idade 87

Quadro nº 11 - ANOVA - QdV da mulher com IUE em função do Estado Civil 88

Quadro nº 12 - Correlação de Pearson da QdV na mulher com IUE em função da Escolaridade 90

Quadro nº 13 - Correlação de *Pearson* da QdV na mulher com IUE em função do tempo com sintomas 92

Quadro nº 14 - t-test para amostras independentes - QdV da mulher com IUE em função da necessidade de usar pensos 93

Quadro nº 15 - Correlação de Pearson da QdV na mulher com IUE em função do nº pensos/dia 94

Quadro nº 16 - t-test para amostras independentes - QdV da mulher com IUE em função de Doenças Metabólicas 95

Quadro nº 17 - t-test para amostras independentes - QdV da mulher com IUE em função de Doenças Psiquiátricas 96

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma perda involuntária de urina. Olhando para todas as condições urológicas, aquelas que se relacionam com a perda de urina são geralmente as mais negligenciadas, especialmente por mulheres, que representam 85% dos sofredores de incontinência. Como refere Leon-Guerrero (2011), devido à esperança média de vida ser maior nas mulheres, estas são frequentemente acometidas por condições patológicas não fatais e crónicas, sendo por isso expectável que a taxa de incidência da incontinência urinária aumente concomitantemente com a idade. Esta disfunção urinária constitui um desconcertante problema de saúde, com repercussão social e económica, causando problemas de saúde adicionais e piorando a qualidade de vida da pessoa.

A incontinência urinária de esforço, definida como a perda involuntária de urina decorrente de esforços sobre a região abdominal, é o tipo de IU que ocorre com maior frequência, especialmente nas mulheres (Abrams et al, 2003). As diferenças anatómicas do sexo feminino, alterações hormonais, os traumas relacionados com as gestações e partos favorecem o deslocamento e enfraquecimento dos músculos do períneo, explicando a maior vulnerabilidade das mulheres à incontinência urinária de esforço.

Como enfermeira a prestar cuidados em contexto urológico, tenho vindo a contactar ao longo dos últimos anos com mulheres que sofrem de incontinência urinária de esforço, que são internadas para serem submetidas a correcção cirúrgica através da colocação de uma banda cuja função é fixar o soalho pélvico. Decorrente deste facto, surgiu uma inquietação que se transformou na pergunta de partida para o estudo que se pretende realizar:

- Qual o impacto da incontinência urinária de esforço na qualidade de vida das mulheres?

Vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a QdV das pessoas em diversos contextos de saúde e doença. No entanto, não existem instrumentos em Portugal que avaliem a QdV das mulheres com incontinência urinária de esforço. Deste modo, decidimos desenvolver este trabalho, tendo como objectivo descrever as diferentes fases do processo de adaptação linguística e cultural, e validação do *King´s Health Questionnaire* (*KHQ*).

O *KHQ* foi desenvolvido por Kelleher e colaboradores (1997), e traduzido e validado para português (brasileiro) por Tamanini (2000), com a finalidade de medir e avaliar o impacto que a IU assume nos indivíduos. Este questionário avalia oito componentes da QdV: a percepção geral de saúde, o impacto da incontinência, as limitações de actividades diárias, as limitações físicas, as limitações sociais, as relações familiares, as emoções e o sono e disposição. Por último, inclui uma sub-escala, independente das restantes, cujo objectivo é avaliar a gravidade da incontinência urinária, que se denomina medidas de gravidade.

A finalidade deste estudo consiste em melhorar o conhecimento acerca do impacto que a IUE assume na QdV das mulheres, através da utilização de um questionário específico, dotando os enfermeiros e outros profissionais de um instrumento fiável para a avaliação da QdV em mulheres com IUE, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados às mulheres com IUE.

Os objectivos deste estudo são:

- Proceder à adaptação linguística e cultural do *King's Health Questionnaire;*
- Validar o *King's Health Questionnaire* para a Incontinência Urinária de Esforço nas Mulheres Portuguesas;
- Avaliar o impacto que a Incontinência Urinária de Esforço assume na Qualidade de Vida das Mulheres.

O estudo realizado é predominantemente um estudo de cariz metodológico, dado que permite a adaptação e validação de um questionário (Polit, Beck e Hungler, 2004), descritivo e transversal, pois apenas descreve a informação recolhida num único momento, sobre a população em estudo (Ribeiro, 1999).

O trabalho encontra-se organizado em 4 partes. A parte I é constituída pelo enquadramento teórico, estruturado em quatro temáticas: a incontinência urinária de esforço, o impacto da incontinência urinária de esforço nas mulheres, a qualidade de vida relacionada com a saúde e a intervenção da enfermagem na incontinência urinária de esforço. Na parte II, descreve-se a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo, nomeadamente os objectivos, o tipo de estudo. As variáveis em estudo, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos de validação da adaptação linguística e cultural da versão portuguesa do *King's Health Questionnaire*, e as considerações éticas. Na parte III apresentam-se os resultados de verificação das qualidades psicométricas do *KHQ,* os dados estatísticos descritivos e o estudo correlacional entre o *KHQ* e as variáveis sócio-demográficas e clínicas. Os resultados obtidos são discutidos na parte IV, e são apresentadas as conclusões gerais e as sugestões.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – A Incontinência Urinária de Esforço

A International Continence Society define a incontinência urinária como uma condição em que a perda involuntária de urina constitui um problema social e que pode ser objectivamente demonstrada (Abrams et al, 2003). A incidência da incontinência urinária entre as mulheres aumenta com a idade, atingindo os 25% após a menopausa (Botelho, Silva, e Cruz, 2007). Constitui assim um significativo problema físico, com repercussão social e económica, causando problemas de saúde adicionais e piorando a qualidade de vida da pessoa, tratando-se de uma situação que não deve ser ignorada ou desvalorizada (Norton e Brubaker, 2006; Silva, 2002).

Devido ao contínuo aumento da esperança média de vida, a incontinência tem-se vindo a tornar uma das novas "epidemias" do século XXI. Apesar da incontinência urinária interferir de forma devastadora na qualidade de vida das mulheres continua a ser "sub-diagnosticada" e "sub-tratada". Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, já que é considerada, de forma errónea, uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz, sendo por isso uma "epidemia silenciosa" (Yip e Cardozo, 2007).

A prevalência de mulheres com perdas urinárias aumenta concomitantemente com o avançar da idade. Investigações epidemiológicas, têm identificado factores de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária em mulheres, como a gravidez, partos (particularmente por via vaginal, se a episiotomia não consagrar a protecção almejada), cirurgias abdominais ou cirurgias pélvicas extensas. Os acidentes vasculares cerebrais, traumas na região pélvica, tumores medulares, doença de Parkinson e esclerose múltipla também podem propiciar a incontinência urinária. Outros factores de risco com menor impacto são a obesidade e a obstipação (Botelho, Silva e Cruz, 2007; Byles, Miller e Sibbritt, 2009; Gomes, 2009; Higa, Lopes e Reis,

2008; Yip e Cardozo, 2007). Apesar de a prevalência ser elevada e acarretar graves consequências em vários aspectos, a incontinência urinária ainda é um problema negligenciado pelos profissionais de saúde.

Assim, é importante perceber como decorre o funcionamento normal do organismo, e o que o leva a não conseguir manter a continência urinária.

A micção normal é resultado de duas etapas principais descritas por Guyton e Hall (1997). A primeira etapa consiste no enchimento da bexiga, ocasionando o aumento da pressão pela urina nas suas paredes acima do nível limiar, ou seja, o limite que nos indica, inicialmente, que é necessário esvaziar a bexiga. Na segunda, ocorre o reflexo da micção, havendo o esvaziamento da bexiga ou produção do desejo consciente de urinar. Esse reflexo é autónomo, integrado na medula espinal e pode ser inibido ou facilitado por centros no córtex ou no tronco cerebral.

De acordo com Wei, Raz e Young (1999), para que a continência urinária seja mantida é necessário que a bexiga seja complacente, sendo capaz de conter várias centenas de mililitros de volume, a uretra deve estar preservada e em posição normal. A enervação deve permanecer intacta, pois é fundamental para a integridade dos esfíncteres.

Segundo Espuña e Salinas (2004), o esfíncter vesical é um músculo composto por fibras musculares lisas formando um músculo plexiforme. Essa formação permite boa resistência a deformações e garante a expulsão harmoniosa da urina durante as micções. Esse músculo forma a parede do colo da bexiga – que também é chamada de uretra posterior e entrelaça-se com um grande tecido elástico (esfíncter interno).

No entanto, diversos factores concorrem para que a musculatura que assegura um correcto esvaziamento vesical, se torne menos eficaz originando dificuldades em manter a continência urinária (Botelho, Silva e Cruz, 2007).

Dependendo da sintomatologia, existem diferentes tipos de incontinência urinária, classificados em três tipos principais. A incontinência urinária de esforço caracteriza-se por uma queixa de perda involuntária no esforço ou exercício, espirro ou tosse, mais comum nas mulheres (Herbert, 2009); a incontinência de urgência, que consiste numa queixa de perda involuntária de urina acompanhada, ou imediatamente precedida por urgência; e incontinência urinária mista exprimida por uma perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços, espirros ou tosse (Abrams et al, 2003).

A incontinência urinária de esforço pode ser causada pelo enfraquecimento do esfíncter que controla a uretra, que pode ocorrer devido a gravidez, partos e pelo avançar da idade (Haslam, 2003; Herbert, 2009). Para que a mulher seja continente é imprescindível que a capacidade de cerrar a uretra através do esfíncter seja superior à pressão exercida pela bexiga.

O encerramento da uretra mantém-se pela actuação adequada de comportamentos passivos que podem ser modificados cirurgicamente e outros activos que podem ser alterados com o tratamento farmacológico e com fisioterapia de reabilitação (Haslam, 2003; Herbert, 2009).

Os elementos passivos consistem na normalidade das estruturas anatómicas uretrais, que mantêm as suas paredes unidas tanto em repouso, como durante o exercício de esforços e no correcto suporte da uretra (Haslam, 2003; Herbert, 2009).

Os elementos activos incluem a adequada enervação uretro-vesical, imprescindível para manter a uretra fechada. A musculatura do soalho pélvico, que exerce função de suporte para as vísceras, pode contrair-se com o aumento da pressão abdominal facilitando a manutenção da continência (Espuña e Salinas, 2004).

Problemas no suporte pélvico são também a causa principal de IUE. Estes problemas ocorrem quando os tecidos e músculos de suporte da uretra, bexiga e útero ou recto, enfraquecem ou distendem até perderem alguma da sua elasticidade. Estes órgãos podem deslocar-se no sentido descendente, causando perda de urina ou dificultando a sua passagem (Botelho, Silva e Cruz, 2007).

Assim, a incontinência urinária de esforço pode aparecer quando ocorre deficiência esfincteriana intrínseca, a uretra não fecha, mantendo-se permanentemente aberta ou quando existe hipermobilidade uretral, ou seja, a uretra permanece fechada durante o repouso, mas durante o esforço o soalho pélvico desce e a uretra passa a ser disfuncional, causando invariavelmente uma incontinência urinária de esforço grave que apenas pode ser tratada cirurgicamente (Briozzo et al, 2005).

A intervenção utilizada como tratamento para a IUE vai depender do tipo e das causas da incontinência urinária. O exame urodinâmico pode ser utilizado para diagnosticar e discernir entre IUE por hipermobilidade uretral, de IUE por disfunção uretral intrínseca (Espuña e Salinas, 2004).

O tratamento da incontinência urinária de esforço é essencialmente cirúrgico, embora possam ser tentados tratamentos mais conservadores, especialmente nos casos de incontinência ligeira (Harris, 2007).

A colocação de fitas sintéticas ou slings pubo-vaginais em posição retropúbica ou trans-obturadora é actualmente a técnica cirúrgica mais utilizada. Este tipo de técnicas foi introduzido na década de 90, relegando para segundo plano as técnicas anteriores, que consistem em fixar a uretra à fáscia do músculo reto abdominal, devido à sua eficácia, quer a curto, quer a longo prazo, facilidade de execução, menor invasividade e menor tempo de internamento (Phipps; Sands e Marek, 2003). O objectivo das novas técnicas é a estabilização da uretra média com uma fita sem tensão, que perante um aumento da pressão intra-abdominal provocado por um esforço como, por exemplo, pela tosse, contraria a hipermobilidade do colo vesical, impedindo a perda de urina sendo o desconforto pós-operatório mínimo, reflectindo-se ocasionalmente numa discreta intolerância à sonda vesical (Briozzo et al, 2005; Dean et al, 2006; Rivera, Aguilar e Navas, 2007).

O tratamento conservador mais importante para a incontinência urinária de esforço é a fisioterapia dos músculos pélvicos, descrita por Kegel, que também apresenta eficácia nas incontinências mistas ou de urgência (Haslam, 2003). Compreende a identificação, pela doente, dos músculos responsáveis pela contracção do esfíncter urinário e anal (apercebendo-se dos músculos que contrai para interromper uma dejecção ou uma micção). A paciente deverá contraí-los voluntariamente durante 5 a 10 segundos cerca de 10 a 15 vezes ao dia, durante pelo menos 6 meses (Ibidem). Os exercícios de Kegel pela sua simplicidade e reduzido custo devem ser sempre recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras, e como medida preventiva após o parto vaginal ou cirurgias sobre a região pélvica (Konstantinos, Eleni e Dimitrios, 2004). Sempre que possível as pacientes devem ser incentivadas a exercitar os músculos pélvicos. Os enfermeiros, por apresentarem uma relação privilegiada com as doentes, devem promover o ensino e a prática dos exercícios de Kegel como forma de minorar a IUE.

O uso de estrogénios tópicos vaginais apresenta uma eficácia muito baixa na melhoria da incontinência. No entanto, dado o seu baixo custo e outros benefícios que proporcionam para a mulher em idade pós-menopausa, são uma opção como terapêutica adjuvante neste grupo etário (Haslam, 2003).

A área da saúde está em constante em desenvolvimento, com o surgimento de uma panóplia de drogas para o tratamento da incontinência urinária de esforço, que não devem necessariamente ser utilizados como tratamento único, mas em associação com outras terapias (Ibidem).

Ainda segundo Haslam (2003), existirão sempre pacientes para as quais a cirurgia é o tratamento mais apropriado. Contudo emergem cada vez mais formas de combate à incontinência urinária de esforço.

Em Portugal, e segundo um estudo do Instituto Nacional de Saúde, 1995, na população portuguesa, devem existir no nosso país 342353 indivíduos que sofrem de incontinência urinária, sendo 92513 (2,6%) do sexo masculino e 249840 (5,8%) do sexo feminino (Silva, 2008). Também foi possível concluir, através deste estudo, a distribuição de IU no nosso país: no Algarve existem cerca de 4,6% incontinentes urinários, no Alentejo 4,0%, na região de Lisboa e Vale do Tejo 3,5% e, por último, na região norte do país 2,6% (Ibidem).

No estudo realizado por Silva (2002), em mulheres adultas de duas freguesias da cidade do Porto, num total de 762 participantes, a prevalência pontual de incontinência urinária foi de 17,8% e "durante a vida" de 28,2%.

Bernardo (2010) revelou os resultados do seu estudo "*Prevalência da Incontinência Urinária no Norte de Portugal*", um trabalho que mostrou que a prevalência da IU é maior no sexo feminino. O estudo revelou ainda que, do total de mulheres incontinentes, 29,9% procuraram ajuda de um profissional de saúde, encontrando-se 5,4% a efectuar medicação, 3,7% exercícios pélvicos e 1,7%, ambos os tratamentos.

Estudos realizados por Donovan (2001) revelam que a incontinência urinária perturba a vida de 20% das mulheres adultas, sendo a prevalência mais provável entre os 15 e os 64 anos de 10 a 25% e após os 60 anos de 15 a 30%. Um estudo do mesmo autor corrobora esta informação com os valores de prevalência no início da idade adulta de 20 a 30%, um pico de 30 a 40% na meia-idade e um acréscimo na mulher idosa de 30 a 50%.

Nestes estudos, factores como diferenças na definição do estudo, na selecção da amostra, na sua composição etária, no número de gestações, no índice de massa corporal das mulheres, bem como variações da carga genética ou ambiental poderão estar implicados e ser a causa para a variabilidade das prevalências encontradas.

Segundo Espuña e Salinas (2004), aproximadamente 50% de todas as mulheres incontinentes apresentam incontinência urinária de esforço. Independentemente das razões existentes para a incontinência urinária de esforço, esta disfunção acomete muitas mulheres portuguesas que merecem ver o seu problema estudado e investigado.

2 - O Impacto da Incontinência Urinária de Esforço nas Mulheres

A IUE tem um impacto significativo na QdV, deste modo, deve-se procurar descobrir de que forma a IUE, e a severidade da mesma, se relaciona com a QdV das mulheres (Morrow, 2005). Numa abordagem holística, é indissociável a patologia abordada das complicações negativas no seu quotidiano.

Fazendo uma abordagem histórica desta temática, é possível observar que os contornos desta condição têm permanecido ocultos no quotidiano das mulheres (Morrow, 2005). A relutância manifestada em verbalizar este constrangimento conduz a situações progressivamente mais graves, com repercussões sociais, económicas e psicológicas (Haslam, 2005).

A vergonha, a ideia pré-concebida de que a incontinência urinária faz parte das alterações fisiológicas do envelhecimento e o receio de que os tratamentos acarretem dor ou necessidade de disponibilidade temporal constituem-se como os principais factores para que esta doença tenha sido escondida ao longo dos tempos (Azevedo, 2004; Dugan et al, 2000; Haslam, 2005; Wei, Raz e Young, 1999).

Qualquer mulher, independentemente da faixa etária em que se encontra, pode ser confrontada com a incapacidade de conter urina, como acontece com alguma frequência em crianças e em mulheres jovens em situação de pós-parto. A maioria das doentes não procura ajuda profissional, mas a razão pode dever-se ao facto de desconhecerem que a sua condição pode ser curada ou controlada (Guarasi et al, 2006; Haslam, 2005). Sentem-se demasiado constrangidas para procurar apoio do profissional de saúde e tentam integrar a doença no seu quotidiano diário. Segundo estudos realizados, 60% das mulheres com IUE não contactam o médico (Haslam,

2005), enquanto Dugan e colaboradores (2000) referem que entre 30 a 50% das mulheres com IU mencionam espontaneamente esse facto ao profissional de saúde, mas só procuram o serviço de saúde após o primeiro ano com sintomas, por considerarem que a perda de urina é associada ao envelhecimento.

No entanto, a incontinência urinária pode ser tratada qualquer que seja a sua origem. Um tratamento eficaz pode melhorar muito a qualidade de vida da doente, reduzir a sua dependência familiar e, no caso dos idosos, evitar o internamento precoce em lares de terceira idade (Byles, Miller e Sibbritt, 2009; Guarasi et al, 2001a).

A maior visibilidade dada à incontinência urinária através dos meios de comunicação social, bem como a maior disponibilidade dos profissionais de cuidados de saúde primários, contribuiu para que os indivíduos com esta condição se sentissem progressivamente mais confortáveis em verbalizar as suas queixas, tendo assim acesso a cuidados de saúde diferenciados e às oportunidades de tratamento disponíveis (Haslam, 2005). Este facto conduziu também a um desenvolvimento das técnicas de tratamento cirúrgicas e farmacológicas.

Esta patologia merece ter visibilidade, para que ocorra a procura de tratamento, pois este problema tem trazido condições de incapacidade que têm potenciado significativamente a morbilidade entre as mulheres. Entre 15 a 30% das mulheres com IUE é afectada a vida social, ocupacional, doméstica, física e sexual em todas as idades (Thomas et al, 1980, citado por Kelleher et al, 1997).

A saúde e a doença são termos definidos cultural e socialmente. As culturas diferem quanto ao que consideram saudável e normal, os conceitos têm evoluído ao longo dos tempos e variam de cultura para cultura (Giddens, 2000).

Assim, ainda segundo Giddens (2000), a saúde engloba, além dos indicadores somáticos, indicadores psicológicos e sociais, tais como, a forma como a pessoa se sente, psicológica e fisicamente, e como ela gere a sua relação com as outras pessoas e as funções do seu quotidiano. A doença física constitui uma vivência crítica para o indivíduo, pela hipótese de ameaça à integridade individual e pela desorganização das rotinas, das funções e relações familiares, bem como das auto-percepções, como a auto-imagem e auto-estima.

O impacto da IUE e a sua relação com outros problemas de saúde, como os do foro psicológico, pode ser subestimado (Byles, Miller e Sibbritt, 2009). De acordo com o

estudo realizado por Cordeiro (2008), 87% das mulheres com IU referiram algum grau de limitação no desempenho de tarefas domésticas, enquanto 77% referiram limitações em relação ao trabalho e realização de tarefas fora do domicílio. Existem aspectos concretos do quotidiano que são afectados, como os de cariz ocupacional, mediante faltas ao emprego e problemas no cumprimento dos horários devido à necessidade frequente de ir à casa de banho, a limitação ou até eventual cessação da actividade física por receio de perdas urinárias frequentes e em abundante quantidade, uma redução ou cessação de actividades de tempos livres, limitação de viagens e passeios, diminuição das interacções sociais e familiares, adaptando hábitos de vida através da eliminação de actividades potencialmente embaraçosas (Evans, 2007; McGrother et al, 2004). Pode também ocorrer a utilização de resguardos, fraldas ou outras protecções, quantificado no estudo de Cordeiro (2008), no qual a percentagem de mulheres que utiliza algum tipo de absorventes varia entre os 13 e os 40,8%.

Percebe-se assim, que o seu efeito psicossocial pode ser mais devastador do que as consequências sobre a saúde, com múltiplos e abrangentes efeitos que influenciam as actividades diárias, a interacção social e a auto-percepção do estado de saúde (Davis et al, 1999).

Segundo Leon-Guerrero (2011), um problema social é uma condição que tem um impacto negativo nos indivíduos, quer as consequências se reflictam no mundo social, quer no mundo físico. A incapacidade de conter urina tem um impacto negativo na vida e saúde da pessoa, podendo reflectir-se na sensação de bem-estar na sua relação com família e amigos. De acordo com o estudo realizado por Silva e Lopes (2009), as consequências sociais verificam-se em 8 a 74% da sua amostra, havendo moderado a severo impacto da IU nas actividades sociais em 10 a 22% das mulheres.

Assim, perder urina involuntariamente torna-se num problema social que afecta inúmeras mulheres, que não deveriam ser ostracizadas ou forçadas a manter a sua patologia envolta em secretismo e pudor (Haslam, 2005). Logo, o processo de socialização pode ser penoso, infrutífero, e até tendencialmente ausente.

A categorização de si próprio e de outros requer um certo nível de abstracção e é dependente das auto-categorizações sociais específicas do campo social. Estas categorias servem como incremento para realçar ou esbater as diferenças existentes entre grupo sociais (Abrams e Hogg, 1990).

Os estereótipos podem surgir através desta análise, incluindo indivíduos num determinado grupo social, mediante crenças existentes acerca de um determinado grupo de pessoas (Ibidem). Infelizmente, certos grupos estabelecidos podem sofrer consequências indesejáveis como a exclusão social. Esta tendência para limitar o foco do interesse em seres humanos restringe a nossa conceptualização social a estereótipos como características da personalidade ou características físicas (Ibidem).

Em função das limitações físicas e psicológicas impostas pela incontinência urinária, estas mulheres alteram a sua rotina diária, alteram o seu comportamento no que diz respeito à ingestão de líquidos e uso de medicamentos, o sono passa a ser perturbado, deixam de frequentar bailes, cinemas, festas, evitam transportes colectivos e viagens longas, o convívio social deixa de ser agradável e passa a caracterizar-se por algo inseguro e desconfortável (Azevedo, 2004; Simonetti et al, 2001). Existem mulheres que evitam encontros sociais e reuniões familiares por terem receio que um incidente, relacionado com a incapacidade de conter urina, revele a sua condição a outros (Azevedo, 2004; Simonetti et al, 2001).

Para as mulheres idosas, essa situação torna-se ainda mais grave, pois a incontinência urinária pode surgir paralelamente aos declínios fisiológicos do processo de envelhecimento (Byles, Miller e Sibbritt, 2009). A incontinência urinária associa-se ao fim da vida produtiva, falta de controlo do próprio corpo, rejeição da sociedade e parentes, dependência de familiares e internamento em lares de terceira idade, ou seja, à dependência funcional (Heidrich e Wells, 2004; Holrroyd-Leduc, Metha e Convinsky, 2004).

Simonetti e colaboradores (2001), no seu estudo, verificaram um aumento significativo na incidência da depressão, grande frequência de sintomas de histeria e hipocondria, conduzindo estas mulheres a cultivar o medo de serem ridicularizadas e consideradas velhas e inúteis. Estes factores podem conduzir a traumas psicológicos relacionados com a incontinência urinária, levando a sentimentos de humilhação, ansiedade, solidão e culpa, que resultam em sintomas de depressão (Garley e Unwin, 2006; Meade-D'Alisera et al, 2001).

De acordo com o estudo realizado por Cordeiro (2008), a maioria das mulheres referiu sentir-se deprimidas (77,6%) e ansiosas (77,5%); cerca de metade (49,0%) referiu prejuízo da auto-estima. Segundo Vigod e Stewart (2006), a depressão é mais comum em mulheres mais jovens, afectando aproximadamente 12% das mulheres com idades

compreendidas entre os 18 e os 44 anos, comparativamente com 7% das que têm acima de 45 anos. Assim, as mulheres mais jovens com IUE apresentam maior probabilidade de desenvolverem uma depressão (Hitti, 2006; Vigod e Stewart, 2006).

Qualquer mudança no papel social efectua-se habitualmente de maneira gradual, acontecendo, no entanto, por razões independentes da nossa vontade (Giddens, 2000). Quando isso acontece a pessoa sente-se perdida e abatida, e frequentemente com um sentimento de medo, reacções que se tornam ainda mais recorrentes em pessoas mais vulneráveis (Simonetti et al, 2001).

Se o auto-conceito real define o tipo de pessoa que se é, o auto-conceito ideal é o tipo de pessoa que se quer ser (Giddens, 2000). Se o projecto de vida e de pessoa é assolado por uma patologia constrangedora e limitativa das actividades de vida diárias, e do conceito que se tem de si próprio, os distúrbios decorrentes vão-se manifestar em vários aspectos incontornáveis da vida humana (Haslam, 2005).

Segundo o estudo realizado por Silva (2008), a maioria das participantes (94,3%) apresentou valores do auto-conceito que se enquadram na dimensão patológica do mesmo, ao invés de apenas 5,7% que se encontram dentro de níveis de auto-conceito considerados satisfatórios. Estando a auto-estima afectada negativamente pela relação de evitamento que as mulheres constroem com o próprio corpo em consequência da IU, também o auto-conceito estará prejudicado, havendo sentimentos de inadequação, como se fossem responsáveis pelo aparecimento desta condição na sua vida (Honório e Santos, 2009; Silva, 2008).

Segundo Giddens (2000), quanto maior a afectação física de uma doença, menor é o auto-conceito, pois existe uma menor capacidade de domínio, maiores dificuldades em provar competências, maior conflito interno e maiores sentimentos de inferioridade.

Desta forma, é possível extrapolar que uma doença condicionadora do estilo de vida do indivíduo, como é o caso da incontinência urinária, determina uma alteração na forma como o indivíduo se auto-avalia, na forma como ele percepciona o seu corpo e interage com ele e na motivação e empenho com que se propõe a mobilizar as suas competências, com vista a realizar tarefas com efectividade e êxito (Evans, 2007; Honório e Santos, 2009; Simeonova, Milson e Kullendorff, 1999).

Existem estudos que correlacionam a QdV com a IU e com outras doenças que podem acometer o ser humano, que indicam que um nível mais elevado de escolaridade e,

consequentemente, um maior grau de intelectualidade podem aumentar os recursos das mulheres para lidar de forma positiva com a IU (Castro et al, 2003; Laumann, Paik e Rosen, 1999).

Existe um outro aspecto, relacionado com a intimidade das mulheres, que é muito afectado pela IUE, a sexualidade (Azevedo, 2004).

As diferenças entre géneros incluem as diferenças psicológicas, sociais e culturais entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino. O género está associado a noções construídas socialmente ao longo dos tempos, a ideia de masculinidade e feminilidade que cada um tem incutido não são necessariamente produto da biologia de um indivíduo (Giddens, 2000).

Através da socialização que se opera desde a infância, mediante agentes de socialização primários e secundários, as mulheres interiorizam as normas sociais e as expectativas que correspondem ao seu género (Ibidem). Como a socialização do género está muito enraizada, desafiá-la pode ser bastante inquietante.

Na sociedade ocidental, as atitudes em relação às actividades sexuais têm sofrido mudanças. Com o início do Cristianismo acreditava-se que apenas se deviam manter relações sexuais para assegurar a reprodução, contudo esta concepção sofreu uma grande alteração. Actualmente, há uma dualidade de valores, com a visão tradicional a subsistir junto com uma abordagem liberal da sexualidade (Ibidem).

Biologicamente, as mulheres possuem um canal uretral de tamanho bem mais reduzido que o do homem, tornando-as mais susceptíveis a diversas patologias do foro urológico, desde infecções urinárias a incontinências urinárias. Uma diminuição do estrogénio nos tecidos peri-uretrais é também um factor precipitante da debilidade dos músculos pélvicos e da IUE, normalmente referida por mulheres na menopausa, podendo ser um contributo para a falta de libido (Meade-D'Alisera et al, 2001). De acordo com os mesmos autores, as mulheres com IUE têm menor libido que as mulheres continentes.

As mulheres têm maior liberdade sexual do que antigamente, e a par desta liberdade surgiu uma nova capacidade de auto-afirmação. Sendo o sexo parte da vida de qualquer ser humano, as mulheres que sofrem com a incontinência urinária de esforço evitam este acto por se sentirem sujas devido aos odores a urina, têm medo das perdas urinárias que possam ocorrer durante a relação sexual e cultivam o receio de

que o parceiro/a não as considere dignas ou desejáveis (Honório e Santos, 2009; Innerkofler et al, 2008; Silva, 2008).

Segundo Silva (2008), existe uma correlação negativa entre a incontinência urinária e a satisfação sexual, visto que a IU se constitui como uma patologia limitadora e associada a uma quebra do auto-conceito, implicando uma afectação da imagem mental que a mulher faz de si própria e da forma como reage e se disponibiliza para a intimidade. De acordo com o estudo realizado pelo mesmo autor, 97,8% das mulheres apresenta insatisfação sexual, enquanto apenas 2,18% estão satisfeitas sexualmente.

Assim, de acordo com Meade-D'Alisera e colaboradores (2001), a maioria das mulheres com IU evita as relações sexuais para não se sentirem frustradas ou humilhadas. Silva e Lopes (2009) referem, no seu estudo, que a IU interferiu na vida conjugal e sexual em 7,5% a 33% dos sujeitos.

Azevedo (2004), no seu estudo, constatou a existência de medo e insegurança quanto às alterações na intimidade. A separação do casal é o acontecimento mais temido, devido aos espaçamentos criados entre cada acto sexual, decorrentes do medo da ocorrência de perda de urina durante o mesmo.

No entanto, os resultados do estudo realizado por Pais-Ribeiro e Raimundo (2005) demonstram que as mulheres que convivem com a IU há muito tempo tendem a ajustar-se de modo satisfatório no que concerne a prática sexual. Ocorre uma adaptação gradual à IUE, e uma harmonização das expectativas e da situação vivida.

3 – A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Qualidade de Vida (QdV) é um conceito para o qual não existe uma definição clara, única e abrangente. Existem referências desde a antiguidade a conceitos percepcionados como conceitos que evidenciam a mesma preocupação, ou seja, o bem-estar e a qualidade de vida (Pimentel, 2006).

O conceito Qualidade de Vida foi utilizado, numa primeira instância, num âmbito maioritariamente sócio-político-económico, pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, no relatório da Comissão dos Objectivos Nacionais para os Estados Unidos da América. Posteriormente foram concebidas inúmeras teses e teorias acerca deste conceito (Leal, 2008).

Ao longo dos tempos, principalmente a partir do século XX, o conceito até então estanque, apenas relacionado com a capacidade de adquirir ou possuir bens-materiais, alcançou uma nova abrangência, englobando todos os aspectos que possam influenciar o comportamento, a auto-percepção e os sentimentos de uma pessoa (Pimentel, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, tornou aceitável a noção de que a saúde pode ser uma percepção independente de doença, e que conceitos como qualidade de vida e bem-estar têm cada vez mais importância na investigação e na prática dos cuidados de saúde. Saúde tornou-se o completo bem-estar físico, psicológico e social e não meramente a ausência de doença iniciando-se a valorização de outras dimensões do indivíduo. Associar saúde ao conceito funcional e às actividades de vida determinou novas orientações nas práticas de saúde.

Pimentel (2006) indica que quando os indivíduos são saudáveis, a qualidade de vida refere-se a ideias de riqueza, lazer, autonomia e liberdade associados a um quotidiano

agradável. Ocorrendo o aparecimento de doença, a qualidade de vida assume outras componentes, assumindo-se como um conceito relativo em que o nível de satisfação é avaliado em função das possibilidades vigentes em comparação com as possibilidades ideais (Ibidem).

As definições de QdV são múltiplas, havendo concordância na multi-dimensionalidade do conceito, envolvendo componentes objectivas, como funcionalidade, competência cognitiva e interacção com o meio, e as componentes subjectivas, como sentimentos de satisfação e percepção da saúde (Pais-Ribeiro, 2002).

A OMS, através de um grupo de investigadores internacionais (WHOQOL Group, 1995), considerou que a qualidade de vida é *"(…)a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações"*. Esta definição vem realçar o papel dos valores e das expectativas do doente.

Segundo Twycross (2001), a qualidade de vida está relacionada com o grau de satisfação que a pessoa sente pela vida, e é influenciada por todas as dimensões da personalidade – física, psicológica, social e espiritual.

A QdV encontra-se directamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros. Essa percepção é influenciada por factores, tais como, a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo, as necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008). Cada indivíduo valoriza de forma única cada um destes critérios, mediante as circunstâncias em que se encontra, sejam estas físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas (Ibidem).

Desta forma, Pimentel (2006) afirma que mediante as pessoas e o contexto em que se inserem, surgem dois grandes grupos: a QdV relacionada com a saúde e a QdV não relacionada com a saúde. A QdV relacionada com a saúde é uma parte da qualidade de vida geral do indivíduo, ou seja, representa os componentes relacionados com a saúde (doença e tratamento). Estes componentes são validados de maneira distinta pelos indivíduos aos quais atribuem importância relativa distinta, mediante o seu estado de saúde. Enquanto os componentes da QdV não relacionados com a saúde, como valores, crenças, desejos, objectivos, estrutura familiar, situação financeira entre outros, podem afectar a QdV relacionada com a saúde, ou seja, determinadas

características individuais ou envolventes podem determinar a forma como se lida com a doença.

As grandes mudanças a nível social e as mudanças evolutivas no campo da medicina desencadearam um aumento da esperança média de vida, assim como uma mudança no perfil de morbilidade, observando-se um aumento da prevalência das doenças crónico-degenerativas. O bem-estar subjectivo do doente ganha, assim, um crescente reconhecimento nos cuidados de saúde e investigação, baseado no facto de que "quantidade" de vida não é necessariamente sinónimo de "qualidade" de vida (Leal, 2008).

Durante vários anos, nas sociedades ocidentais, acreditou-se que a saúde e a doença eram fenómenos específicos de género: as mulheres viviam mais tempo do que os homens (Lahelma et al, 1999). Contudo, estudos mais recentes demonstraram que a diferença entre géneros varia conforme os indicadores utilizados e a idade (Ibidem). Outros autores referem que as mulheres apresentam uma maior propensão para relatar a doença, quando comparadas com os homens (Macintyre, Ford e Hunt, 1999). Os mesmos autores referem que na Finlândia, por exemplo, foram detectadas semelhanças e diferenças entre os níveis de estados de saúde entre os homens e as mulheres, tendo as mulheres revelado pior estado de saúde do que os homens no que concerne os sintomas somáticos e mentais, as deficiências e as doenças de longa duração.

Segundo Leal (2008), a necessidade de avaliar os riscos e benefícios de novos tratamentos médicos, incluindo a avaliação subjectiva por parte do próprio doente, fez emergir uma nova área de investigação relacionada com novos indicadores de eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos com doenças diversas, assim como a comparação de procedimentos para controlo de problemas de saúde.

Deste modo, o interesse na qualidade de vida surgiu associado às práticas do quotidiano, da necessidade de avaliação do impacto, quer a nível físico, quer a nível psicossocial, que as doenças ou incapacidades e respectivo tratamento podem provocar, permitindo um melhor conhecimento do doente, da sua vivência com a situação e a sua adaptação à mesma (Ibidem).

A qualidade de vida é crescentemente reconhecida como um importante resultado em saúde, tendo vindo a impor-se substituindo a medida do nível de saúde de uma população, tradicionalmente conseguida através das taxas de morbilidade e mortalidade, devendo ser a derradeira meta das intervenções em saúde (Ibidem).

Qualidade de vida apenas pode ser avaliada pelo próprio e não por outros, quer sejam familiares ou o profissional de saúde que o acompanha. É um conceito que indica o bem-estar de um indivíduo num determinado momento, se as suas expectativas pessoais correspondem ou não à realidade vivida. Esta percepção é variável de indivíduo para indivíduo e mutável no tempo, curto ou longo, pelo que deve ser considerado um conceito dinâmico. É acima de tudo um conceito mutável ao longo do tempo, vai adquirindo as alterações que se vão operando ao nível da saúde na nossa sociedade (Ibidem).

Com o desenvolvimento vertiginoso da área da saúde, o termo qualidade de vida foi-se tornando, cada vez mais, numa forma de perceber o impacto da diminuição da mortalidade e aumento da esperança de vida no ser humano (Ibidem).

Os profissionais de saúde têm vindo a demonstrar maior empenho no desenvolvimento de métodos de avaliação de resultados de saúde ao longo das diferentes fases da sua relação com o doente, pois quando o doente procura ajuda do profissional de saúde, não o faz somente devido à sua doença, mas também porque a sua qualidade de vida está alterada, quer pelos sintomas da mesma, quer pela ansiedade que esta gerou (Santos e Pais-Ribeiro, 2001).

A maioria dos instrumentos desenhados e orientados para a medição do estado de saúde e qualidade de vida são capazes de avaliar a percepção que cada indivíduo tem de momentos anteriores da sua vida e, baseado nas suas expectativas, da sua vida no futuro (Ibidem). Medir o estado de saúde de populações permite-nos definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condições de saúde (Ferreira e Santana, 2003).

É consensual a inexistência de uma medida ideal para avaliar a QdV, porque este é um conceito dinâmico, com múltiplas dimensões que enquadram características objectivas e subjectivas. A elaboração de instrumentos de medida da qualidade de vida na área da saúde tem sido contínua, desde os anos 70 até aos dias de hoje, com adaptações para que melhor se adeqúem às diversas áreas de investigação em

enfermagem, que têm como pretensão avaliar diferentes dimensões em contextos e populações distintas (Ibidem).

Costa Neto, citado por Leal (2008), identificou 446 instrumentos de avaliação de QdV criados durante 70 anos, dos quais 322 só apareceram na literatura a partir dos anos 80. Sem dúvida, o empenho na construção de instrumentos de avaliação da QdV aumentou exponencialmente a partir da década de 80.

A avaliação da QdV é habitualmente realizada através de questionários, mas pode também ser efectuada por entrevista, em que o entrevistador pode ou não estruturar a mesma, fazendo uma pergunta inicial e desenvolvendo-a em função das respostas. Este método permite obter muitas informações que, no entanto, são difíceis de comparar e generalizar. Outro método consiste na realização de diários, mas com escassa adesão. Consiste numa forma de monitorização, em que os doentes seleccionam cinco questões que consideram relevantes, com cinco níveis de resposta (Pimentel, 2006).

Considera-se que a avaliação de QdV deve ser realizada pelo próprio e não por um observador (Ibidem). Patilha, citado por Pimentel (2006), refere que observadores diferentes ao medirem a QdV relacionada com a saúde de um mesmo doente apresentam frequentemente resultados diferentes que variam, de acordo com a dimensão estudada. Há também evidência de divergências relativamente à avaliação efectuada pelo médico e pelo doente (Pimentel, 2006).

Os questionários ou instrumentos de QdV podem ser divididos em genéricos e específicos (Wiebe et al, 2003). Os instrumentos genéricos procuram avaliar de forma global os aspectos importantes relacionados com a QdV (físico, social, psicológico, espiritual); como exemplos destacam-se o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), o Nottingham Health Profile (NHP), o Quality of Well-being (QWB) e o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Os instrumentos específicos são capazes de avaliar de forma individual e específica alguns aspectos da QdV, sendo mais sensíveis na detecção de alterações após uma intervenção (Guyatt, Feeny e Patrick, 1993). Os questionários específicos podem ser direccionados para avaliação de determinada função (capacidade funcional, sono, função sexual, aspectos sociais), população (idosos, jovens, mulheres climatéricas) ou doença (cancro da mama, cancro de ovário, diabetes) (Guarasi et al, 2000b; Wiebe et al, 2003).

Actualmente, identifica-se uma tendência para definir QdV com base em aspectos específicos associados a determinados indivíduos (Ibidem). Portanto, encontram-se questionários direccionados a indivíduos da mesma faixa etária ou que padecem da mesma patologia. Os instrumentos de avaliação da QdV são importantes para orientar programas de promoção da QdV e para comparar a QdV de indivíduos, da mesma cultura ou de culturas diferentes (Ibidem).

Existem vários questionários específicos que avaliam aspectos próprios da gravidade e do impacto dos sintomas urinários na vida das mulheres, como o *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms* (BFLUTS), o *Incontinence Quality of Life Questionnaire* (I-QoL), o *Stress Incontinence Questionnaire* (SIQ) e *King's Health Questionnaire* (*KHQ*) (Kelleher, 2000).

O questionário BFLUTS é essencialmente usado para medir o impacto dos sintomas da incontinência urinária. As questões focam mais o impacto do incómodo das perdas urinárias do que os problemas de saúde físicos causados aos pacientes (Fonseca et al, 2005).

Ainda de acordo com Fonseca e colaboradores (2005), os questionários I-QoL e SIQ medem o impacto dos sintomas urinários de forma abrangente e generalizada. As questões são utilizadas para avaliar todos os domínios da qualidade de vida e as frases são construídas para atingir somente doentes com incontinência urinária, evitando co-morbilidades.

Destaca-se o *KHQ* por usar ambos os métodos de avaliação, tanto a presença de sintomas de incontinência urinária, quanto o seu impacto relativo na vida de quem sofre de incontinência urinária, o que leva a resultados mais consistentes. Permite uma mensuração global e avalia também o impacto dos sintomas nos vários aspectos da individualidade e na qualidade de vida (Kelleher, 2000). Pode também surgir como meio de avaliar se os procedimentos de enfermagem e médicos para a recuperação destas pacientes apresentam resultados positivos.

Existem muitas escalas *KHQ* validadas para uma multiplicidade de línguas que vão desde o português do Brasil (Fonseca et al, 2005; Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003) até ao espanhol (Badia Llach, Castro Diaz e Conejero Sugranes, 2000) e também adaptadas a diversos contextos urológicos, mediante a etiologia da incontinência urinária.

4 - A Intervenção da Enfermagem na Incontinência Urinária de Esforço

A escolha de uma carreira de enfermagem baseia-se no facto de ser uma profissão dedicada ao ser humano. Segundo Costa (1998: 10), "*(…)aprender a ser enfermeiro constitui um processo permanente que atravessa toda a trajectória profissional e implica a articulação simultânea de um conhecimento de si, de um conhecimento dos outros e de um conhecimento do mundo*".

A existência de vários modelos teóricos de enfermagem revela um esforço de teorização sobre a prática dos cuidados, constituindo-se como um sistema de conceitos básicos relacionados entre si, de forma a explicar a intervenção do enfermeiro. Segundo Basto (1998: 44), *"(…)a prática dos cuidados não é somente explicada pelos modelos teóricos de enfermagem. As teorias de prática profissional, qualquer que seja a área em que se desenvolvem, são teorias de acção, isto é, teorias que determinam todo o comportamento humano deliberado*".

Considerou-se que a teoria do auto cuidado a mais adequada ao nosso estudo, pois engloba aspectos fundamentais para a prática e vivência na área da saúde na mulher, onde se enfatiza a promoção da autonomia das utentes. Esta autonomia baseia-se no conceito incluído no modelo teórico de Dorothea Orem.

A teoria do auto cuidado descreve o "como" e o "porquê" dos indivíduos cuidarem de si próprios, sendo uma função humana reguladora em que os indivíduos desenvolvem repertórios comportamentais para tomarem acções que preservam a vida, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar próprios e que corresponde a uma habilidade determinada pelas agências do auto cuidado (Allison, 2008; Tomey e Alligood, 2004). Entende-se por agência de auto-cuidado a capacidade, o conhecimento e a motivação

que o indivíduo necessita para o desenvolvimento do seu auto cuidado (Moore et al, 2007).

Esta capacidade, de auto cuidado não é inata, adquire-se ao longo do processo de crescimento. Tem de ser aprendido e executado continuamente, de acordo com as necessidades do indivíduo (Taylor, 2004).

Orem defende que o auto cuidado tem duas orientações: externa e interna (Allison, 2008). A partir da observação ou da informação subjectiva, singularmente ou em conjunto, os enfermeiros podem identificar qual o tipo de orientação da acção. De acordo com a orientação, a identificação e o agrupamento do auto-cuidado, o enfermeiro acede, analisa e julga com o intuito de ajudar os indivíduos a conhecerem as exigências da sua terapêutica de auto cuidado (Ibidem).

Se o auto cuidado tiver uma orientação externa, a acção desenvolvida é deliberada por um indivíduo que cria interacções com os outros ou com o meio. As acções de auto-cuidado orientadas externamente podem normalmente ser observadas pelo enfermeiro. Allison (2008) explica que Orem ligou quatro sequências de acção específicas com este tipo de orientação de auto cuidado: procura do conhecimento; procura da assistência e recurso; interpessoal expressivo e acção para controlar o ambiente externo.

Se o auto cuidado for orientado internamente, existem sequências de acções para o auto-controlo, pensamentos, sentimentos e orientação, e há regulação de factores internos ou orientações externas. Este tipo de orientações também é deliberado, sendo iniciadas para manter a vida, saúde e bem-estar, tal como as orientadas externamente, contudo estas acções de auto cuidado nem sempre são directamente observáveis. Também é mencionado que há comportamentos específicos que os indivíduos têm que ser capazes de seguir com o intuito de realizarem o auto cuidado orientado internamente (Allison, 2008).

Para que isso aconteça, os indivíduos devem participar em actividades de aprendizagem que estejam relacionadas com o desenvolvimento do conhecimento do auto cuidado, das suas atitudes e habilidades. Devem posteriormente usar esse conhecimento para iniciar, executar e controlar o auto cuidado e também deverão ser capazes de monitorizar as suas próprias condições e respostas ao auto cuidado (Ibidem).

Para além dos enfermeiros, existe também a família do indivíduo. Esta fornece uma oportunidade para reconhecer as necessidades e o auto cuidado do indivíduo, de maneira a desenvolver capacidades de auto-entendimento por meio da experiência de ser educada por outro dentro da família (Moore et al., 2007).

Orem definiu família como um sistema de interacções entre indivíduos com relações de parentesco, de casamento ou outras relações sociais fortes, com compromisso e proximidade entre os membros da mesma (Shin, 2007).

Os objectivos do auto cuidado devem ser alcançados através das acções praticadas pelo indivíduo e reflectem o carácter holístico do ser humano (Hanucharurnkul, 1989; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Tomey e Alligood, 2004). Existem requisitos do auto-cuidado universais porque os objectivos devem ser alcançados por todos os indivíduos, independentemente da sua idade, sexo ou ambiente social (Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005). Os requisitos de auto cuidado de desenvolvimento correspondem aos requisitos universais, mas surgem conforme o estadio de desenvolvimento do indivíduo, o ambiente onde habita e possíveis mudanças bruscas na sua vida, como doença, incapacidade, desemprego, perda de familiar, problemas conjugais, entre outros (Ibidem). Os requisitos de auto-cuidado por desvio de saúde estão especialmente ligados a situações em que os indivíduos estão doentes, lesionados ou possuem alguma incapacidade, estando submetidos a diagnóstico ou tratamento médico.

Orem identifica cinco intervenções de enfermagem no indivíduo com desvio de saúde: executar ou agir, substituindo o indivíduo naquilo que ele não é capaz; orientar e encaminhar; apoiar física e psicologicamente; proporcionar e manter um ambiente que apoie e promova o desenvolvimento do indivíduo e ensinar (Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Tomey e Alligood, 2004).

A finalidade da intervenção da enfermagem é, então, assegurar o cuidado ao indivíduo e promover o auto cuidado naquilo que ele é capaz de realizar por si só (Tomey e Alligood, 2004). A família deve ser também alvo de uma intervenção da enfermagem, clarificando esta problemática, garantindo a compreensão e aceitação, de forma a estar capacitada a cuidar o indivíduo (Azevedo, 2004; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005).

Os pressupostos da teoria do défice de auto cuidado baseiam-se nas qualidades do ser humano, na adaptação ao meio e na sua condição como pessoa ligada à sociedade e às regras estabelecidas por esta (Feathers, 1992). Orem vê a informação como uma forma de adaptação do homem ao meio e como uma necessidade para a própria sobrevivência do homem, abordando-o como ser social que pode prestar cuidados, integrado dentro de um grupo específico, a outro ser humano com privações (Tomey e Alligood, 2004).

As mulheres com IUE apresentam incapacidade de conter urina, portanto é espectável que parte dos requisitos inerentes ao seu processo de auto cuidado implique a procura e garantia de assistência de saúde adequada; o início de processos de consciencialização da doença e dos seus efeitos; o cumprimento de prescrições efectuadas por profissionais de saúde; a monitorização dos efeitos do tratamento; a aceitação do novo auto-conceito, perante o estado de doença e adopção de medidas que promovam uma melhoria do estado de saúde do indivíduo (Cunha et al, 2007).

Devemos partir do pressuposto de que as mulheres, enquanto alvos de educação em saúde, realizada pelos enfermeiros, possuem em si próprias os recursos latentes que lhes permitirão actualizar do modo que melhor lhes convier, logo, será através da qualidade das reflexões que estabelecem com seu ambiente físico e humano que realizam o seu percurso dirigido à actualização dos recursos (Chalifour, 1989). A informação dada pelos enfermeiros no momento adequado será uma das formas de superação do sofrimento a que estas mulheres estão sujeitas (Azevedo, 2004).

O possível sucesso da intervenção realizada pelos enfermeiros junto da mulher com incontinência urinária assenta em seis premissas do auto cuidado, que segundo Pearson e Vaughan (1992) são: o auto cuidado consiste em acções voluntárias que as pessoas são capazes de realizar; o auto cuidado assenta num juízo reflectido e deliberado que leva aos actos adequados; o auto cuidado é exigido a cada pessoa e é um requisito universal para responder às carências básicas do ser humano; os adultos têm o direito e a responsabilidade de cuidar de si próprios com a finalidade de manter a saúde, a vida e o bem-estar; o auto cuidado é a atitude que evolui através da combinação de vida social e cognitiva e que é aprendida através da própria cultura e reflexões interpessoais; o auto cuidado valoriza a auto-estima e a auto-imagem da pessoa e é directamente afectada pelo conceito de si própria.

Assim, os enfermeiros deverão desenvolver métodos de ajuda para que este processo de adaptação seja vivido de forma mais salutar. Foram identificados por Orem, citado por Pearson e Vaughan (1992), cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pelo outro; guiar o outro; apoiar o outro (física e psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro.

A forma como é entendida a intervenção de enfermagem no apoio à mulher com IU está alicerçada neste modelo, para que as mulheres se sintam apoiadas e esclarecidas no processo de acompanhamento pelos profissionais de saúde, promovendo o desenvolvimento de estratégias que aumentem a satisfação sexual e o bem-estar físico e psicológico, com vista a uma melhoria dos cuidados prestados (Rodrigues e Mendes, 1994).

Simultaneamente, o enfermeiro deverá efectuar educação para saúde na constituição da relação terapêutica, essencialmente para o desenvolvimento do apoio à mulher com IU. Foram consideradas quatro condições que Rogers e Kinget, citados por Chalifour (1989), descreveram como indispensáveis nos profissionais de enfermagem: que as duas pessoas estejam em contacto; que o terapeuta se encontre num estado de acordo interno pelo menos durante a entrevista, e face ao objectivo da sua relação com o utente; que o terapeuta manifeste sentimentos de consideração positiva incondicional em relação ao sujeito; que o terapeuta manifeste um compreensão empática acerca do quadro de referência interna do utente.

Segundo Lopes e Higa (2005), o enfermeiro tem o papel fundamental junto das mulheres com IUE na prevenção, no diagnóstico e na adequação do comportamento da mulher, evitando condutas como a restrição prolongada de líquidos e a micção pouco frequente, que podem causar complicações e danos à saúde destas mulheres.

Os mesmos autores preconizam que a avaliação realizada pelos enfermeiros deverá estar voltada para orientar a conduta de reestruturação da continência, ou facilitar o convívio com a incontinência em todos os contextos.

PARTE II

METODOLOGIA

1 – Materiais e Métodos

A metodologia constitui-se como a definição minuciosa do caminho a seguir. Serve o propósito de descrever e analisar as estratégias a usar, de forma a atingir os objectivos a que nos propomos com o estudo, suas limitações e potencialidades (Pinto, 1990). O objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação, mas sim o procedimento científico que levou até esses produtos (Ibidem).

1.1 - Objectivos

Segundo Fortin (2009), os objectivos que orientam um estudo de investigação devem indicar de forma clara e precisa o fim último do investigador. Devem especificar as variáveis, a população e o verbo de acção que norteia a investigação que se pretende realizar.

O trabalho tem como finalidade melhorar o conhecimento dos enfermeiros e de outros profissionais da QdV nas mulheres com IUE, através da utilização de um instrumento específico e fiável, com vista a melhorar os cuidados de enfermagem, os objectivos são:

- Proceder à adaptação linguística e cultural do *King's Health Questionnaire;*
- Validar o *King's Health Questionnaire* para a Incontinência Urinária de Esforço nas mulheres portuguesas;
- Avaliar o impacto que a Incontinência Urinária de Esforço assume na Qualidade de Vida das mulheres portuguesas.

1.2 - Tipo de Estudo

A abordagem do estudo desenvolvido é metodológica, porque segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a investigação metodológica refere-se à investigação dos métodos de obtenção, organização, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Este tipo de estudo é utilizado quando se pretende desenvolver e validar instrumentos de colheita de dados ou métodos de colheita dados.

A metodologia utilizada relativamente ao tipo de análise de dados é quantitativa porque pretende examinar conceitos precisos, como a IUE e a QdV, e as suas relações mútuas com vista a uma eventual generalização dos resultados (Fortin, 2009). Os dados serão recolhidos através do *King's Health Questionnaire* cujas perguntas que o compõem são fechadas permitindo uma análise estatística dos resultados, possibilitando a avaliação dos efeitos da IUE na QdV dos indivíduos que participam no estudo.

Este estudo é descritivo por ter a pretensão de descrever a informação sobre a amostra, no caso específico deste estudo, descrever a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária de esforço (Ribeiro, 1999).

A informação sobre a amostra foi recolhida num único momento, pelo que o estudo é considerado transversal, normalmente utilizados para caracterizar o estado de saúde de uma população (Cunha et al, 2007).

1.3 – Variáveis em Estudo

Num processo de investigação, quando um conceito é estudado denomina-se variável, por representar uma qualidade ou uma característica dos objectos, de pessoas ou situações que são estudadas com a pretensão de serem medidas (Fortin, 2009). Este estudo apresenta portanto variáveis dependentes e variáveis independentes.

Para Fortin (2009), uma variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito sobre a variável dependente, enquanto a variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente e produz um resultado. A mesma autora refere que num estudo de investigação pode haver mais do que uma variável independente e dependente.

Podemos assim identificar nesta investigação, como variável dependente a QdV. Como variáveis independentes, que podem influenciar a variável dependente, temos as características sócio-demográficas, tais como, o género, a data de nascimento, o estado civil, a escolaridade e a actividade profissional, e as variáveis clínicas como o tempo com sintomas de IUE, o uso de absorventes e a quantidade de absorventes utilizados por dia e as co-morbilidades associadas à IUE.

1.4 – Instrumentos de Recolha de Informação

De modo a permitir a recolha de dados foi elaborado um formulário constituído por três partes (Anexo A):

1. **Questionário sócio-demográfico e clínico** com o objectivo de caracterizar as participantes em estudo. O questionário sócio-demográfico contempla variáveis relativas ao perfil biológico, como o género e a data de nascimento, contemplando também variáveis sócio-económicas, como o estado civil, a escolaridade e a actividade profissional. Por último, contempla as variáveis clínicas como o tempo de queixa da disfunção urinária, o uso de absorventes, o número de absorventes utilizados por dia e as co-morbilidades.
2. ***King's Health Questionnaire***, cujos autores são Kelleher e colaboradores (1997), médicos ingleses que produziram e validaram a escala no Reino Unido (Anexo B), com a finalidade de avaliar o impacto que a IU assume na QdV de acordo com a perspectiva das pessoas afectadas pela doença. Tendo sido traduzida e validada para o Brasil (Tamanini, 2002; Tamanini, et al, 2003) (Anexo C). A consistência interna da escala original, na sua versão inglesa, variou entre 0,72 (*Limitações Físicas*) a 0,89 (*Relações Pessoais*). Na versão traduzida e validada para o português (brasileiro) o coeficiente de *alpha* de Cronbach variou entre 0,49 (*Sono e Disposição*) a 0,92 (*Emoções*).

A versão do *KHQ* (Kelleher et al, 1997), ficou constituída por 21 questões apresentadas em oito diferentes domínios, tal como o *KHQ*, na sua versão brasileira (Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003).

A versão adaptada linguística e culturalmente para o português (Europeu) foi aplicada na amostra em estudo com o intuito de a validar e avaliar o impacto da IUE nas mulheres participantes no estudo. Consiste numa escala de auto-preenchimento, tipo formulário, que pode ser administrada pelo investigador pessoalmente ou telefonicamente. O *KHQ*, manteve a estrutura original, sendo composto por 21 questões, divididas em oito domínios a saber:

- Percepção geral de saúde (um item), que avalia a percepção das mulheres com IU acerca da sua saúde geral;
- Impacto da incontinência urinária (um item), avalia o impacto que a IU assume na vida das mulheres;
- Limitações de actividades diárias (dois itens), avalia as limitações impressas pela IU na realização de tarefas do quotidiano;
- Limitações físicas (dois itens), avalia as limitações causadas pela IU a nível físico,
- Limitações sociais (dois itens), avalia as dificuldades sentidas, devido à IU, em estabelecer inter-relações com pessoas no âmbito social;
- Relacionamento pessoal (três itens), avalia as alterações do foro íntimo, decorrentes da IU, que causam alterações no relacionamento com o parceiro/a ou familiares próximos;
- Emoções (três itens), avalia, em termos emocionais, o impacto subsequente da IU nas mulheres;
- Sono/disposição (dois itens), avalia as perturbações, afectas à IU, que ocorrem no padrão de sono e, consequentemente, na vitalidade.

A última sub-escala do questionário, é independente das restantes sub-escalas apresentadas, e tem por objectivo avaliar a gravidade dos sintomas urinários apresentados pela amostra:

- Medidas de gravidade (cinco itens), avalia o impacto da IU através da frequência com que as mulheres adoptam determinados comportamentos, como trocar roupa interior quando está molhada ou quando são acometidas por preocupações ou embaraço devido à possibilidade de cheirarem a urina.

Estas escalas, tipo Likert, são graduadas em quatro opções de respostas, que variam entre 1 e 4 ("1-nada, 2-um pouco, 3-moderadamente, 4-muito" ou "1-

nunca, 2-às vezes, 3-frequentemente, 4-sempre"), excepção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas, cuja pontuação varia entre 1 e 5 ("1-muito bom, 2-bom, 3-regular, 4-mau, 5-muito mau") e ao domínio relações pessoais, com uma pontuação que varia entre 0 e 4 ("0-não aplicável, 1-nada, 2-um pouco, 3-moderadamente, 4-muito"). O *KHQ* é pontuado em cada uma das suas respostas, sendo os valores somados e avaliados por domínio, não havendo portanto pontuação geral. As pontuações variam entre 0 e 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QdV relacionada com aquele domínio.

3. **Short-Form Health Survey-36**, foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e foi validado para a população portuguesa por Ferreira (2000a; 2000b), é um questionário genérico de avaliação da QdV em saúde, dado que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada um.

   É um questionário multidimensional, formado por 36 itens, abrangendo oito estados de saúde, detectando os estados positivos de saúde, bem como os negativos (Ferreira, 2000a). Segundo Ferreira (2000a), o seu conteúdo divide-se em dois componentes: a saúde física e a saúde mental. O componente físico é composto pelos seguintes domínios: função física (dez itens), desempenho físico (quatro itens), dor física (dois itens), saúde geral (cinco itens); já o componente mental abrange os domínios vitalidade (quatro itens), função social (dois itens), desempenho emocional (três itens), saúde mental (cinco itens). Existe, ainda, uma questão de avaliação comparativa entre as condições actuais de saúde e as de há um ano. Esta divisão entre componentes físico e mental é basicamente teórica, sendo que todos os domínios são influenciados pelos dois componentes.

   As opções de resposta são também apresentadas em escala tipo Likert, e pode-se obter uma pontuação final de cada domínio que varia de 0 a 100, sendo que, inversamente à pontuação do *KHQ*, quanto maior a pontuação, melhor é o estado da saúde avaliado. É uma escala considerada fiável e válida por Ferreira (2000a; 2000b).

   O objectivo da utilização deste questionário é verificar a validade concorrente do *KHQ*.

1.5 - Adaptação Linguística e Cultural

Após a obtenção da autorização do estudo por parte do Dr. Kelleher para a utilização do *KHQ*, procedeu-se à sua adaptação linguística e cultural para o português (europeu), seguindo-se a metodologia de Ribeiro (1999), que se descreve de seguida:

1º- Adaptação da escala para o idioma falado e escrito em português (europeu), sendo mantida a estrutura e características da escala de origem;

2º - Realização de comparação entre as duas versões da escala (original e retroversão), não havendo discrepâncias significativas entre as duas versões;

3º - Análise e discussão dos pontos críticos da escala com especialistas no que concerne às componentes culturais e linguísticas;

4º - A versão final de consenso foi aplicada a algumas participantes, com a finalidade de efectuar reflexão acerca dos questionários (estudo piloto);

A versão original do *KHQ* já se encontra traduzida e validada para a língua portuguesa (brasileiro) pelo Dr. Tamanini (Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003), pelo que foi feita uma adaptação linguística e cultural desta escala. Inicialmente, foram contactados um Enfermeiro, uma Professora de Língua Portuguesa e uma Psicóloga, na qualidade de peritos, que fizeram a adaptação linguística e cultural da escala. Como refere Hilton e Skrutkowxki citados por Fortin (2009), é necessário uma familiarização com as exigências linguísticas e culturais inerentes às particularidades da população a que dizem respeito. Cada um dos convidados fez uma adaptação, após uma reunião com os três peritos chegou-se a um consenso, e à versão 1 do *KHQ*.

Nesta versão 1 do *KHQ* foi mantida a estrutura da escala original, tendo sido alterado o texto, semântica e gramaticalmente, de modo a que se adaptasse melhor ao padrão cultural português (europeu). Assim, fizeram-se alterações, como por exemplo, na questão 8c, respeitante ao domínio *Medidas de Gravidade*: "*Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?*" por "*Troca a sua roupa interior quando está molhada?*". Tendo sido também, na questão 5a, referente ao domínio *Relações Pessoais*, aberta a possibilidade da existência de um relacionamento entre pessoas do mesmo género: "*Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o seu parceiro?*" por "*O seu problema de bexiga afecta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?*".

Os textos da versão portuguesa (Brasil) e da versão 1 do *KHQ*, foram comparados, tendo sido a versão 1, sujeita à crítica de peritos até que a adaptação foi considerada plenamente satisfatória (Fortin, 2009), originando a versão 1.1 do *KHQ*.

Ainda segundo Fortin (2009), a versão 1.1 foi, de seguida, pré-testada (estudo piloto) numa amostra não incluída na principal, mas com características similares, de forma a testar o seu conteúdo, permitindo verificar a clareza e pertinência das questões.

O pré-teste do instrumento *"Consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra, que reflicta a diversidade da população visada, que deverá ser entre 10 a 30 sujeitos, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas"* (Fortin, 2009: 253). Este processo possibilita corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos, verificar a redacção e a ordem das questões.

Assim, aplicou-se a versão 1.1 do *KHQ* a 10 mulheres com IUE, cumprindo os critérios de inclusão e exclusão do estudo, de modo a que o grupo apresentasse características semelhantes às da amostra em estudo. As participantes, após o preenchimento dos questionários, foram indagadas acerca da compreensão e pertinência das questões e facilidade de preenchimento. Todas as mulheres referiram boa compreensão e aceitação das questões colocadas, assim considerámos mais segura a não alteração ou eliminação de nenhum item nesta fase, pelo que foi considerada apta para ser aplicada à amostra populacional em estudo.

1.6- População e Amostra

As mulheres portuguesas que sofrem com a IUE são a população deste estudo. Sendo impossível estudar toda a população visada, recorreu-se a estratégias que permitem definir qual a população acessível para o processo de investigação. A dificuldade reside em escolher um grupo da população, uma amostra, que apresente características semelhantes às da população em estudo, e que seja representativa dessa população (Ghiglione e Matalon, 1992).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), os investigadores, devido às dificuldades levantadas ao trabalhar com a população, trabalham com amostras, tornando a investigação mais económica e eficiente.

A amostragem utilizada neste estudo foi não probabilística, mais concretamente de conveniência, pois os indivíduos seleccionados são os de mais fácil acesso. "*A amostragem de conveniência (ou amostragem acidental) acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo*" (Polit, Beck e Hungler, 2004: 226).

Assim, recorreu-se à população acessível, pacientes que frequentam consultas de Urologia, num hospital do grande Porto, que já tinham efectuado o estudo urodinâmico, confirmando uma incapacidade mais ou menos severa de conter urina. Deste modo, a amostra escolhida representa e assemelha-se o mais fielmente possível às características que, expectavelmente, todas as mulheres com IUE apresentam.

Tendo em consideração que este é um estudo de validação de um questionário, o tamanho da amostra teve em consideração o objectivo e a natureza do estudo (Fortin, 2009). Para calcularmos o tamanho de amostra utilizou-se o método de Tinsley e Tinsley (1987), citado por Ribeiro (1999), no qual referem que por cada variável em análise devem-se considerar cerca de 10 participantes, ou 5 como o mínimo requerido. Sendo o *KHQ* constituído por 21 questões, o número mínimo de participantes requerido foi 110. Estes autores também afirmam, que no âmbito da análise multivariada, uma amostra de 100 sujeitos é pobre, 200 é razoável, de 300 é boa e de 500 muito boa.

Os dados foram recolhidos durante um período de quatro meses, e a amostra foi constituída por todas as mulheres que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos e que acederam participar no estudo. Como o objectivo é representar a população em estudo, quanto maior a amostra, maior a possibilidade de que ela seja efectivamente representativa e expressiva das mulheres com IUE (Polit, Beck e Hungler, 2004).

A amostra utilizada foi constituída por 141 participantes, o intuito foi incluir indivíduos suficientes que permitissem prover resultados significativos no fim do estudo, dado

que o tamanho da amostra tem influência no processo de validação do *KHQ* e respectivos resultados da pesquisa.

1.6.1 – Critérios de Inclusão e Exclusão na Amostra

A amostra foi definida através de critérios de inclusão, que correspondem às características capitais da população visada no estudo (Fortin, 2009). Os critérios de exclusão servem para determinar quais os indivíduos que não fazem parte da amostra seleccionada.

Deste modo, foram abordadas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, que frequentam a consulta de urologia, e realizaram o exame urodinâmico como comprovação da IUE, num hospital do grande Porto. Mulheres em período gestacional ou lactantes foram excluídas do estudo.

Definir a amostra a ser estudada e o processo de selecção da mesma é crucial para o estudo, pois é através da amostra escolhida que pretendemos representar uma determinada população, neste caso, as mulheres que frequentam a consulta de Urologia de um hospital do grande Porto que sofrem com a IUE.

1.6.2 - Caracterização da Amostra

A colheita de dados foi efectuada entre Fevereiro e Maio de 2011 por via telefónica. Foi calendarizada uma visita à consulta externa de Urologia, de um hospital do grande Porto, com a enfermeira responsável pelos exames urodinâmicos que disponibilizou todos os exames efectuados pelas doentes nos últimos dois anos.

Todas as pacientes com confirmação do diagnóstico de IUE e que respeitavam os critérios de inclusão na amostra, foram contactadas telefonicamente e consultadas acerca do interesse em participar neste estudo. Foram informadas acerca dos objectivos do estudo, da confidencialidade dos dados e ausência de repercussões caso não aceitassem participar na recolha de dados. Nenhuma mulher contactada recusou a sua participação, nos casos em que o momento era inconveniente as

entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade horária das participantes. Não foi possível estabelecer contacto com algumas participantes porque os números telefónicos encontravam-se indisponíveis, não pertenciam à própria ou, nalgumas situações não houve atendimento das chamadas.

Os questionários foram preenchidos pela investigadora de acordo com as respostas dadas por telefone. As chamadas tiveram uma duração média de 20 minutos.

Os resultados do estudo são baseados nas respostas de 141 mulheres com o diagnóstico de IUE aos dois questionários de avaliação da QdV anteriormente referidos.

A média de idades foi 53,2 (DP=0,92) anos, no grupo de mulheres do presente estudo, variando entre uma idade mínima de 21 anos e máxima de 70 anos.

A distribuição da frequência da variável estado civil pode ser observada no quadro nº1:

Quadro nº 1 - Estado Civil

Estado Civil	n (%)
Solteiras	5 (3,5)
Casadas/União de facto	108 (86,6)
Divorciadas/Separadas	15 (10,6)
Viúvas	13 (9,2)

Assim, podemos verificar que, relativamente ao estado civil, a maioria das participantes é casada, 108 (86,6%), enquanto os restantes grupos apresentam prevalências menores, sendo 15 as mulheres da amostra divorciadas ou separadas (10,6%), 13 as que se encontram viúvas (9,2%) e apenas 5 permanecem solteiras (3,5%).

Relativamente ao número de anos que as participantes frequentaram o ensino escolar a média foi de 5,55 anos, com um desvio padrão de 0,26, existindo mulheres sem qualquer tipo de escolaridade, até participantes com 18 anos de escolaridade.

As profissões foram agrupadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 2011), nesta descrição criamos mais dois grupos – reformados e desempregados, por representarem uma parte da nossa amostra.

Quadro nº 2 - Actividade Profissional

Actividade Profissional	n (%)
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1 (0,7)
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4 (2,8)
Pessoal Administrativo e Similares	3 (2,1)
Pessoal do Serviço e Administradores	5 (3,5)
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	5 (3,5)
Operadores de Instalação e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3 (2,1)
Trabalhadores Não Qualificados	51 (36,2)
Reformados	43 (30,5)
Desempregados	26 (18,4)

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados no quadro nº2, que a nossa amostra é constituída, sobretudo, por trabalhadores não qualificados (36,2%), por reformados (30,5%) e por desempregados (18,4%).

O número de anos que as participantes estiveram com sintomatologia associada à IUE oscilou entre 1 a 40 anos, sendo a média de 8,79 anos, com um desvio padrão de 0,8.

Das 141 mulheres da amostra, 130 (92,2%) usavam algum tipo de penso absorvente, quando questionadas acerca do número de absorventes que utilizavam por dia, 36,9% referiu utilizar, em média, pelo menos 2.

Relativamente às doenças associadas à IUE, 47 mulheres (33,3%) referiram não ter co-morbilidades. As restantes 94 (66,7%) apresentavam algum tipo de co-morbilidade, 14,2% tem HTA, 2,8% tem DM e 19,9% referiu ter outra doença associada à IUE. Para além destes resultados, 16,3% das mulheres apresentam HTA e outra doença associada. No que concerne às doenças associadas referidas pelas participantes, para além da HTA e da DM, as doenças mais referidas foram as do foro metabólico com 17,7% e as do foro psiquiátrico com 9,9%.

1.7 – Previsão de Análise de Dados

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada utilizando o software SPSS® (Statistics Package for the Social Sciences®) versão 17.0.

Para seleccionar o tipo de testes estatísticos a aplicar, efectuamos exploração da distribuição da amostra, nomeadamente testando a normalidade da sua distribuição através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, os testes efectuados não revelaram significância estatística (p>0,05), indicando que existe normalização na distribuição dos dados (Pereira, 2008; Marôco, 2011).

A fidelidade significa que os dados obtidos pelos investigadores ao avaliarem diferentes pessoas, com espaços temporais distintos, com os mesmos questionários ou equivalentes serão semelhantes (Ribeiro, 1999, citando Anastasi, 1990; Fortin, 2009). Almeida e Freire (2008), referem que estes estudos fornecem o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida.

A fidelidade é testada, habitualmente, através da consistência interna e da estabilidade temporal.

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos itens do instrumento, ou seja, ao grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos indivíduos a cada um dos itens (Fortin, 2009).

A concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida, foi efectuada por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach. "*O alfa* de Cronbach *permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um dado conceito da mesma forma que os outros*" (Fortin, 2009: 350). Utilizamos o coeficiente *alpha* de Cronbach para os vários itens da escala. Este teste é tradicionalmente utilizado em escalas tipo Likert. Segundo Kline (2000), este coeficiente constitui o índice mais importante de fidelidade de um teste. A variação aceitável difere um pouco consoante os autores. Fortin (2009), refere que os valores devem situar-se entre 0,70 e 0,80, os valores de referência identificados por Ribeiro (1999), indicam que uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80. Richardson (1989) citado por Silva (2010), por sua vez, refere que para grupos esse coeficiente poderá situar-se entre 0,50 e 0,94.

Existem diversos indicadores que se podem utilizar e no nosso estudo utilizamos o coeficiente de correlação de *Pearson* (fidelidade inter-itens), esta correlação indica-nos se cada parte se subordina ao todo (Vaz Serra, 1994). O coeficiente de correlação (r) varia numa escala de 0,00 (ausência de correlação), a 1,00 (correlação perfeita).

A estabilidade depende da constância das categorias no tempo, devido à utilização de um mesmo instrumento, junto do mesmo grupo de sujeitos em momentos diferentes e nas mesmas condições (Fortin, 2009) – estabilidade temporal. Um coeficiente de estabilidade elevado significa que os valores mudaram pouco entre o 1º e 2º momento em que se aplicou o teste e significa que o instrumento mede a mesma característica ou fenómeno.

A determinação dos intervalos de tempo entre as medidas não é uniforme entre os autores e depende dos tipos de variáveis. De um modo geral, se o intervalo for muito pequeno leva ao efeito positivo da memória e leva a menor probabilidade da ocorrência de mudanças genuínas sendo a fiabilidade do teste inflacionada (Fortin, 2009). Se o intervalo for muito longo, quando estão em causa as variáveis em estudo, poderá implicar o aparecimento de mudanças genuínas o que leva a subestimar as qualidades do instrumento em causa. Richardson (1989), citado por Silva (2010),

refere que em escalas de atitudes e opinião o intervalo de tempo não pode ser muito longo.

Assim, o *KHQ* (reteste) foi aplicado a um conjunto de pacientes menor que o inicial (N=30), convidadas para nova aplicação do questionário, entre uma a duas semanas após a primeira aplicação do *KHQ*. Neste período as pacientes não foram submetidas a alteração de medicação ou tratamento da IUE.

A equivalência consegue-se através da comparação entre duas versões de uma mesma medida ou entre dois ou mais observadores que medem o mesmo acontecimento (Fortin, 2009). Dado que os questionários foram aplicados sempre pelo mesmo investigador não foi averiguada esta equivalência.

Os instrumentos de recolha de dados requerem validação, para detectar eventuais erros e proceder à sua reformulação. Segundo Ribeiro (1999), a validade refere-se ao que o teste pretende medir e se o faz bem, é a garantia de que o teste mede o que se propõe medir.

Existem vários processos de determinação da validade, como a validade de conteúdo, a validade de construto e validade de critério, esta última divide-se em validade preditiva e validade concorrente. A validade de conteúdo pode ser avaliada com o auxílio de peritos, que examinam a validade de conteúdo de um questionário, ao verificarem se cada questão se reporta ao domínio em estudo (Fortin, 2009), de modo a garantir que as questões efectuadas representam os atributos necessários para medir o que se pretende. A validade de construto garante que o teste mede o construto que pretende medir. Este processo, segundo Ribeiro (1999), passa por três fases: identificar os comportamentos relacionados com o construto a medir; identificar outros construtos e definir a sua relação com o construto a medir e identificar comportamentos que estão relacionados com estes construtos, de modo a determinar em que condições o comportamento está relacionado ou não com o construto a medir.

Anastasi (1990), citado por Ribeiro (1999), apresenta os seguintes métodos de determinação da validade de construto: correlação com outros testes, análise factorial, consistência interna, validade convergente e discriminante. Validade convergente existe quando a correlação do instrumento com instrumentos que medem o mesmo construto é maior do que com a correlação dos que medem construtos diferentes. Já a validade discriminante ou divergente refere-se à extensão em que a correlação do

instrumento com instrumentos que medem diferentes construtos é menor do que a correlação com os que medem o mesmo construto.

A validade relacionada com o critério indica a eficiência de um instrumento em prever o comportamento de um indivíduo numa dada situação. A validade preditiva diz respeito à capacidade do instrumento em diferenciar os desempenhos ou comportamentos das pessoas sobre algum critério futuro.

Hoje em dia, como referem Almeida e Freire (2008), a análise factorial dos itens tem sido mais utilizada e com grande reconhecimento (validade factorial das várias dimensões). No entanto, este método de análise não foi utilizado em estudo algum realizado de validação do *KHQ* (Fonseca et al, 2005; Badia Llac, Castro Diaz e Conejero Sugranes, 2000; Kelleher et al, 1997; Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003)..

Quanto às propriedades psicométricas dos itens podemos abordar a validade convergente-discriminante do item, sendo que esta validade é normalmente exibida como um bom indicador de que o item mede o mesmo construto da escala a que pertence e não outro. Uma boa validade convergente-discriminante do item mostrará que a correlação do item com a sub-escala a que pertence é substancialmente mais elevada do que a correlação do item com as sub-escalas a que não pertence (Ribeiro, 1999). A validade do construto do questionário será demonstrada com a utilização do teste de correlação de *Pearson* para cada item com todas as sub-escalas.

No questionário original e nos restantes questionários traduzidos (Fonseca et al, 2005; Badia Llac, Castro Diaz e Conejero Sugranes, 2000; Kelleher et al, 1997; Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003), a validade de critério foi verificada através da sua comparação com a versão do SF-36 validada para os respectivos países, destinada a avaliar o mesmo conceito, a QdV.

A análise descritiva permitiu descrever as características da nossa amostra relativamente aos resultados obtidos para o *KHQ* e para o SF-36.

O Test (*t*) de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004: 338) deve ser utilizado para "*testar a diferença entre médias de dois grupos independentes*". Os mesmos autores postulam que a ANOVA deve ser avaliada, com o apoio do teste *Post Hoc de Scheffe* para procedimentos de comparação múltipla em variáveis, tendo como finalidade de testar a diferença entre médias de três ou mais grupos independentes, bem como a correlação de *Pearson* (*r*) para testar o relacionamento entre variáveis continuas.

Pestana e Gageiro (2005), mencionam que um valor de *r* indica o tipo de correlação existente, referindo ainda que estes valores se aplicam às correlações negativas. Assim, a correlação é considerada muito alta quando |*r*| pertence ao intervalo [0,9; 1]; alta quando |*r*| pertence ao intervalo [0,75; 0,9[; moderada quando |*r*| pertence ao intervalo [0,5; 0,75[; baixa quando |*r*| pertence ao intervalo [0,25; 0,5[e muito baixa quando |*r*| pertence ao intervalo [0,0; 0,25[.

Como nível de significância dos resultados, será utilizado como referência para todos os testes estatísticos um $p<0,05$ comummente usado nas ciências humanas, sociais e da saúde.

1.8 – Componente Ética

A investigação na saúde envolve constantemente seres humanos, logo existem considerações éticas a serem tomadas em consideração.

Na área da investigação em enfermagem, muitas vezes são abordados comportamentos e estados de saúde de indivíduos de ambos os géneros, de todas as faixas etárias, de diversos estatutos sociais enquadrados num determinado ambiente familiar, grupo e comunidade.

Independentemente do estudo a ser efectuado, a premissa fundamental é o respeito pelos direitos da pessoa e o objectivo da investigação ser por um bem maior para a comunidade. Ainda assim, os investigadores podem provocar danos, mesmo que involuntariamente, à integridade física e psicológica das pessoas e famílias envolvidas no seu estudo (Fortin, 2009).

Deste modo, tudo o que se decide relativamente ao processo de investigação influencia as questões éticas, desde a escolha do tema, o tipo de estudo, até à formulação das questões de investigação (Fortin, 2009).

Acima de tudo, durante este processo de investigação, prevaleceu o respeito pela dignidade humana. Todas as normas éticas referentes ao protocolo de Helsínquia foram respeitadas, para a realização do estudo.

Inicialmente foram contactados os autores do *KHQ* e do SF-36, para que autorizassem a aplicação das mesmas neste estudo. Ambos os autores, autorizaram a aplicação das respectivas escalas (Anexo D e Anexo E).

O Conselho de Administração, de um hospital do grande Porto, onde se realizou a recolha de dados, foi contactado a fim de autorizar a recolha de dados, permitindo o desenvolvimento da investigação.

Após a confirmação, por parte do Conselho de Administração do hospital contactado, sobre a viabilidade do estudo a desenvolver (Anexo F), o enfermeiro-chefe do serviço de Urologia do hospital foi contactado e informado acerca da investigação que se pretendia desenvolver, para permitir o acesso aos processos clínicos das doentes que frequentavam as consultas de Urologia.

"*O consentimento livre e esclarecido é a aquiescência dada por uma pessoa para a participação num estudo*" (Fortin, 2009:193). Deste modo, as participantes foram informadas dos objectivos da investigação e foi-lhes explicada a importância do seu envolvimento, numa linguagem acessível, para que cada uma delas pudesse aferir a relevância da sua integração no estudo. Não foi assinado o consentimento informado porque as participantes foram abordadas telefonicamente.

As mulheres contactadas, que preencheram todos os critérios de inclusão e exclusão, foram informadas acerca da possibilidade de recusa ou desistência em qualquer momento do estudo, sem penalização do seu atendimento hospitalar.

A confidencialidade dos dados foi assegurada e serão apenas utilizados nesta investigação.

PARTE III

RESULTADOS

1 - Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os cálculos estatísticos utilizados, bem como os resultados obtidos. Ao longo da apresentação dos resultados serão explicitados os cálculos estatísticos utilizados e apresentados os resultados que se mostrarem significativos, considerados fundamentais para a análise interpretativa.

1.1 - Fidelidade e Validade do King's Health Questionnaire

O principal critério para a investigação sobre a qualidade de uma medida quantitativa é a sua fidelidade, ou seja, a consistência com que o instrumento mede o atributo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Os estudos de fidelidade indicam, em que medida as diferenças individuais obtidas numa prova são atribuíveis a reais diferenças nas características medidas (Anastasi, 1999 citado por Ribeiro, 1999).

Os três aspectos de pesquisa de fidelidade mais relevantes são a estabilidade, a consistência interna e a equivalência (Fortin, 2009). Esta última, não foi analisada por ter sido apenas um investigador a aplicar todos os questionários.

O segundo critério para a avaliação de um instrumento quantitativo é a sua validade. A validade é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Consistência Interna

Para o estudo de fidelidade foi utilizado o coeficiente de *alpha* de Cronbach, que fornece as medidas de consistência interna. Esta medida é encontrada com base na média das inter-relações entre todos os itens do teste.

A consistência interna do *KHQ* foi calculada com base nas pontuações finais obtidas nos questionários relativos à primeira aplicação do formulário, medida pelo coeficiente de *alpha* de Cronbach. A consistência interna dos domínios constituintes da escala variou entre os 0,64 (*Limitações Físicas* e *Medidas de Gravidade*) a 0,89 (*Emoções*).

No quadro nº3 são apresentados os resultados obtidos para as diferentes sub-escalas do *KHQ*, tendo em conta os valores de referência do estudo inicial (Kelleher et al, 1997), do estudo de validação da escala para o português no Brasil (Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003) e os valores obtidos na amostra em estudo.

Quadro nº 3 - Análise da fidelidade das sub-escalas do *KHQ* do autor, do estudo brasileiro e da amostra em estudo

Factores/Sub-Escalas	Nº de itens	*Alpha* de Cronbach (autor) N=293	*Alpha* de Cronbach (validação brasileira) N=156	*Alpha* de Cronbach (amostra) N=141
Limitações Actividades Diárias	2	0,79	0,82	0,86
Limitações Físicas	2	0,73	0,76	0,64
Limitações Sociais	2	0,76	0,69	0,76
Relações Pessoais	3	0,89	0,87	0,83
Emoções	3	0,88	0,92	0,89
Sono/Disposição	2	0,78	0,49	0,75
Medidas Gravidade	5	0,78	0,79	0,64

Assim, podemos observar que o domínio *Emoções* apresentou o maior coeficiente de *alpha* de Cronbach (α=0,89), enquanto os domínios *Limitações Físicas* e *Medidas de Gravidade* apresentaram um coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0,64.

Através do quadro nº3 podemos verificar valores de *alpha* de Cronbach aceitáveis em quase todas as sub-escalas, aproximando-se do valor mínimo geralmente utilizado como referência, 0,7 em trabalhos clínicos (Polit, Beck e Hungler, 2004). Segundo Silva (2010), o coeficiente pode situar-se entre 0,50 e 0,94 tornando aceitáveis os valores das sub-escalas *Limitações Físicas* (α=0,64) e *Medidas de Gravidade* (α=0,64). Podemos, portanto, considerar que a escala em estudo apresenta na sua globalidade uma fidelidade aceitável.

Reprodutibilidade

No sentido de conhecermos a estabilidade no tempo ou constância de resultados do instrumento em análise, procedemos à sua aplicação em dois momentos diferentes (Fortin, 2009). A segunda administração foi aplicada a uma sub-amostra de 30 participantes, das 141 iniciais, tendo sido aplicada entre o sétimo e décimo-quarto dia após a primeira aplicação.

Após a aplicação do *KHQ* (teste) e a aplicação do reteste foi realizada a correlação de *Pearson* entre os resultados obtidos nos dois momentos (Quadro nº4).

Quadro nº 4 - Relação entre sub-escalas do teste e do reteste do *KHQ*

Domínios do *KHQ*	*r* (teste-reteste)
Percepção Geral de Saúde	0,94**
Impacto da Incontinência	0,92**
Limitações Actividades Diárias	0,89**
Limitações Físicas	0,88**
Limitações Sociais	0,95**
Relações Pessoais	0,99**
Emoções	0,87**
Sono/Disposição	0,94**
Medidas Gravidade	0,98**

**p<0,01

Ao analisarmos os resultados das correlações podemos verificar que todos os domínios apresentam uma correlação forte e significativa. Verificamos que a correlação mais alta se verifica entre o teste e o reteste da sub-escala *Relações Pessoais* (r=0,99; p<0,01) e o mais baixo entre o teste e o reteste da sub-escala *Emoções* (r=0,87; p<0,01).

Deste modo, podemos concluir que existiu estabilidade no tempo entre as duas aplicações, havendo constância de resultados, atestando a reprodutibilidade do *KHQ* na amostra em estudo.

Validade de Construto

A validade de construto concerne a capacidade que um instrumento possui para medir o conceito ou a estrutura teórica do questionário (Fortin, 2009).

A análise dos componentes principais (ACP) é comummente a escolha inicial da maioria dos autores, por isso, decidimos utilizar esta análise numa primeira instância, embora, como já referimos anteriormente, nenhum autor que tenha procedido à validação do *KHQ* tenha utilizado este método.

Assim, procedemos à Análise dos Componentes Principais através de diferentes métodos, como a ACP exploratória, a ACP com definição prévia de 8 e 9 factores e a ACP com rotação Varimax e Oblimin. Nenhuma organização factorial encontrada se aproximou da estrutura conceptual da escala original, pelo que, optamos por realizar a análise convergente-discriminante dos itens (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Esta análise é normalmente exibida como um bom comprovativo de que o item mede o contruto da escala a que pertence e não outro. Uma boa validade convergente-discriminante do item mostrará que a correlação do item com a sub-escala a que pertence é substancialmente mais elevada do que a correlação do item com outra sub-escala (Ribeiro, 1999).

A validade convergente-discriminante dos itens é inspeccionada pela comparação da correlação do item com a sub-escala a que pertence (corrigida para sobreposição), com as correlações com as sub-escalas a que não pertence. Uma boa convergência/discriminação indica que os valores da correlação de *Pearson* com a sub-escala a que pertence devem ser superiores aos valores de correlação com as sub-escalas a que não pertencem. Em condições ideais os valores de correlação do item com a sub-escala a que pertence devem situar-se acima de 0,40, e abaixo de 0,30 com aquelas a que não pertence. O Quadro nº5 mostra os valores da correlação de cada item com as sub-escalas do *KHQ*.

Quadro nº 5 – Análise Convergente-Discriminante dos Itens do *KHQ*

r	Percepção Geral Saúde	Impacto Incontinência	Limitações Actividades Diárias	Limitações Físicas	Limitações Sociais	Relações Pessoais	Emoções	Sono Disposição	Medidas Gravidade
3a	0,31**	0,64**	**0,75****	0,48**	0,62**	0,38**	0,60**	0,47*	0,44**
3b	0,32**	0,68**	**0,75****	0,51**	0,51**	0,37**	0,56**	0,40**	0,45**
4a	0,24**	0,33**	0,40**	**0,64****	0,15	0,22**	0,28**	0,34**	0,32**
4b	0,31**	0,28**	0,46**	**0,70****	0,49**	0,41**	0,33**	0,41**	0,21**
4c	0,39**	0,45**	0,57**	0,50**	**0,76****	0,41**	0,50**	0,47**	0,35**
4d	0,27**	0,47**	0,61**	0,52**	**0,71****	0,36**	0,50**	0,46**	0,38**
5a	0,24**	0,28**	0,35**	0,33**	0,46**	**0,71****	0,31**	0,25**	0,13
5b	0,34**	0,26**	039**	0,44**	0,41**	**0,71****	0,33**	0,37**	0,20*
5c	0,12	0,16	0,32**	0,11	0,60**	**0,39****	0,17	0,19*	0,11
6a	0,20*	0,58**	0,52**	0,30**	0,37**	0,21*	**0,73****	0,32**	0,41**
6b	0,20*	0,55**	0,59**	0,36**	0,47**	0,42**	**0,80****	0,37**	0,47**
6c	0,16	0,52**	0,57**	0,37**	0,42**	0,31**	**0,81****	0,41**	0,51**
7a	0,30**	0,40**	0,48**	0,48**	0,44**	0,34**	0,44**	**0,60****	0,31**
7b	0,40**	0,18*	0,35**	0,36**	0,37**	0,26**	0,28**	**0,60****	0,35**
8a	-0,03	0,16	0,13	0,20*	-0,01	0,08	0,21*	0,11	**0,33****
8b	0,01	0,29*	0,27**	0,17*	0,15	-0,01	0,27**	0,23**	**0,56****
8c	-0,07	0,13	0,12	0,18*	0,02	0,05	0,18*	0,15	**0,44****
8d	0,15	0,35**	0,43**	0,28**	0,35**	0,20*	0,38**	0,36**	**0,51****
8e	0,004	0,39**	0,47**	0,30**	0,43**	0,23**	0,54**	0,27**	**0,61****

*p<0,05; **p<0,01

Itens corrigidos para sobreposição

Podemos verificar, que praticamente todos os itens apresentam uma correlação acima de 0,40 com a sub-escala a que pertencem. Exceptuando a questão 5c "*O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?*", cujo valor de correlação com a sub-escala em que está inserida, *Relações Pessoais*, é 0,39 e é inferior ao valor encontrado noutra sub-escala, e a questão 8a "*Usa forros absorventes para se manter seca?*" cujo valor de correlação com a sub-escala a que pertence, *Medidas de Gravidade*, é 0,33, ainda assim, este valor é superior às correlações estabelecidas do item com as restantes sub-escalas,

Contudo, nem todos os itens apresentam uma correlação inferior a 0,30 com as sub-escalas a que não pertencem, podendo verificar-se, através da análise do quadro nº5, várias excepções.

A análise do quadro, que estabelece a correlação de *Pearson* entre sub-escalas do *KHQ* e as questões que as compõem, foi realizada com base no critério de que a correlação do item do factor a que pertence deve no mínimo ser superior a 0,10 do peso da correlação com outros factores**.**

Conforme demonstra a análise não existe uma diferença considerada discriminativa entre a questão 3b "*De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou as suas actividades diárias fora de casa?*" da sub-escala *Limitações de Actividades Diárias* com a sub-escala *Impacto da Incontinência* (0,68), e entre as questões 8d "*Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?*" e 8e "*Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?*" com a da sub-escala *Medidas de Gravidade* com a sub-escla Limitações de Actividades Diárias (0,43). No entanto, estas questões apresentam maior correlação, ainda que não seja discriminativa, com as respectivas sub-escalas.

A questão 5c "*O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?*" apresenta carga superior com a sub-escala *Limitações Sociais* em vez de apresentar uma correlação superior com a sub-escala *Relações Pessoais*, na qual está incluída. No entanto, este facto era esperado, pois os autores da escala também os relacionam quando apresentam as cotações do *KHQ*.

Através deste método de análise, podemos concluir que os itens se encontram, na sua globalidade, organizados pelos respectivos domínios de acordo com a escala original, pelo que decidimos manter a estrutura conceptual do *KHQ* original.

Correlação entre as sub-escalas do KHQ

A análise da correlação de *Pearson* (*r*) entre as sub-escalas do *KHQ*, permite-nos clarificar a conceptualização que está na base dos conteúdos teóricos inerentes a cada uma delas, como se pode verificar no quadro nº6.

Quadro nº 6 - Correlação de Pearson entre sub-escalas do *KHQ*

r	Impacto Incontinência	Limitações Actividades Diárias	Limitações Físicas	Limitações Sociais	Relações Pessoais	Emoções	Sono Disposição	Medidas Gravidade
Percepção Geral Saúde	0,18*	0,34**	0,35**	0,21**	0,30**	0,21*	0,39**	0,04
Impacto Incontinência	-	0,71**	0,36**	0,44**	0,29**	0,61**	0,33**	0,43**
Limitações Actividades Diárias		-	0,53**	0,60**	0,40**	0,62**	0,47**	0,48**
Limitações Físicas			-	0,46**	0,42**	0,38**	0,47**	0,36**
Limitações Sociais				-	0,47**	0,47**	0,45**	0,33**
Relações Pessoais					-	0,35**	0,33**	0,18*
Emoções						-	0,40**	0,51**
Sono Disposição							-	0,37**

*p<0,05; **p<0,01

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que a sub-escala *Percepção Geral de Saúde* se correlaciona de forma baixa mas significativa com as sub-escalas *Limitações de Actividades Diárias* (r=0,34; p<0,01), *Limitações Físicas* (r=0,35; p<0,01), *Relações Pessoais* (r=0,30; p<0,01) e *Sono e Disposição* (r=0,39; p<0,01). Com a sub-escala *Limitações Sociais* (r=0,21; p<0,01) tem uma correlação muito baixa mas significativa e com as sub-escalas *Impacto da Incontinência* (r=0,18; p<0,01) e *Emoções* (r=0,21; p<0,05) apresenta uma correlação muito baixa e pouco significativa. Por outro lado, com a sub-escala *Medidas de Gravidade* a correlação não é significativa.

A sub-escala *Impacto da Incontinência*, indica reflexo da IUE na QdV, correlaciona-se de forma moderada e significativa com as sub-escalas *Limitações de Actividades Diárias* (r=0,71; p<0,01) e *Emoções* (r=0,62; p<0,01). Esta sub-escala correlaciona-se também de forma baixa mas significativa com as sub-escalas *Limitações Físicas* (r=0,36; p<0,01), *Limitações Sociais* (r=0,44; p<0,01), *Relações Pessoais* (r=0,29; p<0,01), *Sono e Disposição* (r=0,33; p<0,01) e *Medidas de Gravidade* (r=0,43; p<0,01).

A sub-escala *Limitações de Actividades Diárias*, que se refere às limitações que a incontinência pode trazer ao quotidiano, correlaciona-se moderada e significativamente com as sub-escalas *Impacto da Incontinência* (r=0,71; p<0,01), *Limitações Físicas* (r=0,53; p<0,01), *Limitações Sociais* (r=0,60; p<0,01) e *Emoções* (r=0,62; p<0,01). Embora também se correlacione de forma baixa mas significativa com as sub-escalas *Relações Pessoais* (r=0,40; p<0,01), *Sono e Disposição* (r=0,47; p<0,01) e *Medidas de Gravidade* (r=0,48; p<0,01).

A sub-escala *Limitações Físicas,* que avalia o impacto que incontinência urinária imprime às actividades físicas, correlaciona-se de forma moderada mas significativa com a sub-escala *Limitações de Actividades Diárias* (r=0,53; p<0,01) e de forma baixa mas também significativa com as sub-escalas *Percepção Geral de Saúde* (r=0,35; p<0,01), *Impacto da Incontinência* (r=0,36; p<0,01), *Limitações Sociais* (r=0,46; p<0,01), *Emoções* (r=0,38; p<0,01), *Sono e Disposição* (r=0,47; p<0,01) e *Medidas de Gravidade* (r=0,36; p<0,01).

No que concerne à sub-escala *Limitações Sociais*, que implicam uma restrição ao convívio social que as pessoas com incontinência podem adoptar, esta relaciona-se moderada e significativamente com a sub-escala *Limitações de Actividades Diárias*

(*r*=0,60; *p*<0,01) e de forma baixa mas significativa com as sub-escalas *Limitações Físicas* (*r*=0,62; *p*<0,01), *Relações Pessoais* (*r*=0,47; *p*<0,01), *Emoções* (*r*=0,47; *p*<0,01), *Sono e Disposição* (*r*=0,45; *p*<0,01) e *Medidas de Gravidade* (*r*=0,51; *p*<0,01). Correlaciona-se de forma muito baixa mas significativamente com a sub-escala *Percepção Geral de Saúde* (*r*=0,21; *p*<0,01).

A sub-escala *Relações Pessoais* refere-se às relações estabelecidas com familiares próximos, como o cônjuge, e relaciona-se de forma baixa e significativa com as sub-escalas *Percepção Geral de Saúde* (*r*=0,30; *p*<0,01), *Impacto da Incontinência* (*r*=0,29; *p*<0,01), *Limitações de Actividades Diárias* (*r*=0,40; *p*<0,01), *Limitações Físicas* (*r*=0,42; *p*<0,01), *Limitações Sociais* (*r*=0,47; *p*<0,01) *e Emoções* (*r*=0,35; *p*<0,01). Já com a sub-escala *Medidas de Gravidade* (*r*=0,18; *p*<0,05) apresentou uma correlação muito baixa e pouco significativa.

Relativamente à sub-escala *Emoções*, que concerne o impacto da incontinência no bem-estar das doentes, correlaciona-se de forma moderada e significativa com as sub-escalas *Impacto da Incontinência* (*r*=0,61; *p*<0,01) e Limitações de Actividades Diárias (*r*=0,62; *p*<0,01). Correlaciona-se também de forma baixa mas significativa com as sub-escalas *Limitações Físicas* (*r*=0,38; *p*<0,01), *Limitações Sociais* (*r*=0,47; *p*<0,01), *Relações Pessoais* (*r*=0,35; *p*<0,01), *Sono e Disposição* (*r*=0,40; *p*<0,01) e *Medidas de Gravidade* (*r*=0,51; *p*<0,01) e de uma forma muito baixa e pouco significativa com a sub-escala *Percepção Geral de Saúde* (*r*=0,21; *p*<0,05).

A sub-escala *Sono e Disposição*, que avalia o impacto que a incontinência tem no sono e consequentemente na vitalidade apresentada durante o dia, apresenta uma correlação baixa mas significativa com todas as sub-escalas: *Percepção Geral de Saúde* (*r*=0,39; *p*<0,01)*, Limitações de Actividades Diárias* (*r*=0,47; *p*<0,01), *Impacto da Incontinência* (*r*=0,33; *p*<0,01)*, Limitações Físicas* (*r*=0,47; *p*<0,01)*, Limitações Sociais* (*r*=0,45; *p*<0,01), *Relações Pessoais* (*r*=0,33; *p*<0,01)*, Emoções* (*r*=0,40; *p*<0,01) e *Medidas de Gravidade* (*r*=0,37; *p*<0,01).

Relativamente à sub-escala *Medidas de Gravidade*, que avalia a gravidade da incontinência urinária nas mulheres, esta relaciona-se moderada e significativamente com a sub-escala *Emoções* (*r*=0,51; *p*<0,01). Correlaciona-se de forma baixa mas também significativa com as sub-escalas *Impacto da Incontinência* (*r*=0,43; *p*<0,01), *Limitações de Actividades Diárias* (*r*=0,48; *p*<0,01), *Limitações Físicas* (*r*=0,36; *p*<0,01) e *Limitações Sociais* (*r*=0,33; *p*<0,01). Enquanto com a sub-escala *Relações Pessoais*

(r=0,18; p<0,05) se correlaciona de modo muito baixo e pouco significativo. Com a sub-escala *Percepção Geral de Saúde* tem uma correlação muito baixa e não significativa.

Assim, de forma geral, podemos concluir que o *Impacto da Incontinência* tem maior correlação com as *Limitações de Actividades Diárias*. Enquanto a sub-escala *Limitações de Actividades Diárias,* também apresenta uma correlação mais alta com as sub-escalas *Limitações Físicas*, *Limitações Sociais* e *Emoções*. Relativamente à sub-escala *Medidas de Gravidade*, esta apresenta maior correlação com a sub-escala *Emoções* da nossa amostra.

Deste modo, verificamos que o impacto da incontinência se correlaciona com as limitações sentidas, tanto a nível físico, como a nível emocional, repercutindo-se nas emoções sentidas, que agravam concomitantemente com a severidade das medidas que sentem ser necessárias adoptar.

A mensuração da QdV em mulheres com IUE, nas suas diversas componentes demonstra-nos a existência de correlações estatisticamente significativas entre praticamente todas as sub-escalas do *KHQ*. A confirmação de correlações consistentes, entre as sub-escalas que compõem o *KHQ,* demonstra a evidência de validade de construto.

Validade Concorrente

A validade concorrente de uma escala de medida, consiste em comparar, entre si, pelo menos dois instrumentos, que medem o mesmo conceito (Fortin, 2009) Refere-se à correlação entre duas variáveis relacionadas, através de medidas independentes, preenchidas em simultâneo, devendo esse resultado inferir resultados semelhantes (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Procedemos à análise da correlação de coeficiente de Pearson entre o questionário em estudo e o questionário genérico de QdV, o SF-36, tal como os autores do *KHQ* e da versão traduzida e adaptada para o português (brasileiro), (Kelleher et al, 1997; Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003), obtendo os resultados apresentados no quadro nº7.

Quadro nº 7 - Correlação de Pearson entre os domínios das sub-escalas do *KHQ* e do SF-36

KHQ / *SF-36*	Percepção Geral Saúde	Impacto Incontinência	Limitações Actividades Diárias	Limitações Físicas	Limitações Sociais	Relações Pessoais	Emoções	Sono Disposição	Medidas Gravidade
Função Física	-0,55**	-0,32**	-0,50**	-0,58**	-0,51**	-0,46**	-0,31**	-0,51**	-0,29**
Desempenho Físico	-0,59**	-0,32**	-0,53**	-0,42**	-0,46**	-0,31**	-0,35**	-0,51**	-0,24**
Dor Corporal	-0,54**	-0,24**	-0,41**	-0,38**	-0,47**	-0,41**	-0,27**	-0,53**	-0,24**
Saúde Geral	-0,67**	-0,29**	-0,46**	-0,37**	-0,43**	-0,35**	-0,34**	-0,58**	-0,31**
Vitalidade	-0,47**	-0,34**	-0,49**	-0,39**	-0,43**	-0,33**	-0,44**	-0,51**	-0,24**
Função Social	-0,27**	-0,35**	-0,45**	-0,46**	-0,62**	-0,44**	-0,44**	-0,41**	-0,28**
Desempenho Emocional	-0,51**	-0,29**	-0,47**	-0,44**	-0,47**	-0,38**	-0,37**	-0,55**	-0,25**
Saúde Mental	-0,37**	-0,36**	-0,51**	-0,39**	-0,51**	-0,24**	-0,58**	-0,49**	-0,38**

**p<0,01

Podemos verificar que a componente *Percepção Geral de Saúde* se correlaciona de forma moderada e significativa com a *Função Física* (r=-0,55; p<0,01), o *Desempenho Físico* (r=-0,56; p<0,01), a *Dor Corporal* (r=-0,54; p<0,01), a *Saúde Geral* (r=-0,67; p<0,01) e o *Desempenho Emocional* (r=-0,51; p<0,01). Relaciona-se de forma baixa mas significativa com a *Vitalidade* (r=-0,47; p<0,01), a *Função Social* (r=-0,27; p<0,01) e a *Saúde Mental* (r=-0,37; p<0,01).

A componente *Impacto da Incontinência* apresenta uma correlação baixa mas significativa com a maioria das sub-escalas do SF-36, *Função Física* (r=-0,32; p<0,01), *Desempenho Físico* (r=-0,32; p<0,01), *Saúde Geral* (r=-0,29; p<0,01), *Vitalidade* (r=-0,34; p<0,01), *Função Social* (r=-0,35; p<0,01), *Desempenho Emocional* (r=-0,29; p<0,01) e *Saúde Mental* (r=-0,36; p<0,01), exceptuando a componente *Dor Corporal* (r=-0,24; p<0,01) com a qual apresenta uma correlação muito baixa mas significativa.

Relativamente à componente *Limitações de Actividades Diárias*, podemos verificar uma correlação moderada e significativa com a *Função Física* (r=-0,50; p<0,01), o *Desempenho Físico* (r=-0,53; p<0,01) e a *Saúde Mental* (r=-0,51; p<0,01). Na mesma coluna podemos verificar a existência de uma correlação baixa mas significativa com a *Saúde Geral* (r=-0,46; p<0,01), a *Vitalidade* (r=-0,49; p<0,01), a *Função Social* (r=-0,45; p<0,01) e o *Desempenho Emocional* (r=-0,47; p<0,01).

A componente *Limitações Físicas* correlaciona-se de forma moderada e significativa com a *Função Física* (r=-0,58; p<0,01), e de forma baixa mas significativa com o *Desempenho Físico* (r=-0,42; p<0,01), a *Dor Corporal* (r=-0,38; p<0,01), a *Saúde Geral* (r=-0,37; p<0,01), a *Vitalidade* (r=-0,39; p<0,01), a *Função Social* (r=-0,46; p<0,01), o *Desempenho Emocional* (r=-0,44; p<0,01) e a *Saúde Mental* (r=-0,39; p<0,01).

A componente *Limitações Sociais* relaciona-se de uma forma moderada e significativa com a *Função Física* (r=-0,51; p<0,01), com a *Função Social* (r=-0,62; p<0,01) e com a *Saúde Mental* (r=-0,51; p<0,01). Enquanto apresenta uma correlação baixa mas significativa com o *Desempenho Físico* (r=-0,46; p<0,01), a *Dor Corporal* (r=-0,47; p<0,01), a *Saúde Geral* (r=-0,43; p<0,01), a *Vitalidade* (r=-0,43; p<0,01) e o *Desempenho Emocional* (r=-0,47; p<0,01).

Podemos verificar que a componente *Relações Pessoais* se correlaciona de forma baixa mas significativa com a *Função Física* (r=-0,46; p<0,01), o *Desempenho Físico* (r=-0,31; p<0,01), a *Dor Corporal* (r=-0,41; p<0,01), a *Saúde Geral* (r=-0,35; p<0,01), a *Vitalidade* (r=-0,33; p<0,01), a *Função Social* (r=-0,44; p<0,01) e o *Desempenho Emocional* (r=-0,38; p<0,01); enquanto que com a *Saúde Mental* (r=-0,24; p<0,01) apresenta uma correlação muito baixa mas significativa.

No que concerne a componente *Emoções*, esta correlaciona-se de forma moderada e significativa com a *Saúde Mental* (r=-0,58; p<0,01) e de forma baixa mas significativa com a *Função Física* (r=-0,31; p<0,01), o *Desempenho Físico* (r=-0,35; p<0,01), a *Dor Corporal* (r=-0,27; p<0,01), a *Saúde Geral* (r=-0,34; p<0,01), a *Vitalidade* (r=-0,44; p<0,01), a *Função Social* (r=-0,44; p<0,01) e o *Desempenho Emocional* (r=-0,37; p<0,01).

A componente *Sono e Disposição* correlaciona-se de forma moderada e significativa com a *Função Física* (r=-0,51; p<0,01), o *Desempenho Físico* (r=-0,51; p<0,01), a *Dor Corporal* (r=-0,53; p<0,01), a *Saúde Geral* (r=-0,58; p<0,01), a *Vitalidade* (r=-0,51;

p<0,01) e o *Desempenho Emocional* (*r*=-0,55; *p*<0,01). Enquanto apresenta uma correlação baixa mas significativa com a *Função Social* (*r*=-0,41; *p*<0,01) e a *Saúde Mental* (*r*=-0,49; *p*<0,01).

Por último, podemos verificar uma correlação baixa mas significativa da componente *Medidas de Gravidade* com a *Função Física* (*r*=-0,29; *p*<0,01), a *Saúde Geral* (*r*=-0,31; *p*<0,01), o *Desempenho Emocional* (*r*=-0,25; *p*<0,01), a *Função Social* (*r*=-0,28; *p*<0,01) e a *Saúde Mental* (*r*=-0,38; *p*<0,01). Já com o *Desempenho Físico* (*r*=-0,24; *p*<0,01), a *Dor Corporal* (*r*=-0,24; *p*<0,01) e a *Vitalidade* (*r*=-0,24; *p*<0,01) apresenta uma correlação muito baixa mas significativa.

Deste modo, podemos concluir que a *Percepção Geral de Saúde* apresenta uma correlação mais acentuada com a *Função* e *Desempenho Físicos*, com a *Dor Corporal* e com a *Saúde Geral*. Já as *Limitações de Actividades Diárias* parecem apenas ser afectadas pela *Função* e *Desempenho Físicos*.

As *Limitações Físicas* apresentam maior correlação com a *Função Física*. Enquanto as *Limitações Sociais* estreitam a sua relação com componentes como a *Função Física* e *Social,* e com a *Saúde Mental*. As *Emoções* também estão mais relacionadas com a componente *Saúde Mental* do que com as restantes componentes.

O domínio *Sono e Disposição* da escala *KHQ* apresenta uma correlação moderada com as componentes *Saúde Geral*, *Desempenho Emocional*, *Dor Corporal, Vitalidade, Função Física e Desempenho Físico*.

As restantes componentes do *KHQ,* embora apresentem correlações significativas com todas as componentes do SF-36, são todas muito baixas ou baixas.

As correlações entre os dois questionários são negativas, ainda que avaliem o mesmo conceito, isto verifica-se porque a cotação atribuída aos questionários traduz resultados inversos. Ou seja, quanto maior a cotação auferida nos domínios do *KHQ* pior a QdV, enquanto no questionário SF-36, quanto maior a pontuação melhor a QdV.

Os resultados obtidos pelo autor do questionário, Kelleher e colaboradores (1997), na correlação efectuada entre o *KHQ* e o SF-36, verificaram a existência de uma correlação significativa entre os domínios comuns para os dois questionários, como a saúde geral, função física, limitações sociais e relacionais, saúde mental e vitalidade.

Os resultados da validade concorrente encontrados no estudo brasileiro indicaram que o grau de correlação foi moderado entre os domínios afins analisados (Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003).

O questionário (*KHQ*) mostrou, tal como esperado, correlacionar-se significativamente com todas as componentes do questionário SF-36, mas, tal como os autores do questionário original e do adaptado e validado para o Brasil, os resultados das correlações foram mais significativos quando os domínios dos dois questionários estão relacionados, pois avaliam conteúdos similares.

Podemos concluir, que mediante os resultados obtidos nesta análise, o *KHQ* avalia o mesmo conceito que o questionário SF-36, ou seja, a qualidade de vida. Consideramos, portanto, existir validade concorrente, ou seja, validade de critério para o *KHQ* aplicado à nossa amostra.

1.2 – Análise Descritiva dos Dados

A análise descritiva dos dados é essencial para descrever as características da nossa amostra, mediante os resultados obtidos pelos questionários aplicados, o *KHQ* e o SF-36.

Distribuição das pontuações do KHQ e do SF-36

Torna-se agora necessário analisar os resultados das pontuações globais do *KHQ* e do SF-36 na amostra em estudo. É importante relembrar que no *KHQ*, quanto maior a pontuação, pior a QdV, enquanto no SF-36, quanto maior a pontuação, melhor a QdV percepcionada pela amostra, de mulheres com IUE, em estudo.

Quadro nº 8 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das sub-escalas do *KHQ* (N=141)

Domínios do *KHQ*	Nº de Itens	Min-Max	M	DP
Percepção Geral Saúde	1	25-100	52,48	21,61
Impacto Incontinência	1	0-100	68,56	28,94
Limitações Actividades Diárias	2	0-100	56,50	28,58
Limitações Físicas	2	0-100	67,49	23,68
Limitações Sociais	2	0-100	20,65	24,29
Relações Pessoais	3	0-100	54,02	49,96
Emoções	3	0-100	51,77	31,39
Sono/Disposição	2	0-100	40,54	29,63
Medidas Gravidade	5	0-100	62,93	18,88

Como podemos verificar através da leitura do quadro nº8, os elementos da nossa amostra sentem que a sua QdV é pior nos domínios *Impacto da Incontinência* (M=68,56; DP=28,94) e *Limitações Físicas* (M=67,49; DP=23,68). Logo a seguir, surgem as *Medidas de Gravidade* (M=62,93; DP=18,88), quanto maior a necessidade em adoptar, por exemplo, a utilização de pensos absorventes ou a troca de roupa interior, por se encontrar húmida, as mulheres sentem a sua QdV afectada negativamente. A *Percepção Geral de Saúde* (M=52,48; DP=21,61), também é afectada, provocando uma diminuição da percepção de QdV, este facto reflecte-se negativamente nas *Emoções* (M=51,77; DP=31,39). Surge também, um agravamento da percepção de QdV quando começam a surgir *Limitações de Actividades Diárias* (M=56,50; DP=28,58), levando a um decréscimo das *Relações Pessoais* (M=54,02; DP=49,96) com a família.

Todas as componentes da QdV são lesadas pela IUE, no entanto, a componente *Sono/Disposição* (M=40,54; DP=29,63) é menos prejudicada, e a componente *Limitações Sociais* (M=20,65; DP=24,29) parece ser, substancialmente, menos afectada do que as restantes.

Quadro nº 9 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das sub-escalas do SF-36 (N=141)

Domínios do SF-36	Nº de Itens	Min-Max	M	DP
Função Física	10	0-100	49,82	26,73
Desempenho Físico	4	0-100	65,96	27,41
Dor Corporal	2	0-100	69,33	30,89
Saúde Geral	5	0-80	47,95	19,53
Vitalidade	4	0-81	42,07	17,29
Função Social	2	13-100	76,06	19,51
Desempenho Emocional	3	0-100	78,43	23,42
Saúde Mental	5	0-95	54,01	17,47

Relativamente, aos dados obtidos através do SF-36, podemos concluir que as componentes da QdV mais afectadas negativamente são a *Vitalidade* (M=42,07; DP=17,29), a *Saúde Geral* (M=47,95; DP=19,53) e a *Função Física* (M=49,82; DP=26,73). A IUE não tem um impacto negativo tão premente na componente *Saúde Mental* (M=54,01; DP=17,47), como nas componentes anteriormente referidas. Já o *Desempenho Físico* (M=65,96; DP=27,41) e a *Dor Corporal* (M=69,33; DP=30,89) são pouco afectados pela IUE, pelo que não têm um impacto negativo na QdV.

As componentes menos afectadas pela IUE são a *Função Social* (M=76,06; DP=19,51) e o *Desempenho Emocional* (M=78,43; DP=23,42), resultados que traduzem uma QdV aceitável.

Estes resultados são concordantes com os obtidos no *KHQ*, sendo que a nossa amostra de mulheres, apresenta piores resultados no que concerne a QdV, quando sentem, com maior intensidade, o impacto da incontinência na percepção que têm da sua própria saúde, afectando o seu quotidiano diário, aumentando, concomitantemente, as limitações físicas impostas pela IUE. As componentes sociais e emocionais da QdV foram, pelo contrário, as menos afectadas pelo impacto da IUE na vida das mulheres participantes nesta investigação.

1.3 – Influência das Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas na Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou associações, entre a variável dependente (QdV), nas suas diversas dimensões, em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Procuramos as diferenças entre a QdV das mulheres com IUE em função dos dados socioeconómicos como a idade, o estado civil, a escolaridade e a actividade profissional.

A relação da QdV com as questões clínicas, como o tempo com sintomatologia de IUE, a utilização de pensos/absorventes e a quantidade utilizada, bem como as doenças associadas à IUE também foram relacionadas.

A apresentação dos resultados segue a mesma ordem das questões colocadas no questionário sócio-demográfico e clínico.

Idade

De modo a avaliar o impacto na QdV nas mulheres com IUE, foi utilizado o teste estatístico de correlação de *Pearson*.

Quadro nº 10 - Correlação de Pearson da QdV na mulher com IUE em função da Idade

Domínios do *KHQ*	*r*
Percepção Geral Saúde	**0,36****
Impacto Incontinência	-0,13
Limitações Actividade Diárias	0,02
Limitações Físicas	**0,34****
Limitações Sociais	**0,20***
Relações Pessoais	**0,31****
Emoções	-0,90
Sono/Disposição	**0,21***
Medidas Gravidade	-0,13

*p<0,05; **p<0,01

Através do quadro anterior podemos verificar uma correlação baixa mas significativa entre a idade e as sub-escalas *Percepção Geral de Saúde* (r=0,36; p<0,01), *Limitações Físicas* (r=0,34; p<0,01) e *Relações Pessoais* (r=0,31; p<0,01), já a correlação entre a idade e as sub-escalas *Sono e Disposição* (r=0,21; p<0,05) e *Limitações Sociais* (r=0,20; p<0,05) é muito baixa e pouco significativa.

Assim, podemos concluir que a idade influencia negativamente a *Percepção Geral de Saúde* e as *Limitações Físicas* das mulheres. A componente *Relações Pessoais* também é afectada negativamente pela idade. Com a idade, também aumentam as alterações no *Sono/Disposição* e nas *Limitações Sociais,* mas com menos intensidade, sendo a QdV nestas componentes menos afectada do que as restantes.

Estado Civil

Para a análise da QdV na mulher com IUE em função do estado civil utilizamos o teste *F* da ANOVA para comparação de médias entre os diferentes grupos.

Quadro nº 11 - ANOVA - QdV da mulher com IUE em função do Estado Civil

		N	Média	Desvio Padrão	*F*
Percepção Geral Saúde	**Solteiras**	5	55,00	20,92	1,31
	Casadas/União de Facto	108	51,39	22,12	
	Divorciadas/Separadas	15	50,00	21,13	
	Viúvas	13	63,46	16,51	
Impacto Incontinência	**Solteiras**	5	73,33	27,89	1,23
	Casadas/União de Facto	108	66,05	29,53	
	Divorciadas/Separadas	15	75,56	23,46	
	Viúvas	13	79,49	28,99	
Limitações Actividades Diárias	**Solteiras**	5	70,00	29,81	2,09
	Casadas/União de Facto	108	53,24	29,13	
	Divorciadas/Separadas	15	67,78	20,38	
	Viúvas	13	65,38	27,61	
Limitações Físicas	**Solteiras**	5	70,00	36,13	**2,86***
	Casadas/União de Facto	108	64,97	23,34	
	Divorciadas/Separadas	15	70,00	21,08	
	Viúvas	13	84,62	18,59	
Limitações Sociais	**Solteiras**	5	44,44	43,74	**4,89****
	Casadas/União de Facto	108	16,77	20,75	
	Divorciadas/Separadas	15	28,15	25,84	
	Viúvas	13	35,04	31,05	
Relações Pessoais	**Solteiras**	5	133,33	0,00	**65,07*****
	Casadas/União de Facto	108	33,18	32,34	
	Divorciadas/Separadas	15	108,89	47,92	
	Viúvas	13	133,33	0,00	
Emoções	**Solteiras**	5	60,00	33,88	**2,83***
	Casadas/União de Facto	108	47,84	31,52	
	Divorciadas/Separadas	15	70,37	22,09	
	Viúvas	13	59,83	31,93	
Sono/Disposição	**Solteiras**	5	53,33	38,01	2,17
	Casadas/União de Facto	108	37,65	28,95	
	Divorciadas/Separadas	15	42,22	28,78	
	Viúvas	13	57,6	29,36	
Medidas Gravidade	**Solteiras**	5	62,67	12,11	0,72
	Casadas/União de Facto	108	61,79	18,56	
	Divorciadas/Separadas	15	67,78	23,35	
	Viúvas	13	69,23	18,37	

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,0001; gl=141

Através do quadro nº11, verificamos que existem quatro componentes a revelar diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil, *Relações Pessoais* (F=65,07; *p*<0,0001), *Limitações Sociais* (F=4,89; *p*<0,01) e com diferenças menos significativas as componentes *Emoções* (F=2,83; *p*<0,05) e *Limitações Físicas* (F=2,86; *p*<0,05).

Na componente *Relações Pessoais*, e de acordo com o *Post Hoc de Scheffe*, as diferenças de médias situam-se entre o grupo das casadas/união de facto (M=33,18; DP=32,34) e os restantes grupos, das solteiras (M=133,33; DP=0,00), das divorciadas/separadas (M=108,89; DP=47,92) e das viúvas (M=133,33; DP=0,00).

Quanto à componente *Limitações Físicas*, o *Post Hoc de Scheffe* situa diferenças de médias entre o grupo das casadas/união de facto (M=64,97; DP=23,24) e o grupo das viúvas (M=84,62; DP=18,59).

Relativamente às componentes *Limitações Sociais* e *Emoções*, existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos em análise, mas o *Post Hoc de Scheffe* não situa as diferenças entre os grupos.

Assim, as participantes deste estudo revelaram diferenças, no que concerne à percepção que têm da QdV, em função do estado civil. Relativamente às *Limitações Físicas*, na nossa amostra de mulheres com IUE, o grupo das casadas considera ter melhor QdV do que o grupo das viúvas. Na componente *Relações Pessoais*, podemos verificar que o grupo das mulheres casadas consideram a sua QdV é melhor do que a de mulheres pertencentes a outros grupos (solteiras, divorciadas/separadas e viúvas).

Escolaridade

A análise da QdV na mulher com IUE em função da escolaridade, número de anos que frequentou o ensino, foi efectuada através da correlação de *Pearson*.

Quadro nº 12 - Correlação de Pearson da QdV na mulher com IUE em função da Escolaridade

Domínios do *KHQ*	*r*
Percepção Geral Saúde	**-0,30****
Impacto Incontinência	0,03
Limitações Actividades Diárias	-0,10
Limitações Físicas	**-0,31****
Limitações Sociais	-0,11
Relações Pessoais	**-0,20***
Emoções	0,02
Sono/Disposição	-0,16
Medidas Gravidade	0,02

*p<0,05; **p<0,01

Relativamente a análise da correlação da QdV na mulher com IUE em função da escolaridade, verificamos que as variáveis que apresentam uma correlação estatisticamente significativa, encontram-se inversamente correlacionadas.

Mediante a análise do quadro verificamos que existe uma correlação baixa mas significativa e negativa com as sub-escalas *Limitações Físicas* (r=-0,31; p<0,01), *Percepção Geral de Saúde* (r=-0,30; p<0,01), e uma correlação muito baixa, pouco significativa e negativa com a sub-escala *Relações Pessoais* (r=-0,20; p<0,05).

Podemos perceber que as mulheres com mais anos de escolaridade têm as componentes da QdV, *Percepção Geral de Saúde*, *Limitações Físicas* e *Relações Pessoais* menos afectadas pela IUE.

Actividade Profissional

As participantes do estudo foram indagadas acerca da actividade profissional exercida, Para esta análise, utilizamos o este *F* da ANOVA para comparação de médias entre os.diferentes grupos.

Através da análise do quadro apresentado em anexo (Anexo G), podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas em função da actividade profissional e a componente *Percepção Geral de Saúde* (F=2,82; p<0,01). Já as componentes *Impacto da Incontinência* (F=2,37; p<0,05) e *Limitações Físicas* (F=2,47; p<0,05) apresentam diferenças estatisticamente pouco significativas.

O teste *Post Hoc de Scheffe* não foi realizado por existirem grupos profissionais com menos de dois casos.

Tempo com Sintomatologia de IUE

Na nossa análise também procedemos à correlação entre a QdV nas mulheres com IUE em função do tempo com perdas urinárias, cujos resultados apresentamos no quadro nº13.

Quadro nº 13 - Correlação de *Pearson* da QdV na mulher com IUE em função do tempo com sintomas

Domínios do *KHQ*	*r*
Percepção Geral Saúde	0,14
Impacto Incontinência	-0,09
Limitações Actividades Diárias	-0,09
Limitações Físicas	**-0,34****
Limitações Sociais	0,06
Relações Pessoais	0,26
Emoções	-0,11
Sono/Disposição	0,08
Medidas Gravidade	-0,08

**p<0,01

No que concerne a variável tempo com sintomas, há uma correlação baixa mas significativa e negativa com a sub-escala *Limitações Físicas* (r=-0,34; p<0,01). Ou seja, quanto maior o período de tempo com que as pessoas padecem de sintomatologia de IUE, menor vai ser o impacto das *Limitações Físicas* nas suas vidas.

Utilização de pensos/absorventes

O quadro seguinte mostra as médias e os desvios padrão encontrados por cada uma das sub-escalas do *KHQ,* de acordo com a necessidade de utilizar pensos sentida pelas participantes, bem como a comparação de médias através do teste (t) para amostras independentes.

Quadro nº 14 - t-test para amostras independentes - QdV da mulher com IUE em função da necessidade de usar pensos

Variável	Sim (130)		Não (11)		t
	M	DP	M	DP	
Percepção Geral Saúde	52,69	22,07	50,00	15,81	0,40
Impacto Incontinência	68,97	28,51	63,64	34,82	0,59
Limitações Actividades Diárias	56,92	27,36	51,52	41,80	0,60
Limitações Físicas	67,82	23,22	63,64	29,64	0,56
Limitações Sociais	20,34	23,61	24,24	32,52	-0,51
Relações Pessoais	54,36	49,74	50,00	54,77	0,28
Emoções	52,65	31,17	41,41	33,74	1,14
Sono/Disposição	40,38	29,39	42,42	34,45	-0,22
Medidas Gravidade	67,77	16,12	41,21	32,77	**4,21****

**p<0,01; gl=141

Relativamente ao uso ou não de pensos para se manterem secas, este facto parece estar relacionado com as *Medidas de Gravidade* adoptadas pelas mulheres com IUE (t=4,21; p<0,01), sendo a QdV mais afectada quando as mulheres usam pensos absorventes (M=67,77; DP=16,12).

Nº pensos/absorventes utilizados

O número de pensos, ou absorventes, utilizados, em média diariamente, tem correlação com a QdV da mulher com IUE, como podemos verificar no quadro seguinte.

Quadro nº 15 - Correlação de Pearson da QdV na mulher com IUE em função do nº pensos/dia

Domínios do *KHQ*	*r*
Percepção Geral Saúde	0,15
Impacto Incontinência	**0,24****
Limitações Actividades Diárias	**0,24****
Limitações Físicas	**0,35****
Limitações Sociais	**0,24****
Relações Pessoais	0,13
Emoções	**0,27****
Sono/Disposição	**0,28****
Medidas Gravidade	**0,32****

**p<0,01

Relativamente ao número de pensos utilizados, em média, por dia existe uma correlação baixa mas significativa com as sub-escalas *Limitações Físicas* (r=0,35; p<0,01), *Medidas de Gravidade* (r=0,32; p<0,01), *Sono e Disposição* (r=0,28; p<0,01) e *Emoções* (r=0,27; p<0,01). Apresenta também uma correlação muito baixa mas significativa com as sub-escalas *Impacto da Incontinência* (r=0,24; p<0,01), *Limitações de Actividades Diárias* (r=0,24; p<0,01) e *Limitações Sociais* (r=0,24; p<0,01).

Deste modo, podemos concluir, que quanto maior o número de pensos utilizados, diariamente, pela nossa amostra, mais acentuadas são as *Limitações Físicas*, e consequentemente aumentam as *Medidas de Gravidade* adoptadas. Estes factos implicam um decréscimo da QdV no que concerne o *Sono e Disposição* e as *Emoções*. O *Impacto da Incontinência* nestas mulheres, bem como as *Limitações de Actividades Diárias* e as *Limitações Sociais*, também aumentam, levando a uma descida da QdV percepcionada.

Doenças Associadas

Apresentamos de seguida os resultados obtidos com a correlação da QdV na mulher com IUE em função das doenças associadas a esta patologia.

Utilizamos o teste (*t*) para comparação das médias e desvio-padrão para cada uma das sub-escalas em função das outras doenças associadas que as participantes referiram com maior frequência, as doenças metabólicas e as doenças psiquiátricas.

Quadro nº 16 - t-test para amostras independentes - QdV da mulher com IUE em função de Doenças Metabólicas

Variável	Sim (23)		Não (118)		t
	M	DP	M	DP	
Percepção Geral Saúde	60,87	18,19	50,85	21,91	**2,06***
Impacto Incontinência	73,91	26,51	67,51	29,39	0,97
Limitações Actividades Diárias	63,04	27,50	55,23	28,72	1,20
Limitações Físicas	74,64	23,50	66,10	23,56	1,59
Limitações Sociais	28,99	26,11	19,02	23,70	1,81
Relações Pessoais	37,39	52,82	51,41	49,19	1,41
Emoções	67,63	31,59	48,68	30,54	**2,71****
Sono/Disposição	51,45	30,11	38,42	29,20	**1,95***
Medidas Gravidade	68,70	15,50	61,81	19,33	1,61

*$p<0,05$; **$p<0,01$; gl=141

Relativamente às mulheres, com ou sem doenças metabólicas, estas apresentam diferenças significativas no domínio *Emoções* (t=2,71; p<0,01), sendo que quem padece de doenças do foro metabólico percepciona de forma mais negativa as suas emoções, do que quem não sofre destas patologias (M=67,63; DP=31,59).

As componentes da QdV que apresentam diferenças menos significativas são a *Percepção Geral de Saúde* (*t*=2,06; *p*<0,05) e *Sono e Disposição* (*t*=1,95; *p*<0,05), sendo que quem sofre de doenças metabólicas vê a sua qualidade de vida mais afectada nestas componentes do que as restantes mulheres da amostra.

Quadro nº 17 - t-test para amostras independentes - QdV da mulher com IUE em função de Doenças Psiquiátricas

Variável	Sim (15)		Não (126)		t
	M	DP	M	DP	
Percepção Geral Saúde	63,33	16,00	51,19	21,88	**2,08***
Impacto Incontinência	80,00	24,56	67,20	29,21	1,63
Limitações Actividades Diárias	77,78	24,93	53,97	28,00	**3,15***
Limitações Físicas	80,00	20,12	66,01	23,70	**2,19***
Limitações Sociais	41,48	27,37	18,17	22,78	**3,67****
Relações Pessoais	54,44	43,86	53,97	50,79	0,28
Emoções	79,26	29,06	48,50	30,13	0,04
Sono/Disposição	68,89	27,36	37,17	28,15	**3,75****
Medidas Gravidade	64,44	23,99	62,75	18,29	**4,14****

**p*<0,05; **p<0,01; gl=141

Relativamente à influência na QdV, em pessoas com IUE, das doenças do foro psiquiátrico, como por exemplo, as depressões, estas apresentam diferenças estaticamente significativas nas componentes *Limitações Sociais* (*t*=3,67; *p*<0,01), *Sono e Disposição* (*t*=3,75; *p*<0,01) e *Medidas de Gravidade* (*t*=4,14; *p*<0,01), apresentam diferenças estatisticamente muito significativas com perda de QdV das mulheres com doenças psiquiátricas.

A *Percepção Geral de Saúde* (*t*=2,08; *p*<0,05), *Limitações de Actividades Diárias* (*t*=3,15; *p*<0,05) e *Limitações Físicas* (*t*=2,19; *p*<0,05), apresentam diferenças

estatisticamente menos significativas, sendo as mulheres com este género de patologia as que manifestam decréscimo da sua QdV nestas componentes.

PARTE IV

DISCUSSÃO

Discussão de Resultados

Após uma revisão sobre o actual estado do conhecimento empírico acerca das principais variáveis deste estudo, exposição à metodologia utilizada na recolha de informação e explanação dos resultados, urge agora proceder a uma análise pormenorizada sobre as implicações dos resultados obtidos para o conhecimento da temática em estudo. Neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados, tendo em conta os objectivos propostos.

Adaptação Linguística e Cultural e Validação do KHQ

Estudamos uma amostra composta por mulheres diagnosticadas com IUE, através do exame urodinâmico, realizado num hospital do grande Porto. Esta é uma patologia ainda muito escondida e aceite como parte do envelhecimento, sendo a génese de uma vergonha e embaraço por algo que não é passível de controlar eficazmente (Dugan et al, 2000; Morrow, 2005; Wein, Raz e Young, 1999).

O controlo desta epidemia silenciosa passa não só por uma divulgação de informação existente acerca desta patologia, mas também são relevantes os resultados benéficos para estas pacientes após o controlo da micção.

Pretendemos com este estudo, analisar os resultados da adaptação linguística e cultural do *KHQ* a uma amostra de mulheres com IUE comprovada pelo exame urodinâmico.

O *KHQ* mostrou-se de aplicação rápida, cerca de 20 minutos, de fácil compreensão, não ofensivo para as respondentes e não causador de significativa perturbação a nível emocional.

A selecção de população de mulheres com IUE prendeu-se com o interesse em realizar a sua aplicação numa população com uma sintomatologia muito específica, sendo o diagnóstico preciso, e uma queixa relativamente comum entre as mulheres (Espuña e Salinas, 2004). Existem, no entanto, implicações mentais e emocionais, bem como alterações no quotidiano, inerentes ao aparecimento e agravamento da IUE (McGrother et al, 2004).

A fidelidade do questionário foi estudada nas suas diferentes dimensões, apresentando valores de consistência interna teoricamente aceitáveis, ligeiramente inferiores aos obtidos na validação inicial realizada pelos autores. Assim, a fidelidade foi mensurada através da consistência interna por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach. Variou entre 0,64, nos domínios *Limitações Físicas* e *Medidas de Gravidade*, a 0,89 no domínio *Emoções*. Estes intervalos são semelhantes aos encontrados noutros estudos de validação do *KHQ* (Fonseca et al, 2005; Badia Llac, Castro Diaz e Conejero Sugranes, 2000; Kelleher et al, 1997; Tamanini, 2002; Tamanini et al, 2003).

O *KHQ* apresentou-se com uma estabilidade temporal muito boa, uma vez que os valores de correlação entre as duas aplicações (teste-reteste) se situaram entre um mínimo de 0,87 e um máximo de 0,99 (Ribeiro, 1999).

A análise da estrutura conceptual do questionário, permitiu-nos concluir que os construtos teóricos se encontram organizados de forma similar ao questionário desenvolvido pelos autores para as mulheres com IU (Kelleher et al, 1997). Nenhum item do *KHQ* foi eliminado da escala pelo que se manteve com 21 itens, dado que nenhum contribuía para baixar a sua consistência interna e todos apresentavam uma carga factorial superior a 0,40, exceptuando o item 8a e 5c, ainda que com o pirmeirocarga superior a 0,10 comparativamente com outras sub-escalas.

De acordo com a análise convergente-discriminante dos itens, a maioria das questões apresentou uma boa correlação convergente/discriminante com as respectivas sub-escalas. Apenas as questões 3b, 8d e 8e, não mostraram uma diferença discriminativa superior a 0,10 entre as suas sub-escalas e as restantes (Ribeiro, 1999). A questão 5c correlacionou-se com uma sub-escala a que não pertencia mas este facto era

previsível, pois os autores do *KHQ*, Kelleher e colaboradores (1997), estabeleceram esta relação nas cotações do questionário. De forma geral, os itens encontram-se organizados de forma semelhante à escala original pelo que optamos por manter a estrutura original.

Ao analisarmos a validade concorrente do *KHQ*, tendo por base o SF-36, podemos concluir que partilham o mesmo construto, a qualidade de vida, ainda que possuam características diferentes, dado que o SF-36 é um questionário que avalia a QdV na saúde geral e o *KHQ* é específico para a IU. De forma geral todos os domínios do *KHQ* se correlacionam de forma significativa com os domínios do SF-36, as correlações aumentam quando os domínios estão relacionados, ao avaliarem o mesmo conteúdo, como por exemplo, a saúde geral e a percepção geral de saúde.

Podemos concluir, que mediante os resultados obtidos nesta análise, o *KHQ* e o SF-36, estão a avaliar o mesmo conceito, qualidade de vida, pelo que consideramos existir validade concorrente, ou seja, validade de critério entre os questionários aplicados à nossa amostra.

Os resultados do nosso estudo são corroborados por Kelleher e colaboradores (1997), autores do estudo original, e por Tamanini (2002), investigador responsável pela tradução e validação do questionário original para a cultura brasileira. Os autores do questionário original e do adaptado e validado para o Brasil, obtiveram os mesmos resultados nas correlações, ou seja, estas foram maiores quando os domínios estão relacionados. Ambos, os estudos relacionaram o *KHQ* com o SF-36, tendo confirmado a hipótese de que o impacto da IU afecta negativamente a QdV.

Concluímos que o *KHQ*, se mostra fiável e válido para avaliar o impacto da IUE na QdV da mulheres. Este instrumento vai permitir aos enfermeiros identificar com maior clareza, a presença e gravidade da IUE, de modo a que possam indicar formas de tratamento, e avaliarem a evolução e resultados dos mesmos.

Impacto da Incontinência Urinária de Esforço na Qualidade de Vida das Mulheres

Neste estudo todos os participantes são do género feminino pois foi esta população que nos propusemos estudar e analisar.

A média de idades da nossa amostra é 53,2 anos (DP=0,92). A idade das participantes influi na percepção geral de saúde, nas limitações físicas sentidas e nas relações pessoais, de forma menos significativa também tem correlação com o sono e disposição e com as limitações sociais. Este facto é corroborado por Donovan (2001) cujos estudos indicam que a IU perturba a vida de 20% das mulheres adultas, havendo um pico de 30 a 40% na meia-idade.

A população que se encontra nesta faixa etária é considerada a mais activa (Silva, 2008), pelo que é entendível o facto de haver uma afectação negativa nas relações pessoais e consequentemente na percepção geral de saúde (Evans, 2007). Como refere Cordeiro (2008), no seu estudo, as limitações físicas podem ser sentidas, entre 77 a 87%, em actividades como, tarefas domésticas, trabalho e actividades fora do domicílio.

Torna-se, importante que os enfermeiros detectem estas situações, o mais precocemente possível, para que possam evitar este género de sentimentos e limitações em mulheres com incontinência urinária de esforço, em relação a si próprias.

As nossas participantes revelaram um baixo nível educacional. Este facto não constitui surpresa, pois se verificarmos os dados publicados pela Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) em 2010, estes demonstram que o nível educacional dos adultos entre os 25 e os 64 anos, em Portugal, é maioritariamente a nível da educação pré-primária e primária (54%), e que os indivíduos que não concluíram o ensino secundário constituem 18% da população portuguesa.

A escolaridade, na nossa amostra, correlaciona-se, embora de forma muito baixa e pouco significativa, com as relações pessoais. Existe literatura que sugere que os indivíduos com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de uma melhor gestão emocional relativamente às consequências da IU (Laumann, Paik e Rosen, 1999). Castro e colaboradores (2003), descrevem este facto no seu estudo acerca da QdV, em que os doentes que possuíam maior nível de escolaridade, adaptaram-se melhor à doença.

As participantes em função do estado civil, revelaram diferenças, no que concerne a percepção da QdV, em função do estado civil. Relativamente às limitações físicas, as mulheres casadas consideram ter melhor QdV do que o grupo das viúvas. O grupo das mulheres casadas também considera que a sua QdV é melhor, considerando as

relações pessoais estabelecidas, enquanto as mulheres pertencentes a outros grupos, solteiras, divorciadas/separadas e viúvas, apresentam pior QdV. Este facto, pode dever-se à existência de maior apoio familiar às mulheres casadas, implicando maior integração social das mulheres com uma relação do que aquelas que não têm um companheiro (Azevedo, 2004).

Relativamente à actividade profissional, esta influi significativamente na percepção geral de saúde e menos significativamente no impacto da incontinência e nas limitações físicas. Na amostra, cerca de metade das participantes, não desempenha actividade profissional, pois 30,5% são reformadas e 18,8% são desempregadas, perfazendo um total de 48,9%. As restantes participantes, 51,1%, encontram-se em exercício profissional.

Estes dados podem dever-se ao facto da mulher se sentir saudável enquanto é capaz de desempenhar as suas funções laborais. De acordo com estudo de Simonetti e colaboradores (2001), a partir do momento em que o impacto da incontinência é suficiente para limitar as actividades físicas e consequentemente a capacidade de trabalhar, a mulher com IUE sente que a sua saúde é afectada. Deste modo, é importante que a equipa de enfermagem se mantenha alerta para estes factores, minimizando as consequências da IUE.

O tempo com sintomas de IUE parece influir negativamente nas limitações físicas sentidas pelas participantes do nosso estudo. O número de anos com sintomatologia de IUE variou entre 1 a 40 anos (M=8,79; DP=0,8). Acreditamos que estes resultados indiciam que a incapacidade de conter urina se vai agravando com o tempo, conduzindo a um aumento das limitações físicas. Este facto é comprovado por Donovan (2001), que nos seus estudos, apresenta valores de prevalência no início da idade adulta de 20 a 30%, um pico de 30 a 40% na meia-idade e um acréscimo na mulher idosa de 30 a 50%.

Relativamente ao uso, ou não, de pensos para se manterem secas, 92,2% da nossa amostra, referiu usar algum tipo de penso absorvente. Algo que parece estar relacionado com as medidas de gravidade adoptadas pelas mulheres com IUE, a QdV é pior quando as mulheres usam pensos absorventes.

Quanto ao número de pensos utilizados, em média, 36,9% da população da nossa amostra utiliza pelo menos 2 diariamente. Existe uma correlação baixa, mas significativa com as limitações físicas, emoções, sono e disposição e medidas de

gravidade. Verifica-se também uma correlação muito baixa mas significativa com o impacto da incontinência, limitações de actividades diárias e limitações sociais.

Esta análise confirma que a QdV é pior, quanto maior a gravidade deste parâmetro clínico, resultados a que também chegou Tamanini (2002) e Tamanini e colaboradores (2003). O impacto da incontinência urinária demonstra-se em vários aspectos do quotidiano como os de cariz ocupacional, mediante faltas no local de trabalho e dificuldade no cumprimento de horários. Também podem ocorrer limitações físicas impondo a cessação das actividades de lazer, interacções sociais e diminuição do convívio familiar (Evans, 2007; McGrother et al, 2004; Cordeiro, 2008).

No que concerne a existência de doenças associadas à IUE, 33,3% das mulheres da nossa amostra referiram não ter doenças associadas, enquanto a maioria, 66,7% apresenta morbilidades associadas à IUE. A QdV das mulheres com IUE expõe diferenças estatisticamente significativas em função das doenças associadas, ou seja, as mulheres que têm doenças associadas à IUE têm pior QdV no que concerne a percepção geral de saúde, as limitações físicas, as limitações sociais e o sono e disposição.

Estas diferenças sugerem que as mulheres com doenças associadas à IUE se sentem mais debilitadas na sua saúde, quer física, quer emocional, e com consequências a nível do sono e disposição, do que aquelas que não possuem outra patologia a ameaçar a sua saúde. Os enfermeiros ao procurarem minimizar o impacto da IUE na QdV destas mulheres, devem contribuir para aumentar os níveis de conhecimento acerca da sua situação de saúde, de modo a que haja um aumento da sua autonomia. Esta condição deve levar a que tomem atitudes mais positivas e responsáveis em relação ao controlo das suas doenças e redução das complicações que daí advém.

Relativamente às outras doenças associadas, que as participantes referiram, destacamos as doenças metabólicas (17,7%) e as doenças psiquiátricas (9,9%) por serem as mais verbalizadas.

As doenças metabólicas apresentam diferenças significativas no domínio da QdV *Emoções*, sendo que quem tem doenças do foro metabólico associa as suas emoções a um decréscimo da QdV. As componentes limitações sociais e sono e disposição, também apresentam diferenças entre os que têm, e os que não têm, doenças metabólicas. As mulheres com doenças metabólicas associadas à IUE, sentem que a sua QdV decresce, comparativamente com as mulheres que não sofrem de patologias

do foro metabólico. Situação que pode ser compreendida, pois, mais uma vez, esta conjugação de doenças pode ser encarada com uma ameaça à integridade individual.

Relativamente à influência na QdV, em pessoas com IUE, das doenças do foro psiquiátrico, como por exemplo, as depressões, estas apresentam alterações na percepção geral de saúde, limitações de actividades diárias e limitações físicas sendo as mulheres com esta patologia as que manifestam decréscimo da sua QdV nestas componentes. As componentes limitações sociais, sono e disposição e medidas de gravidade apresentam diferenças estatisticamente muito significativas, com perda de QdV das mulheres com doenças do foro psiquiátrico. De facto, os efeitos psicossociais da IUE podem ser assoladores com múltiplos e abrangentes efeitos sobre a percepção do estado de saúde, as actividades diárias e a interacção social (Simonetti et al, 2001; Vigod e Stewart, 2006).

Existem diversos estudos que demonstram que a incapacidade de conter urina leva a sintomas de depressão (Meade D'Alisera et al, 2001; Azevedo, 2004). As mulheres cultivam o receio de serem consideradas inúteis, de se sentirem humilhadas, resultando em sentimentos de ansiedade e solidão, que culminam numa depressão (Garley e Unwin, 2006; Simonetti et al, 2001; Azevedo, 2004; Vigod e Stewart, 2006; Hitti, 2006; Cordeiro, 2008).

Passamos agora a analisar as componentes da QdV das mulheres, participantes no nosso estudo, e a forma como são afectadas pela IUE.

A percepção geral de saúde é mais associada a debilidade física do que a labilidade emocional, facto referido por Leon-Guerrero (2011) que afirma que a capacidade de conter urina tem uma associação negativa com a vida e saúde da pessoa, mas pode ou não reflectir-se no bem-estar sentido. Estando limitada fisicamente pelas perdas de urina, a mulher sente como limitados o tipo de actividades que pode exercer e o tempo que pode permanecer em determinado local (Simonetti et al, 2001).

As limitações da IUE no quotidiano verificam-se mais no exercício de actividades físicas, como no trabalho ou ocupação (McGrother et al, 2004), e na sanidade mental por se sentirem humilhadas o que pode levar à auto-exclusão social e depressão (Simonetti et al, 2001).

Assim, quanto maior a gravidade da IUE, maior o impacto nas relações pessoais estabelecidas, estando estas relacionadas, em particular, com o companheiro.

Tendencialmente as mulheres evitam estabelecer contactos íntimos que as possam colocar numa situação vulnerável, envergonhando-as ou mesmo humilhando-as (Azevedo, 2004; Innerkofler et al, 2008; Meade-D'Alisera et al, 2001; Silva, 2008). De acordo com Silva (2008), existe uma forte relação entre a auto-estima e a forma como é vivenciada a sexualidade, pois uma boa auto-estima proporciona melhor confiança, mesmo que só a nível psicológico.

A intervenção da enfermagem no apoio à mulher com IUE está alicerçada no modelo do auto cuidado de Orem. Os enfermeiros devem promover o desenvolvimento de estratégias que aumentem a satisfação sexual, de modo a que as mulheres se sintam apoiadas e esclarecidas.

Como referem Simonetti e colaboradores (2001), as mulheres que sofrem com IUE alteram as suas rotinas diárias, deixam de frequentar festas, e evitam transportes colectivos e viagens longas, evitando o convívio social que pode induzir a depressões (Meade-D'Alisera et al, 2001). Sendo que quanto maior a severidade da IUE maior o impacto nas emoções e, também, nas limitações das actividades diárias, mantendo um estreito relacionamento com a saúde mental.

As limitações físicas e psicológicas impostas pela IUE, alteram o padrão de sono, que passa a ser perturbado por idas à casa de banho durante a noite, noctúria, influindo na capacidade de alerta durante o dia, afectando de forma geral em todas as actividades desenvolvidas e a capacidade emocional de cooperar com esta situação (Simonetti et al, 2001).

A intervenção realizada pelos enfermeiros deve passar pela promoção da auto-estima e auto-imagem da pessoa, sendo esta directamente afectada pelo conceito de si própria.

Assim, de forma geral, podemos concluir que o impacto da incontinência tem maior influência nas actividades diárias e estas são reflectidas mediante as limitações físicas e limitações sociais. Quanto mais frequentemente são adoptadas as medidas de gravidade, como por exemplo a utilização de maior número de pensos absorventes ou terem de trocar a roupa por se encontrar molhada, maior impacto ocorre nas emoções da nossa amostra.

A severidade de medidas a serem tomadas, como o uso de pensos absorventes, a quantidade de água ingerida, a troca de roupa húmida com urina ou a possibilidade de

cheirar a urina, trazem consigo sentimentos de impotência e humilhação mediante a incapacidade de controlar a perda de urina. Estas medidas tornam-se indicadores de saúde, de funcionamento físico, função social e consequentemente da saúde mental, ocorrendo uma alteração do papel social independente da vontade destas mulheres que se sentem cada vez mais vulneráveis e deprimidas (Simonetti et al, 2001).

O enfermeiro, tem um papel fundamental junto das mulheres com IUE, na adequação de comportamentos, levando à redução de condutas como a restrição prolongada de líquidos e micção pouco frequente, comportamentos que podem causar complicações e danos à saúde destas mulheres (Lopes e Higa, 2005).

As mulheres com IUE, possuem em si próprias os recursos latentes que lhes permitirão viver com o seu comprometimento físico, através de reflexões que levam à actualização dos recursos que têm disponíveis (Chalifour, 1989).

Consideramos, que a teoria do auto cuidado de Orem se adequa à problemática vivenciada pela mulher com IUE, englobando fundamentos para a prática e vivência da saúde, com o objectivo último de promover a autonomia destas mulheres.

Os indivíduos devem perceber a dinâmica da sua patologia e aprender a cuidar de si próprios. Este processo não é inato, é desenvolvido continuamente, de acordo com as necessidades específicas do indivíduo (Moore et al, 2007).

A avaliação deve ser realizada pelos enfermeiros, e deverá estar voltada para a orientação de condutas de reestruturação da continência, ou, facilitar o convívio com a incontinência em todos os contextos, de modo a fomentar a qualidade de vida destas mulheres.

Limitações e Implicações do Estudo para a Prática de Enfermagem e Investigação

Pelas análises realizadas, parece-nos que o *KHQ* constitui-se como um instrumento de medida independente e específico, fiável e válido, para as mulheres que padecem de IUE, sendo substancialmente diferente de outras medidas utilizadas na avaliação da QdV na saúde.

Após o término desta investigação, importa reflectir acerca das possíveis limitações do estudo, que possam ter contribuído para que os resultados não sejam generalizáveis. A aplicação do instrumento ocorreu num contexto muito específico, apenas num hospital da região do grande Porto, e numa amostra reduzida (N=141), pelo que há necessidade de replicar aplicação desta escala em amostras mais alargadas à população portuguesa, para uma maior representatividade e abrangência territorial, conduzindo a uma maior relevância dos resultados. Também seria importante validar este questionário para outros tipos de IU, de modo a ser inspeccionada a sua sensibilidade para essas alterações de saúde.

Outra limitação reporta-se ao facto do estudo ser transversal, limitado a um dado momento no tempo. A realização de uma investigação, acerca da QdV em pessoas com IUE, de cariz longitudinal, seria útil para percebermos, de que modo este construto evolui ao longo do tempo, e que factores contribuem, com maior precisão, para um aumento do mesmo nestas pessoas.

Como sugestão de um futuro estudo desta temática, pode-se tentar perceber como alguns dos tratamentos para a IUE, como a realização de exercícios de Kegel, a intervenção cirúrgica ou a aplicação tópica de estrogénios, afecta a qualidade de vida das mulheres com IUE.

Outro estudo, pode ser, verificar a eficácia dos resultados do tratamento cirúrgico da IUE, se após o qual forem associados exercícios de Kegel. Esta investigação deverá ser experimental, efectuada com dois grupos de mulheres, as que seriam apenas submetidas a tratamento cirúrgico, e as que seriam acompanhadas por um enfermeiro, durante um determinado período de tempo, que lhes faria ensinos acerca dos exercícios de Kegel existentes e a forma correcta de os efectuar.

A doente com IUE carece de cuidados de saúde qualificados, persistentes e holísticos. Cabe aos enfermeiros protagonizar a detecção de casos e a enumeração de tratamentos que existem, em prol de uma melhor QdV, no sentido de direccionar as informações a este tipo de doentes. Este é um campo inexplorado pela enfermagem, pois só agora, as mulheres, paulatinamente, se familiarizam com os tratamentos para o problema que ainda é mantido, por vezes, na obscuridade.

Uma contribuição importante deste estudo resultou da compreensão de como a QdV das participantes é afectada e influenciada pela IUE.

Os enfermeiros devem aprender a avaliar o impacto da IUE na QdV nas mulheres, e perceber que a gestão dos seus sinais e sintomas pode conduzir a uma melhoria da QdV. Isto, levá-los-á a promover, planear e desenvolver intervenções específicas na área da enfermagem, capazes de dar respostas eficazes aos reais e potenciais problemas da paciente.

As mulheres com IUE devem ser consideradas alvos de educação para a saúde, que possuem em si próprias os recursos latentes que deverão ser actualizados, da forma que lhes for mais conveniente, mediante reflexões estabelecidas com o seu ambiente físico e humano. Os enfermeiros devem ser os responsáveis pela adaptação mais eficaz ao problema vivenciado pela mulher com IUE, mediante a realização de tarefas, guiando e apoiado a paciente, procurando, na medida do possível, promover um ambiente que promova o desenvolvimento e ensinando a utente.

O alerta dos enfermeiros para a detecção desta problemática e para as possibilidades de tratamento da IUE, vai permitir às mulheres, uma participação mais activa e consciente no seu processo de saúde/doença. A partir destes pressupostos emerge como implicação para a prática, a diminuição dos efeitos adversos da IUE na QdV das mulheres.

Outra aplicação deste estudo, remete-se à transposição para a nossa cultura de um instrumento fiável e rigoroso, capaz de avaliar a QdV em mulheres com IUE. A existência do *KHQ*, permitirá promover, de forma fidedigna, maior pesquisa em enfermagem acerca da IUE.

O facto da versão portuguesa do *KHQ* ter um tamanho reduzido, com 21 questões, possibilita a sua utilização por enfermeiros nos seus ambientes de trabalho.

CONCLUSÃO

A incontinência urinária, em particular, a incontinência urinária de esforço, continua a ser um problema que afecta muitas pessoas, causando elevados custos para o indivíduo, afectando a sua qualidade de vida e tendo custos elevados para a sociedade.

Permanece ainda como um tema tabu na sociedade pelo embaraço que causa aos doentes quando decidem apresentar o seu problema ao médico, envolto em vergonha na abordagem do assunto e pelo facto de ser percepcionada como fazendo parte natural do envelhecimento.

As especificidades individuais parecem condicionar a atribuição de significados aos acontecimentos da vida, o modo como os sintomas são percepcionados pelo indivíduo e as estratégias que este mobiliza para reagir ao adoecimento físico, favorecendo ou não a adaptação e o bem-estar.

Deste modo, é importante considerar a gravidade da incontinência urinária de esforço não apenas em relação à gravidade da sintomatologia mas também ao impacto psicológico e social, que está relacionado com a forma como lesa as actividades de vida diárias, as actividades sociais, as relações e as emoções (Azevedo, 2004; Simonetti et al, 2001).

A fase adulta é inevitavelmente acompanhada por um declínio do correcto funcionamento das funções fisiológicas, com variações entre a gravidade do problema e os indivíduos. A incontinência urinária de esforço não deve ser encarada como uma consequência inevitável do envelhecimento, nem incurável, existindo tratamentos tradicionais, cirúrgicos e medicamentosos que podem eliminar este problema ou ajudar a reduzi-lo (Heidrich e Wells, 2004; Holrroyd-Leduc, Metha e Covinsky, 2004).

Realizamos este estudo de investigação, tendo como objectivos adaptar linguística e culturalmente o *KHQ*, validar a escala *KHQ* para mulheres com IUE e avaliar o impacto que a IUE assume na QdV das mulheres participantes no estudo. A versão traduzida do *KHQ* mostrou ser um instrumento adaptado para avaliar a QdV em mulheres com IUE. O *KHQ* foi bem aceite pelas participantes, constitui um instrumento independente e específico, que se mostrou fiável e válido. O *KHQ* reuniu um conjunto de características psicométricas que permitem assegurar com algum grau de certeza a sua validade e fidelidade.

A versão estudada apresentou uma boa consistência interna na generalidade das sub-escalas. A estabilidade temporal foi estudada e apesar da limitação da amostra (n=30 participantes) os resultados são aceitáveis, apresentando correlação significativa, alta a muito alta, entre as diversas sub-escalas do *KHQ*.

Os resultados obtidos na análise convergente-discriminante dos itens, 21, demonstraram que, na generalidade, estes se correlacionam com as respectivas sub-escalas, seguindo a estrutura do autor da escala.

Também avaliamos a validade de critério, através da correlação de Pearson entre o *KHQ* e o SF-36, obtendo uma correlação muito baixa a moderada e significativa em todas as sub-escalas do *KHQ*.

A análise geral dos resultados obtidos, traduz numa baixa percepção de qualidade de vida em todos os domínios para mulheres com IUE, sendo a *Percepção Geral de Saúde*, as *Limitações Físicas*, as *Emoções* e *Sono e Disposição* as mais afectadas.

Com a saúde pública e a medicina preventiva a afirmarem-se cada vez mais na sociedade, torna-se inevitável o aumento das doenças crónicas e incapacitantes, como a IUE. Promovendo o seu tratamento e a diminuição de efeitos negativos, reconhece-se a necessidade de permitir às mulheres incontinentes a capacidade de se manterem activas na sociedade, capazes de serem produtivas e conservarem a sua rede social intacta.

Com o intuito de perceber concretamente o que esta desordem fisiológica provoca na vida destas mulheres analisamos os resultados deste estudo para, quem sabe, posteriormente podermos diagnosticar, informar, tratar e melhorar eficientemente a vida de pessoas que sofrem de incontinência urinária de esforço e que julgam não existir uma solução para os seus problemas.

O avançar da idade, a solidão relacional e as doenças associadas interferem negativamente com o impacto da IUE, reflectindo-se numa pior qualidade de vida experienciada por estas mulheres. A depressão associada à IUE traduz também uma pior percepção da qualidade de vida, levando a estados emocionais mais débeis.

Assim, consideramos que os resultados obtidos neste estudo têm validade interna (a relação que se observa entre variáveis é interpretada com precisão e validade), mas não externa (os resultados não podem ser generalizados) (Ribeiro, 1999). No entanto, sentimos que a relevância desta temática não se esgota aqui, configurando-se este estudo como um ponto de partida para a evolução do conhecimento na área da incontinência urinária, no caso particular deste estudo, da incontinência urinária de esforço. Entendemos que o processo de validação deve continuar com a aplicação deste instrumento a outras amostras nomeadamente a pessoas, homens e mulheres, com outros tipos de incontinência urinária.

Avançamos também algumas propostas, nomeadamente a realização de um estudo longitudinal, com o envolvimento de mais instituições. Pode-se também tentar perceber o impacto na qualidade de vida de alguns dos tratamentos para a IUE, como os exercícios de Kegel, a intervenção cirúrgica ou a aplicação tópica de estrogénios através de um estudo experimental.

Apesar das limitações sentidas no desenvolvimento deste estudo, nomeadamente a dificuldade para iniciar a recolha de dados pelo tempo que demorou o parecer da instituição, o tempo disponível para a recolha e o acesso às participantes, por vezes muito dificultado, pensamos ter atingido os objectivos propostos.

Bibliografia

ABRAMS, P. [et.al.] - The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardization Sub-Committee of the International Continence Society. Urology. 61 (2003) 37-49.

ABRAMS, D.; HOGG, M. A. – Social Identity Theory – Constructive and Critical Advances. Great Britain: Harvester Wheatsheaf, 1990.

ALLISON, S. E. - Memorial to Dorothea Orem. Self-Care, Dependent-Care & Nursing, 16:2 (2008), 3-4.

ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. – Metodologia de Investigação em Psicologia da Educação. 5ªed. Braga: Psiquilibrios, 2008.

AZEVEDO, A. A. – Incontinência Urinária: Impacto no Feminino. Coimbra: Formasau, 2004.

BADIA LLACH, X.; CASTRO DIAZ, D.; CONEJERO SUGRANES, J. – Validity on the King's Health Questionnaire in the Assessment of Quality of Life of Patients with Urinary Incontinence. The King's Group. Medicina Clinica, 114:17 (2000) 647-52.

BASTO, M. L. – Da Intenção de Mudar à Mudança: Um Caso de Intervenção num Grupo de Enfermeiras. Lisboa: Rei dos Livros, 1998.

BERNARDO, C. – Incontinência Urinária: Um Problema Escondido. 16º Congresso Nacional de Medicina Interna. Vilamoura. 2010.

BLAIVAS, J. G.; APPELL, R. A.; FANTL, J. A. – Standards for Evaluation of Treatment Outcomes in Urinary Incontinence: Recommendations of the Urodynamic Society. Neurourol Uradynamics, 16 (1997) 145-7.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. – Incontinência Urinária Feminina: Medicina Familiar. Acta Urológica. 24:1 (2007) 79-82.

BRIOZZO, L. [et.al.] – Transvaginal Obturatriz Tape (TOT) en el Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Femenina. Revista Medica del Uruguay. 21 (2005) 130-140.

BYLES, J.; MILLER, C.; SIBBRITT, D. – Living with Urinary Incontinence: Longitudinal Study of Older Women. Age and Ageing. 38: 3 (2009) 333-338.

CASTRO, M. [et.al.] – Qualidade de Vida de Pacientes com IRC em Hemodiálise Avaliada através do Instrumento Genérico SF-36. Rev Assoc Med Bras. 49:3 (2003) 245-249.

CHALIFOUR, J. – La Relation d'Aide en Soins Inférmiers: Une Perspective Holistique-Humaniste. Boucherville: Gaetan Morin Editeur, 1989.

CORDEIRO, G. – Qualidade de Vida na Perspectiva de Mulheres Climatéricas com Incontinência Urinária. São Luís – MA, 2008. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do Grau de Mestre.

COSTA, M. A. M. – Enfermeiros dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados. Lisboa: Fim de Século, 1998.

CUNHA, A. I. G.; CARDOSO, L. A. O.; OLIVEIRA, V.C.T. - Auto-Cuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. Sinais Vitais. 61 (2005) 36-40.

CUNHA, G. [et.al.] – Estatística Aplicada às Ciências da Saúde. Lousã. Lidel: Edições Técnicas Lda. 2007.

DAVIS, G. [et.al.] – Urinary Incontinence among Female Soldiers. Militare Med. 169:9 (1999) 182-87.

DEAN, N. [et.al.] – Laparoscopis Colposuspension and Tension-free Vaginal Tape: a Systematic Review. BJOG. Dec; 113: 12 (2006) 1345-53.

DONOVAN, J.L. – Symptom and Quality of Life Assessment. Plymouth: Plymbridge Distributers Ltd, 2001.

DUGAN, E. [et.al.] – The Association of Depressive Symptoms and Urinary Incontinence Among Older Adults. JAM Geriatr Soc. 48: 4 (2000) 413-416.

ESPUÑA, M.; SALINAS, J. – Tratado de Uroginecología: Incontinencia Urinaria. Barcelona: Ars Medica. 2004.

EVANS, Debra – Coping with Continence Problems at Work. Nursing Times. 103: 19 (2007) 46.

FEATHERS, R. L. - Teoría de Enfermería de Autocuidado de Orem: Modelos conceptuales de enfermeria. Barcelona: Ediciones Doyma. 1992.

FERREIRA, P. L. - Adaptação Cultural e Linguística: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Acta Médica Portuguesa. 13 (2000a) 55-66.

FERREIRA, P. L. - Testes de Validação. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Acta Médica Portuguesa. 13 (2000b) 119-127.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. – Percepção de Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da População Activa: Contributo para a Definição de Normas Portuguesas. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 21:2 (2003) 15-30.

FONSECA, E. [et.al.] – Validação do Questionário de Qualidade de Vida (King's Health Questionnaire) em Mulheres Brasileiras com Incontinência Urinária. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27: 5 (2005) 235-42.

FORTIN, MARIE-FABIENNE. - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusodidacta. 2009.

GARLEY, A.; UNWIN, J. – A Case Series to Pilot Cognitive Behavior Therapy for Women with Urinary Incontinence. British Journal of Health Psicology. 1 (2006) 373-386.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. – O Inquérito: Teoria e Prática. Oeiras. Celta Editora Lta. 1992.

GIDDENS, Anthony – Sociologia. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian. 2000.

GOMES, Guido – Incontinência Urinária de Esforço nas Mulheres Pertencentes ao Programa de Saúde da Família de Dourados/MS: Prevalência, Fatores de Risco e Impacto de Vida. Brasília, 2009. Tese de Mestrado.

GUARASI, T. [et.al.] – Procura de Serviço Médico por Mulheres com Incontinência Urinária. RBGO. 23: 7 (2001a) 439-443.

GUARASI, T. [et.al.] - Incontinência Urinária entre Mulheres Climatérias Brasileiras: Inquérito Domiciliar. - São Paulo: Revista Saúde Pública. 35: 5 (2001b) 428-435.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. - Measuring Health-related Quality of Life. Annals of Internal Medicine.118: 8 (1993) 622-629.

GUYTON, A. C.; HALL, J. A. - Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças. 6ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HANUCHARURNKUL, S. - Comparative Analysis of Orem's and King's Theories. Journal of Advanced Nursing, 14:5 (1989) 365-372.

HARRIS, A. – Key Questions: Continence and Urology. Nursing Times, November, 2007. http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/key-questions-continence-and-urology/ - Disponível em Abril de 2011.

HASLAM, J. – Pelvic Floor Muscle Exercise. Nursing Times. 99: 01 (2003) 54.

HASLAM, J. – Urinary Incontinence: Why Women do not Ask for Help. Nursing Times. 101: 47 (2005) 47.

HEIDRICH, S.; WELLS, T. – Effects of Urinary Incontinence: Psychological Well-Being and Distress in Older Community-Dwelling Women. Journal of Gerontological Nursing. 30: 5 (2004) 47-54.

HERBET, Julia – Pregnancy and Child Birth: The Effects on Pelvic Floor Muscles. Nursing Times. 105: 7 (2009) 38-41.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria; REIS, Maria – Fatores de Risco para Incontinência Urinária na Mulher. Rev Esc Enferm USP. 42: 1 (2008) 187-92.

HITTI, Miranda – Depression, Urinary Incontinence Tied? WebMD Health News, March, 2006. http://www.webmd.com/depression/news/20060320/depression-urinary-incontinence-tied - Disponível em Março de 2011.

HOLROYD-LEDUC, J.; METHA, K.; COVINSKY, K. – Urinary Incontinence and its Association with Death, Nursing Home Admission, and Functional Decline. American Geriatrics Association, 52 (2004) 712-718.

HONÓRIO, Melissa; SANTOS, Sílvia – Incontinência Urinária no Envelhecimento: Impacto no Cotidiano e na Qualidade de Vida. Rev Bras Enferm. 62:1 (jan-fev 2009) 51-56.

INNERKOFLER, P. [et.al.] – Improvement of Quality of Life, Anxiety and Depression after Surgery in Patients with Stress Urinary Incontinence: Results of a Longitudinal Short-Term Follow-Up. BioMed Central. Health and Quality of Life Outcomes, 6:72 (2008).

INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL - Classificação Nacional das Profissões - http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx. Disponível em Maio de 2011.

KELLEHER, C. – Quality of Life and Urinary Incontinence. Baillieres Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 14:2 (2000) 363-79.

KELLEHER, C. J. [et.al.] - A new Questionnaire to Assess the Quality of Life of Urinary Incontinent Women. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 104 (1997) 1374-1379.

KLINE, Paul – The Handbook of Physocological Testing. 2ndEdition. London: Routeledge, 2000.

KONSTANTINOS, H., ELENI, K., DIMITRIOS, H. – Dilemmas in the Management of Female Stress Incontinence: the Role of Pelvic Floor Muscle Training. Int Urol Nephrol. 38:3-4 (2004) 513-25.

LAHELMA, E. [et.al.] — Gender differences in ill health in Finland: patterns, magnitude and change. Social Science & Medicine. 48:1 (1999) 7-19.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. S. – Sexual Dysfunction in the US: Prevalence and Predictors. The Journal of American Medical Association. 281:6 (1999) 537-544.

LEAL, Carla – Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida. Universidade dos Açores, 2008.

LEON-GUERRERO, Anna. – Social Problems: Community, Policy, and Social Action. 3rdEdition. London: Pine Forge Press, 2011.

LOPES, M.; HIGA, R. – Desenvolvimento de Sistema Especialista em Diagnóstico de Enfermagem relacionados à Eliminação Urinária. Revista Brasileira de Enfermagem. 58:1 (2005) 27-32.

MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUNT, K. — Do women «overreport» morbidity? : men's and women's responses to structures prompting on a standard question on long standing illness. Social Science & Medicine. 48 (1999) 89-98.

MARÔCO, João – Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5ªEdição Lisboa: ReportNumber, 2011.

McGROTHER, C.W. [et.al.] – Storage Symptoms of the Bladder: Prevalence, Incidence and Need for Services in the UK. BJU Int. 93 (2004) 763-769.

MEADE-D'ALISERA, P. [et.al.] – Depressive Symptoms in Women with Urinary Incontinence: A Prospective Study. Urologic Nursing. 21:6 (2001) 397-99.

MOORE, J. B. [et.al.] - The Effect of a Nutrition Education Program on the Nutrition Self-Care Practices of Nicaraguan Adolescent Girls and the Nutrition Dependent-Care Practices of their Mothers. Self-Care & Dependent-Care Nursing, 15:1 (2007) 6-11.

MORROW, Linda – SIGN: Guidelines on Managing Urinary Incontinence. Nursing Times. 101:18 (2005) 53.

NORTON, P.; BRUBAKER, L. – Urinary Incontinece in Women. Lancet. 367:9504 (2006) 56-57.

OECD – Education Numbers and Student Numbers. http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/9610061ec003.pdf?expires=1316137859&id=id&accname=guest&checksum=0779C6A07B436384A4C9AB4C48ABD2F3 – Disponível em Agosto de 2011.

PAIS-RIBEIRO, J. – A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde. Revista de Gastroenterologia & Cirurgia. XIX:103 (2002) 159-173.

PAIS-RIBEIRO, J.; RAIMUNDO, A. – Satisfação Sexual e Percepção de Saúde em Mulheres com IU. Análise Psicológica. 3: XXIII (2005) 305-314.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. - Modelos para o exercício de Enfermagem. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 1992.

PEREIRA, A. – Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia. 7ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS. 4ª Edição. Lisboa: Edições Silabo, 2005.

PHIPPS; SANDS; MAREK – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Volume III (Capítulos 36 a 53). 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

PIMENTEL, F. L. – Qualidade de Vida em Oncologia. Coimbra: Almedina, 2006.

PINTO, A. C. - Metodologia da Investigação Psicológica. Porto: Edições Jornal de Psicologia, 1990.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B.; – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5ªedição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, J.L.P. – Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

RIVERA, G.; AGUILAR, L.; NAVAS, G. – Incontinencia Urinaria de Esfurzo en La Mujer: Tratamiento com cinta sub-uretral sin aguja. Revista Chilena de Urologia. 77:1 (2007) 92-96.

RODRIGUES, Rosalina; MENDES, Maria – Incontinência Urinária em Idosos: Proposta para a Conduta da Enfermeira. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2:2 (1994) 5-20.

SANTOS, C. S. V. B.; PAIS-RIBEIRO, J. L. - A Qualidade de Vida do Doente Oncológico: Revisão Bibliográfica. Referência. 7 (2001) 5-16.

SILVA, M. – Incontinência Urinária. Julho, 2002. http://www.apurologia.pt/menu/?file=texto&codigo_menu=1400&sel_men=1400 - Disponível em Julho de 2011.

SILVA, Maria João Esperança. – Satisfação Sexual e Auto-Conceito na Mulher com Incontinência Urinária. Lisboa: 2008. Tese de Mestrado.

SILVA, D.M. – Expectativas Generalizadas de Controlo: Tradução e Adaptação da Escala BEEGC-20. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. (2010) 19-35.

SILVA, L.; LOPES, M. – Incontinência Urinária em Mulheres: Razões da Não Procura de Tratamento. Rev Esc Enferm USP. 43:1 (2009) 72-78.

SIMEONOVA, Z.; MILSON, I; KULLENDORFF, A. - The Prevalence of Urinary Incontinence and its Influence on the Quality of Life in Women from an Urban Swedish Population. Obstetric Gynecology Scandinavia. 78 (1999) 546-551.

SIMONETTI, R. [et.al.] - Incontinência Urinária em Idosos: Impacto Social e Tratamento. A Terceira Idade. 12:23 (2001) 53-69.

SHIN, C. - IOS New Scholar Paper: Linking Specific Self-Care: Deficit Nursing Theory Concepts with the Literature on Family Dinner. Self-Care & Dependent-Care Nursing, *15*: 1 (2007) 12-20.

TAMANINI, J. [et.al.] – Validação do "King's Health Questionnaire" para o Português em Mulheres com Incontinência Urinária. Revista Saúde Pública, 37:2 (2003) 203-11.

TAMANINI, J. T. N. – Tradução, Confiabilidade e Validade do "King's Health Questionnaire" para a Língua Portuguesa em Mulheres com Incontinência Urinária. (2002) Tese de Mestrado.

TAYLOR, S. - Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004.

TWYCROSS, R. - Cuidados Paliativos. Lisboa: Almedina, 2001.

VAZ SERRA, A. - IACLIDE: Inventário da Avaliação Clínica da Depressão. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica. 1994.

VIGOD, S.; STEWART, D. – Major Depression in Female Urinary Incontinence. Psycosomatics. 47:2 (2006) 147-151.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. - The MOS 36: Item Short Form Health Survey (SF-36). Medical Care. 30:6 (1992) 473-83.

WEI, J.; RAZ, S.; YOUNG, G. P. H. - Fisiopatologia da Incontinência Urinária de Esforço. Urologia Feminina. BYK (1999) 167-178.

WIEBE, S. [et.al.] - Comparative Responsiveness of Generic and Specific Quality-of-Life Instruments. Journal of Clinical Epidemiology. 5:1 (2003) 52-60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Health Conference [Preamble] (Official Records of the World Health Organization, no.2, p. 100). New York, July 1946. http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html - Disponível em Julho de 2011.

The World health organization quality of life assessement (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine. V.41 n10 (1995) 403-9.

YIP, S.K.; CARDOZO, L. – Psycological Morbidity and Female Urinary Incontinence. Pract. Rev.Clin.Obstet.Gynaecol. 21:2 (2007) 321-329.

ANEXOS

Anexo A

Questionários aplicados no estudo

(Formulário, sócio-demográfico e clínico, *KHQ* e SF-36)

U.PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Impacto da Incontinência Urinária de Esforço na Qualidade de Vida das Mulheres

Investigadora:

Soraia Filipa Nicola Martins Rodrigues

Orientadora do Trabalho de Investigação:

- Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Porto, Novembro de 2010

Eu, Soraia Filipa Nicola Martins Rodrigues, enfermeira a exercer funções no serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, encontro-me a realizar o Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

O tema do meu trabalho de investigação, desenvolvido no âmbito do mestrado é: **"Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida das Mulheres"**.

A incontinência urinária é ainda um tema tabu na sociedade pelo embaraço que causa aos doentes quando decidem apresentar o seu problema ao médico, pela vergonha em falar do assunto e pelo facto de ser encarada como fazendo parte natural do envelhecimento.

Deste modo, é importante considerar a gravidade da incontinência urinária de esforço não apenas em relação à gravidade da sintomatologia mas também ao impacto psicológico e social, que está relacionado com a forma como a incontinência urinária afecta as actividades de vida diárias, as actividades sociais, as relações e as emoções.

Decorrente destes factos, surgiu uma inquietação que se transformou no estudo que se pretende realizar:

Assim sendo, os objectivos deste estudo são:

- Proceder à validação linguística e cultural do *King's Health Questionnaire*;
- Validar o *King's Health Questionnaire* para a Incontinência Urinária de Esforço nas Mulheres;
- Avaliar o impacto que a Incontinência Urinária de Esforço assume na Qualidade de Vida das Mulheres.

Este estudo é confidencial e garante o anonimato de todos os que participam nele. Deste modo, agradeço a sua ajuda na luta contra a estigmatização da incontinência urinária, bem como, a sinceridade no preenchimento do questionário.

Muito obrigada pela vossa compreensão e colaboração.

Soraia Rodrigues

Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

1. Género:
   a. Masculino ☐
   b. Feminino ☐

2. Data de Nascimento:
   ____/____/_____

3. Estado Civil:
   a. Solteira ☐
   b. Casada/União de facto ☐
   c. Divorciada/Separada ☐
   d. Viúva ☐

4. Anos de Escolaridade:
   _____

5. Actividade Profissional:
   _____

6. Tempo com sintomas de IUE:
   _____

7. Usa pensos para se manter seca:
   a. Sim ☐
   b. Não ☐

8. Nº de pensos que usa, em média, por dia:
   _____

9. Doenças Associadas:
   a. Hipertensão Arterial ☐
   b. Diabetes Mellitus ☐
   c. Outras ☐
   _____
   _____
   _____

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

Percepção Geral de Saúde	**Muito Bom**	**Bom**	**Regular**	**Mau**	**Muito Mau**
1. Como descreveria o seu actual estado de saúde?					

Impacto da Incontinência	**Nada**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
2. De que modo o seu problema de bexiga afecta a sua vida?				

A seguir, estão enumeradas algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelo seu problema de bexiga. De que forma o seu problema de bexiga a afecta? Responda, por favor, cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

Limitações de Actividades Diárias	**Nada**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc?				
3b. De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou suas actividades diárias fora de casa?				

Limitações Físicas	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4a. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?				
4b. O seu problema de bexiga afecta as suas viagens?				

Limitações Sociais	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4c. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?				
4d. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?				

Relações Pessoais	Não Aplicável	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
5a. O seu problema de bexiga afecta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?					
5b. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?					
5c. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?					

Emoções	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?				

6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?				
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?				

Sono e Disposição	**Nunca**	**Às vezes**	**Frequentemente**	**Sempre**
7a. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?				
7b. Sente-se esgotada ou cansada?				

Faz alguma das seguintes coisas? Se faz, com que frequência?

Medidas de Gravidade	**Nunca**	**Às vezes**	**Frequentemente**	**Sempre**
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?				
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?				
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?				
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?				
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?				

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

28608

Preencha o questionário de acordo com o exemplo, utilizando **caneta azul ou preta**.	Preencha	assim ☒ / assim não ☐ ☑

Código ☐☐☐☐

Data _____

Aplicação nº ☐

ESTADO DE SAÚDE SF-36 V2

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe a sua opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as suas actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor assinale a opção que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

☐ Óptima ☐ Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca

2. Comparando com o que acontecia há um ano como descreve o seu estado geral actual:

☐ Muito Melhor ☐ Com algumas Melhoras ☐ Aproximadamente igual ☐ Um pouco pior ☐ Muito Pior

As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o limita nestas actividade ? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado
3. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	☐	☐	☐
4. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa, trabalhar no jardim	☐	☐	☐
5. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	☐	☐	☐
6. Subir **vários** lanços de escada	☐	☐	☐
7. Subir **um** lanço de escada	☐	☐	☐
8. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	☐	☐	☐
9. Andar **mais de 1 km**	☐	☐	☐
10. Andar **várias** centenas de metros	☐	☐	☐
11. Andar **uma** centena de metros	☐	☐	☐
12. Tomar banho ou vestir-se sozinho	☐	☐	☐

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico ?

Quanto tempo, nas **últimas 4 semanas**	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
13. Diminuiu o **tempo gasto** a trabalhar ou noutras actividades?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Fez **menos** do que queria?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sentiu-se limitado no **tipo** de trabalho ou outras actividades?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Teve **dificuldade** em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)?	☐	☐	☐	☐	☐

Versão Portuguesa 2.0 Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEIS), 1997. All rights reserved

28608

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

Quanto tempo, nas **últimas 4 semanas**	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
17. Diminuiu o **tempo gasto** a trabalhar ou noutras actividades?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Fez **menos** do que queria?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Executou o seu trabalho ou outras actividades **menos cuidadosamente** do que era costume?	☐	☐	☐	☐	☐

Para cada uma das perguntas 20, 21 e 22, por favor assinale a que melhor descreve a sua saúde.

20. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

☐ Absolutamente nada ☐ Pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Imenso

21. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

☐ Nenhumas ☐ Muito Fracas ☐ Ligeiras ☐ Moderadas ☐ Muito fortes

22. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto fora de casa como o trabalho doméstico) ?

☐ Absolutamente nada ☐ Pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Quanto tempo, nas **últimas 4 semanas**	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
23. Se sentiu cheio de vitalidade?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Se sentiu muito nervoso?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Se sentiu tão deprimido que nada o animava?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Se sentiu calmo e tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Se sentiu com muita energia?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Se sentiu deprimido?	☐	☐	☐	☐	☐
29. Se sentiu estafado?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Se sentiu feliz?	☐	☐	☐	☐	☐
31. Se sentiu cansado?	☐	☐	☐	☐	☐

32. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua ***actividade social*** (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

☐ Sempre ☐ A maior parte do tempo ☐ Algum tempo ☐ Pouco tempo ☐ Nunca

Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente Falso
33. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	☐	☐	☐	☐	☐
34. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
35. Estou convencido que a minha saúde vai piorar.	☐	☐	☐	☐	☐
36. A minha saúde é óptima	☐	☐	☐	☐	☐

MUITO OBRIGADO

Versão Portuguesa 2.0 Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEIS), 1997. All rights reserved

Anexo B

King's Health Questionnaire

(Original)

King's Health Questionnaire (Original)

General Health Perception	**Very good**	**Good**	**Fair**	**Poor**	**Very poor**
1. How would you describe your health at present?					

Incontinence Impact	**Nota at all**	**A litlle**	**Moderately**	**A lot**
2. How much do you think your bladder problem affects your life?				

Below are some daily activities that can be affected by bladder problems. How much does your bladder problem affect you? We would like you to answer every question. Simply tick the circle that applies to you.

Role Limitations	**Not at all**	**A litlle**	**Moderately**	**A lot**
3a. To what extend does your bladder problem affect your household tasks (EG Cleaning, Shopping, etc)?				
3b. Does your bladder problem affect your job, or your normal daily activities outside the home?				

Physical Limitations	Not at all	A litlle	Moderately	A lot
4a. Does your bladder problem affect your physical activities (EG Going for a walk, run, sport, gym, etc)?				
4b. Does your bladder problem affect you ability to travel?				

Social Limitations	Not at all	A litlle	Moderately	A lot
4c. Does your bladder problem limit your social life?				
4d. Does your bladder problem limit your ability to see/visit friends?				

Personal Relationships	Not applicable	Not at all	A litlle	Moderadately	A lot
5a. Does your bladder problem affect your relationship with your partner?					
5b. Does your bladder problem affect your sex life?					
5c. Does your bladder problem affect your family life?					

Emotions	Not at all	A litlle	Moderately	A lot
6a. Does your bladder problem makes you feel depressed?				
6b.Does your bladder problem makes you feel anxious or nervous?				

6c. Does your bladder problem makes you feel bad about yourself?				

Sleep/Energy	**Never**	**Sometimes**	**Often**	**All the time**
7a.Does your bladder problem affect your sleep?				
7b. Do you feel worn out or tired?				

Do you do any of the following? If so, how much?

Severity Measures	**Never**	**Sometimes**	**Often**	**All the time**
8a. Wear pads to keep dry?				
8b. Be careful how much fluid you drink?				
8c.Change you underclothes when they get wet?				
8d.Worry in case you smell?				
8e.Get embarrassed because of your bladder problem?				

Thank you, now check if you have not missed any questions.

Anexo C

King's Health Questionnaire

(Adaptado e Validado para português - Brasileiro)

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Brasileiro)

Percepção Geral de Saúde	**Muito Boa**	**Boa**	**Regular**	**Má**	**Muito Má**
1. Como você descreveria sua saúde no momento?					

Impacto da Incontinência	**Nem um pouco**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?				

A seguir, estão algumas atividades diárias que podem ser afetadas por seu problema de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Nós gostaríamos que você respondesse cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a você.

Limitações de Atividades Diárias	**Nem um pouco**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
3a. Quanto seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc…?				
3b. Quanto seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?				

Limitações Físicas	**Nem um pouco**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
4a. Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc…?				

4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?				

Limitações Sociais	**Nem um pouco**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?				
4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita amigos?				

Relações Pessoais	**Não Aplicável**	**Nem um pouco**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o seu parceiro?					
5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?					
5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?					

Emoções	**Nem um pouco**	**Um Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?				
6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?				
6c. Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?				

Sono e Disposição	**Nunca**	**Às vezes**	**Frequentemente**	**O tempo todo**
7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?				
7b. Você se sente esgotada ou cansada?				

Você faz alguma das seguintes coisas? E se faz, quanto?

Medidas de Gravidade	**Nunca**	**Às vezes**	**Frequentemente**	**O tempo todo**
8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?				
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?				
8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?				
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?				
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?				

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

Anexo D

Autorização do Autor para a Utilização do *KHQ*

It may have been

Do you want to contact www.mapi.fr and ask them as they have doene the majority of the translations

Of course you can do the translation if it has not been done and I am sure they would be very happy to offer assistance as they have huge expertise in the area and are the distributers of the khq translations

Con Kelleher

Resposta do MAPI Group

Dear Soraia,

We have a Portuguese version of the KHQ but based on a slightly different original. Please find attached the UK English original on which this translation is based.

Kind regards,

Lyra

Anexo E

Autorização do Autor para a Utilização do SF-36

Ex.ma Senhora Drª.:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguistica. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Anexo F

Autorização para realização do estudo no CHVNG/E

CENTRO HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Exma. Sr.ª
Soraia Filipa Nicola Martins Rodrigues

N/Ref.:	Data.	V/Ref.:	Data:
106/2011	10-02-2011		17-11-2010

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Em resposta ao V/ pedido para realização de um estudo/projecto de investigação, no Serviço de Urologia (Consulta Externa), do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, no âmbito de um projecto de investigação com o título: "Impacto da Incontinência Urinária de Esforço na Qualidade de Vida das Mulheres Portuguesas", temos a informar que **está devidamente autorizado,** por despacho do Sr. Director Clínico Dr. Raul César Sá, de 02-02-2011.
Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo de investigação.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF. 106/2011

Sem outro assunto de momento,

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. + 351 22 786 51 00
Fax + 351 22 7830209
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros
Registo Comercial nº 508 142 156

Ministério da Saúde

Anexo G

Teste *F* da ANOVA

QdV da Mulher com IUE em função da Actividade Profissional

		N	Média	Desvio Padrão	F
Percepção Geral Saúde	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	25,00	-	**2,82****
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	43,75	12,50	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	33,33	14,43	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	35,00	12,69	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	50,00	17,68	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	58,33	28,87	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	47,06	17,78	
	Reformados	43	62,21	20,68	
	Desempregados	26	54,81	26,48	
Impacto Incontinência	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	66,67	-	**2,37***
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	58,33	31,91	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	77,78	38,49	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	73,33	27,89	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	60,00	36,52	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	88,89	19,25	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	65,36	28,25	
	Reformados	43	60,47	30,22	
	Desempregados	26	87,18	19,04	
Limitações Actividades Diárias	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	0,00	31,55	1,89
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	54,17	-	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	50,00	16,67	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	73,33	19,00	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	43,33	36,52	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	83,33	28,87	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	53,59	25,24	
	Reformados	43	53,10	31,34	
	Desempregados	26	67,31	26,45	
Limitações Físicas	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	33,33	-	**2,47***
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	58,33	16,67	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	55,56	9,62	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	60,00	9,13	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	56,67	25,28	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	77,78	19,25	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	60,78	23,76	
	Reformados	43	77,91	21,74	
	Desempregados	26	69,87	24,95	
Limitações Sociais	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	0,00	-	1,28
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	22,22	24,00	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	22,22	11,11	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	17,78	23,04	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	11,11	15,71	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	25,93	23,13	

	Trabalhadores Não Qualificados	51	13,73	18,93	
	Reformados	433	25,84	26,20	
	Desempregados	26	27,78	30,83	
Relações Pessoais	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	0,00	-	1,71
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	41,67	41,94	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	22,22	25,46	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	56,57	50,83	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	16,67	16,67	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	55,56	9,62	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	43,46	48,54	
	Reformados	43	70,93	49,88	
	Desempregados	26	60,90	55,17	
Emoções	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	0,00	-	1,40
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	55,56	24,00	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	74,07	12,83	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	55,56	35,14	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	48,89	33,88	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	85,19	25,66	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	49,24	29,59	
	Reformados	43	46,77	31,85	
	Desempregados	26	59,83	33,42	
Sono Disposição	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	0,00	-	1,23
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	41,67	41,94	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	33,33	33,33	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	36,67	7,45	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	20,00	13,94	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	61,11	53,58	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	35,62	28,48	
	Reformados	43	46,51	26,11	
	Desempregados	26	44,87	35,20	
Medidas Gravidade	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	60,00	-	1,04
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4	65,00	30,49	
	Pessoal Administrativo e Similares	3	77,78	10,18	
	Pessoal do Serviço e Administradores	5	72,00	12,82	
	Operários, Artificies e Trabalhadores Similares	5	56,00	26,92	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	3	80,00	17,64	
	Trabalhadores Não Qualificados	51	62,61	16,17	
	Reformados	43	59,22	18,98	
	Desempregados	26	65,38	21,50	

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,0001; gl=141