

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação de Beja



Incontinência Urinária:
Promoção da Qualidade de Vida do Incontinente Urinário

(dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Especialização em Psicologia da Saúde)

Sílvia Maria Pereira Mateus Montez

FARO

2008

NOME: Sílvia Maria Pereira Mateus Montez.

DEPARTAMENTO: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

ORIENTADOR: Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja.

DATA: 18 de Outubro de 2007.

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Incontinência Urinária: Promoção da Qualidade de Vida do Incontinente Urinário.

JÚRI:

- **PRESIDENTE:** Doutor **José Carlos Pestana dos Santos Cruz**, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve;
- **VOGAIS:** Doutora **Anabela Maria Sousa Pereira**, Professora Auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro;

Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja.

“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás, mas só pode ser vivida, olhando-se para a frente.”

Soren Kierkegaard

“Mesmo as noites totalmente sem estrelas podem anunciar a aurora de uma grande realização.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

Tenho consciência que não teria sequer começado esta longa jornada, se as pessoas e entidades a quem solicitei apoio, não tivessem dado o seu precioso contributo, que considero crucial para a realização do presente trabalho.

Às administrações dos hospitais de Beja, Castelo-Branco, Évora, Guarda, Portalegre, Santiago-do-Cacém e Viseu, o facto de me terem concedido a autorização para a sua realização. Aos Enfermeiros e Médicos destes hospitais, pela colaboração e disponibilidade mostrada.

Às pessoas afectadas pela incontinência urinária, que amavelmente aceitaram participar no estudo.

À Professora Doutora Maria Cristina Faria, minha orientadora, pela sua disponibilidade e força anímica dispensados, que foram uma fonte de motivação extra. Ao Professor Cesário e à Professora Sandra Saúde, pela paciência e disponibilidade que sempre demonstraram, para me ensinarem e ajudarem.

Aos colegas do serviço, pela colaboração e incentivo dispensados. A uma amiga muito especial, a qual sempre me deu muito apoio, nos momentos que mais necessitei.

Ao meu marido e à minha filha, pelo amor, compreensão e carinho dedicados, fundamentais para o meu equilíbrio emocional.

A todos, muito obrigado!

DEDICATÓRIA

À minha mãe, que tão cedo me deixou, mas que me marcou profundamente, através da educação que me deu, transmitindo-me os valores, que fazem de mim a mulher que sou. Espero que onde estejas, te orgulhes de mim e te sintas contente por mais este objectivo alcançado, pois tu foste sempre, quem primeiro acreditou em mim.

Ao meu pai, que me possibilitou vivênciar as primeiras lições de vida.

À Zi e ao Michel, meus irmãos, os melhores do mundo, dos quais me orgulho muito e com os quais, sei que poderei contar sempre.

Ao Paulo, meu marido, que sempre tem estado ao meu lado em todas as etapas e desafios, que a vida me tem colocado.

À Ana Filipa, minha filha, pelo novo sentido que veio dar à minha vida, cheio de esperança e confiança no futuro.

RESUMO

A incontinência urinária interfere de forma negativa na qualidade de vida das pessoas afectadas, desencadeando grandes modificações no modo como vivem o seu dia a dia e como se relacionam com os outros.

A presente investigação procura contribuir para a elaboração de um modelo teórico de promoção da qualidade de vida e bem-estar dos incontinentes urinários, a partir da avaliação da qualidade de vida, Apoio social Expressivo, Auto-Conceito e Estratégias de *Coping*. Para avaliar o apoio social percebido pelos incontinentes, é criada de raiz uma escala: Escala de Apoio Social Expressivo (EASEIU). Tem um total de 19 itens e compreende sete sub-escalas (Apoio de Amigos, Problema nas Relações Interpessoais, Apoio Intimo, Apoio Familiar, Apoio de Saúde, Interações Laborais e Conflito).

A amostra é de 171 incontinentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 23 e 89 anos. Os dados obtidos revelam que 73.1% dos incontinentes perdem urina diversas vezes ao dia, 49.7% refere perder uma moderada quantidade de urina, 75.4% perde urina quando tosse ou espirrar e que 53.2% dos incontinentes referem que a incontinência urinária interfere muito na sua vida diária.

Os dados relativos a EASEIU, são submetidos a uma análise factorial em componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo Varimax, são determinados os coeficientes de consistência interna e validade para a escala total e sub-escalas. Os resultados obtidos evidenciam que a EASEIU é sensível e válida.

Palavras-chave: Incontinência Urinária, Incontinente, Promoção da Qualidade de Vida e Bem-estar.

Urinary Incontinence: Promotion for the Quality of Life of the Urinary Incontinent

ABSTRACT

Urinary incontinence badly affects the quality of life to the persons unable to control urination, it brings dramatic changes in their everyday life and social relationships. Relying on a study on public Quality of Life, Expressive Social Support, Self-concept and Strategies of Coping, the present research intends to take part in the elaboration of a theoretic model to promote the quality of life and the well-being of the urinary incontinent.

In order to find out the value of the social support offered, has been created a brand new scale of measure, which I name the Scale of Expressive Social Aid (EASEIU). It is composed of 19 items including 7 sub-scales (Friends Support, Problems in Relationships, the Partner Support, Family Support, Public Health Support, interactions at work and conflict).

The research includes male and female patients aged 23 to 89. The available data draw the following conclusions: 73.1% of the patients lose urine many times per day, 49.7% lose a moderate quantity of urine, 75.4% lose urine whenever they cough or sneeze and 53.2% say they suffer daily from incontinence.

The data relative to the EASEIU have been submitted to an examination of over its main components, followed by an orthogonal rotation – Varimax type – from which the coefficients of its inner consistence and the reliability of the scheme (i.e. the scale of measure) have been determined.

The results obtained establish that the EASEIU is sensible and reliable.

Key Words: Urinary incontinence; Urinary incontinent; Quality of Life and Well-being Promotion

L'Incontinence Urinaire: Promouvoir la Qualité de Vie des Personnes Souffrant d'Incontinence Urinaire

RÉSUMÉ

L'incontinence urinaire affecte de manière négative la vie des personnes concernées de profonds changements viennent bouleverser, leur façon de vivre au quotidien et la manière dont ils gèrent leur relation avec les autres.

La recherche s'appuie sur l'évaluation de la qualité de la vie des personnes incontinentes, sur des programmes d'aide sociale proportionné, les stratégies de coping et le auto-concept. Le travail s'inscrit dans l'élaboration d'un modèle théorique pour améliorer et promouvoir la qualité de vie et le bien-être des personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Pour faire l'estimation de l'aide social proportionné aux personnes incontinentes, a été créée une toute nouvelle échelle de mesure, l'Échelle d'Aide Social Proportionné aux Incontinents urinaires (EASEIU). Elle comprend 19 items et 7 sous-échelles – le soutien des amis, les problèmes relationnels, le soutien du ou de la partenaire, le soutien de la famille, l'aide à la santé, les interactions dans le travail et le conflit.

L'échantillon de l'étude se compose de 171 personnes incontinentes, sans distinction de sexe, dont l'âge est compris entre 23 et 89 ans.

Les données relevées attestent que 73.1% des incontinents perdent de l'urine plusieurs fois par jour, que 49.7% perdent une quantité modérée d'urine, que 75.4% perdent de l'urine en toussant et dans leur vie quotidienne.

Les données relatives à l'EASEIU ont fait l'objet d'un examen factuel concernant ses composants, suivi d'une rotation orthogonale de type Varimax, à partir desquels les coefficients de consistance et la fiabilité de l'échelle et ses sous-échelles ont été déterminés.

Les résultats obtenus mettent en évidence la cohérence et la fiabilité de l'EASEIU.

Mots-clé: L'incontinence urinaire; Incontinent; Qualité de la vie; Promotion du bien-être.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	iv
DEDICATÓRIA	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
RÉSUMÉ	viii
ÍNDICE GERAL.....	ix
SEQUÊNCIA DE FIGURAS	xii
SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS.....	xiii
SEQUÊNCIA DE QUADROS	xiv
SEQUÊNCIA DE TABELAS	xvi
INTRODUÇÃO.....	17
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROBLEMÁTICA	23
1.1.EPIDEMIOLOGIA	24
1.2.DEFINIÇÃO/ CLASSIFICAÇÃO	29
1.3.ANATOMOFISIOLOGIA DO APARELHO URINÁRIO/ FISIOPATOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	31
1.4.DIAGNÓSTICO/ TRATAMENTO/ PREVENÇÃO	39
2.INCONTINENTE URINÁRIO: VIVÊNCIAS.....	46
2.1.NA SOCIEDADE	47
2.2.NA INTIMIDADE.....	51
2.3.NA SAÚDE	53
2.4.PESSOAS	55
3.PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO INCONTINENTE URINÁRIO.....	58
3.1.CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA	60
3.2.QUALIDADE DE VIDA/ BEM-ESTAR DO INCONTINENTE	62

3.2.1.APOIO SOCIAL EXPRESSIVO.....	68
3.2.2.AUTO-CONCEITO	74
3.2.3.ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	77
4.INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO.....	84
5. PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO	93
PARTE II: ESTUDO EMPIRICO	96
6.METODOLOGIA.....	97
6.1.AMOSTRA	97
6.2.INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	101
6.3.PLANIFICAÇÃO	105
6.4.PROCEDIMENTOS	105
6.5.ANÁLISE DOS DADOS.....	107
7.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	108
7.1.RESULTADOS OBTIDOS /INSTRUMENTOS UTILIZADOS	108
7.1.1.QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INCONTINENTES URINÁRIOS (ICIQ – SF).....	108
7.1.2.ESCALA DE APOIO SOCIAL EXPRESSIVO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (EASEIU)	112
7.1.3.INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO (ICAC)	125
7.1.4.QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> (QEC).....	126
7.2.REGRESSÃO <i>STEPWISE</i> E COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE <i>PEARSON</i>	128
8.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS	130
9.ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO	135
9.1.PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO	136

10.CONCLUSÃO.....	142
11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145
ANEXOS.....	160
ANEXO I (Glossário)	161
ANEXO II (Instrumentos de Recolha de dados)	164
ANEXO III (Autorizações para a recolha de dados)	171

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

Figura I – Comparação entre o músculo esfíncteriano forte e o fraco	37
Figura II – Modelo Teórico: Promoção da QDV e Bem-estar dos Incontinentes Urinários	94

SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

Gráfico I - Distribuição dos incontinentes segundo a Idade.....	98
--	----

SEQUÊNCIA DE QUADROS

Quadro I – Estatística descritiva das idades dos incontinentes Urinários	98
Quadro II – Características demográficas da amostra	100
Quadro III – Estatística descritiva das questões 1/2/3 do ICIQ-SF	109
Quadro IV – Estatística descritiva da questão 4 da ICIQ-SF	110
Quadro V – Estatística descritiva da escala total (ICIQ-SF).....	111
Quadro VI – Estatística descritiva da EASEIU.....	112
Quadro VII – Estudo dos itens (19 itens).....	115
Quadro VIII – Matriz de Correlações	117
Quadro IX – Factor I	118
Quadro X – Factor II	119
Quadro XI – Factor III	120
Quadro XII – Factor IV	120
Quadro XIII – Factor V	121
Quadro XIV – Factor VI	122
Quadro XV – Factor VII.....	122
Quadro XVI – Correlação entre as notas das sub-escalas e a nota total da escala (EASEIU).....	123
Quadro XVII – Teste t-studet da EASEIU.....	124
Quadro XVIII – Correlação entre as notas das sub-escalas e a nota total da escala (ICAC)	125

Quadro XIX – Correlação entre as notas das sub-escalas e a nota total da escala (QEC)	127
Quadro XX – Regressão <i>Stepwise</i>	128
Quadro XXI – Correlações de <i>Pearson</i> entre as escalas totais utilizadas	129

SEQUÊNCIA DE TABELAS

Tabela I – Nível 1	137
Tabela II – Nível 2.....	138
Tabela III – Nível 3	139
Tabela IV – Nível 4	140
Tabela V – Nível 5.....	141

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a incontinência urinária (IU) foi vista na perspectiva médica, onde eram apenas valorizados os sinais, sintomas e condições desenvolvidas pela doença. No entanto, ultimamente, com base em estudos epidemiológicos, tem crescido a preocupação com os factores psicológicos, sociais e económicos, relacionados com esta problemática, como afirma Saura *et al.* (2001), pois prejudica a qualidade de vida (QDV) e o bem-estar dos afectados.

A sociedade Internacional para a Incontinência (1991), define IU como “ *a perda involuntária de urina, demonstrada objectivamente e que constitui um problema higiénico e social*”. Ela apresenta uma alta prevalência na população, mas são as mulheres, as suas principais vítimas, existindo uma prevalência quatro vezes superior em relação aos homens (Lose, 2005). A prevalência de IU é ainda mais elevada, na população internada em instituições de apoio social e hospitais.

São várias as formas de tratamento e estas, têm vindo a evoluir constantemente, principalmente, novos fármacos e novas intervenções cirúrgicas, cada vez mais, menos invasivas. Para além disso, houve um retorno ao tratamento conservador, como os exercícios de *Kegel*, os quais poderão também ser utilizados, como forma de prevenção, como referem Holroyd-Leduc e Straus (2005). Estes exercícios são direccionados para a musculatura pélvica, muitas vezes afectada no parto ou por uma histerectomia, entre outras situações.

As taxas de prevalência da IU variam de estudo para estudo, o que é influenciado pela definição adoptada, selecção da amostra e o tipo de IU que é estudada, entre outros factores. O urologista Vaz Santos (1999), refere que os estudos de prevalência de IU na

população Portuguesa apontam para cerca de 400 mil incontinentes. No entanto, apenas uma pequena percentagem procura ajuda dos profissionais de saúde, como é referido por Holroyd-Leduc e Straus (2005), assinalando o facto de que apenas 13 a 51% dos incontinentes falam acerca da sua IU com algum prestador de cuidados, o que sugere um desconhecimento do verdadeiro número de pessoas afectadas. Alguns incontinentes consideram a IU um acontecimento normal da vida, que faz parte do envelhecimento e contra o qual, não há nada a fazer, como assina-la o estudo de Moura (2005). Outros, sentem vergonha de falar sobre o problema, ou então, têm medo dos exames e tratamentos, como referem Hägglund *et al.* (2003), Kinchen *et al.* (2003) e Norton *et al.* (1988).

O medo de se molharem, de exalarem odor a urina e de que se possa notar o absorvente, são algumas das razões do isolamento e evitamento do contacto com os outros, apontadas pelos incontinentes urinários, como refere Azevedo (2005). Também na intimidade, em alguns casos, o comportamento sexual é alterado, devido ao medo de perder urina durante o acto sexual, como certa vez referiu uma doente. No entanto, as reacções a IU são muitas e variam de pessoa para pessoa. São referidos sentimentos de raiva, irritabilidade, frustração, medo e ansiedade, entre outros, como afirma Lutumba (1995).

A IU não é uma doença ameaçadora, mas tem um forte impacto na qualidade de vida das pessoas, muitas vezes devastador, pois tem implicações importantes em muitas áreas da dimensão humana, como a psicológica, social, física, económica, pessoal e sexual, como refere Tamanini *et al.* (2004). São muitos os autores que certificam o facto da IU interferir, de forma negativa, na QDV dos incontinentes (Pais Ribeiro, 2005; Tomoe *et al.*, 2005; Oh *et al.*, 2005; Friedrich *et al.*, 2005; Fultz *et al.*, 2000; Bo *et al.*,

2000; Simenova *et al.*, 1999; O'Conor *et al.*, 1998). Logo, é necessário promover a QDV e o bem-estar do incontinente. Neste sentido, esta investigação propõem o modelo teórico promoção da QDV e bem-estar do incontinente, que passa pela avaliação do Apoio Social Expressivo, Auto-conceito e Estratégias de *coping* e da QDV. Isto porque, muitas investigações têm vindo a dar testemunho dos efeitos positivos do apoio social na saúde e nas doenças crónicas. Para além disso, sabe-se da importância do auto-conceito na atitude face à doença e da relevância das estratégias de *coping* adoptadas, que são os recursos que o indivíduo dispõe, para fazer face a situações de *stress*, como no caso da IU.

Perante a diminuição a QDV do incontinente, o enfermeiro deverá ter um papel activo, elaborando um plano de cuidados de enfermagem e pondo em prática esse plano, no sentido de promover o bem-estar do incontinente. Estas intervenções poderão ocorrer ao nível da prevenção, tratamento e recuperação.

Face à problemática da IU e perante a observação e a prática profissional, efectuadas nos Serviço de Urologia, levantam-se as seguintes questões de partida:

- ↻ **Será que a IU interfere na QDV dos incontinentes?**
- ↻ **Será que o incontinente se sente apoiado?**
- ↻ **Que tipo de apoio tem o incontinente?**
- ↻ **Quais as dimensões da sua vida mais afectadas?**
- ↻ **Será que a IU interfere no auto-conceito dos afectados?**
- ↻ **Quais as estratégias de *coping* desenvolvidas pelo incontinente?**
- ↻ **O incontinente sabe lidar com a sua IU?**

Neste sentido, o presente estudo tem como principal preocupação responder ao seguinte problema ou questão de investigação: **O Apoio Social Expressivo, Auto-conceito e Estratégias de *coping*, influenciam a QDV do incontinente?** Por conseguinte, o objectivo geral do presente estudo é **contribuir para o desenvolvimento de um modelo teórico de promoção da QDV e Bem-Estar dos incontinentes urinários** e tem como objectivos específicos:

- ↪ **Avaliar a QDV percebida pelo incontinente;**
- ↪ **Verificar o Apoio Social percebido pelo incontinente;**
- ↪ **Avaliar o auto-conceito do incontinente;**
- ↪ **Identificar o tipo de estratégias de *coping* adoptadas pelo incontinente.**

Tendo por base as questões de partida, o problema, objectivo geral e específico, elaborou-se o modelo teórico **Promoção da QDV e bem-estar do incontinente urinário**, a partir do qual se levantam as seguintes hipóteses:

- ↪ **H1 - Quanto maior for o Apoio Social Expressivo maior será a QDV do incontinente;**
- ↪ **H2 - Quanto maior for o auto-conceito do incontinente maior será a sua QDV;**
- ↪ **H3 - Quanto melhores forem as estratégias de *coping* adoptadas pelo incontinente melhor será a sua QDV.**

As variáveis independentes do presente estudo são o **Apoio Social Expressivo**, o **Auto-Conceito** e as **Estratégias de *coping***. Como variável dependente tem a **QDV**. Com o intuito de avaliar estas variáveis, foram utilizados a Escala de Apoio Social Expressivo

da Incontinência Urinária (Montez, 2006), o Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1985), o Questionário de Estratégias de *Coping* (Pais Ribeiro & Santos, 2001) e o Questionário de Avaliação da QDV de Incontinentes Urinários (Tamanini et. al, 2001), respectivamente.

A EASEIU foi submetida a estudos psicométricos, uma vez que, foi criada de raiz para esta investigação, pelo facto de não existir ou não ter sido encontrada, nenhuma escala específica de apoio social da IU, na bibliografia consultada.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas unidades temáticas. A primeira parte consiste num enquadramento teórico, onde é abordada a problemática da IU que inclui a epidemiologia, definição e classificação, anatomofisiologia do aparelho urinário e a fisiopatologia da IU, diagnóstico, tratamento e prevenção, no primeiro capítulo. No segundo, são abordadas as vivências do incontinente urinário (iu) na sociedade (relações interpessoais, trabalho e família), na intimidade, na saúde e as pessoais. O terceiro faz uma abordagem a promoção da QDV do iu e constitui-se do conceito de QDV, QDV e bem-estar do iu, apoio social expressivo, auto-conceito e estratégias de *coping*. O quarto capítulo reporta-se às intervenções de Enfermagem no bem-estar do iu. O quinto expõe o modelo teórico da presente investigação e dá pelo título promoção do bem-estar do iu.

Na segunda parte, denominada de estudo empírico, procede-se ao delineamento metodológico no sexto capítulo e no sétimo faz-se a apresentação dos resultados obtidos, através da aplicação dos instrumentos utilizados, na recolha de dados. O oitavo capítulo apresenta a discussão dos resultados obtidos, no nono são efectuadas propostas de estratégias de intervenção para a promoção da QDV e bem-estar do iu, o décimo consiste na conclusão e por último, o décimo primeiro apresenta a bibliografia consultada.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROBLEMÁTICA

A total incapacidade de controlar a emissão de urina é um estado normal na altura do nascimento de todos os seres humanos. A aquisição da continência é um marco importante na vida e é, normalmente, adquirido cerca dos dois anos de idade. Embora os bebés não sejam capazes de controlar a bexiga, este facto é raramente descrito como incontinência, ou encarado como um problema social, uma vez que, este é o estado normal ou esperado, após o nascimento (Sebastião, 1999).

Paulo Palma *et. al* (2002, cit. por Azevedo, 2005), referem-se à Incontinência Urinária como a doença do novo milénio. Ela atinge milhões de pessoas no mundo, sendo seis vezes superior na mulher, como refere Gonçalves *et. al* (1996), num estudo que efectuaram sobre a problemática.

A IU constitui um importante problema médico, com evidente repercussão social e económica, prejudicando a saúde do doente e agrava seriamente a sua QDV, como referem Saura *et al.* (2001). Esta problemática, tem vindo a assumir progressivamente maior destaque, à medida que as populações se tornam conscientes das limitações e impacto que ela produz nas actividades diárias, como é referido por Azevedo (2005). A ponta do Iceberg é traduzida pelo grupo de indivíduos que, pela importância ou grau de instalação do problema, se vêm na contingência de recorrer ao uso de fraldas ou outro tipo de dispositivo absorvente, no seu dia a dia, como é descrito por Wyman (1994). Porém, o número daqueles que se vêm afectados na sua vida diária por perdas de urina, é muito mais abundante e relevante, variando de autor para autor. Logo, a verdadeira extensão deste problema está subavaliada, já que muitas das pessoas com IU não recebem cuidados médicos, porque não os procuram, tal como assiná-la Sebastião

(1999). Esta situação fica a dever-se, provavelmente, ao facto de desconhecerem que a sua IU pode ser tratada ou controlada e, talvez, porque não considerem que os seus sintomas sejam suficientemente limitativos na sua vida diária, para necessitarem de tratamento, como é mencionado por Sebastião (1999). Outros, poderão sentir-se pouco à vontade para procurar ajuda médica, devido ao estigma frequentemente associado à IU, como é referido por Moura (2005). Muitos destes indivíduos tentam controlar a situação, ajustando os seus hábitos de vida (não viajam; movimentam-se apenas em redor da sua residência, frequentam estabelecimentos comerciais onde sabem existir casas de banho, entre outros), como descreve Wyman (1994).

A complexidade do problema requer a realização de uma revisão da literatura para uma melhor compreensão da sua dimensão, que é exposta ao longo do enquadramento teórico, deste trabalho.

1.1.EPIDEMIOLOGIA

A prevalência da IU, obtida através de estudos epidemiológicos, varia consideravelmente. Estas variações ocorrem por diversas ordens de razão, que vão desde a forma como é definida a IU até as características da população observada, ao tipo de IU estudada. Segundo a International Continence Society (1991), a IU é um problema comum que afecta uma parcela bastante grande da população mundial. A mesma fonte de informação, refere que se estima a existência de 2 a 3 milhões de pessoas no Reino Unido e aproximadamente 10 milhões de pessoas nos Estados Unidos da América a sofrem de IU. Neste último país, prevê-se a perda de 16 biliões de dólares anualmente, devido ao absentismo no trabalho e a gastos com tratamentos e fraldas.

Outro estudo, este efectuado por Haken (1992), menciona o facto de que mais de 3,5 milhões de pessoas no Reino Unido se afirmavam incontinentes e, no entanto, este elevado número, pode mascarar a verdadeira dimensão do problema, ou seja, muitos doentes sofrem em silêncio não enfrentando o estigma da IU.

Para Pinto e Araújo (2000), os dados obtidos na sua pesquisa, podem querer mostra que a opinião generalizada entre os doentes é a de que a IU é algo com a qual tem que se viver, em vez de a encararem como uma situação que pode ser tratada. A mesma ideia parece transparecer, num estudo efectuado pela Dra. Jacqueline Jolleys, citado por Haken (1992), no seu próprio consultório em Leicestershire, que revelava a existência de mais de 40% das mulheres da sua amostra a sofrerem problemas de IU, apesar de apenas 4% desses 40%, ter consultado o seu médico de família. Ainda noutro estudo, este realizado por Blocklehurst (1993), em que analisou a prevalência de IU em pessoas que viviam em casa, os resultados obtidos, demonstravam que uma parte significativa dos afectados, não tinha recorrido a um clínico geral ou a qualquer outro elemento da equipa de saúde, para expor o problema. Depois de perceberem que representava um problema nas suas vidas, só 52% dos entrevistados tinham consultado o seu médico. Parece, assim, ser um mito popular, que a incontinência seja um acontecimento natural, consequente do acto de envelhecimento, e que apenas afecte os reformados.

Para Vaz Santos (1999), nas pessoas idosas existem diferenças importantes de prevalência, relacionadas com o modo de vida, grau de incontinência e o grupo etário a que pertence. Segundo Mohide, mencionado por Vaz Santos (1999), calcula-se que a prevalência varia entre 14% e 55%, com uma prevalência global média de 30%. Para além disso, a prevalência obtida pelo mesmo autor, em doentes idosos vivendo no seu domicílio foi entre 14% a 18%, contra os 45% para idosos a viverem em lares. De entre

os que viviam no domicílio, a prevalência de IU era maior para a mulher, entre 11% e 18%, enquanto que para os homens foram encontrados valores entre 7% a 11%.

Segundo Haken (1992), a IU pode surgir em qualquer idade e afecta 8.5% das mulheres e 1.6% dos homens pertencentes à faixa etária dos 15-65 anos e 11.6% das mulheres e 6.9% dos homens a partir dos 65 anos, indo de encontro ao facto de que as taxas mais elevadas de IU se encontram nas populações geriátricas e psicogeriatricas, onde segundo Sebastião (1999), mais de 40% e 90% das pessoas, respectivamente, são iu.

Em 1986, Diokno e colaboradores estimaram que 19% dos homens e 38% das mulheres com mais de 60 anos de idade que não viviam em lares, nos EUA, sofriam de IU. Adicionalmente, Thomas e colaboradores (1980) demonstraram que a prevalência de IU é particularmente elevada nas mulheres com mais de 75 anos de idade. Assim, verificou que 16% das mulheres com idades variando entre 75 e 84 anos, ou mais idosas, sofriam de IU. As mulheres, particularmente aquelas acima dos 65 anos de idade, sofriam habitualmente mais de IU do que os homens. Na Suécia, como afirma Damian *et al.* (1998), a prevalência de IU em mulheres entre os 20-29anos de idade é de 3% e de 2% nas mulheres com mais de 80anos.

Hunskaar *et al.* (2004), efectuaram um estudo a nível Europeu, englobando a França, Inglaterra, Alemanha e Espanha, que pretendia averiguar a prevalência de IU. Numa amostra de 17.080 pessoas interrogadas, 35% sofria de IU. A prevalência estimada foi similar quer para a França, quer para a Inglaterra e Alemanha, entre os 41%-44%, mas significativamente mais baixa na Espanha, com 23%. Os autores sugerem que esta discrepância talvez se deva a factores culturais e que as mulheres Espanholas tendam a sentir-se envergonhadas e a encontrar esta situação normal, associando-a ao envelhecimento.

Em Portugal Continental, o Departamento de Estudos e Planeamento da saúde, aplicou um Inquérito Nacional de saúde (1995), em que procurava, entre outras coisas, saber qual a prevalência da IU. Da aplicação deste inquérito, como refere o epidemiologista Aleixo Dias (1999), obteve-se uma amostra de 49718 pessoas estudadas, de ambos os sexos, de todas as idades e a residirem no continente. Foi possível obter informação sobre IU em 45431 (91.4%) dos inquiridos, dos quais 21631 (47.6%) do sexo masculino e 23800 (52.4%) do sexo feminino. A prevalência da IU de qualquer tipo foi de 4.3% na população entrevistada que realmente respondeu, com 2.6% no sexo masculino e 5.8% no sexo feminino. Por outro lado, a IU crónica (molha-se pelo menos uma vez por semana) foi de 1.8% no sexo masculino e de 4.2% no sexo feminino. Quanto à idade, a prevalência da IU após os 15 anos crescia à medida que os anos aumentavam, em ambos os sexos e era mais elevada no sexo feminino em todos os grupos etários, tendo sido encontrando o diferencial mais significativo entre os sexos, durante a idade fértil da mulher.

Constatou-se que, não são só os idosos que sofrem com este problema, como relata Aleixo Dias (1999), porque, em idades mais jovens e sobretudo no sexo feminino, a proporção de pessoas afectadas pela IU era muito relevante. Acima dos 65 anos, 10% dos homens e 12% das mulheres sofriam deste problema.

Segundo Aleixo Dias (1999), a distribuição da IU a nível do Continente, apresentava características algo heterogéneas. A Região Centro apresentava a mais elevada prevalência relativa de IU com 5.9%, seguindo-se por ordem decrescente de importância relativa, o Algarve (4.6%), o Alentejo (4.0%), a Região de Lisboa e Vale do Tejo (3.5%) e por último a Região Norte do país (2.6%).

Como narra Vaz Santos (1999), os estudos de prevalência da IU e os enormes gastos com fraldas anualmente (2550 milhões de escudos), revelam que esta representa um problema médico, social e económico major.

Num estudo realizado também em Portugal, mais concretamente no Porto, cujo objectivo era determinar a prevalência da IU e identificar alguns factores associados à sua ocorrência, verificou-se que, numa amostra de 762 mulheres, 28.2% tinha já perdido urina alguma vez na sua vida. Esta prevalência aumentava com a idade, com o nº de gestações e com o índice de massa corporal. Das mulheres iu, apenas 40.3% referiu ter procurado ajuda médica.

Num outro estudo realizado em Portugal, desta feita executado por Carmo Pinto e Castro Araújo (2000), no Centro de Saúde de Águas Santas (Portugal), verificou-se que das 203 mulheres entrevistadas, a prevalência de IU encontrada foi de 41.9%, afectando mais a faixa etária entre os 54-71 anos (38.8%), as mulheres que tiveram 2 filhos (42.2%) e que estavam na menopausa (56.5%). A maioria encontrava-se já reformada (31.7%).

Um estudo ainda mais recente, efectuado por Moura (2005), no Centro de Saúde da Senhora da Hora, a mulheres com ou mais de 40 anos, verificou uma prevalência de 35.2%, numa amostra aleatória de 400 mulheres. Das que se diziam iu, 59% consideraram este problema como tendo muita importância e apenas 34.3% consultou o médico. Não consultaram o médico 25%, por considerarem a IU normal e fazer parte do envelhecimento e 23%, por pensarem que passaria espontaneamente.

Parece haver um grande desconhecimento geral do que é a IU, tornando-se necessário proceder à sua correcta definição.

1.2.DEFINIÇÃO/ CLASSIFICAÇÃO

A International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology (1991) define a IU como “*a perda involuntária de urina, demonstrável objectivamente, que se assume como um problema higiénico e social*”. Enquanto que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), citada por Azevedo (2005), a define “*como fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo dos esfíncteres vesical e uretral*”.

A IU é simultaneamente um sintoma, um sinal e uma condição, isto porque, segundo Rolo (1999), o **sintoma** é aquele que é referido pelo doente como a perda involuntária de urina. O **sinal** é a constatação demonstrável objectivamente da perda de urina e a **condição** é a demonstração pela avaliação clínica efectuada através de estudos urodinâmicos da fisiopatologia subjacente à mesma. Duas condições podem constituir a base da perda de urina: **anomalias da bexiga** por hiperactividade ou baixa capacidade de volume de urina suportada; **anomalias do esfíncter**, que quanto à origem desta disfunção, diferem consoante seja homem ou mulher. Rolo (1999), refere que, no caso do homem, a situação aparece devido a uma lesão do esfíncter provocada por uma intervenção cirúrgica prostática, traumatismos ou associada a doença neurológica. Na mulher, poderá estar relacionado com a hiper-mobilidade da uretra, que se deve ao enfraquecimento do pavimento pélvico e relacionado com deficiência intrínseca do esfíncter, relacionado com uma insuficiência do próprio esfíncter.

Existem várias classificações para a IU, tendo em conta a idade, o sexo, a intensidade, o mecanismo fisiopatológico, o modo de aparecimento, entre outros. No entanto, segundo Rolo (1999), Vaz Santos (1999) e Carmo Pinto e Castro Araújo (2000), a classificação

que melhor se adapta à clínica reúne as seguintes situações: **IU por esforço; IU por urgência; IU por hiperreflexia; IU por regurgitação; Enurese.**

A **IU de esforço** está fortemente ligada à mulher e é a mais frequente. Ela acarreta maior repercussão a nível social e a nível económico. A idade tem sido muitas vezes apontada como um dos factores que mais directamente está relacionado com este tipo de IU. No entanto, como refere Rolo (1999), numa análise de dez estudos de prevalência, foram encontrados valores que variam entre 14% e 41% em mulheres com idades compreendidas entre 30 e 60 anos, de 4.5% a 44% em mulheres com mais de 60. O mesmo autor, refere que para além da idade, a prevalência da IU de esforço está também associada à multi-paridade, obstipação, tosse crónica, obesidade, tabagismo, cirurgia ginecológica e a factores hereditários. Num estudo efectuado por Hörding et al. (1986), com 515 mulheres revelou que 30% apresentavam IU depois de uma histerectomia e 21% após cirurgia de correcção de prolapso uterino. Assim, pode-se afirmar que são os principais factores de risco deste tipo de IU.

A **IU por hiperactividade vesical** reúne a IU por urgência e a IU por hiperreflexia do detrusor. O primeiro tipo de IU é devido a contracções não inibidas do detrusor de causa não neurológica e o segundo tipo de IU deve-se a contracções não inibidas de origem neurológica (AVC; Doença de Parkinson; Tumores Cerebrais; Esclerose Múltipla; Traumatismos medulares; Espinha Bífida).

IU por regurgitação é aquela que surge em situações de obstrução (Hipertrofia Benigna da Próstata; Tumores da Bexiga) ou de bexigas acontracteis, com grande capacidade de urina residual, verificando-se a perda de urina quando a pressão intra-vesical excede a pressão uretral máxima.

A **Enurese** é uma micção involuntária, cuja situação mais vulgar é a enurese nocturna da criança. As causas são várias e ainda não estão completamente explicadas. As principais hipóteses de causa estão relacionadas com factores psicológicos, com uma associação de factores biológicos e o padrão do sono, bem como, com a acção da hormona anti-diurética (Rolo; 1999; Vaz Santos; 1999; Carmo Pinto e Castro Araújo; 2000;

Os outros tipos de IU são situações raras, umas por patologia vesical (capacidade vesical diminuída), outras por situações anatómicas congénitas da bexiga e uretra. Mas para se perceber esta classificação de IU, torna-se necessário efectuar uma abordagem da fisiologia e da fisiopatologia da micção. No que toca à caracterização da situação clínica do doente, é indispensável efectuar uma avaliação criteriosa, com base numa investigação básica, para posteriormente se estabelecer um diagnóstico correcto.

1.3. ANATOMOFISIOLOGIA DO APARELHO URINÁRIO/ FISIOPATOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Para se perceber a fisiopatologia da IU é necessário primeiro saber e compreender os mecanismos de continência, ou seja, compreender o acto miccional, dito normal e a anatomia das estruturas nele envolvidas.

O aparelho urinário é, a grosso modo, composto pelos dois rins que libertam a urina, que passa pelos dois ureteres, que são dois tubos finos e conduzem a urina até à bexiga, onde é armazenada até a altura do esvaziamento, em que a urina sai da bexiga, passa pela uretra e sai pelo meato urinário exterior (Alken & Sökeland, 1984).

A bexiga é um órgão muscular, forrado por um epitélio de transição, denominado de urotélio. A principal estrutura muscular da bexiga é o detrusor (músculo), cujas fibras musculares constituem como que uma rede, que lhe confere a capacidade de se distender e contrair numa forma concêntrica. Uma outra estrutura muscular de forma triangular, o trígono, localiza-se na base da bexiga e desempenha um papel importante nos mecanismos fisiológicos da região. Nesta região, de grande complexidade anatómica, localiza-se o chamado colo vesical, zona onde se inicia a uretra e onde as fibras musculares do detrusor são predominantemente circulares, correndo no seio de abundante tecido mesênquimatoso que confere à zona a sua firmeza característica. As fibras do detrusor estendem-se, segundo alguns autores para a uretra, terminando, para outros, ao nível do colo. Através do colo vesical passam para a uretra algumas fibras do trígono que aí fundem-se com as fibras musculares da região. No homem, as fibras do trígono continuam até ao *veru montanum* e na mulher descem até níveis variáveis e menos bem definidos (Warwick & Bannister, 1995).

No **homem** a parte mais proximal da uretra, junto ao colo da bexiga, contém fibras musculares lisas circulares compreendidas entre o colo da bexiga e a base da próstata e que constituem o esfíncter interno ou pré-prostático. A uretra prostática (é apenas uma fenda transversal quando a urina não está a fluir através dela) passa ao longo da próstata para emergir no vértice da glândula e transforma-se na curta uretra membranosa. A uretra membranosa é forrada por um epitélio e contém uma camada de tecido conjuntivo fibroelástico e uma bainha muscular. Esta bainha é constituída por uma fina camada interna de músculo liso que se estende até dentro da uretra prostática, e uma camada externa de fibras musculares estriadas, em anel, que constituem o chamado esfíncter estriado intrínseco. A este conjunto de estruturas localizadas na parte distal

(externa) da uretra posterior masculina, tecido fibroelástico, camada de músculo liso e músculo estriado, chama-se mecanismo esfíncteriano distal, para contrapor ao colo vesícal e parte proximal da uretra que constituem o mecanismo esfíncteriano proximal ou esfíncter interno (Warwick & Bannister, 1995; Jacob *et al.*, 1982). Fazendo parte do pavimento pélvico, existe um outro músculo estriado, responsável pelo encerramento da uretra em determinadas condições, que se chama esfíncter estriado extrínseco ou peri-uretral. As fibras do músculo estriado contraem-se dum forma lenta mas têm a capacidade de manter a contracção prolongadamente, sem fadiga. Por outro lado, as fibras do esfíncter peri-uretral contraem-se com rapidez, mas cedo se afadigam e se relaxam. O esfíncter peri-uretral tem placas motoras neuro-musculares (Warwick & Bannister, 1995; Jacob *et al.*, 1982)

Na **mulher** há diferenças anatómicas marcadas, em relação ao homem, ao nível do aparelho urinário inferior. O detrusor é, em norma, mais fino e a capacidade da bexiga é maior. Mas é ao nível da uretra que as diferenças são mais evidenciadas. A uretra prolonga-se apenas por 3 a 4 centímetros, do colo da bexiga até ao meato externo, envolvida na camada extrínseca da parede vaginal anterior. Duma forma geral, podemos afirmar que os esfíncteres são menos diferenciados e as suas fibras mais dispersas pela uretra, não havendo esfíncteres bem definidos como no homem. O colo vesícal consiste numa unidade de músculo liso, ou seja, as fibras musculares do detrusor são substituídas na região do colo por fibras mais finas mas que não se orientam de forma circular como no esfíncter pré-prostático do homem. Os feixes musculares na mulher distribuem-se, oblíqua ou longitudinalmente, na parede da uretra, no meio de abundante tecido conjuntivo. Não há assim um verdadeiro esfíncter de fibras circulares no colo vesícal e, por isso, a sua contracção não desempenha um papel muito significativo na contenção

da urina (Warwick & Bannister, 1995; Jacob *et al.*, 1982). A parede da uretra feminina compreende uma camada muscular externa e uma mucosa que a forra. A camada muscular consiste numa bainha muscular externa de músculo estriado e uma camada de interna de tecido muscular liso. A camada muscular lisa estende-se desde o colo até ao meato urinário. Junto ao colo não há fibras circulares, estas surgem na porção mais externa, onde se entrecruzam e misturam com as do músculo estriado. Como no homem, o músculo estriado é independente do esfíncter peri-uretral que pertence ao pavimento pélvico. As fibras do músculo estriado dispõem-se numa forma circular e formam uma bainha que é mais espessa no terço médio da uretra, zona onde rodeia o canal completamente. Estas fibras estendem-se às porções interna e externa da uretra, mas é pouco desenvolvida na face posterior destas zonas. Este esfíncter, embora menos desenvolvido do que o do homem, é capaz de se manter contraído prolongadamente, e provocar, assim, um aumento eficaz da pressão uretral, sobretudo no seu terço médio. No entanto, quando isolado, não actua numa forma eficaz. O funcionamento eficaz dos esfíncteres uretrais femininos depende da manutenção em posição anatómica correcta do aparelho urinário inferior, o que é conseguido por mecanismos de suporte (Warwick & Bannister, 1995; Jacob *et al.*, 1982). As principais estruturas que colaboram nos mecanismos de suporte são os ligamentos pubo-uretrais, o músculo pubo-uretralis, a fascia pubo-cervical, a musculatura perineal, principalmente a parte pubo-coccígea dos levantadores do ânus (entre os quais passa a uretra) e a fascia endopélvica. O conjunto destas estruturas constitui o diafragma uro-genital ou pavimento pélvico. O corpo e o colo do útero, mantidos pelos ligamentos cardinais e sacro-uterinos, são também importantes mecanismos de suporte vesico-uretrais.

O **acto miccional** apesar de aparentemente simples envolve a interacção de estruturas complexas como o Sistema Nervoso Central (SNC), Sistema Nervoso Periférico (SNP) e estruturas do trato urinário, as quais foram devidamente explicadas anteriormente. A interacção entre essas estruturas, o SNC e o SNP, estabelece um equilíbrio coordenado e harmonioso, que determinam a Continência Urinária.

A dinâmica da continência urinária é composta por três fases: Fase de **Enchimento**; Fase de **Armazenamento**; **Micção**. As duas primeiras fases, que correspondem ao período em que a urina vinda dos rins, passa pelos ureteres e vai confluír na bexiga enchendo-a, onde se acumula, podem considerar-se como uma fase única, à qual se segue a micção. A fase de enchimento/ armazenagem para que se processe é preciso que determinados mecanismos o permitam. Esses mecanismos têm como função evitar a saída involuntária da urina para o exterior, isto é, a contenção da urina na bexiga. São chamados os mecanismos de continência. Em suma, podemos dizer que estes mecanismos de continência assentam na integridade estrutural e funcional da bexiga e da uretra (Alken & Sökeland, 1984).

A Fase de Armazenamento ocorre quando a bexiga consegue acumular quantidades crescentes de urina no seu interior, sem variações significativas de pressão, enquanto os esfíncteres urinários permanecem contraídos, o que estabelece uma pressão no interior da uretra maior que a pressão na bexiga. Nesta fase, o músculo detrusor está em repouso, permitindo que isso aconteça. Essa fase é desencadeada pela estimulação simpática dos receptores beta adrenérgicos dentro da parede vesical, causando relaxamento do detrusor. Ao mesmo tempo, a actividade nervosa simpática inibe a actividade parassimpática, promovendo ainda, um estado de relaxamento. O relaxamento do detrusor durante a fase de enchimento é a principal componente da

acomodação vesical. A estimulação simpática de receptores alfa adrenérgicos presente no colo vesical e uretra proximal causa a constrição, com conseqüente aumento da pressão uretral. O esfíncter externo e os músculos elevadores do ânus funcionam como suporte para os mecanismos de continência, embora em permanente estado de contracção, podem contrair-se ainda mais para impedir a perda de urina sob condições de *stresse*. Assim que a bexiga atinja a sua capacidade máxima (350 - 650 ml), os receptores do interior do músculo detrusor emitem sinais aos centros corticais do cérebro para se iniciar a fase de esvaziamento. Para iniciar o processo da micção é necessário que o córtex reconheça o pleno enchimento vesical (desejo miccional) e decida qual a melhor hora e momento para desencadear o esvaziamento da bexiga (Alken & Sökeland, 1984).

A Fase de Esvaziamento acontece com a estimulação da contracção do detrusor associada ao relaxamento do esfíncter e dos músculos elevadores do ânus, permitindo que a bexiga elimine o seu conteúdo através de uma inversão do gradiente de pressão, enquanto o córtex inibe o relaxamento simpático da bexiga. A uretra encurta-se, o que diminui a resistência do fluxo. A bexiga liberta o seu conteúdo sob controlo voluntário, que depende directamente duma actividade coordenada da uretra e do músculo detrusor. A activação dos receptores colinérgicos parassimpáticos no músculo detrusor, estimula a sua contracção e a micção começa. O reflexo da micção é um reflexo completamente autónomo da espinal-medula, mas pode ser inibido ou facilitado por centros do cérebro (Alken & Sökeland, 1984).

A IU surge quando as forças de esvaziamento superam as forças de armazenamento. No entanto, as diferentes formas de IU apresentam uma fisiopatologia específica, cuja

compreensão é fundamental para obter sucesso no seu tratamento. A **IU de Esforço** caracteriza-se pela perda involuntária de urina que surge em situações de esforço, na ausência de contracções vesicais. Há um aumento da pressão abdominal, que se transmite à bexiga e à uretra de modo incorrecto, de tal modo que a pressão vesical ultrapassa a pressão uretral e esfíncteriana, ocorrendo perda de urina. Em condições normais, o esfíncter da uretra é capaz de impedir a saída de urina por ocasião do aumento acentuado e abrupto da pressão abdominal como em episódios de tosse, espirro ou riso. Deste modo, em qualquer circunstância deverá ocorrer um aumento da resistência uretral que evite a perda de urina em situações de esforço (Souza, 2003).

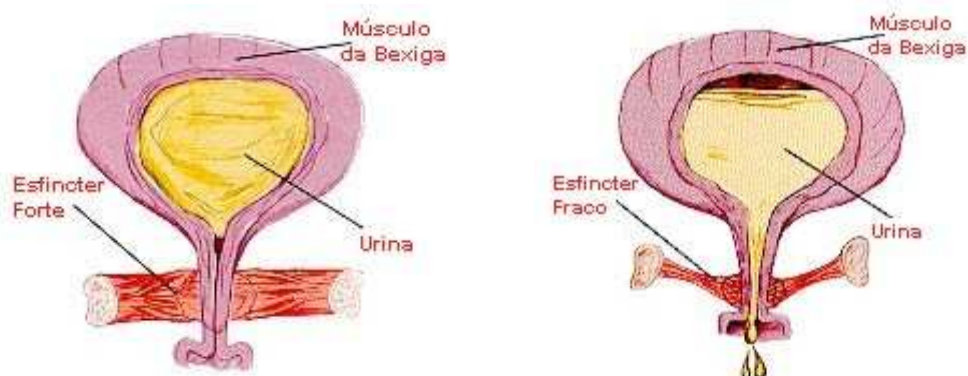


Figura I – Comparação entre o músculo esfíncteriano forte e o fraco
(Stein, 1995:153/154)

A **IU por Hiperactividade Vesical** caracteriza-se pela presença de contracção vesical durante a fase de enchimento da bexiga, desencadeada espontaneamente ou em resposta a estímulos e demonstrada de forma objectiva, quando a paciente tenta inibir a contracção. É chamada de instabilidade ou urgência urinária (pode ser Sensorial ou Motora) em pacientes sem diagnóstico neurológico e de hiperreflexia (Traumatismos

Medulares, entre outros) com comprometimento neurológico, que resultam em micções frequentes e relativamente descontroladas. A IU por urgência urinária sensorial ocorre por exemplo nas cistites, cálculos, neoplasias da bexiga, onde há uma hipersensibilidade da bexiga/ uretra, que desencadeiam forte desejo de miccional na presença de pequenos volumes de urina. Na IU por urgência urinária motora verificam-se contracções não inibidas do detrusor na ausência de doença neurológica. Trata-se normalmente de doença do detrusor, que poderá ser envelhecimento ou patologia desconhecida (Souza, 2003).

A IU por hiperreflexia deriva de uma lesão parcial da espinal-medula ou do tronco cerebral que suspende a maioria dos sinais inibitórios da micção, impedindo o seu controlo. Como consequência o doente tem consciência do desejo miccional e da micção, mas não pode evitá-la por lesão das vias que transportam a informação inibitória. Por outro lado, o estado de consciência e a capacidade de mobilização destes doentes estão muitas vezes afectados, contribuindo de modo importante para a IU (Souza, 2003).

A **IU por Regurgitação** acontece na fase de esvaziamento e está associada a uma obstrução no aparelho urinário inferior (Hipertrofia Benigna da Próstata; Aperto da Uretra; Prolapso Ginecológico; Patologias Congénitas, entre outras). Esta obstrução reflecte-se no detrusor, originando alargamento do espaço entre as células e hipertrofia do músculo liso da bexiga. Desta forma, perdem-se as capacidades elásticas do detrusor, com instalação de uma bexiga demasiado cheia, muitas vezes hipocontráctil, que extravasa e perde a capacidade de encher sem aumento da pressão, surgindo instabilidade que conduz a IU (Souza, 2003).

Na posse do conhecimento do processo fisiológico por detrás de cada tipo de IU e perante um doente com esta patologia, é chegada a altura de se proceder ao seu tratamento, tendo sempre por base o diagnóstico correcto da situação clínica.

1.4.DIAGNÓSTICO/ TRATAMENTO/ PREVENÇÃO

O diagnóstico de IU é feito através de uma investigação básica que permite comprovar se a perda de urina é feita pela uretra ou não, avaliar a quantidade de urina perdida (severidade da situação) e definir as condições em que ela ocorre (grau e tipo de IU), como referem Vaz santos (1999) e Feldner *et al.* (2006). As ferramentas simples e fundamentais para a sua realização são:

- ↗ **História Clínica**, que é a pedra angular no estudo da IU, pois determina a condição da perda de urina, como afirma Feldner *et al.* (2006), (queixas e duração dos sintomas, tipos de sintomas, tempo de aparecimento do sintoma, situações em que ocorre a perda de urina, idade em que começou a controlar a urina, factor desencadeante, factores que melhoram e pioram os sintomas, status hormonal, medicação que toma, hábitos de vida e hábitos intestinais);
- ↗ **Exame Físico**, que inclui a inspecção abdominal (estado da pele, estrias, hérnias, zonas dolorosas e cicatrizes ou aderência), do pavimento pélvico (presença de corrimento, mucosa hiperémiada, irritação local, escoriações, existência de micoses, entre outras) e a palpação (tônus da musculatura abdominal, glútea e adutora, alterações da sensibilidade, capacidade de realizar contracção voluntária, entre outras), apontado por Vaz Santos (1999).

- ↗ **Pad Test**, que estuda o aumento de peso dos pensos higiênicos durante uma actividade pré-estabelecida no tempo, permitindo determinar a intensidade das perdas;
- ↗ **Registo diário de micção**, que permite ter uma noção quer do ritmo miccional (Polaquiúria; Urgências miccionais; Noctúria, entre outras), quer do ritmo de perdas relacionadas com a actividade diária, assim como, a capacidade vesical funcional;
- ↗ **Exames Complementares de Diagnóstico**, usados para melhor definir e precisar o diagnóstico e a fisiopatologia da IU, dos quais se salientam os **Estudos Urodinâmicos**, representados pela uretrocistometria, perfilometria e fluxometria. Todos procuram avaliar o aparelho vesico-esfcteriano na sua função de armazenamento e de expulsão da urina, tendo em conta os respectivos factores de continência. A **Ecografia Transvaginal**, utilizada nas mulheres para avaliar a relação espacial do colo da bexiga com a púbis durante o repouso e durante o esforço. São também utilizados a radiografia e a urinocultura (Vaz Santos, 1999; Feldner *et al.* 2006).

Um **tratamento** óptimo, depende da análise minuciosa do problema, após um diagnóstico médico bem definido, que deve ser individualizado, porque o tratamento varia segundo a natureza da IU e as características do paciente, como defende Vaz Santos (1999). Assim sendo, e sabendo que há uma panóplia de opções de tratamento, cabe ao médico, uma vez que ele é o especialista, recomendar o tratamento apropriado, perante cada caso individualmente, como defende Feldner *et al.* (2006).

Os que sofrem de IU podem habitualmente curar-se ou pelo menos, melhorar consideravelmente a sua situação clínica. Durante muitos anos, a cirurgia foi a melhor opção de tratamento, mas com o passar do tempo as recidivas eram frequentes, submetendo os pacientes às mesmas condições iniciais de perda de urina, muitas vezes com pior prognóstico, como descrevem Holroyd-Leduc e Strus (2005). Os mesmos autores referem que, as técnicas de tratamento conservador ficaram esquecidas durante anos a fio e só nos anos 80 readquiriram importância, apesar de terem surgido em 1948 com *Arnold Kegel*. Com os avanços das pesquisas em fisiologia do aparelho urinário inferior e com o aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico, o tratamento conservador foi assumindo um papel importante na reabilitação dos pacientes. Segundo Kevin (2002), fazem parte das técnicas de tratamento conservadoras:

⇒ **Terapia comportamental**, que visa ensinar aos pacientes um comportamento que foi perdido. São informados de que podem recuperar o controlo da bexiga mediante técnicas como urinar com intervalos regulares (cada duas ou três horas), para manter a bexiga relativamente vazia. Pode ser útil evitar os irritantes da bexiga, como bebidas com cafeína e deve-se beber quantidades suficientes de líquidos (seis a oito copos de água por dia), para impedir que a urina se concentre em demasia, pois poderá irritar a bexiga. Para além destas bebidas, há alguns alimentos como os citrinos, tomates e derivados, comida muito condimentada, chocolate, açúcar, adoçantes e derivados, leite e derivados, devem, um de cada vez ser retirados, num período de dez dias, verificando se a sua remoção leva a melhorias. Mais, a obstipação pode exacerbar a IU, pelo que deve ser combatida através de uma dieta rica em fibra, frutos e vegetais (Kevin, 2002);

- ↗ **Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (Exercícios de Kegel)**, também chamados de Contrações voluntárias e têm como objectivo reeducar esses músculos. Os exercícios implicam a repetida contração dos músculos, várias vezes ao dia, para desenvolver resistência e aprender a usar os músculos de modo apropriado nas situações que provocam IU, como espirrar. Mais se acrescenta que, uma contração potente (forte e rápida) desses músculos é suficiente para comprimir a uretra, provocando o aumento da pressão intra-uretral no momento do aumento brusco da pressão intra-abdominal. O fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico traduz-se no aumento do volume dos músculos, o que dá um suporte estrutural que impede a descida da uretra quando a pressão intra-abdominal aumenta. Os resultados obtêm-se, em regra após, sensivelmente, oito semanas consecutivas de treino (Holroyd-Leduc e Strus, 2005).
- ↗ **Biofeedback**, baseia-se na transmissão de conhecimentos ao paciente, a respeito do processo biológico da IU, objectivando um controle voluntário sobre esse processo, a partir dos sintomas e sinais por ele apresentados. Para tal, podem ser utilizados dados urodinâmicos (introdução de uma sonda vesical ou rectal, que vai enviar informação para um equipamento de monitorização, que permite avaliar a contração dos músculos do pavimento pélvico, o relaxamento da bexiga e dos outros músculos abdominais) ou recorrer a outros recursos como os audiovisuais, permitindo a adequação dos exercícios (Stein, 1995);
- ↗ **Medicação** que ajuda a controlar os espasmos ou fortalecem o músculo da parede da uretra. Medicação que funciona como terapia de substituição hormonal com estrogénios (após a menopausa), para melhorar a elasticidade da

musculatura pélvica e tecidos vizinhos. Antibióticos, no caso da IU estar associada a infecção urinária (Kevin, 2002);

↗ **Aparelhos de fortalecimento da musculatura pélvica**, onde se incluem os cones vaginais (conceito introduzido por *Plevnik* em 1985), que visam o fortalecimento da musculatura pélvica. Estes cones trabalham com pesos, provocando uma contracção reflexa da musculatura pélvica e trabalham a força de sustentação muscular. Para além dos cones, há aparelhos de estimulação eléctrica, que têm como finalidade estimular a percepção da contracção muscular e o fortalecimento das fibras musculares responsáveis pela contracção sustentada (que assegura a sustentação das vísceras pélvicas) e pelas contracções rápidas e reflexas (que asseguram a continência urinária durante actividades de esforço). Pode ainda tratar a instabilidade vesical, inibindo as contracções do músculo detrusor. Na electroestimulação ou estimulações electricamente induzidas, não obrigatório a participação activa do paciente. Esta é feita através de eléctrodos colocados na vagina ou no ânus, conectados a um pequeno gerador externo. As aplicações devem ser diárias com duração de 20 minutos. A principal limitação é o desconforto do paciente, no entanto, os resultados são promissores, embora o uso clínico ainda seja reduzido (Holroyd-Leduc e Strus, 2005).

Nos casos mais graves, que não respondem aos tratamentos através de técnicas conservadoras, estes podem ser corrigidos por meio de **Cirurgia**, utilizando um procedimento cirúrgico, escolhido entre os diferentes procedimentos, que elevam a bexiga e reforçam o canal de passagem da urina, tendo em conta o doente, a sua

situação clínica e a experiência do próprio Urologista, como comentam Holroyd-Leduc e Strus (2005). Dentro destes procedimentos cirúrgicos, destacam-se como mais utilizados a **Colposuspensão Retropúbica por via Abdominal, Suspensão do Colo da Bexiga com agulha, Reparação Vaginal Anterior, Colposuspensão Laparoscópica e a Técnica de Sling Suburetral** (ver anexo I).

No caso de todos os tratamentos supra-numerados falharem, há alternativas para assegurar um bem-estar e conforto do paciente. Entre essas alternativas estão o uso de absorventes, a algaliação para drenagem mecânica da bexiga ou o uso de equipamento externo para recolha urina.

O enfraquecimento da musculatura pélvica resulta de diversos factores, que durante a vida fazem com que a musculatura enfraqueça, o que é muito mais flagrante nas mulheres. Durante todo o dia estes músculos sustentam o peso dos órgãos pélvicos e sofrem ainda maiores pressões, quando a pressão intra-abdominal aumenta, como no caso de espirrar, tossir ou fazer algum esforço físico, como refere Vaz Santos (1999).

Durante toda a gestação este esforço é ainda maior para sustentar o bebé, já para não falar da enorme agressão durante o parto. Mais, na menopausa há uma considerável queda na força desta musculatura, quando os níveis de hormonas caem drasticamente, porque estes músculos dependem dessas hormonas, como descrevem Cruz e Guimarães (1999).

Na maioria dos casos, as mulheres podem prevenir a IU através da realização de exercícios pélvicos (exercícios de *Kegel*), que fortalecem os músculos que rodeiam as aberturas da uretra, vagina e ânus. Outras medidas que podem ajudar a prevenir a IU, passam pelo controlo de tosses persistentes, obesidade, tensão abdominal e outros factores que aumentam a pressão sobre os músculos pélvicos, como afirmam Carmo

Pinto e Castro Araújo (2000). Dito isto, a prevenção passa por uma mudança do estilo de vida que inclui deixar de fumar, manter um peso saudável, evitar a obstipação, evitar levantar grandes pesos e tratar qualquer tosse persistente, para além de urinar regularmente e frequentemente, mesmo se não tiver vontade, pois pode ser benéfico (Carmo Pinto e Castro Araújo, 2000).

Como vimos, há vários tipos de tratamento e a escolha de um em concreto, depende sempre de um bom diagnóstico, efectuado pelo Urologista. Salienta-se que o tratamento deverá, sempre que possível, começar por terapias conservadoras e só depois, quando estas falharem, optar pelo tratamento cirúrgico. Mas cabe o papel principal à prevenção, através da realização de uma alimentação correcta e da realização de exercícios do pavimento pélvico, para prevenir o aparecimento da IU e assim, promover a QDV e o bem-estar das pessoas, evitando as vivências que proporciona.

2. INCONTINENTE URINÁRIO: VIVÊNCIAS

Os progressos científicos e tecnológicos tiveram como consequência uma evolução dos meios auxiliares de diagnóstico e tratamento da IU. No entanto, apesar destes progressos, como refere Azevedo (2005), a IU parece continuar a não merecer a atenção devida, nem as vivências que ela proporciona a quem afecta, por parte dos profissionais de saúde e da opinião pública em geral.

O urologista Vaz Santos (1999), refere que os estudos de prevalência de IU na população Portuguesa apontam para cerca de 400 mil incontinentes. Mas este número está longe da realidade, porque, muitos dos que sofrem deste problema, fazem-no em silêncio, o que sugere que a IU é um problema escondido e subestimado, fazendo com que este número corra o risco de estar longe da realidade. Tal acontece porque nem sempre a IU é alvo de atenção médica, pois a maior parte dos que dela sofrem, preferem integrá-lo na sua vida quotidiana a consultar um médico, como descrevem a Dr. Carmo Pinto e o Dr. Castro Araújo, do Centro de Saúde de Águas Santas (2000).

A incontinência não é sentida pela pessoa afectada, como uma doença, mas sim, como uma consequência de outros males mais importantes. Quase sempre, esta não é acompanhada de dor. Logo, são os incómodos pessoais que pesam para o incontinente, do qual o mais importante é a possibilidade do seu problema passar a ser constatado pelos outros. O meio social é-lhes particularmente ingrato, pois existe sempre "*o medo que a desgraça suceda na rua*", como referiu certa vez uma paciente.

Molhar-se ou sujar-se é bastante embaraçoso, mas poucos esforços têm sido feitos para saber o que cada pessoa sente sobre a sua condição e como lida com ela. Os tabus sociais podem inibir os utentes de falar sobre isso mais abertamente, para além de que, a

IU afecta frequentemente, grupos menos capazes de procurar ajuda (idosos ou incapacitados fisicamente), como refere Sebastião (1999).

A IU sugere uma falta de controlo, como narra Azevedo (2005), que os seres humanos habituados a viverem num mundo onde quase se negam as funções corporais, bem como certamente a falta de controlo sobre elas, quando acometidos destes distúrbios, encontram aqui uma fonte de problemas.

A IU é encarar como uma situação potencialmente sem solução pela generalidade das pessoas. Esta concepção bloqueia o desenvolvimento de uma consciência colectiva, em prol do conhecimento real do problema (Azevedo, 2005). Portanto, enquanto se considerar a incontinência como uma condição permanente, não controlável, é compreensível a falta de interesse por parte da opinião pública em geral e até da própria equipa de saúde (Burgio, 1993).

Podemos constatar que estamos perante um problema delicado, muitas vezes ocultado por desconhecimento ou vergonha e a necessitar de soluções práticas, seguras e eficazes, uma vez que interfere em todas as esferas da vida de todos quantos têm que viver com IU.

2.1.NA SOCIEDADE

A IU interfere de forma decisiva nas actividades sociais. Questões como “Será que posso sair e aparecer em público sem que ninguém sinta o cheiro a chichi? Haverá algum sitio onde possa mudar o meu absorvente? Será que o absorvente se nota por baixo da roupa? E se a urina passar para fora do absorvente? E se a urina deixa mancha na roupa ou cadeira?” são colocadas constantemente por muitos dos que sofrem de IU.

Possivelmente, estas pessoas poderão começar a sentir que não vale a pena sair de casa. Num estudo levado a cabo por Fultz *et al.* (2003), verificou-se que 50% das mulheres referiram que a IU era uma experiência com impacto muito negativo nas suas vidas.

O medo de se molharem e de exalarem odores, são talvez os principais factores que estão por detrás de uma reclusão forçada. Mesmo aqueles que até gostavam de sair, posteriormente a alguma situação menos agradável em público, deixam de sair, como salienta Wyman (1994) ao referir que a IU leva a uma alteração do estilo de vida, condicionando o incontinente no seu dia a dia, resultando num isolamento social, ao evitarem lugares comuns, habitualmente por eles frequentados como igrejas, discotecas, cinemas, entre outros, declarando não se sentirem bem onde quer que estejam, com receio de ocorrer perda de urina, notar-se o absorvente ou cheirarem mal. Este comportamento de evitamento, leva ao isolamento e solidão, o que contraria as **relações interpessoais**, que como diz Azevedo (2005), assumem papéis sociais diversos e definem a posição social de cada um. Acrescenta ainda que a pessoa se identifica com esses papéis, que em conjunto com as relações que mantém, forma a sua identidade pessoal. Logo, a IU interfere na identidade da pessoa quando deixa de assumir os seus papéis sociais, porque deixa de se relacionar com os outros, sabendo que, como refere Azevedo (2005), as relações e papéis são mantidos através do reconhecimento dos outros, confiança, amizade e amor, ou seja, das relações que estabelece e que funcionam como suporte emocional na vida da pessoa.

Isto significa que, como foi dito anteriormente, algumas pessoas deixam de ter coragem de enfrentar os outros por vergonha, isolam-se do mundo exterior e tornam-se introspectivas e solitárias, o que vai de encontro ao estudo desenvolvido por Fultz *et al.* (2003), onde 30% das mulheres referiam ter adoptado este tipo de comportamento.

Num estudo desenvolvido por Lam *et al.* (1992), no qual pretendia identificar atitudes em mulheres adultas relacionados com a IU, concluiu que 19% das mulheres incontinentes evitam algumas actividades sociais como visitar amigos, fazer desporto, ir às compras ou mesmo ir para o trabalho. Acrescenta-se o facto de que as mulheres com IU recusam a prática de exercício físico devido ao medo de perder urina, como salienta um estudo efectuado por Norton *et al.* (1988). Também na investigação efectuada por Brown e Miller (2001), 38% das mulheres de meia-idade e 28% das mulheres da terceira idade afirmaram terem deixado a prática regular de desporto devido à perda de urina involuntária. Desta forma, a IU destrói a vida individual, ao deixarem de conviver socialmente e o seu círculo de amizades, bem como chega, muitas vezes, a restringir a escolha do próprio local de habitação.

O ambiente de **trabalho** é uma fonte de problemas, uma vez que se encontram limitados nas suas actividades profissionais e no seu relacionamento com os colegas (Hamilton, 1990).

Vários utentes perdem o emprego, outros têm que mudar de posição por restrição nas actividades e outros têm dificuldades em manter o emprego, o que depende do tipo de trabalho que realiza e do nível de interferência da IU na sua execução. No caso de uma pessoa que trabalhe na linha de montagem de uma fábrica e que necessita de ir à casa de banho regularmente (sensivelmente de 2 em 2 horas) para evitar perda de urina, terá dificuldades em convencer o seu supervisor de que não está a fugir ao trabalho, quando não o esclarece da sua real situação, como refere Haken (1992). Daqui resulta, por parte do incontinente, um aumento constante do esforço em não ser apanhado em falta. Este constante esforço pode desencadear uma exaustão emocional, que, como relatam

Wright e Cropanzano (1998), pode comprometer a saúde mental e física, para além de deteriorar a QDV no trabalho.

A realização de várias tarefas domésticas que envolvem o manuseamento de água está comprometida para as donas de casa, como relata Reis Santos (s/d), pois muitas delas não podem efectuar uma tarefa tão simples como lavar a loiça, pelo facto de mexer com água ser condição suficiente para a perda de urina, condicionando o seu trabalho e bem estar.

O incontinente apercebe-se que também os que o rodeiam, principalmente a **família**, sofre e vive sob pressão. Para além disso, a IU provoca sentimentos de vergonha e embaraço mesmo dentro da família. Qualquer pai ou mãe encontra humilhante a situação de ter de explicar aos seus filhos pequenos porque razão se molha, tal como narra Yarnell (1981). O mesmo autor refere que certa vez uma mãe jovem referiu que não se aceita facilmente que um adulto faça coisas que normalmente só as crianças fazem. Por outro lado, tal como narra Lose (2005), os mais idosos, normalmente, admitem a IU como parte inevitável do envelhecimento, no entanto, não conseguem evitar que a casa a certa altura comece a cheirar mal, que os amigos diminuam a frequência das suas visitas e que a família comece a fazer sugestões no sentido de ir para um lar. No entanto, como refere o mesmo autor, embora o idoso já não possua recursos suficientes para fazer face ao problema, a situação permanece muitas vezes por resolver, visto que a família se mostra incapaz de enfrentar e discutir o problema. No entanto, Velho (1989) refere que a família revela-se fortemente actuante praticamente em todos os momentos da vida das pessoas, mas esta torna-se vital, principalmente, nos momentos de crise. Acrescenta-se que, como refere Silva (1996), apesar das mudanças que têm acontecido na dinâmica familiar, ela continua a desempenhar o importante

papel de promover cuidados físicos, emocionais e sociais. Logo, como facilmente se percebe, a família é um suporte importante para o incontinente, num momento de crise, em alguma fase da vida, vivida com a IU.

No seio familiar, como refere Haken (1992), podem surgir conflitos provocados pela IU, relacionados com o custo dos absorventes, que pode pesar no orçamento familiar ou relacionados com a perda do emprego, o que diminui o poder económico familiar.

2.2.NA INTIMIDADE

O que caracteriza a união contemporânea entre duas pessoas, como relata Bozon (2003), não é apenas o sentimento amoroso, mas também a importância crescente que assumiram o domínio individual dos que se uniram, bem como, o papel essencial que assume a sexualidade, primeiro na constituição e depois, na manutenção da relação íntima conjugal. A sexualidade que era um dos atributos do papel social do indivíduo casado tornou-se uma experiência interpessoal indispensável à existência da união (Bozon, 2003). Para além disso, as manifestações e interesse sexuais, quer sejam crianças, jovens e velhos, são uma característica presente no homem como ser sexuado que é, como relata Azevedo (2005). Assim, sabendo do papel importante que a sexualidade assume para o indivíduo e para as relações íntimas, torna-se relevante saber como o incontinente vive esta dimensão da sua vida.

Os estudos sobre o impacto da IU na vida sexual são reduzidos. No entanto, surgem alguns como o de Pais Ribeiro e Raimundo (2005) que verificou, no que respeita à prática sexual, que as mulheres da sua amostra se ajustavam de modo satisfatório, o que vai de encontro ao que é citado por Dugan *et al.* (1998) quando afirma que a IU não tem

consequências devastadoras para todas as pessoas. Ocorre que 85.1% das mulheres diziam ter uma vida sexual activa. Do total dessas mulheres, 74.2% eram casadas ou viviam em união de facto. Apesar de terem uma vida sexual activa, as 85.1% consideravam que a IU tinha um impacto moderado a grave na sua vida em geral. Acrescente-se o facto de que 24.6% das mulheres deste estudo, casadas ou em união de facto, afirmaram não ter vida sexual activa.

Bozon (2003) menciona no seu trabalho que a actividade sexual, geralmente, vai diminuindo no decurso do ciclo natural da vida e, como foi já referido no capítulo anterior, a incidência de IU aumenta também com a idade. Os dados obtidos por Pais Ribeiro e Raimundo (2005) vão de encontro a esta realidade, quando verificaram que a média de idades das mulheres sexualmente activas era sensivelmente mais nova 10 anos da média das mulheres sexualmente não activas. Contudo, como os próprios autores afirmam, fica por estudar o papel da IU na redução da actividade sexual, mas afirmam que a IU tem impacto na sexualidade, nomeadamente, na satisfação sexual.

A IU leva a uma adaptação do vestuário por parte de quem tem de conviver com ela. Procuram roupas mais largas e mais escuras, para não se notar o absorvente. Este facto, afecta principalmente as mulheres, que se sentem menos atraentes e femininas como narra Norton *et al.* (1988) e evitam ter relações sexuais com medo de perderem urina nessas ocasiões. Tendo em conta que a imagem corporal desempenha um papel fulcral, não apenas na relação que temos com o nosso corpo, mas também na relação que temos connosco e com os outros, percebe-se o tipo de reacção desencadeada nas mulheres. Todavia, como é referido por Azevedo (2005), o conceito de imagem corporal não é estático, ajusta-se ao longo da vida, em resposta às experiências vividas, para além de,

variar consoante a percepção que o indivíduo tem de si próprio e do que retém do contexto social.

Torna-se importante salientar a ideia de que a satisfação com a prática sexual, parece estar intimamente ligada à saúde mental do incontinente, como expõem Pais Ribeiro e Raimundo (2005).

2.3.NA SAÚDE

O número real de incontinentes de urina é desconhecido e fica aquém dos números apontados na bibliografia, como é referido por quase todos os autores consultados. A IU é muitas vezes vivida no silêncio e na solidão, devido à vergonha e preferem integrá-la na sua vida diária a consultar os serviços de saúde. Assim, talvez se compreenda que apenas 13% a 51% dos incontinentes falem acerca da sua IU com um prestador de cuidados de saúde, como é descrito por Holroyd-Leduc e Strus (2005) e que, no estudo desenvolvido por Moura (2005) apenas 34.3% das mulheres incontinentes consultou algum médico para avaliar o seu problema. Mais, Minassian *et al.* (2003), diz que apenas uma minoria de mulheres incontinentes falava com o médico acerca dos seus problemas com a IU.

Num recente inquérito levado a cabo nos EUA e na Europa, como narram Hunskaar *et al.* (2004) e Kinchen *et al.* (2003), revelou que apenas 24 a 45% das mulheres incontinentes consultaram o médico. Mais concretamente, o inquérito revelou que apenas 24% das mulheres incontinentes em Espanha consultaram o médico, 25% no Reino Unido, 33% na França e 40% na Alemanha.

Os motivos mais frequentemente apontados pelas mulheres que não consultaram o médico, na investigação desenvolvida por Moura (2005) são o facto de considerarem a IU como um acontecimento normal que faz parte do envelhecimento e não há nada a fazer (25.8%), pensar que passaria espontaneamente (22.6%) ou que não é suficientemente importante para consultar o seu médico (24.2%). Esta ideia é também defendida por Hägglund *et al.* (2003) e por Shaw *et al.* (2001). Logo, a procura de ajuda para o problema da IU, nos cuidados de saúde, como narram Roberts *et al.* (1998) e Shaw *et al.* (2001), parece estar relacionado com a frequência, gravidade, duração e impacto da IU sobre a QDV.

Kinchen *et al.* (2003), Hägglund *et al.* (2003) e Shaw *et al.* (2001), mencionam que a necessidade de usar absorventes pesa muito na decisão de procurar cuidados de saúde por parte dos incontinentes, bem como o medo de perder urina acidentalmente, a vergonha de cheirar a chichi e quando a IU interfere nas suas actividades diárias.

Embora alguns estudos tenham demonstrado que é frequente os doentes iniciarem a discussão do problema com o seu médico de família, Ricci *et al.* (2001) verificaram que de um modo geral não marcam especificamente uma consulta com esse objectivo. Se o médico não identifica a sintomatologia apontada pelo paciente, é frequente a situação passar em branco porque o incontinente se sente pouco confortável para abordar novamente o assunto, como menciona Shaw *et al.* (2001), ou então, evita fazê-lo com receio do exame médico, tratamentos invasivos ou por vergonha de falar sobre o seu problema, como afirmam Kinchen *et al.* (2003), Hägglund *et al.* (2003) e Norton *et al.* (1988). Holroyd-Leduc e Strus (2005), constataram que alguns pacientes interpretam a falta de resposta como a informação de que a situação não tem solução. Os mesmos autores expõem a ideia de que cabe aos clínicos gerais a introdução do tema da IU nas

suas consultas e que, quando identifiquem o problema, estejam bem preparados para debaterem as várias opções terapêuticas.

O papel do médico de família é bastante importante no diagnóstico da situação, como afirma Moura (2005), uma vez que possui uma relação privilegiada com os pacientes, devido à sua acessibilidade, tornando os cuidados primários de saúde, o meio mais adequado para identificação do problema, sabendo que alguns incontinentes não sabem a quem pedir ajuda, como refere Hägglund *et al.* (2003) e Norton *et al.* (1988).

2.4.PESSOAS

As vivências e reacções à IU diferem de pessoa para pessoa, uma vez que, as reacções são de natureza individual, como refere Sebastião (1999), devido às particularidades da personalidade de cada um, as quais vão influenciar o modo como vivem a sua IU. Mais se acrescenta que, tal como Magalhães (1996) descreve, o homem cria a sua personalidade a partir do agir consciente, livre e social, face ao mundo e aos outros, num processo de personalização. É a tomada de consciência das motivações, dos modos e dos efeitos desse modo de agir, que pode organizar num quadro de valores e hierarquizá-los. Será entendido como bem o que o realiza e humaniza e como mal, o que o despersonaliza. Assim, nesta perspectiva, na grande maioria dos casos, a IU é vista como o mal que despersonaliza e que interfere no bem-estar do incontinente. Este mal trás sofrimento, que, como defende McIntyre (1995), é uma experiência individual e por ser de natureza subjectiva, é natural que cada pessoa em situação de sofrimento adopte uma forma própria de exteriorizar a sua experiência psico-afectiva e se ajuste e adapte à situação de forma particular.

Para muitos dos IU significa uma velhice, em muitos casos, prematura, que normalmente tendem a repudiar. Supõe um retrocesso à idade infantil com perda de autonomia e auto-controlo. Significa uma particularidade que os distingue do resto da sociedade e que é vivida como um defeito, fazendo-os sentir complexos de inferioridade (Lutumba, 1995). Os estudos revelam, como Sebastião (1999) afirma, que o grau de incontinência ou de perdas, nada tem a ver com o grau de angústia experimentado pela pessoa. Cada pessoa irá reagir com diferentes graus de transtorno emocional, uma vez que, a amplitude das dificuldades, não está relacionada com a idade, a duração do problema ou a causa da incontinência.

Os utentes referem uma variedade de sentimentos, incluindo depressão, raiva, irritabilidade, preocupação, ansiedade, medo, nunca ser capaz de relaxar e frustração como resposta à sua situação, como narra Lutumba (1995).

Feldner *et al.* (2006) afirmam que os incontinentes desenvolvem alterações comportamentais para se adaptarem à IU e reduzir o impacto dos sintomas. Dentro dessas alterações comportamentais incluem-se o aumento da frequência das micções, descobrir a localização das casas de banho onde quer que vão, dietas restritas, limitações da actividade física e, em casos mais graves, limitação das actividades sociais.

Davila e Neimark (2002), referem que à volta da IU se forma um ciclo vicioso de ansiedade e sofrimento relacionado com a possibilidade de perda de urina, associando-se a isso, o sentimento de vergonha e a gradual piora da urgência miccional, devido a uma angústia interna que, frequentemente, leva a importantes transtornos psicológicos e a vários graus de isolamento social.

Muitos doentes sentem-se obrigados a usar roupas velhas ou pouco atraentes para facilitar a sua lavagem. As roupas justas são evitadas, porque podem revelar o uso de absorventes. As mulheres, fundamentalmente, sentem-se pouco atraentes, porque são como que forçadas a usar roupas que não lhes assentam bem (Burgio, 1993), o que diminui a sua auto-estima, pois sentem a sua imagem feminina agredida.

A IU, proporciona aos que são afectados, muitas e diferentes vivências, as quais vão depender de vários factores, como a sua personalidade, o apoio social expressivo, o poder económico familiar, entre outros. Deste modo, oferece vivências que afecta, na maior parte das vezes, a QDV dos incontinentes e por isso é necessário desenvolver estratégias que visão promover a sua QDV e bem-estar.

3.PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO INCONTINENTE URINÁRIO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença em 1946. No entanto, como refere Sebastião (1999), as políticas de saúde e a própria formação dos profissionais sempre deram preferência ao controlo da morbilidade e mortalidade. Só mais recentemente, tem crescido a preocupação não só com a frequência e a severidade das doenças, mas também, com a avaliação do impacto da doença e comprometimento das actividades diárias das pessoas, ou seja, houve um ênfase na preocupação com a avaliação da QDV das pessoas. Esta nova perspectiva, deve-se à espantosa melhoria do Sistema Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde, referido por Pais Ribeiro (1994), permitindo que, actualmente, não se morra de muitas das doenças que antigamente matavam, e possibilitaram que grande parte das pessoas que têm uma doença crónica, 80% de todas as doenças, segundo Rodin e Salovevy (1989, cit. por Pais Ribeiro, 1994), possam levar hoje em dia uma vida activa, igual à das pessoas que não têm nenhuma doença. Segundo Sobel (1979, cit. por Pais Ribeiro, 1994), 50% das pessoas que tem uma doença crónica podem levar uma vida idêntica as pessoas que não têm doenças.

O aumento do número de pessoas com doenças crónicas teve consequências económicas, como refere Saura *et al.* (2001), pois implicou um grande acréscimo de gastos no sector da saúde, tornando necessário o estudo da qualidade de vida, como menciona Azevedo (2005), por causa da limitação de recursos e contenção de verbas. Para tal, o sector da saúde teve a necessidade de avaliar os cuidados de saúde em geral e os resultados das intervenções de saúde.

A IU é um problema de saúde de grande importância actualmente, porque afecta adversamente a QDV das pessoas e tem um elevado impacto socioeconómico. Isto porque, como expõem Tamanini *et al* (2004) e para o qual há consenso na literatura, a IU tem implicações importantes em muitas áreas da dimensão humana, como a psicológica, social, física, económica, pessoal e sexual. Ela surge não apenas como uma ameaça à auto-estima, mas também, como factor de isolamento social e de depressão, como narra Chiverton *et al* (1996). Parece existir também consenso entre os estudiosos da problemática, como afirma Tamanini *et al* (2004), de que são os próprios incontinentes, os melhores juízes para avaliar a sua qualidade de vida. A IU acarreta elevados custos com forte impacto social, como afirma Saura *et al.* (2001), com a perda do emprego, sobrecarga nos cuidados familiares, predisposição do incontinente para o internamento hospitalar, bem como sobrecarga no orçamento familiar, para além dos avultados gastos do Sistema Nacional de Saúde. Em Portugal, não há registo de cálculos efectuados, para avaliar os gastos com a IU, mas na vizinha Espanha, tal como descreve Juarranz *et al.* (2002), em 1996, o consumo de absorventes produzir um gasto de 25.658 milhões de pesetas, o que representou 3.2% do valor da comparticipação de produtos farmacêuticos do Sistema Nacional Saúde, sem contar com os gastos indirectos, como gastos com exames auxiliares de diagnóstico, medicação, cirurgias, entre outros.

Perante a problemática da IU, os transtornos que provoca na pessoa e os gastos económicos que acarreta, é importante investir na promoção da qualidade de vida do incontinente através de programas de educação para a saúde, quer nas unidades de saúde, bem como nos diversos meios de comunicação, Internet e através dos amigos, familiares, vizinhos, entre outros, sem esquecer a importância do envolvimento do incontinente, pois tal como narra Marin (1995), a promoção da saúde prevê a

instauração e manutenção de comportamentos não só saudáveis, bem como, potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas. Logo, a promoção da saúde é para todos, independentemente de ter ou não doença e vai no sentido de promover a sua QDV, como afirma Dias *et al.* (2004).

3.1. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

O conceito de QDV não reúne consenso quanto à sua definição. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1995, reuniu especialistas de várias partes do mundo, com o intuito de definirem QDV, cuja definição encontrada foi a “*qualidade individual da posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Orley, 1994, cit por Pais Ribeiro, 1997:260). Neste conceito está implícito, como refere Azevedo (2005), que QDV é um conceito de cariz subjectivo, multi-dimensional e que inclui elementos da avaliação de natureza positiva e negativa.

Bowling (1991) define QDV como a resposta individual às circunstâncias de vida, adquiridas pelos efeitos da doença nas actividades de vida, que influenciam a nível físico, mental e social. Mas Macdinagh (1996), diz que é um constructo altamente subjectivo e complexo, existindo consenso no facto de que é um conceito multi-dimensional, cujas dimensões podem ser agrupadas em classes de saúde física, funcional, psicológica e social. É uma medida que varia ao longo do tempo, como refere Pais Ribeiro (1994), ao contrário da maioria das medidas fisiológicas que devem ser estáveis.

O conceito de QDV é multi-dimensional, porque é composto por várias dimensões, tal como Pais Ribeiro (1994) refere, pois é uma variável composta por múltiplos componentes: o estado psicológico; o estado físico/funcional; o estado do funcionamento social. No entanto, o mesmo autor afirma que o número de domínios e componentes considerados na QDV é variável, dependendo dos objectivos perseguidos e do aprofundamento do estudo realizado.

QDV é também um conceito subjectivo, como já foi referido, porque é uma medida de percepção pessoal, onde apenas a própria pessoa se pode pronunciar, relativamente à sua QDV. Por isso, levanta-se a questão de como é possível avaliar a QDV no caso dos muito jovens, indivíduos com perturbações da fala, défices intelectuais profundos, entre outros? (Hays et. al., 1995; Pais Ribeiro et. al., 1998).

A área da saúde, como afirma Pais Ribeiro (1994), é um dos domínios fundamentais, se não, o mais importante para a QDV, apesar de não se poder dissociar de outros domínios como o trabalho, família, desafogo económico, entre outros, onde a QDV é também estudada.

A importância do estudo da QDV na área da saúde prende-se, essencialmente, com as doenças crónicas, as quais não têm cura. Segundo Blaschard (1982, cit. por Pais Ribeiro, 1994), são doenças que têm que ser geridas em vez de curadas. Elas afectam uma percentagem significativa da população, como é exemplificado por Sobel (1979, cit. por Pais Ribeiro, 1994), quando diz que nos Estados Unidos da América, 50% da população sofre de doenças crónicas. Este número aumenta para 86%, nas pessoas com mais de 65 anos, segundo Rodin e Salovey (1989, cit. por Pais Ribeiro, 1994).

Nos últimos anos, as investigações sobre a QDV dos utentes com doenças crónicas aumentou, consideravelmente. A preocupação com os resultados das intervenções

médicas sobre esses doentes, têm sido um dos maiores responsáveis por este acontecimento, como afirma Pais Ribeiro (1994). Para além disso, importa referir que as investigações sobre QDV, relacionadas com os cuidados de saúde em doenças crónicas, têm vindo a dar mais ênfase, não só aos resultados fisiológicos obtidos, mas também, a factores subjectivos, como narra Pais Ribeiro (1994), pois um medicamento pode obter resultados análogos a nível fisiológico nos doentes, mas não ter o mesmo efeito a nível do bem-estar do doente. Em associação com este facto, as investigações para avaliação da QDV têm vindo a ser feitas através duma abordagem pela positiva, como refere Pais Ribeiro (1994), avaliando a capacidade, o potencial, a realização, ao contrário da incapacidade e da impotência. Esta abordagem da avaliação da QDV, tal como diz Ware *et al.* (1993), não pretende substituir as medidas clínicas tradicionais, mas sim, pretende ser um reforço de complementaridade a essas medidas.

3.2.QUALIDADE DE VIDA/ BEM-ESTAR DO INCONTINENTE

A IU tem um forte impacto sobre a QDV das pessoas afectadas, como afirma Saura *et al.* (2001). Esse impacto afecta vários domínios da vida do incontinente, que vão desde o domínio social, doméstico, sexual, físico, psicológico e ocupacional, como narram Ashworth e Hagan (1993). Impacto da IU no **domínio social**:

- ↪ O incontinente deixa de se relacionar com os outros e isola-se;
- ↪ Faz alterações nos seus planos de viagens;
- ↪ Deixa de praticar desporto.

Impacto da IU no **domínio doméstico**:

- ↪ O incontinente começa a negligenciar as tarefas domésticas;
- ↪ Surgem problemas conjugais e familiares;
- ↪ Surge a necessidade de utilizar impermeabilizadores na cama;
- ↪ O incontinente começa a preocupar-se com a roupa que usa (usa roupa escura e larga para esconder o absorvente).

Impacto da IU no **domínio sexual**: Repelem o contacto físico.

Impacto da IU no **domínio físico**:

- ↪ O incontinente apresenta certas limitações para actividades físicas;
- ↪ Os incontinentes idosos acabam por viver em lares devido ao seu problema.

Impacto da IU no **domínio psicológico**:

- ↪ Depressão;
- ↪ Perda de auto-estima/dignidade;
- ↪ Apatia, culpa e negativismo;
- ↪ Sentimento de perda de controlo sobre a função vesical;
- ↪ Sentimento de ser uma carga para a família.

Impacto da IU no **domínio ocupacional**: Absentismo laboral (Ashworth & Hagan, 1993; Grimby *et al.*, 1993).

Segundo Norton *et al.* (1988), cerca de 60% das pessoas com IU sentem-se envergonhadas ou preocupadas com a sintomatologia da doença. Os mesmos autores defendem que aproximadamente 60% das mulheres adultas com IU evita afastar-se de casa e que 45% não utiliza transportes públicos. Mais, referem que 50% das mulheres com esta patologia recusa ter actividade sexual.

Thomas *et al.* (1980), afirmam que as mulheres afectadas por IU têm maior predisposição para problemas emocionais e de isolamento social do que as mulheres da população em geral. Acrescenta que, apesar do efeito negativo que este transtorno tem sobre a QDV das pessoas, apenas cerca de 6% dos afectados recebe algum tipo de acompanhamento ou assistência médica. Estas são ideias também partilhadas por Norton *et al.* (1988) e por Samuelsson *et al.* (1997).

Simeonova *et al.* (1999), Brown e Miller (2001), apontam para o facto das mulheres referirem que a IU as impede de conhecer pessoas, de fazerem as suas compras e de praticarem alguma actividade física. Norton *et al.* (1988) afirma que as pessoas afectadas por este problema, tendem a sentir-se menos atractivas.

Lose (2005) descreve que, as mulheres com sintomatologia severa de IU estão 80% mais propensas a sofrer de uma depressão do que mulheres com sintomatologia moderada de IU e que mulheres com IU têm 40% mais de probabilidade de vir a sofrer de depressão do que as mulheres continentas e afirmam que a IU está associado com o facto delas se sentirem mais doentes e solitárias.

Num estudo desenvolvido por Moura (2005), que tinha como objectivo determinar a prevalência, características e expectativas face ao tratamento de IU nas mulheres com ou mais de 40 anos, encontraram-se 101 afectadas pela doença, das quais 51.4% referiam ter perdas diárias ou semanais de urina. No que diz respeito à quantidade de

urina perdida de cada vez, detectou-se que 14,9% revelou que perde uma grande quantidade. Das mulheres incontinentes, 12,9% revelaram ter uma IU muito severa, 9,9% severa, 43,6% IU moderada e 33,7% tinham uma IU ligeira. Em relação ao tipo de incontinência, verificou-se que o mais frequentemente encontrado é a mista com 49%, seguida da IU de esforço com 34,7% e finalmente a IU por urgência com 16,3%. A autora deste estudo, concluiu que a severidade da IU, de forma análoga ao estudo realizado por Sandvik *et al.* (2000, cit. por Moura, 2005), nas mulheres mais jovens foi classificada maioritariamente como ligeira ou moderada, tendo-se verificado uma maior prevalência de graus mais severos nos grupos etários mais elevados. Quanto aos tipos de IU, estes foram associados aos grupos etários, similarmente ao estudo realizado por Sandvik *et al.* (1995, cit. por Moura, 2005) onde se verificou que a IU de esforço e mista predominam nos grupos etários mais jovens e a urgência no grupo etário com mais idade.

Um outro estudo, este realizado por Carmo Pinto e Castro Araújo (2000), onde pretendiam determinar a prevalência, o impacto na QDV e repercussões económicas associadas à IU na mulher, observaram que para 69,4% de um total de 85 mulheres incontinentes, das 203 entrevistadas, as perdas de urina constituíam um incómodo, embora só 8,2% (7) delas refira limitações significativas da mobilidade. No que se refere ao impacto do problema a nível individual, o mesmo estudo observou que 87,1% (74) das mulheres incontinentes se preocupavam pouco ou nada com o facto de perderem urina, 8,2% (7) ficavam por vezes tristes, mas tentavam não pensar no assunto e 4,7% (4) referem sentir-se frequentemente tristes, sós e abandonadas pelos outros. Ainda no mesmo estudo e relativamente ao impacto relacional, apenas 11,8% (10) respondeu: 7,1% (6) referiu não ter vontade de sair de casa e de estar com os amigos;

3.5% (3) referiram sentirem-se sem energia para realizar qualquer tarefa/trabalhar; 1.2% (1) referiu sentir-se mais distante do marido e dos filhos. Para as restantes 88.2% (75), a IU não constitui qualquer obstáculo familiar, social ou profissional.

O estudo desenvolvido por Tamanini *et al.* (2004), que pretendia traduzir e validar para a língua portuguesa o questionário de QDV condição específica denominado de *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)* em pacientes com IU, verificaram, depois de o aplicarem a 123 pacientes (29 homens e 94 mulheres) com queixas de IU, que a QDV piora quanto maior for a gravidade dos parâmetros clínicos. A urgência urinária foi a queixa mais frequente e foi relatada por 42.3% (52) dos pacientes e 65% (80) dos pacientes usavam absorventes e destes, 58.7% (47) usavam pelo menos 3 absorventes por dia. A maioria era casada, entre 84 a 68.3% e trabalhavam entre 41.5 a 51% dos pacientes. Este estudo verificou que o impacto da IU na QDV foi maior nas mulheres do que nos homens e também foi maior nos pacientes com menos habilitações académicas. A idade mediana deste estudo foi 53 anos e 22 a 17.9% eram analfabetos.

A QDV é afectada negativamente com a presença de IU, como é sobejamente conhecido e é reforçado com os dados obtidos por Tamanini *et al.* (2004), que verificou que 80% das mulheres com sintomas de IU o mencionaram. Definitivamente, a IU interfere negativamente com a QDV dos que são afectados, como é referido por Pais Ribeiro (2005), Tomoe *et al.* (2005), Oh *et al.* (2005), Friedrich *et al.* (2005), Fultz *et al.* (2000), Simenova *et al.* (1999) e O'Connor *et al.* (1998).

Perante esta realidade, demonstrada pelos anteriores dados, é sem dúvida necessário melhorar a QDV dos incontinentes e promover o seu bem-estar, tal como referem Hannestad *et al.* (2002) e Button *et al.* (1998), oferecendo-lhes informação baseada em

investigações sobre as opções de tratamento disponíveis para eles e dar-lhes os detalhes de onde e como podem obter ajuda e aconselhamento, dentro dos serviços de saúde. O aconselhamento também pode ser feito, através de grupos de apoio voluntário, para além dos habituais profissionais da saúde. Norton *et al.* (1995), afirmam que é importante informar o incontinente que passou por uma experiência de tratamento sem sucesso, sobre outras opções viáveis de tratamento, para que fique ciente de que há esperança de poder solucionar o seu problema.

Válidas evidências, sugerem que o estilo de vida e comportamento dos adultos com IU melhora com a administração de ensinamentos apropriados à sua situação clínica, ministrado por profissionais de saúde, tal como é mencionado por Norton *et al.* (1995). Isto significa que, a falta de conhecimento leva, sem sombra de dúvidas, a uma perda de controlo sobre o que ocorre em si, o que terá repercussões no nível da sua QDV, como afirma Azevedo (2005). Logo, como a mesma autora refere (Levine & Crog, 1984, cit. por Azevedo, 2005), a QDV deve ser entendida como a soma de dois factores, a funcionalidade (refere-se a interacção do indivíduo com o meio nas suas diferentes dimensões, social, física, emocional e intelectual) e as percepções (refere-se ao nível da avaliação subjectiva que engloba o sentido geral de satisfação do indivíduo e a percepção da sua própria saúde, em relação a pessoas de idade semelhante). Para outros autores, é necessário considerar a situação de doença, questionando as pessoas directamente sobre o impacto que a sua doença e tratamento tem na sua vida diária (Marín, 1994, cit. por Azevedo, 2005).

A promoção da QDV do incontinente passa, como para todos aqueles que têm que viver com doenças crónicas, por uma intervenção psicológica, como defende Pais Ribeiro (1994), onde se foca a mudança do estilo de vida, nos domínios físico e

comportamental, psicológicos e sociais, ao nível da acção e percepção. Assim, no sentido de promover a QDV do incontinente e sabendo que, como Pais Ribeiro (1994) afirma, o comportamento deve ser um elemento central, bem como o fortalecimento das redes sociais, como defende a OMS (Dias *et al.*, 2004), irão ser abordados aspectos relacionados com estes domínios, mais concretamente, a dimensão Apoio Social Expressivo, Auto-conceito e Estratégias de *coping*.

3.2.1.APOIO SOCIAL EXPRESSIVO

Investigações têm mostrado, que a escassez de apoio social constitui um factor de risco para a saúde comparável a outros, que são comprovadamente nocivos, tais como o tabaco, a pressão arterial elevada, a obesidade e ausência de actividade física, os quais acarretam implicações clínicas para a saúde pública, como afirma Andrade (2001). Por outro lado, têm também realçado a ideia de que as relações interpessoais influenciam o bem-estar psicológico e que, o apoio social pode proteger e promover a saúde psíquica e física dos indivíduos (Bowlby, 1976; Sarason *et al.*, 1984; Williams & Williams, 1983; Kessler *et al.*, 1992; Vaz Serra, Faria & Horácio, 1992; Faria, 1999). Daí que se perceba a crescente preocupação dos investigadores, em tentarem compreender o papel que o apoio social desempenha no tratamento da doença e nos resultados obtidos com estes tratamentos, assim como descrevem Silva *et al.* (2003).

As evidências do estudo sobre apoio social é anterior aos anos 70, mas é a esta década, que ficou associado a constituição de um quadro teórico integrado e consistente, que assenta as suas base em estudos efectuados por Caplan (1974), Cassel (1974 e 1979) e Cobb (1976). Estes autores, criaram as condições essenciais para a sua

conceptualização, como refere Ornelas (1994), pois foi possível conhecer alguns efeitos sobre a saúde e bem-estar, de diferentes tipos de relações (íntimas, familiares, trabalho e social, entre outras).

Através da bibliografia consultada, verifica-se que há muita dificuldade em criar um conceito único. Todavia, actualmente, parece haver já algum consenso, pelo menos, para o facto de que deve ser compreendido como uma experiência pessoal e no qual, é reconhecido o papel nuclear da intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido (Silva *et al.*, 2003). Os mesmos autores referenciam, que o apoio social é a percepção após avaliação generalizada, que o indivíduo faz, dos vários domínios da sua vida e em relação aos quais, se julga querido e lhe é reconhecido valor, é a avaliação que faz da disponibilidade dos outros que lhe são próximos e da possibilidade de a eles recorrer, se necessário for (Ornelas, 1994; Pais Ribeiro, 1999; Sarason *et al.*, 1984).

Segundo Barrón (1996), apoio social é um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre os indivíduos. Já Vaz Serra (1999), defende uma perspectiva mais globalizante, baseando-se na definição dada por Bergman *et al.* (1990), que afirmam ser um termo abrangente que se refere à quantidade e à ligação das relações sociais que envolvem a pessoa e na definição dada por Hobfoll e Vaux (1993), que referem ser um termo composto por três constructos diferentes, que são os:

- ↗ **Recursos da rede social** – Formados pelas relações sociais disponíveis, que quando necessário, ajudam e oferecem uma ligação estável, num grupo social (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho);

- ↗ **O comportamento de apoio** – É a permuta de recursos entre pelo menos dois indivíduos, em que um recebe e o outro dá apoio. Esta permuta pretende aumentar o bem-estar, daquele que recebe apoio;
- ↗ **A avaliação subjectiva de apoio** – Refere-se ao que é percebido pelo indivíduo e ao significado que dá, ao apoio que lhe é prestado. Mais, realça-se que este apoio é afectado pela forma como o indivíduo avalia o mundo e não como é o mundo exactamente, na realidade.

Para Loreto (2000), o apoio social trata-se de um processo dinâmico e transaccional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio, num contexto que denomina de ecológico e que representa duas componentes:

- ↗ **Apoio** – Refere-se às actividades dos domínios instrumental e expressivo;
- ↗ **Social** – Reflecte o vínculo da pessoa ao meio social, que pode ser considerado em três vertentes, a comunitária, a rede social e o relacionamento íntimo.

O afecto, a filiação, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação, são necessidades sociais, que segundo Thoits (1995) e Matos e Ferreira (2000), podem satisfazer-se mediante fornecimento de ajuda ao nível sócio-emocional, com afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de pessoas significativas. E ao nível instrumental, com conselhos, informação, ajuda familiar, ajuda no trabalho ou económica. Assim, como refere Vaz Serra (1999), um apoio social de qualidade é condição de protecção da pessoa contra a ruína da saúde e bem-estar. Acrescenta ainda que, as necessidades de apoio social têm que estar presentes no dia-a-dia, ajudando no ajustamento e no bem-estar do ser humano, melhorando a sua QDV, e não está apenas presente, em situações de crise.

Tal como na definição, há divergências na determinação das funções do apoio social, principalmente como são descritas. Deste modo, Wills (1985, cit. por Cruz, 2001), propõem quatro tipos de apoio social:

- ↗ **Apoio à estima** – Grupo de pessoas que contribui para a auto-estima do indivíduo;
- ↗ **Apoio informativo** – Pessoas disponíveis para dar conselhos;
- ↗ **Acompanhamento social** – Apoio obtido através de actividades sociais;
- ↗ **Apoio instrumental** – Representa toda a ajuda prestada do tipo físico.

Mais tarde, Oxford (1992) propõem cinco funções, o suporte emocional, suporte de estima, suporte informativo, suporte instrumental e a socialização, as quais são equacionadas de forma mais simples por Barrón (1996), que propõem:

- ↗ **O apoio emocional** – Refere-se à disponibilidade de alguém com quem se possa falar e engloba as atitudes que estimulam sentimentos de bem-estar afectivo. Possibilita ao indivíduo sentir-se amado e respeitado, e abrange expressões ou demonstrações de amor, afecto, simpatia, empatia, estima.
- ↗ **Apoio material e instrumental** – Caracteriza-se por acções ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Visa diminuir a sobrecarga das tarefas e deixar tempo livre para actividades de lazer.
- ↗ **Apoio de informação** – Diz respeito ao processo a partir do qual as pessoas recebem informações ou orientações importantes, que as ajuda a compreender o seu mundo e ajustar-se às alterações que nele acontecem.

Mas, Vaz Serra (1999), baseando-se em Cohen e Will (1985), Cutrona e Russel (1990) e Powell e Enright (1990), afirma que há seis tipos de funções:

- ↗ **Apoio afectivo** – Proporciona às pessoas sentirem-se estimadas e aceites pelos outros, independentemente, dos defeitos, erros ou limitações;
- ↗ **Apoio emocional** – Diz respeito aos sentimentos de apoio e de segurança que a pessoa pode auferir;
- ↗ **Apoio perceptivo** – Ajuda a pessoa a reavaliar o seu problema, a dar-lhe outro significado e a estabelecer objectivos mais realistas;
- ↗ **Apoio informativo** – Desenvolve-se através de conselhos e informação, que ajudam a pessoa a entender melhor situações complicadas, facilitando as tomadas de decisão;
- ↗ **Apoio instrumental** – Representa a ajuda real através de materiais ou serviços na resolução de problemas;
- ↗ **Apoio de convívio social** – Efectuado a partir do convívio com outras pessoas em actividades de lazer ou culturais, que ajuda a distrair e a aliviar tensões, deixando a pessoa sentir-se participante de determinada rede social e a não se sentir isolada.

Na óptica de Silva *et al.* (2003), há um vasto conjunto de variáveis dependentes do apoio social, onde se inclui a saúde, a adaptação psicológica, percepção de bem-estar, redução do mal-estar, satisfação com a vida, longevidade e mortalidade, queixas somáticas, resistência a doenças, entre outras. O mesmo autor aponta para o facto de algumas hipóteses explicativas dos efeitos do apoio social na saúde e nas doenças serem analisadas, das quais realça três:

- a) Diminui a ansiedade, logo a tensão muscular, através de processos neuroendócrinos;
- b) Efeitos positivos a nível da auto-estima;
- c) Efeitos na depressão, diminuindo-a e levando a pessoa a avaliar os agentes stressores como menos graves, com conseqüente diminuição da ansiedade e aumento da capacidade da pessoa para lidar com situações stressantes.

Isto significa, como narra Silva *et al.* (2003), que o *stress* tem efeitos negativos na saúde e bem-estar dos indivíduos com pouco apoio social ou nenhum e que, os efeitos do *stress*, são diminuídos ou mesmo eliminados, nas pessoas com fortes sistemas de apoio. Realça também que, as relações sociais promovem a saúde e bem-estar da pessoa, independentemente do seu nível de *stress* que a relação entre apoio social e saúde pode ser mediada, em parte, através de mudanças na experiência emocional da pessoa. Deste modo, no que diz respeito aos possíveis efeitos do apoio social, concretamente na saúde, a investigação sustenta a existência de uma forte correlação entre o apoio social e a saúde, apontando para os efeitos mediadores na protecção da saúde desenvolvidos pelo apoio social, e que este desempenha uma função de protecção ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas, como defendem Pais Ribeiro (1999) e Wills (1997). Já Vaz Serra (1999), afirma categoricamente que o apoio social fomenta a saúde e bem-estar do indivíduo, independentemente de estar ou não a vivenciar uma situação geradora de *stress*, uma vez que, diminui o isolamento e aumenta a satisfação de viver, pois indica às pessoas que são apreciadas e estimadas, logo sentem-se amadas, compreendidas e apoiadas. Nos últimos tempos, têm sido desenvolvidas investigações que testemunham os efeitos positivos do apoio social na saúde e nas doenças crónicas,

como por exemplo a diabetes e hipertensão. No entanto, no que diz respeito a IU, a bibliografia consultada não menciona qualquer tipo de estudo relacionando-a com o apoio social ou relatando o seu efeito sobre a QDV do incontinente. Daí, houve a necessidade de construir uma escala que avalie o apoio social percebido pelos incontinentes, no sentido de conhecer o apoio social percebido por eles e a partir daí delinear estratégias de acção para a promoção da QDV do incontinente.

3.2.2.AUTO-CONCEITO

Foi já largamente assinalado, o facto de que a IU interfere na QDV dos incontinentes. Torna-se assim importante conhecer a forma como as pessoas a percebem, sabendo que esta percepção é influenciada pela percepção que a pessoa tem de si, como refere Vaz Serra (1999), ou seja, é relevante saber como o auto-conceito da pessoa interfere na forma como avalia a situação de IU.

Devido à sua importância, o auto-conceito tem sido estudado nas diversas áreas da Psicologia, das quais salientamos a Psicologia da Educação (Burns, 1979; Veiga, 1988, 1989), Psicologia Clínica (Vaz Serra, 1986; Vaz Serra *et al.*, 1986) e Psicologia Social (Gecas, 1982; Neto, 1986). Quanto ao seu conceito, Vaz Serra (1988), entende que o auto-conceito é a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si. Nesta perspectiva, Gecas (1982) e Shavelson e Bolus (1983) referem que esta percepção é organizada segundo categorias descritivas e avaliativas, produto da abstracção e interpretação do comportamento observado do próprio indivíduo. Também nesta linha de raciocínio, Vaz Serra (1986), refere igualmente que um indivíduo, ao

poder descrever e avaliar os seus comportamentos, leva a que consideremos também como característica do auto-conceito, a sua dimensão descritiva e avaliativa. Para o mesmo autor (1986), o auto-conceito na sua formação, está dependente das avaliações reflectidas pelos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas de grupos de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável, bem como, de outras influências sócio-culturais. De encontro ao referido, Swann e Read (1981), consideram que a formação do auto-conceito é um fenómeno que tem muito de inter-pessoal, uma vez que este é influenciado não só pelos pensamentos, sentimentos e acções do próprio indivíduo, como igualmente pelos pensamentos, sentimentos e acções dos parceiros de inter-acção social.

Vaz Serra (1986) considera que o auto-conceito é um constructo psicológico, que permite ter a noção da identidade da pessoa, da sua coerência e consistência interna. E acrescenta que “é um constructo teórico que nos:

- a) Esclarece sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações;
- b) Leva a perceber aspectos do auto-controlo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento;
- c) Permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo”.

Segundo Vaz Serra (1988), no constructo do auto-conceito há que salientar como seus constituintes: a auto-estima; as auto-imagens; a auto-eficácia; as identidades; o auto-conceito real e o auto-conceito ideal.

A **auto-estima** é, para este autor, um dos constituintes mais importantes e com grande impacto na prática clínica, considerando que “tal conceito é entendido como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos”. É, portanto, o constituinte efectivo do auto-conceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

As **auto-imagens** são o resultado das observações, em que o indivíduo é ele mesmo objecto da sua própria observação (Vaz Serra, 1986). Ao fazer uma auto-observação, não é a percepção de determinada auto-imagem que tem interesse na condução de uma determinada estrutura, mas sim a organização e a distribuição hierárquica em relação a outras auto-imagens. Neste contexto, o indivíduo hierarquiza as várias auto-imagens acerca de si, ou seja, as que têm maior significado são aquelas a quem dá mais importância.

Outro constituinte do auto-conceito é a auto-eficácia, cujas origens no conceito de "*Self*" de William James de 1890, foram influenciadas pela teoria da aprendizagem social de Bandura (1977). A auto-eficácia refere-se às auto-percepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efectividade e êxito, levando assim a consequências desejadas (Palenzuela, 1982).

Referindo-nos agora aos restantes três constituintes, poderemos afirmar que segundo Vaz Serra (1988):

- a) Qualquer pessoa pode ter, dentro de si, várias identidades (aquela a que dedicar mais tempo e atenção é a que, numa escala classificativa, se encontra na posição hierárquica mais elevada);

- b) O auto-conceito real corresponde à maneira como um indivíduo se considera, percebe e se avalia, tal como é, na realidade;
- c) O auto-conceito ideal refere-se à maneira como uma pessoa sente que deveria ou gostaria de ser e não como se percebe ou avalia na realidade.

Vaz Serra (1986, 1988) salienta que é importante considerarmos a diferença entre o auto-conceito real e o auto-conceito ideal, com vista à obtenção de dados de auto-aceitação do indivíduo. Uma diferença pequena poderá ser um bom indicador de que o indivíduo se aceita como é, traduzindo-se tal facto por uma maior aceitação e ajustamento pessoal.

O auto-conceito é uma variável clássica em psicologia, mas como acontece com toda a investigação da relação entre variáveis psicológicas saúde/doença, só recentemente se começou a estudar a sua relação com a doença e, mais raramente com a saúde.

Um estudo realizado por Vaz Serra e Firmino, em 1986, comprovou que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um auto-conceito pobre. O mesmo foi comprovado nos indivíduos que desenvolvem sintomatologia depressiva na população em geral (Vaz Serra *et al.*, 1986) ou que apresentam uma ansiedade social elevada (Vaz Serra *et al.*, 1987).

3.2.3. ESTRATÉGIAS DE *COPING*

A ansiedade, medo, raiva, são algumas das emoções referidas pelos incontinentes urinários, como descreve Lutumba (1995). Estas e outras emoções, desempenham um papel marcante em relação ao *stress*, que como Vaz Serra (1999) refere, depende da

avaliação de uma situação ser boa ou má, depende do grau de importância que se lhe dá, das aptidões de *coping* e dos recursos sociais e pessoais, que a pessoa dispõe.

A abordagem do *stress* como variável psicológica tem sido muito estudada, no sentido de avaliar a sua relação com algumas doenças crónicas, das quais a diabetes, que como refere Silva, Pais Ribeiro e Cardoso (2004), é amplamente reconhecido que o *stress* pode precipitar o seu início e que, este cumpre um papel relevante no desenrolar desta patologia.

O estudo do *coping* começou no início do século XX, com os pesquisadores arraigados a psicologia do ego a defini-lo como mecanismos de defesa, motivados interna e inconscientemente, como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994). Assim, o *coping* utilizado pelos indivíduos era concebido como estável, numa hierarquia de saúde versus psicopatologia. As primeiras modificações em relação a esta concepção surgem relacionadas com a distinção entre os comportamentos associados aos mecanismos de defesa, classificados como rígidos, inadequados à realidade exterior, provocados por questões do passado e derivados de elementos inconscientes e os comportamentos associados ao *coping*, que foram classificados como mais flexíveis e propositados, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes (Folkman & Lazarus, 1980).

Uma outra perspectiva de *coping* surgiu nos anos 60, que procurava enfatizar os comportamentos de *coping* e os seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David & Harvey, 1996). Alguns investigadores passaram a conceptualizar o ***coping*** como um processo transaccional, entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo e nos traços de personalidade (Folkman & Lazarus, 1985). Assim, o *coping* pode ser conceptualizado do ponto de vista dos recursos inter-pessoais ou externos (Lazarus &

Folkman, 1984) de que o indivíduo dispõe, quando se confronta com uma situação geradora de *stresse*, por exemplo as suas características de personalidade ou as redes de suporte social em que se enquadra (Vaz Serra, 1999), ou do ponto de vista das estratégias de *coping* por ele utilizadas para lidar com essa situação.

Lazarus e Folkman (1984), propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais, **o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção**. Assim, nesta perspectiva, o *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelo indivíduo, com o objectivo de lidar com causas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stresse* e que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais.

O modelo de Lazarus & Folkman (1984) abarcar quatro conceitos principais:

- ↗ O *coping* é um processo ou uma interacção, que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- ↗ A sua função é a de administrar a situação stressante, ao nível do controlo ou domínio da mesma;
- ↗ Os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado, na mente do indivíduo;
- ↗ O processo de *coping* inicia-se quando se estabelece uma mobilização de esforço, com o qual, os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais, para gerir os conflitos internos e externos, que surgem da sua interacção com o ambiente.

No entanto, surgiram algumas vozes discordantes deste modelo e mais tarde, Rudolph *et al.* (1995), propõem que *coping* deveria ser entendido como um episódio, no qual há uma tentativa de separação entre o que é **uma resposta de coping, um objectivo subjacente a essa resposta e um resultado**. Nesta óptica, considera-se que a resposta de *coping* é uma acção intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um agente percebido como gerador de *stresse*, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (Lazarus & Folkman, 1984). A resposta de *stresse* é qualquer resposta envolvendo uma reacção emocional ou comportamental, espontânea. O objectivo de *coping* é uma intenção de resposta de *coping*, normalmente orientada para a redução do *stresse*. Os autores, ao proporem este esquema, salientam as diferenças entre resultados de *coping*, que são as consequências específicas da resposta de *coping* e os resultados de *stresse*, que são as consequências imediatas da resposta de *stresse*, no entanto, ambos podem promover ou não, a adaptação do indivíduo.

Folkman e Lazarus (1980) realçam o papel que as estratégias de *coping* assumem na adaptação do indivíduo a uma situação stressante e apontam para o facto de que elas podem mudar de circunstância para circunstância, durante as várias etapas de uma situação stressante. Mediante a inconstância nas reacções individuais, estes autores, defendem a impossibilidade de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa.

As estratégias de coping representam as acções, comportamentos ou pensamentos utilizados para lidar com um agente causador de *stresse* (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, segundo Folkman e Lazarus (1980), dependendo da sua função. **O coping focalizado na emoção** é definido como um esforço para regular o estado emocional que

está associado ao *stress*, ou é resultado de um acontecimento stressante e estes esforços, são direccionados para um nível somático ou para um nível sentimental, tendo como objectivo a alteração do estado emocional do indivíduo e a alteração da sensação física desagradável de um estado de *stress*.

O *coping* focado no problema representa o esforço para actuar na situação que deu origem ao *stress*, tentando mudá-la. A finalidade desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente, que está a causar tensão. A acção de *coping* pode ser direccionada internamente ou externamente. Quando este tipo de *coping* é dirigido para uma fonte externa de *stress*, inclui estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. No caso de ser dirigido internamente, normalmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento stressor (Folkman & Lazarus, 1980).

Na óptica de Folkman e Lazarus (1980), o uso de estratégias de *coping* focalizadas no problema ou na emoção depende de uma avaliação da situação stressante, na qual o indivíduo se encontra envolvido. Esta avaliação poderá ser primária e está ligada a um processo cognitivo, através do qual os indivíduos verificam qual o risco envolvido numa determinada situação de *stress*, ou secundária, onde são analisados os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Logo, em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focado no problema tende a ser utilizado, quanto ao *coping* focalizado na emoção, este tende a ser mais usado nas situações avaliadas como inalteráveis.

Mais recentemente, um terceiro tipo de estratégias de *coping* foi apresentado e denomina-se de ***coping* focado nas relações interpessoais**, na qual, o indivíduo procura apoio nas pessoas do seu círculo social, para resolução da situação stressante (O'Brien

& DeLongis, 1996). Esta visão, procura compreender melhor o papel da personalidade e dos factores situacionais na escolha das estratégias de *coping*.

Uma outra questão crítica na investigação sobre *coping* é a avaliação da sua eficácia, a qual tem sido equacionada na perspectiva da relação entre o *coping* e os seus resultados, habitualmente avaliados com base em indicadores de mal-estar subjectivo (Beresford, 1994). Embora esta relação seja extremamente variável e complexa, as estratégias de *coping* são geralmente avaliadas como “boas” ou “más”, adaptativas ou desadaptativas, em função do sucesso ou insucesso a nível da saúde-doença dos indivíduos. Torna-se então necessário, como refere Beresford (1994), considerar a natureza do stressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do *coping*. Por outro lado, Compas (1987), refere que ambas as estratégias de *coping* (focado no problema e focado na emoção) são importantes, mas a sua eficácia é caracterizada por flexibilidade e mudança. Para este autor, novos conflitos requerem novas formas de *coping*, pois a mesma estratégia não é eficaz para todo o tipo de *stresse*. O resultado de uma estratégia de *coping* é difícil de avaliar porque pode mudar com o tempo. Acrescenta ainda que, uma estratégia de *coping* que alivia imediatamente o *stresse* pode ser causa de dificuldades posteriores. Beresford (1994), realça que o processo de *coping* não pode ser simplificado, portanto, quando uma pessoa lida com um agente stressor, as estratégias de *coping* são utilizadas individualmente, consecutivamente e em combinação, havendo o risco do impacto, de determinada estratégia, ser confundido pelo efeito de outras estratégias.

A IU, como doença que é, provoca mal-estar e desencadeia *stresse*, normalmente, a quem por ela é afectada. Por isso, o incontinente necessita de desenvolver esforços cognitivos e comportamentais para dar resposta a esta situação perturbadora do

organismo, como descreve Lose (2005) e Diokno *et al.* (2004), quando afirmam que as estratégias de *coping* incluem um comportamento defensivo e a tentativa de ocultar o seu problema. As estratégias defensivas estão relacionadas com o facto de evitarem actividades sociais e actividades físicas, vão frequentemente a casa de banho e diminuem a ingestão de líquidos, como descreve Diokno *et al.* (2004). Curiosamente, a percentagem de mulheres que utiliza frequentemente alguma destas estratégias é consideravelmente muito superior a percentagem das mulheres que não utiliza. Esta situação não é inesperada, pois as mulheres que se sentem incomodadas com a situação usam mais estratégias de *coping* do que aquelas que não se sentem incomodadas, como referem os mesmos autores. Outra das estratégias utilizadas é o uso de algum tipo de absorventes, tal como descrevem Lose (2005) e Diokno *et al.* (2004).

Lose (2005) descrevem que dados Europeus revelam que o uso de absorventes na França (apenas 40% das mulheres incontinentes usa) é inferior ao uso de absorventes na Alemanha (59% das mulheres incontinentes usa), enquanto que na Espanha e Inglaterra 52% e 46% das mulheres incontinentes, respectivamente, recorrem ao uso de absorventes.

Viktrup e Bump (2003), referem que 38% das mulheres afectadas pela IU nunca realizaram exercícios de treino pélvico e que apenas 20% o faz habitualmente, contrastando com o facto de que as mulheres estão mais predispostas a tomar medicação, apesar de muita dessa medicação ter efeitos secundários consideráveis. No entanto, tal como afirma Lose (2005), o desenvolvimento de novas opções de tratamento da IU, onde se inclui novos fármacos e intervenções cirúrgicas, entre outros agentes de tratamento, podem contribuir para promover a QDV dos incontinentes.

4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO

A Enfermagem, é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidar, da pessoa individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo actividades de promoção, recuperação e reabilitação da saúde, prevenção de doenças, actuando em equipas, como descreve Rocha e Almeida (2000). Os mesmos autores, referem que a enfermagem responsabiliza-se pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos doentes, através de cuidados prestados e promove a autonomia dos doentes através da educação para a saúde.

Muitos autores concordaram em reconhecer o cuidar como a essência, o imperativo ideal e moral, um modo de ser da Enfermagem. Assim e para Collière (1999), cuidar é um processo através do qual nos relacionamos com alguém, estabelecendo uma relação de respeito mútuo, onde o outro é detentor de potencialidades. Este processo implica uma vertente benéfica para o doente e para aquele que cuida, através das experiências e vivências que adquirem um com o outro.

Desde que surgiu o homem, existiu necessidade de cuidar, como afirma Collière (1999), ou seja, existem cuidados desde o aparecimento da vida, porque é necessário tomar conta da vida para que esta possa prevalecer. Para Collière (1999: 235), *“cuidar é, primeiro que tudo um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se (...) Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que tem (...) necessidade de ajuda, para assumir as suas*

necessidades vitais.”

Watson (2002a), diz que o cuidar é um ponto de partida, é uma atitude. É um desejo de empenhamento que se manifesta em actos, mas que os transcende. É um ideal moral da Enfermagem, relacionado com a manutenção da dignidade humana e respeito pelos doentes como pessoas, em que a sua finalidade é a protecção, promoção e preservação da dignidade humana. Cuidar refere-se a uma acção interactiva, sustentada em valores e conhecimentos daquele que cuida para o que é cuidado, como descreve Watson (2002a). É estar atento, é responder ao outro, deixando-o participar activamente neste processo, deixando-o ser livre para decidir e escolher, como tal, deve estar presente na prática de Enfermagem.

Para Roach (1992), cuidar é um modo humano de ser, é o mais comum e autêntico critério de humanidade, é o género humano real e próprio do homem. Esta autora, na sua obra, discute um número de factores substanciais (políticos, sociais, económicos e profissionais), que influenciam a qualidade e natureza do cuidar humano, no actual mundo moderno e invoca o diálogo, com todos os profissionais de saúde. Ainda, Roach (1992), refere que o cuidar por vezes surge como um paradoxo, pois torna-se mais evidente pela sua ausência do que pela sua presença, nas relações humanas.

Hesbeen (2000), diz que cuidar é uma arte, pois o Enfermeiro ao utilizá-lo, consegue combinar vários elementos facilitadores de ajuda ao doente. Ainda, segundo o este autor, a escolha do conceito **cuidar** recai sobre o facto de, actualmente, a situação dos serviços de saúde ser precária, no que diz respeito à visão do ser humano como corpo/sujeito, porque, o cuidar pode ser utilizado e prestado a todo e qualquer indivíduo e porque, dá liberdade ao profissional que o pratica, liberdade de acção, de escolha e de humanismo.

O cuidar compreende os cuidados de Enfermagem prestados à pessoa/doente: eles permitem aos Enfermeiros, ajudá-lo e aos seus familiares em situações de difícil resolução ou em situações de doença, utilizando todas as competências técnicas e relacionais, desde a execução de um penso, à higiene, desde uma técnica mais complexa ao simples toque, como refere Hesbeen (2000). Para além disso, considera que há quatro elementos fundamentais à prática do cuidar (2000: 115):

- ↗ O conforto, que não quer dizer o colocar da almofada. É sim, tudo o que o Enfermeiro faz para que o doente e os seus familiares se sintam confortáveis e seguros;
- ↗ A doçura, discreta e adequada, a cada situação;
- ↗ O calor, que pode ser traduzido por um simples sorriso, por um simples olhar ou pelo carinho do Enfermeiro;
- ↗ Os mil e um pormenores, que são a capacidade de Enfermeiro olhar verdadeiramente para o utente e sentir quanto é importante a sua existência.

Já para Roach (1992), os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde, onde se incluem os Enfermeiros, devem possuir determinados atributos ou características:

- ↗ **Compaixão** - É algo profundo, que não só desencadeia um sentimento relativamente ao outro, como torna possível um sair de si próprio para poder sentir o outro;
- ↗ **Competência** - Significa estado de aquisição de conhecimento, julgamento, capacidades, energia, experiência e motivação necessárias, para responder adequadamente às responsabilidades profissionais do indivíduo;

- ↗ **Confiança** - Qualidade que fortalece as relações de confiança, ou seja, não é possível pensar em cuidar sem considerar a importância das relações de confiança (disponibilidade, simplicidade, humildade, autenticidade, humor, capacidade de escuta, entre outras);
- ↗ **Consciência** - É um estado moral de consciencialização/interiorização. A habilidade em apreciar o verdadeiro valor da vida humana em todas as suas formas, constitui o princípio moral da consciência;
- ↗ **Compromisso** – O cuidado é um compromisso resultante de um processo gradual de presença, envolvimento, reciprocidade, disponibilidade e co-responsabilidade, na tentativa de restabelecer a saúde do ser humano. Cuidado é um valor que possibilita destacar o cuidar como um compromisso de valor cognitivo, afectivo, moral, fisiológico e organizativo, presente nas diversas acepções do cuidar em Enfermagem.

O cuidar, refere-se aos actos de assistência, suporte, ajuda, ao utente/família com necessidades, com o intuito de poder melhorar as suas condições de vida, ou seja, melhorar a sua QDV, como afirma Collière (1999). Estes actos, que traduzem os cuidados de Enfermagem, devem estar fundamentados, como refere Rocha e Almeida (2000), em conhecimentos construídos a partir da Filosofia, que procura responder à grande questão existencial do homem, da Ciência, da Tecnologia e da ética, numa abordagem epistemológica, efectivamente comprometida, com a emancipação humana. A IU leva à diminuição da QDV das pessoas por ela afectadas, como é defendido por muitos autores (Pais Ribeiro, 2005; Tomoe *et al.*, 2005; Oh *et al.*, 2005; Friedrich *et al.*, 2005; Fultz *et al.*, 2000; Simenova *et al.*, 1999; O’Conor *et al.*, 1998), porque vêm

restringidas, quase todas as suas actividades diárias, dependendo do grau de IU que as afecta, como refere Azevedo (2005). Por isso e tendo por base os princípios morais, éticos, científicos e tecnológicos, anteriormente mencionados, o enfermeiro deve desenvolver acções de intervenção no sentido de promover o bem-estar do incontinente, através de um plano de cuidados bem elaborado, sem esquecer o estabelecimento de uma relação de ajuda, a qual se insere no contexto do cuidar em Enfermagem (Watson, 2002a).

Dentro da problemática da IU, as intervenções de Enfermagem, devem incidir nos aspectos preventivos, actuando a nível da **educação para a saúde**, em programas de saúde do adulto e escolar, para crianças e adolescentes. Actuando ao nível da **recuperação no puerpério**, com o ensino de exercícios de *kegel*, que visam exercitar os músculos do pavimento pélvico e na **saúde ocupacional**, através do ensino de hábitos de vida saudáveis. No entanto, os cuidados de Enfermagem, não actuam apenas na prevenção, pois têm que actuar também quando a IU já se instalou.

O primeiro passo a dar na abordagem da IU, é a sua correcta identificação, efectuada pelos profissionais, como é mencionado por Azevedo (2005). Muitas vezes, o que é considerado IU não o é, verdadeiramente. No caso do doente apresentar *deficit* a nível da locomoção, o facto de não chegar a tempo à casa de Banho, para efectuar a sua eliminação vesical, não significa que seja incontinente.

Inicia-se uma primeira abordagem ao doente, se possível, através de uma entrevista, onde se deverá fazer uma colheita de dados completa, para posteriormente, face aos dados recolhidos, elaborar um plano de intervenção de Enfermagem. No caso do doente apresentar IU, importa recolher dados relativos, fundamentalmente, à forma como o doente a vivência, como descreve Sebastião (1999).

A recolha de dados não deve ficar restringida à entrevista. A observação bem sistematizada é outra ferramenta, que permite avaliar o grau de autonomia do utente, a forma como se relaciona com o acompanhante e também, a forma como aborda e se relaciona com o Enfermeiro.

Prestar cuidados de Enfermagem a utentes com esta ou outras problemáticas, é uma habilidade complexa, que requer o uso de capacidades, competências e atitudes, adaptadas a cada pessoa, como já foi sobejamente referido, anteriormente. Acrescenta-se o facto de que as acções de Enfermagem, visam preparar a pessoa para a resolução dos seus problemas. Logo, as acções adequadas, são aquelas que obtêm melhores resultados com essa pessoa, como refere Azevedo (2005).

As pesquisas demonstram que os incontinentes de urina assumem os mesmos comportamentos de pessoas afectadas por outras patologias crónicas. As intervenções do Enfermeiro consiste em ajudá-los a desenvolverem capacidades para (Sebastião, 1999):

- ↯ Não negar o problema frequentemente ou por demasiado tempo;
- ↯ Confrontar-se com a realidade e tomar decisões adequadas;
- ↯ Centrar-se nas soluções para os problemas;
- ↯ Considerar alternativas para resolução dos problemas e ser flexível;
- ↯ Manter uma comunicação aberta e honesta com as pessoas que lhe são queridas;
- ↯ Procurar, seleccionar e utilizar a ajuda externa que seja construtiva;
- ↯ Aceitar o apoio oferecido, mantendo, sempre que possível, a sua autonomia;
- ↯ Manter a auto-estima, através da confiança em si mesmo;
- ↯ Desenvolver um bom conceito de si próprio, o que é uma solução importante para qualquer problema.

A IU pode destruir rapidamente a confiança e o respeito, que o indivíduo tem por si. Um aspecto essencial da intervenção do Enfermeiro, é ajudar o indivíduo a recuperar a confiança e o respeito necessários, sem os quais não se consegue reestruturar. No caso da IU não estar ligada a alterações Urológicas, mas a causas Neurodegenerativas, intelectuais ou motoras, o Enfermeiro deve ter a percepção que o doente abarcar múltiplos factores, que estão associados à sua situação clínica e que a sua actuação, vai ter que ser direccionada para várias frentes, como afirma Sebastião (1999). Nesta perspectiva, é fundamental concentrar esforços, pondo em acção intervenções que visem o bem-estar e o respeito pela dignidade da pessoa humana, que é o doente. Numa situação assim, o Enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para actuar e promover uma articulação multidisciplinar, entre os profissionais, envolvendo a família e a rede de suporte, evitando a institucionalização do doente. Utilizando uma visão holística de Enfermagem, o Enfermeiro deve actuar ao nível de quatro domínios (Sebastião, 1999):

- ↗ **Psicológico** – Cuidar é aceitar o doente como pessoa que tem dignidade e tem direito a ser respeitado perante as suas opções;
- ↗ **Físico** – Tem que existir uma preocupação com a hidratação destes doentes, pois eles reduzem muito a ingestão de líquidos, para não urinarem tanto, sabendo esta atitude acarreta complicações muito graves. É de grande importância explicar ao doente a relevância da realização de um registo, referente a sete dias, com a finalidade de identificar as horas a que urina e a quantidade de líquidos ingeridos. Após a obtenção destes dados, é fácil prever, a que horas se deve levar o doente à casa de banho, determinar a resposta urinária à quantidade de líquidos ingeridos, para além de poder servir como instrumento de orientação

para estabelecimento de um plano de hidratação. O Enfermeiro deve ter sempre a preocupação de desenvolver acções que visem a protecção da pele e deve alertar o próprio e a família/cuidador, bem como a rede de apoio, para a necessidade de manter a pele limpa, seca e integra;

↗ **Social** – Encorajar o doente a participar em actividades na comunidade, para evitar o isolamento e sensibilizar a família para tal facto. Elogiar o papel dos elementos cuidadores, trabalhar a rede de suporte, promovendo contactos graduais de convívio. Estimular a pessoa a vestir roupas agradáveis, que lhe melhoram a auto-imagem, bem como, potência o *feed-back* positivo dos que a observam, beneficiando a sua auto-estima. Quando se iniciam os contactos sociais, é necessário treinar o doente para saber lidar com algumas perdas que possam eventualmente acontecer, e se tal ocorrer, os reforços positivos são muito necessários, afastando pensamentos ou comportamentos derrotistas. Há sempre uma motivação, que leva as pessoas à mudança. È preciso saber procurá-la, porque ela está dentro de cada um de nós;

↗ **Ambiente** – Todas as estratégias de intervenção neste domínio, deveram ter em conta os aspectos sociais e económicos do doente, as capacidades de intervenção dos serviços de saúde, das instituições ou recursos, da comunidade. Cabe ao Enfermeiro adequar o ambiente às necessidades do doente, diligenciando esforços e emitindo pareceres.

Portanto, o Enfermeiro, com o intuito de promover a QDV e bem-estar do iu, deverá desenvolver acções nos vários estadios dos cuidados, que vão desde os cuidados primários, passando pelos secundários até aos terciários, com a reabilitação dos doentes, nunca esquecendo os princípios éticos e morais da profissão e mobilizando todos os conhecimentos teórico-práticos que adquiriu, ao longo da sua prática profissional, formação académica e contínua.

5. PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO

A partir dos conhecimentos teóricos da problemática da IU, após revisão da literatura, onde estão englobadas entre outras, a epidemiologia, tipos de IU, as vivências do incontinente nos vários domínios da sua vida, o comprovado comprometimento da qualidade de vida dos incontinentes. É também abordada a promoção da QDV do incontinente, onde são desenvolvidos os temas da QDV, apoio social expressivo; auto-conceito; estratégias de *coping* do iu, levantam-se as seguintes questões de partida:

- ↪ **Será que a IU interfere na QDV dos incontinentes?**
- ↪ **Será que o incontinente se sente apoiado?**
- ↪ **Que tipo de apoio tem o incontinente?**
- ↪ **Quais as dimensões da sua vida mais afectadas?**
- ↪ **Será que a IU interfere no auto-conceito dos afectados?**
- ↪ **Quais as estratégias de *coping* desenvolvidas pelo incontinente?**
- ↪ **O incontinente sabe lidar com a sua IU?**

A presente investigação tem como principal preocupação responder ao seguinte problema ou questão de investigação: **O Apoio Social Expressivo, Auto-conceito e Estratégias de *coping* influenciam a QDV do incontinente?** Por conseguinte, o objectivo geral do presente estudo é **contribuir para o desenvolvimento de um modelo teórico de promoção da QDV e Bem-Estar dos incontinentes urinários.**

Os objectivos específicos são:

- ⇒ **Avaliar a QDV percebida pelo incontinente;**
- ⇒ **Verificar o Apoio Social percebido pelo incontinente;**
- ⇒ **Avaliar o auto-conceito do incontinente;**
- ⇒ **Identificar o tipo de estratégias de *coping*, adoptadas pelo incontinente.**

Após decorrer todo este percurso, estamos em condições de elaborar e apresentar o modelo teórico desta investigação, tendo por base as questões de partida, problema ou questão de investigação e objectivos do mesmo.

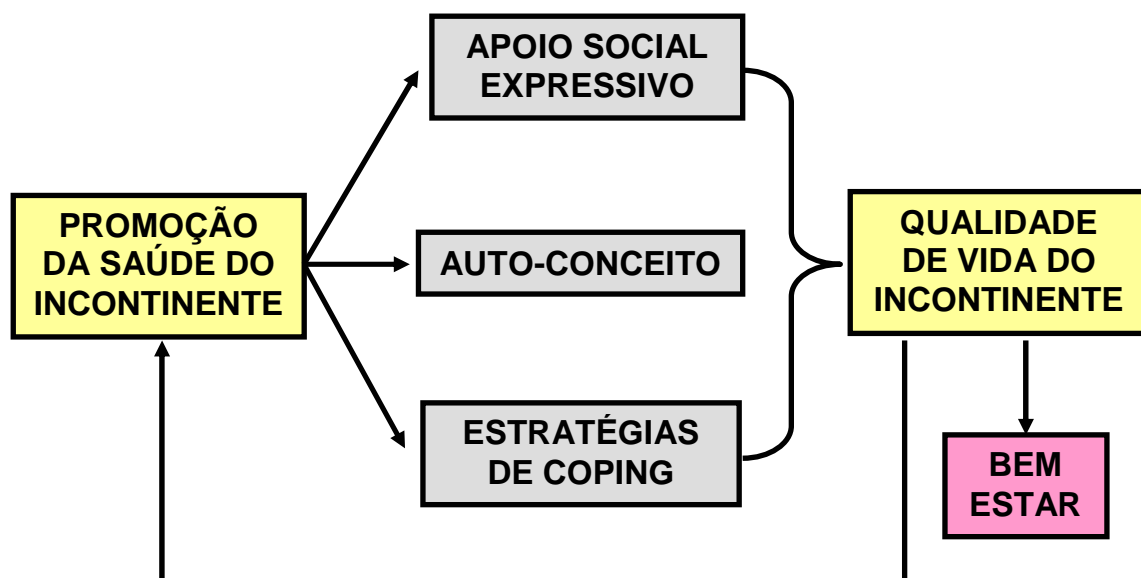


Figura II – Modelo Teórico: Promoção da QDV e Bem-estar dos Incontinentes Urinários

Perante este modelo teórico levantam-se as seguintes hipóteses:

- ↗ **H1: Quanto maior for o Apoio Social Expressivo maior será a QDV do incontinente;**
- ↗ **H2: Quanto maior for o auto-conceito do incontinente maior será a sua QDV;**
- ↗ **H3: Quanto melhores forem as estratégias de *coping* adoptadas pelo incontinente melhor será a sua QDV.**

As variáveis independentes do presente estudo são o **Apoio Social Expressivo**, o **Auto-Conceito** e as **Estratégias de *coping***. Como variável dependente a **QDV**.

PARTE II: ESTUDO EMPIRICO

6.METODOLOGIA

No sentido de dar resposta ao problema ou questão de investigação, efectuou-se um estudo exploratório, com o intuito de conhecer melhor a problemática da IU, uma vez que se desconhece a existência de estudos efectuados envolvendo estas quatro variáveis, no nosso país. A amostra foi recolhida em sete Hospitais Portugueses e é constituída por 171 incontinentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 23 e os 89 anos.

Na recolha dos dados, foram utilizados quatro instrumentos, um dos quais foi construído de raiz para o presente estudo e onde foram respeitados os aspectos éticos a ter numa investigação. A aplicação dos instrumentos ocorreu sempre após autorização escrita das instituições hospitalares.

O presente capítulo descreve os métodos utilizados na recolha dos dados, através dos quais foram testadas as hipóteses, anteriormente apresentadas.

6.1.AMOSTRA

Os participantes desta investigação são 171 incontinentes urinários, com idades compreendidas entre os 23 e os 89 anos. Salienta-se, que o grupo etário predominante é o dos 60 aos 69 anos, com 29.8% (51) incontinentes. Segue-se a dos 50 aos 59 anos, com 21.6% (37) incontinentes. A faixa etária dos 40 aos 49 anos apresenta apenas menos um elemento, 21.1% (36) incontinentes, que a classe anterior. Assim, cerca de 2/3 dos incontinentes, apresentam idades compreendidas nas três faixas etárias

anteriormente referidas e 1/3 entre 20 a 29 anos e 70 a 89 anos, como se pode observar no Gráfico I.

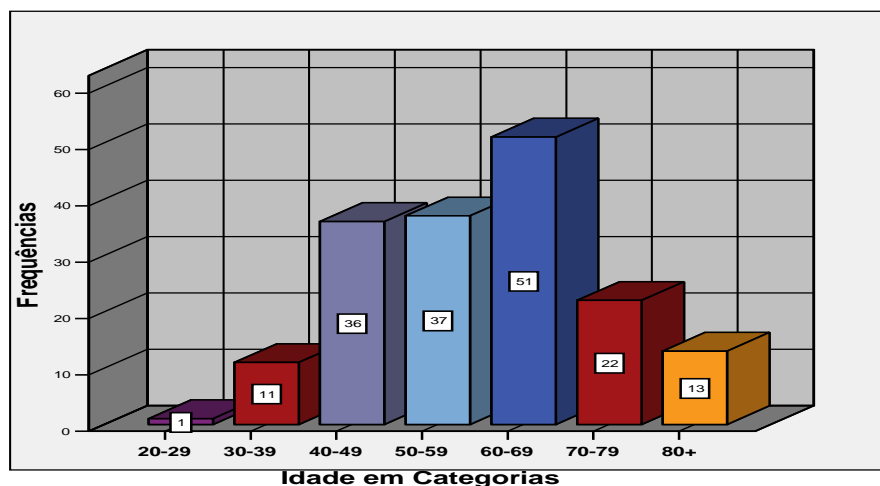


Gráfico I - Distribuição dos incontinentes segundo a Idade

A média aritmética das idades dos incontinentes é de 58.98 anos, com um desvio padrão de 13.26 anos e uma mediana de 60 anos. A amplitude interquartil é de 18 anos, ou seja, 50% das idades estão compreendidas entre 49 anos (Q1) e 67 anos (Q3) (ver Quadro I).

Quadro I – Estatística descritiva das idades dos incontinentes urinários

Idade	Média	Mediana	Desvio Padrão	Amplitude Interquartil
Anos	58.98	60	13.26	18

Dos 171 incontinentes urinários, 92.4% (158) são mulheres e 7.6% (13) são homens, o que significa que a presente amostra é constituída essencialmente por mulheres. Para

além disso e de acordo com os dados obtidos, 74.27% (127) dos incontinentes são casados(a), 16.96% (29) são viúvos(a) e os restantes 8.67% (15) distribuem-se pelos estados civis de solteiro(a), divorciado(a) e junto(a). Na sua maioria, não trabalham 58.5% (100) e 41.5% (71) trabalham (ver Quadro II).

Verifica-se que 39.77% (69) dos incontinentes são reformados(as), 28.07% (48) exercem profissões variadas, como empresárias, empregadas de limpeza, operária de máquinas, entre outras, 14.04% (24) são domésticas, 9.94% (17) são funcionários da área da saúde, 5.26% (9) são funcionários da área da educação e 2.92% (5) são desempregados(as). Quanto à escolaridade, verifica-se que 50.29% (86) dos incontinentes possuem o 1º Ciclo, 16.96% (29) são Analfabetos, 12.87% (22) possuem o 2º Ciclo, 10.53% (18) possuem o 3º ciclo, 6.43% (11) possuem o 12º Ano, 1.75% (3) possuem o Bacharelato e 1.17% (2) a Licenciatura, o que significa que mais de 2/3 da amostra tem baixa escolaridade (ver Quadro II).

Os participantes são utentes dos Serviços de Consultas Externas e de Internamento de sete Hospitais Portugueses, 27.49% (47) são utentes do Hospital José Joaquim Fernandes – Beja, 22.81% (39) são utentes do Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém, 15.79% (27) são utentes do Hospital de São Teotónio – Viseu, 12.28% (21) são utentes do Hospital Doutor Sousa Martins – Guarda, 9.94% (17) são utentes do Hospital Amato Lusitano – Castelo-Branco, 5.85% (10) são utentes do Hospital Espírito Santo – Évora e 5.85% (10) são utentes do Hospital do Barlavento Algarvio – Portimão. Importa referir, que os utentes residem na área geográfica abrangida pelos Hospitais, onde são assistidos (ver Quadro II).

Quadro II – Características demográficas da amostra

Género	Frequências Relativas
Masculino	7.6%
Feminino	92.4%

Estado Civil	Frequências Relativas
Solteiro(a)	1.75%
Casado(a)	74.27%
Divorciado(a)	4.68%
Viúvo(a)	16.96%
Junto(a)	2.34%

Trabalha	Frequências Relativas
Não	58.48%
Sim	41.52%

Profissão	Frequências Relativas
Reformado(a)	39.77%
Doméstica	14.04%
Funcionário da área da Saúde	9.94%
Funcionário da área da Educação	5.26%
Outras	28.07%
Desempregado(a)	2.92%

Habilitações	Frequências Relativas
Analfabeto(a)	16.96%
1º Ciclo	50.29%
2º Ciclo	12.87%
3º Ciclo	10.53%
12º Ano	6.43%
Bacharelato	1.75%
Licenciatura	1.17%

Hospital de Assistência	Frequências Relativas
Beja	27.49
Évora	5.85%
Santiago do Cacém	22.81%
Castelo-Branco	9.94%
Guarda	12.28%
Viseu	15.79%
Portimão	5.85%

Os participantes deste estudo, não apresentavam evidências de alterações patológicas graves do foro neurológico ou psiquiátrico e apresentavam ausência de gravidez. Foram também excluídos todos os incontinentes com idades inferiores a 20 anos.

O tamanho da amostra teve por base o estudo efectuado por Tamanini et. al em 2005, que determinou como tamanho mínimo amostral 113 participantes, através de um α (erro tipo I) de 5% e um β (erro tipo II) de 0,10. Logo, sabendo que quanto maior for a amostra menor é o erro inferencial, foram aceites todos instrumentos devidamente preenchidos, para além deste número. Assim, de acordo com o que atrás foi afirmado, foram seleccionados todos os instrumentos correctamente respondidos e excluíram-se todos aqueles que se encontravam incompletos ou mal preenchidos.

6.2.INSTRUMENTOS UTILIZADOS

No presente estudo, a recolha de dados foi feita através da utilização do *Questionário de avaliação da QDV de Incontinentes Urinários* (Tamanini et. al, 2001), da *Escala de Apoio Social Expressivo da Incontinência Urinária* (Montez, 2006), do *Inventário Clínico de Auto-conceito* (Vaz Serra, 1985) e do *Questionário de Estratégias de Coping* (Pais Ribeiro & Santos, 2001) e de uma primeira pagina que se destina à recolha de dados demográficos (ver anexo II).

O *Questionário de Avaliação da QDV de Incontinentes Urinários* (ICIQ – SF) foi traduzido do Inglês para o Português por Tamanini et. al em 2005. É um questionário de auto-resposta, que avalia o impacto da IU na QDV e a quantificação da perda urinária

dos incontinentes. É composto por 4 questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, percebida pelos incontinentes. Para além destas 4 questões, foram adicionadas mais 2 pelo investigador, para melhor avaliar o impacto da IU na QDV do incontinente. Apresenta uma nota global mínima de 0 e máxima de 26 e no final, quanto maior for o valor total obtido no questionário, menor é a QDV percebida pelo incontinente.

A *Escala de Apoio Social Expressivo da Incontinência Urinária (EASEIU)*, foi criada de raiz para a presente investigação, pois, após revisão bibliográfica exaustiva, não foi encontrado nenhum instrumento de recolha de dados, que avalie o apoio social expressivo, no caso específico da IU, nas várias dimensões que o constituem. Portanto, devido à necessidade de construir uma escala de avaliação, que procure avaliar o apoio social percebido pelo incontinente e após a revisão da literatura já efectuada, consultaram-se vários especialistas na área, com o intuito de recolher o máximo de informação sobre o tema. Passada esta etapa, procedeu-se a uma auscultação dos incontinentes urinários, através de questões, que pretendiam obter informações relativas às suas vivências com a doença e que procuravam saber o que os preocupava, nessas vivências. Assim, tendo por base as informações recolhidas, a informação que o investigador possuía, resultantes da própria experiência profissional e a bibliografia consultada, elaborou-se a EASEIU. De seguida, efectuou-se o pré-teste, aplicando-se a escala a 8 incontinentes urinários, após o qual foram realizados os ajustes necessários, tendo em atenção as observações efectuadas pelos incontinentes. Por último, procedeu-se a sua aplicação definitiva, cujos resultados obtidos, através dos dados recolhidos, podem ser analisados no capítulo 7, deste trabalho.

A EASEIU é uma escala de auto-resposta, destinada a avaliar o Apoio Social Expressivo percebido pelo incontinente. É composta por 26 itens, onde é pedido ao participante que pense na sua vivência com a IU e responda se as várias situações apontadas se verificam ou não, numa escala tipo *Likert* de 1 a 4 (1 - Não concordo; 2 – Concordo pouco; 3 – Concordo; 4 – Concordo muito) e vai no sentido de que quanto maior for o escore obtido, maior é o apoio social percebido pelo incontinente. Apresenta uma nota global mínima de 26 e máxima de 104 e quanto maior for o valor total obtido, maior é o apoio social percebido pelo incontinente. Esta escala é composta por 7 Sub-escalas (Sub-escala Apoio de Amigos, constituída pelos itens 7, 9, 11, 17 e 18; Sub-escala Problemas nas Relações Interpessoais, constituída pelos itens 2, 12, 13, 19, 20 e 26; Sub-escala Apoio Intimo, constituída pelos itens 4, 8 e 14; Sub-escala Apoio Familiar, constituída pelos itens, 1, 16, e 24; Sub-escala Apoio de Saúde, constituída pelos itens 6, 21 e 23; Sub-escala Interações Laborais, constituída pelos itens 3, 15 e 22; Sub-escala Conflito, constituída pelos itens 5, 10 e 25). Acrescenta-se o facto de que possui 13 questões reversas (2, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 25 e 26).

A EASEIU foi uma escala construída propositadamente para esta investigação, a qual foi submetida a estudos psicométricos, realizados pelo autor, no sentido de avaliar a sua fiabilidade e sensibilidade, de onde resultou a versão final desta escala, que ficou constituída por 19 itens. Todo este processo efectuado pode ser observar no capítulo 7.

O *Inventário Clínico de Auto-conceito* (ICAC) é uma escala subjectiva de auto-avaliação, construída por Vaz Serra (1985), com o objectivo de medir aspectos emocionais e sociais do auto-conceito. É constituído por 20 questões diferentes,

podendo ser classificadas segundo valores que vão de 1 a 5 (1 – Não concordo; 2 – Concordo pouco; 3 – Concordo moderadamente; 4 – Concordo muito; 5 – Concordo muitíssimo), umas vezes de ordem directa e outras vezes inversa (3, 12 e 18), podendo o valor global oscilar entre um mínimo de 20 e um máximo de 100, pelo que quanto maior o valor obtido no inventário, melhor é o auto-conceito do indivíduo. O autor da escala identificou 6 sub-escalas, das quais destaca a sub-escala Aceitação/Rejeição Social (constituída pelos itens 1, 4, 9, 16 e 17) e a sub-escala Auto-Eficácia (constituída pelos itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20).

O *Questionário de Estratégias de Coping* (QEC) é de auto-resposta e destina-se a identificar as várias estratégias utilizadas pela pessoa para lidar com situações de *stress*. Possui 48 itens, onde é solicitado ao participante que avalie a frequência com que usou essas estratégias, numa situação de *stress* recente, na sua vida (ultimas quatro semanas), numa escala de 0 a 3 (0 – Nunca usei; 1 – Usei de alguma forma; 2 – Usei algumas vezes; 3 – Usei muitas vezes). Esses 48 itens, dividem-se por 8 sub-escalas (sub-escala Auto-controlo, constituída pelos itens 6, 9, 25, 32, 42, 47 e 48; sub-escala Procura de Suporte Social, constituída pelos itens 4, 12, 15, 20, 22, 31 e 34; sub-escala Evitamento, constituída pelos itens 7, 23, 29, 36, 39, 44 e 45; sub-escala Resolução planeada do Problema, constituída pelos itens 1, 18, 28, 37, 38 e 41; sub-escala Reavaliação Positiva, constituída pelos itens 13, 16, 21, 26, 27, 43 e 46; sub-escala Assumir a responsabilidade, constituída pelos itens 5, 17 e 48; sub-escala *coping* Confrontativo, constituída pelos itens 2, 3, 11, 19, 24 e 35; sub-escala Distanciamento, constituída pelos itens 8, 10, 14, 30 e 33). A leitura do questionário revela-nos que

quanto maior for a sua nota global, melhor é a forma como o indivíduo lida /reage a acontecimentos stressantes.

6.3.PLANIFICAÇÃO

Foi realizado um estudo analítico transversal, do tipo descritivo e correlacional, onde se avaliou a forma como os doentes de ambos os sexos se relacionam com IU, com o intuito de promover a sua QDV e bem-estar.

As variáveis independentes do presente estudo são as **estratégias de coping, auto-conceito** e o **apoio social expressivo** e como variável dependente tem a **QDV**.

A recolha da amostra decorreu nos Serviços de Consultas Externas e Internamento de sete Hospitais: Hospital José Joaquim Fernandes – *Beja*; Hospital do Litoral Alentejano – *Santiago do Cacém*; Hospital de São Teotónio – *Viseu*; Hospital Doutor Sousa Martins – *Guarda*; Hospital Amato Lusitano – *Castelo-Branco*; Hospital Espírito Santo – *Évora*; Hospital do Barlavento Algarvio – *Portimão*. Foi utilizada um tipo de amostragem não probabilística intencional.

6.4.PROCEDIMENTOS

Os instrumentos foram aplicados em contexto Hospitalar, nas Consultas Externas após a consulta médica e individualmente. No Internamento, no período da manhã, individualmente e após a higiene, para interferir o mínimo possível na rotina do serviço. Importa realçar que foi efectuado, previamente, o pedido de autorização ao Presidente

do Concelho de Administração, de cada Hospital, para aplicação dos instrumentos e estes só foram aplicados, após resposta positiva ao pedido (ver anexo III).

Antes de cada aplicação eram explicados os objectivos e a finalidade do trabalho, bem como, eram garantidos o anonimato e a confidencialidade ao participante. Foi sempre garantido o livre arbítrio na participação e o carácter confidencial das informações. Todos estes aspectos mencionados, estão referidos na folha de rosto, que antecede os quatro instrumentos aplicados, na recolha de dados.

Os instrumentos foram aplicados aos Incontinentes Urinários que aceitaram participar e que tinham o diagnóstico médico defendido de IU, entre Abril e Novembro de 2006. Este período alargado deveu-se à demora na resposta ao pedido de autorização, efectuado e enviado a cada Hospital, pois existiram casos em que a resposta só chegou oito meses depois do seu envio.

Os instrumentos aplicados eram de auto-resposta, com um tempo médio de aplicação no total de 25 minutos, apesar de não haver limite de tempo para o seu preenchimento. No caso particular dos analfabetos foi geralmente um familiar que ajudou a responder. Quando este não se encontrava acompanhado de um familiar coube ao investigador ajudar, preenchendo os instrumentos. No entanto, houve situações em que o investigador não estava presente, pelo que foram pessoas, suas colaboradoras, que desempenharam o seu papel.

A EASEIU, como já atrás foi mencionado, foi construída de raiz pelo investigador. Ele começou por fazer uma revisão da literatura sobre o tema e posteriormente, consultou os especialistas na matéria. De seguida, efectuou uma auscultação a população de incontinentes de urina, perguntando-lhes sobre o que os preocupava nas suas vivências,

com a IU. Prosseguiu, construindo a escala, com base na informação recolhida e na que já possuía, fruto da sua experiência profissional, resultante do contacto directo com este tipo de doentes e tendo em conta as várias dimensões do apoio social, importantes para avaliar a problemática. Depois, efectuou o pré-teste, aplicando a escala a oito incontinentes e dos resultados obtidos, bem como das observações por eles realizadas, foram efectuados os ajustes necessários, retirando algumas questões e reformulando o português de outras, para melhorar a sua compreensão, de onde resultou o produto final, que é a escala aplicada nesta investigação.

6.5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita através do programa estatístico *SPSS* versão 14.0. Iniciou-se com a elaborar de uma base de dados, com todos os dados recolhidos, pelos quatro instrumentos aplicados. De seguida e através dele, efectuaram-se todos os estudos psicométricos de fiabilidade e sensibilidade da EASEIU, construída pelo autor desta investigação. Para além disso, foi executada toda a estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartil, máximo e mínimo) e a indutiva (Coeficiente de correlação de *Spearman*, Coeficiente de correlação de *Pearson*, teste *t-student*, regressão *stepwise*) aos dados recolhidos, pelos quatro instrumentos utilizados.

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo, resultaram da recolha de dados efectuada com a aplicação de quatro instrumentos de avaliação, através dos quais se pretende estudar aspectos psicológicos e comportamentais, relacionados com a problemática da IU.

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos, após aplicação do ICIQ-SF, EASEIU, ICAC e o QEC a 171 incontinentes urinários, que poderão servir de base para a criação de campanhas de sensibilização aos utentes do Sistema Nacional de Saúde Português, ou então, a outro projecto de intervenção, direccionado para a promoção da QDV do iu, que poderá ser desenvolvido nos próprios hospitais.

7.1. RESULTADOS OBTIDOS / INSTRUMENTOS UTILIZADOS

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos, através da recolha de dados efectuada pelos quatro instrumentos, que de seguida são expostos com maior minuciosidade. Como já atrás foi referido, são instrumentos aferidos para a população Portuguesa ou língua Portuguesa, excepto a EASEIU que foi de origem criada para este estudo, cujos dados resultantes dos estudos psicométricos a que foi submetida, são também aqui apresentados.

7.1.1. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INCONTINENTES URINÁRIOS (ICIQ – SF)

O presente questionário resultou da tradução efectuada por Tamanini e outros investigadores brasileiros, em 2005, ao denominado *International Consultation on*

Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ – SF), para aplicação específica a Incontinentes Urinários. O autor deste trabalho, mesmo tendo conhecimento da existência de questionários de avaliação da QDV mais genéricos e mais conhecidos, no universo da investigação, optou por utilizar o ICIQ-SF. Isto porque, aspectos tão importantes como a percepção do impacto da IU nas vidas dos pacientes, bem como, a avaliação da dimensão da problemática, poderiam ficar comprometidas se fosse utilizado um instrumento generalista, como defendem Corços et al. (2001).

Os resultados obtidos, após a sua aplicação, dão-nos uma panorâmica geral da QDV percebida pelos incontinentes, desta amostra, sabendo que quanto maior for o *score* obtido em cada questão e na nota global da escala, menor será a QDV percebida pelo incontinente.

Quadro III – Estatística descritiva das questões 1/2/3 do ICIQ-SF

Questões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1-Com que frequência perde urina?	171	1	5	3.89	.78
2-Gostaria de saber a quantidade de urina que pensa perder?	171	1	3	2.02	.71
3-De um modo geral, quanto é que interfere a perda de urina na sua vida diária?	171	1	10	7.81	2.26

O Quadro III mostra-nos a estatística descritiva obtida nas primeiras três questões do ICIQ-SF, após a sua aplicação a 171 incontinentes urinários. Assim, na questão 1 (**Com que frequência perde urina?**), foi encontrado um mínimo de 1 (uma vez por semana) e

um máximo de 5 (sempre). Mais se refere que, a sua **média** é de **3.89** e tem um **desvio padrão** de **.78**. Realça-se que a opção de resposta nº 4 “*diversas vezes ao dia*” foi dada por 73.1% dos participantes.

Para a questão 2 (**Gostaria de saber a quantidade de urina que pensa perder?**), foi encontrado um mínimo de 1 (uma pequena quantidade) e um máximo de 3 (uma grande quantidade). A sua **média** é de **2.02** e o **desvio padrão** é de **.71**. Salienta-se que, 49,7% da amostra se situaram na opção de resposta nº 2 “*uma moderada quantidade*”.

A questão 3 (**De um modo geral, quanto é que interfere a perda de urina na sua vida diária?**) obteve um mínimo de 1 e um máximo de 10, uma **média** de **7.81** e um **desvio padrão** de **2.26**. Destaca-se o facto de que 53.2% dos incontinentes se situaram nas posições 9 e 10, sabendo que esta questão apresenta opções de resposta entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito).

Quadro IV – Estatística descritiva da questão 4 da ICIQ-SF

4 - Quando é que perde urina?	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
4.1-Nunca	171	0	0	0	0
4.2-Perco antes de chegar a casa de banho	171	0	1	.60	.49
4.3-Perco quando tusso ou espirro	171	0	1	.75	.43
4.4-Perco quando estou a dormir	171	0	1	.15	.36
4.5-Perco quando faço actividade física	171	0	1	.65	.48
4.6-Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me	171	0	1	.25	.44
4.7-Perco sem razão óbvia	171	0	1	.29	.45
4.8-Perco constantemente	171	0	1	.19	.39

O Quadro IV apresenta-nos os resultados alcançados para a estatística descritiva da questão 4 (**Quando é que perde urina?**). Esta questão, apresenta 8 sub-itens que representam possíveis situações de perda de urina e foram cotadas entre 0 “não refere” e 1 “refere”, uma vez que, o incontinente pode referir mais do que uma situação, em que perde urina. A situação 4.1 (**Nunca**), ninguém respondeu. O mínimo é 0 e o máximo é 1, para as restantes situações. Quanto à **média**, ela varia entre **.15** (Perco quando estou a dormir) e **.75** (Perco quando tusso ou espirro), o **desvio padrão** vai desde **.36** (Perco quando estou a dormir) e **.49** (Perco antes de chegar a casa de banho). Ressalta-se que a situação de perda de urina mais referida pelos participantes do estudo foi a situação 4.3 (Perco quando tusso ou espirro), com 75.4%, enquanto que a situação de perda de urina mais respondida com “Não refere” foi a 4.4 (Perco quando estou a dormir), com 84.8%.

Quadro V – Estatística descritiva da escala total (ICIQ-SF)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
ICIQ-SF	171	4	25	16.61	3.89

O ICIQ-SF é constituído pelas quatro questões anteriormente apresentadas, logo, foi a partir delas que se fizeram os cálculos da escala total. O Quadro V ostenta os valores obtidos para ela, quanto à estatística descritiva. O **mínimo** obtido pela escala foi **4** e o **máximo 25**, sabendo que a nota mínima global da escala é de 0 e o máximo é 26. A **média** auferida foi de **16.61** e o **desvio padrão 3.89**.

No sentido de aprofundar o estudo do impacto da IU na QDV dos incontinentes, o investigador adicionou mais duas questões, cujos resultados óbitos são seguidamente expostos. A questão 5 (**Que tipo de absorventes costuma usar?**) obteve que 88.9% dos participantes usam pensos, 11.1% usa fraldas e ninguém referiu outro tipo de absorventes. A questão 6 (**Quantos absorventes utiliza habitualmente nas 24horas?**) obteve um **mínimo** de **1** e um **máximo** de **15**. A **média** foi de **3.87** e o **desvio padrão** **2.13**.

7.1.2.ESCALA DE APOIO SOCIAL EXPRESSIVO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (EASEIU)

A escala EASEIU foi construída de raiz para esta investigação, uma vez que se desconhece a existência de instrumentos que avaliem estas dimensões do apoio social, dentro da problemática da IU. Após a sua aplicação, com a recolha de dados, houve necessidade de a submeter a estudos psicométricos, através de procedimentos de análise da sua **fiabilidade** e **validade**. No entanto, antes de se proceder aos estudos psicométricos, foi feita uma breve análise da estatística descritiva, da mesma.

Quadro VI – Estatística descritiva da EASEIU

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EASEIU	171	25	74	49.82	10.01

No Quadro VI são apresentados os valores obtidos para a estatística descritiva do apoio social expressivo, versão final de 19 itens. A escala total obteve uma **média** de **49.82** e um **desvio padrão** de **10.01**. Para o total da escala, encontrou-se um valor **mínimo** de **25** e um valor **máximo** de **74**, tendo em conta que a escala global admite um mínimo de 19 e um máximo de 76, como valor total.

DADOS PSICOMÉTRICOS

Análise dos itens

No processo de selecção dos itens para a construção da escala final, os critérios utilizados podem ser assim sintetizados:

- ↗ As questões 13 (**Tenho o cuidado de escolher a minha roupa para não se notar o absorvente**), que procura analisar aspectos relacionados com “*Problemas nas Relações Interpessoais*” e a questão 14 (**A minha IU interfere na minha vida sexual**), que procura analisar aspectos relacionados com o “*Apoio Intimo*”, foram excluídas por terem uma correlação não significativa com a nota global e revelarem pela análise do *alpha* de *Cronbach* que este subiria se fossem retirados os itens, logo, prejudicaria a homogeneidade da escala, se permanecessem.

↗ As questões 1 (**Procurarei o(a) Médico(a) quando pioraram os sintomas de IU**) e 21 (**O(a) Enfermeiro(a) ajudou-me e ensinou-me a conviver melhor com a minha IU**), que procuram analisar aspectos relacionados com o “*Apoio de Saúde*”, as questões 5 (**A minha IU é motivo de conflito laboral**) e 10 (**O(a) meu(minha) chefe não compreende de que forma a minha IU interfere no meu trabalho**), que procuraram analisar aspectos relacionados com o conflito e a questão 22 (**Há muitas pessoas a interferirem na minha vida pessoal**), que procura analisar aspectos relacionados com as “*Interacções Laborais*”, foram excluídas, porque estes itens correlacionam-se abaixo de .20 com a nota global da escala, apesar do *alpha* de *Cronbach* não subir nestas condições. Segundo Streiner e Norman (1989, cit. por Vaz serra, 1994:69) e Nunnally (1978, cit. por Canavarro, 1999:101) aceita-se como norma, que são bons, todos os itens que se correlacionam acima de .20 com a nota global da escala.

De acordo com as informações recolhidas, os dados que se apresentam a seguir dizem respeito à escala já com os 19 itens. Como se pode observar, o Quadro VII mostra-nos as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item ou este é excluído. Por conseguinte, quando a nota global contém o próprio item a correlação é inflacionada, logo, as correlações mais relevantes são aquelas que dizem respeito à correlação do item com a nota global, quando esta não contém esse item específico (Vaz Serra, 1994).

Quadro VII – Estudo dos itens (19 itens)

	Média	R item-total	R item-total (sem item)	Alfa de Cronbach (sem item)
Item 2	2,44	.31	.27	.81
Item 3	2,13	.43	.23	.81
Item 4	2,68	.78	.40	.80
Item 6	2,72	.46	.33	.81
Item 7	2,97	.31	.37	.80
Item 8	2,62	.78	.44	.80
Item 9	2,22	.71	.46	.80
Item 11	2,31	.76	.49	.80
Item 12	1,98	.35	.30	.81
Item 15	1,58	.48	.44	.80
Item 16	2,92	.36	.38	.80
Item 17	3,39	.41	.46	.80
Item 18	2,54	.56	.47	.80
Item 19	2,27	.42	.27	.81
Item 20	2,71	.30	.30	.81
Item 23	2,88	.47	.45	.80
Item 24	3,02	.47	.48	.80
Item 25	3,50	.43	.44	.80
Item 26	2,99	.49	.50	.80

Ao examinarmos as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, verificamos que quando esta contém o próprio item, variam entre .30 e .78 e quando este é excluído variam entre .23 e .50. É importante realçar que todos os itens apresentam correlações positivas e, na sua grande maioria, altamente significativas com o total da escala. Como se pode verificar, à excepção das questões 2 (**Evito o contacto com outras pessoas por causa do cheiro a chichi**), 7 (**Não tenho amigos íntimos suficientes**) e 20 (**Não tenho dinheiro suficiente ao qual possa recorrer e isso é motivo de conflito**), todas as outras questões apresentam valores bastante superiores, resultado que é abonatório da homogeneidade dos itens incluídos (Hill & Hill, 2005).

O valor mais baixo encontrado para a correlação, quando a escala não contém o item (índice de fiabilidade mais fidedigno, já que a nota não é inflacionada) é de .23 para o item 3 (**Não tenho colegas de trabalho que me apoiem**) e o valor mais elevado encontrado para a correlação quando esta não contém o item é de .50 que corresponde ao item 26 (**Isolo-me devido a minha IU**).

Stevens (1996, cit. por Canavarro, 1999) considera que valores de α , que medem a variância devido à heterogeneidade, deve situar-se entre .70 e .80. No caso da EASEIU, os valores de α (quer do valor global da escala, bem como, dos seus itens constituintes) encontram-se na extremidade e ligeiramente acima, desse intervalo.

No Quadro VII podem ser também observados os valores do *alpha* de Cronbach, para todas as questões da escala quando o item assinalado é excluído. Verifica-se que, para a maioria das questões da escala quando excluídas, o *alpha* de Cronbach desce, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes. Por outro lado, não há nenhum que revele que depois de retirado o α suba. Tais resultados são mais um dado abonatório da boa homogeneidade dos itens.

entre os itens 3 e 15, 4 e 8, 6 e 23, 7 e 9, 9 e 11, 9 e 18, 11 e 18, 16 e 24, 17 e 18, 19 e 26, 24 e 25. Por outro lado, há itens que não se correlacionam entre si com valores de igual forma altamente significativos, como o caso das questões 2 e 7, 2 e 16, 2 e 24, 3 e 17, 3 e 23, 6 e 12, 9 e 19, 12 e 17, 12 e 25, 18 e 19, 19 e 23, 19 e 24. Deste modo, poder-se-á dizer que embora diferentes, constituem um conjunto homogêneo e de certa forma discriminativo, das dimensões.

Com o intuito de conhecer as dimensões subjacentes à validade do constructo, foi determinada uma **análise factorial em componentes principais**, seguida de uma **rotação ortogonal de tipo varimax**, onde foram identificados **sete factores**. Estes factores explicam uma parte considerável da **variância**, ou seja **72.30%**. Os quadros seguintes (do IX ao XV), mostram a constituição dos diferentes factores.

Quadro IX – Factor I

(24.60% do total da variância explicada)

Item	Descrição	Dimensão	Loading
		APOIO DE AMIGOS	
11	Os meus amigos compreendem a minha Incontinência Urinária.		.87
9	Falo com os meus amigos sobre a minha Incontinência Urinária.		.86
18	Tenho amigos que me apoiam.		.78
7	Não tenho amigos íntimos suficientes.		.62

Consistência interna (α de *Cronbach*) da dimensão = **.83**

O **primeiro factor** foi denominado de “*Apoio de Amigos*”. É o mais importante e diz respeito ao apoio dado pelos amigos. Logo, com este factor pretende-se avaliar a percepção desse apoio por parte do incontinente. Possui uma **consistência interna** de **.83** e explica **24.60%** da **variância** total. É constituído por quatro itens.

Quadro X – Factor II

(13.28% do total da variância explicada)

Item	Descrição	Dimensão	Loading
		PROBLEMAS NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	
12	Tenho vergonha de ser incontinente de urina.		.83
26	Isolo-me devido a minha Incontinência Urinária.		.68
2	Evito o contacto com outras pessoas por causa do cheiro a chichi.		.63
19	Evito lugares muito grandes e com muita gente porque tenho medo de me urinar.		.59

Consistência interna (α de *Cronbach*) da dimensão = **.73**

O **segundo factor** foi designado de “*Problemas nas Relações Interpessoais*” e pretende identificar atitudes de vergonha, isolamento, medo, evitamento e conflito nas suas relações interpessoais. Inclui quatro itens que apresentam uma **consistência interna** de **.73**, explicando uma **variância** total de **13.28%**.

Quadro XI – Factor III

(9.85% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		APOIO INTIMO	
4	O/a meu/minha marido/esposa compreende-me e apoia-me.		.94
8	O/a meu/minha marido/esposa dá-me amor e carinho.		.92

Consistência interna (α de *Cronbach*) da dimensão = **.93**

Ao **terceiro factor** foi-lhe atribuído a designação de “*Apoio Intimo*” e está relacionado com aspectos da vida íntima do doente, como o apoio, afecto e compreensão de alguém íntimo ou muito próximo e com a interferência da IU nessa relação. Neste factor, pretende-se avaliar a percepção deste apoio por parte do incontinente. Importa lembrar que se esperam diferenças na avaliação deste apoio feita pelos incontinentes, relacionado com o seu estado civil: solteiros, casados, divorciados, viúvos ou juntos. Este factor explica **9.85% da variância** total e é constituído por dois itens que possuem uma **consistência interna de .93**.

Quadro XII – Factor IV

(7.69% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		APOIO DE FAMILIA	
16	Os meus filhos apoiam-me.		.83
24	A minha família mais próxima convive bem com a minha Incontinência Urinária.		.66
17	Não tenho ninguém com quem falar sobre a minha Incontinência urinária.		.57

Consistência interna (α de *Cronbach*) da dimensão = **.65**

O **quarto factor** foi baptizado de “*Apoio Familiar*” e refere-se ao apoio prestado pela família mais próxima que é percebido pelo incontinente. O tipo de relações com os familiares mais próximos vai influenciar a avaliação feita pelo incontinente a este apoio. É constituído por três itens que possuem uma consistência interna de **.65** e este factor explica **7.69% da variância** total.

Quadro XIII – Factor V

(6.45% do total da variância explicada)

Item	Descrição	Dimensão	Loading
		APOIO DE SAÚDE	
23	Sinto-me bem acompanhado/a pela equipa de saúde.		.81
6	O/a Médico/a e o/a Enfermeiro/a deram-me a oportunidade de expressar as minhas emoções face ao meu problema.		.81

Consistência interna (α de *Cronbach*) da dimensão = **.72**

O **quinto factor** foi baptizado de “*Apoio de Saúde*” e refere-se ao apoio prestado pelos profissionais de saúde, intervenientes no acompanhamento do processo de doença, do incontinente. Assim, com este factor procura-se avaliar o apoio prestado pela equipa de saúde, percebido pelo doente. Este factor explica **6.45% da variância** total e é constituído por dois itens, que apresentam uma consistência interna de **.72**.

Quadro XIV – Factor VI

(5.60% do total da variância explicada)

Item	Descrição	Dimensão	Loading
		INTERACÇÕES LABORAIS	
3	Não tenho colegas de trabalho que me apoiem.		.86
15	Tenho o apoio dos colegas e isso ajuda-me a resolver o meu problema.		.84

Consistência interna (α de *Cronbach*) da dimensão = **.69**

O **sexto factor** foi designado de “*Interacções Laborais*” e diz respeito ao tipo de relações que se estabelece no local de trabalho, que possa interferir no bem-estar do incontinente. É constituído por dois itens, que possuem uma **consistência interna de .69** e explica **5.60% da variância** total.

Quadro XV – Factor VII

(4.84% do total da variância explicada)

Item	Descrição	Dimensão	Loading
		CONFLITO	
20	Não tenho dinheiro suficiente ao qual possa recorrer e isso é motivo de conflito.		.81
25	A minha família mais próxima não quer saber do meu problema.		.46

Consistência interna (α de *Cronbach*) da dimensão = **.39**

O **sétimo e último factor**, foi denominado de “*Conflito*” e pretende identificar e avaliar situações de conflito que a IU possa trazer. É composto por dois itens que apresentam uma **consistência interna de .39** e o factor explica **4.84% da variância total**.

No sentido de aprofundar os estudos da EASEIU quanto à sua validade, efectuou-se uma análise das correlações existentes entre as notas das sub-escalas e a escala total, como se pode verificar através da análise do Quadro XVI.

Quadro XVI – Correlação entre as notas das sub-escalas e a nota total da escala (EASEIU)

Escala e sub-escalas da EASEIU	AA	PNRI	AI	AF	AS	IL	C
EASEIU	.64	.60	.49	.65	.52	.43	.53
Apoio de Amigos		.18	.07	.42	.35	.08	.21
Problemas nas Relações Interpessoais			.15	.28	.01	.27	.40
Apoio Intimo				.19	.27	.14	.20
Apoio Familiar					.33	.15	.36
Apoio de Saúde						.09	.15
Interacções Laborais							.04

AA – Apoio de Amigos; **PNRI** – Problemas nas Relações Interpessoais; **AI** – Apoio Íntimo; **AF** – Apoio Familiar; **AS** – Apoio de Saúde; **IL** – Interações Laborais; **C** – Conflito.

Como já atrás foi referido, o Quadro XVI apresenta as correlações entre as notas da escala total e as notas das sub-escalas que compõem a EASEIU. Se analisarmos as correlações mais elevadas de cada sub-escala podemos constatar que o “*Apoio de amigos*” se correlaciona de modo significativo com o “*Apoio da Família*” ($r = .42$) e com o “*Apoio de Saúde*” ($r = .35$). Por sua vez, o “*Conflito*” correlaciona-se

significativamente com os “*Problemas nas Relações Interpessoais*” ($r=.40$) e com o “*Apoio Familiar*” ($r=.36$). Acrescente-se o facto de que a “*Escala Total*” apresenta correlações significativas com as notas das sub-escalas.

No intuito de continuar a aprofundar o estudo da validade da presente escala, foi também calculado o teste *t-student* para a sua versão final (19 itens), relacionando-a com algumas variáveis demográficas.

Quadro XVII – Teste *t-student* da EASEIU

Teste t-student	EASEIU			
	Idade	Género	Estado Civil	Habilitações
t	1.70	-.12	1.03	-1.66
gl	12	169	5	29
p	.12	.90	.35	.11

Os resultados obtidos após a realização do teste *t-student* para a EASEIU, revela-nos que há evidências estatísticas de que a média da escala global é idêntica para todas as classes de **Idade** ($t = 1.70$; $gl = 12$; $p = .115$ que é $> \alpha = .05$, nível de significância da presente investigação). Quanto ao **Género**, as médias da escala global também são idênticas ($t = -.124$; $gl = 169$; $p = .901$ que é igualmente $> \alpha = .05$), para os dois sexos. Para as outras duas variáveis demográficas, **Estado Civil** e **Habilitações**, a situação repete-se ($t = 1.03$; $gl = 5$; $p = .352$ e $t = -1.66$; $gl = 29$; $p = .107$ respectivamente) e revela que há evidências estatísticas de que as médias obtidas são idênticas, para todas as categorias das variáveis, anteriormente mencionadas.

7.1.3. INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO (ICAC)

O ICAC foi criado pelo Professor Doutor Vaz Serra em 1985 e desde essa altura, tem sido utilizado em inúmeras investigações, para além da sua utilização na prática clínica. Este inventário pretende medir aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, como refere o seu autor. Dos seis factores identificados por Vaz Serra, destacam-se o denominado de Aceitação/Rejeição Social, que se encontra relacionado com o significado que uma pessoa pode ter para outra e o denominado Auto-Eficácia, que diz respeito a competência sentida em relação aos problemas.

Os resultados revelam-nos que a **média** obtida para o total desta escala é de **74.39**, o **desvio padrão** é de **11.69**, o **mínimo** é de **41** e o **máximo** é de **100**, sabendo que a nota global da escala pode ir de 20 a 100.

No que concerne à precisão deste Inventário, após a sua aplicação a 171 incontinentes urinários, os resultados obtidos revelam que a **consistência interna** da escala é **boa**, tendo-se obtido um *alpha* de *Cronbachd* de **.87** e os seus dois principais factores, explicam **43.24% da variância total**.

Quadro XVIII – Correlação entre as notas das sub-escalas e a nota total da escala (ICAC)

Escala e sub-escalas do ICAC	AE	ARS
ICAC	.74	.71
Auto-Eficácia		.41

AE – Auto-Eficácia; **ARS** – Aceitação/ Rejeição Social

O Quadro XVIII apresenta-nos a correlação entre as notas da escala total e as notas das sub-escalas, que compõem o ICAC. Se analisarmos o quadro, as correlações entre a nota total e as notas das sub-escalas são elevadas. Quanto as correlações entre as notas das sub-escalas, apresentam o valor de ($r = .41$), o que é significativamente relevante.

7.1.4. QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING (QEC)

O *Questionário de Estratégias de Coping* resultou da tradução do intitulado *Ways of Coping Questionnaire*, efectuada pelo Professor Doutor Pais Ribeiro e a Professora Doutora Carla Santos, em 2001 da versão desenvolvida por *Folkman* e *Lazarus* em 1988.

O *Ways of Coping Questionnaire* tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo, desde a sua criação na década de 70 do século passado. Durante 30 anos, foram criadas várias adaptações, como é referido por Pais Ribeiro e Santos (2001). No entanto, como é exposto pelos mesmos autores, a versão que é utilizada nesta investigação é equivalente à original, versão desenvolvida por *Folkman* e *Lazarus* em 1988.

A aplicação deste questionário aos 171 incontinentes da amostra revela-nos que a sua **consistência interna é boa** com um valor de *alpha* de *Cronbachd* de **.89** e que os oito factores que a compõem explicam **50.91% da variância total**. Mais se acrescenta que, para o total da escala, foi encontrado um **mínimo** de **5** e um **máximo** de **115**, sabendo que o valor da nota global da escala pode ir de 0 a 144. A escala obteve uma **média** de **56.02** e um **desvio padrão** **20.13**.

Quadro XIX – Correlação entre as notas das sub-escalas e a nota total da escala (QEC)

Escala e sub-escalas do QEC	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
QEC	.60	.53	.31	.67	.63	.55	.57	.48
Auto-controlo		.23	.26	.60	.29	.51	.34	.45
Procura de suporte social			.21	.38	.46	.26	.38	.12
Fuga/Evitamento				.15	.11	.28	.16	.10
Resolução planeada do problema					.57	.56	.49	.42
Reavaliação positiva						.42	.46	.26
Assumir a responsabilidade							.49	.34
<i>Coping</i> confrontativo								.27

AC – Auto-controlo; **PSS** – Procura de suporte social, **FE** – Fuga/Evitamento; **RPP** – Resolução planeada do problema; **RP** – Reavaliação positiva; **AR** – Assumir a responsabilidade; **CC** – *Coping* confrontativo; **D** – Distanciamento.

O Quadro XX apresenta-nos a correlação entre as notas da escala total e as notas das sub-escalas, que compõem o QEC. Se analisarmos o quadro, as correlações entre a nota total e as notas das sub-escalas são elevadas. No que diz respeito às correlações mais elevadas, entre as notas das sub-escalas, os resultados obtidos revelam-nos que, o “*Auto-Conceito*” se correlaciona de forma elevada com “*Resolução planeada dos problemas*” ($r = .60$) e com “*Assumir a responsabilidade*” ($r = .51$). A “*Procura de suporte social*” correlaciona-se significativamente com a “*Reavaliação positiva*” ($r = .46$). Por sua vez, a “*Resolução planeada do problema*” correlaciona-se fortemente com a “*Reavaliação positiva*” ($r = .57$), com o “*Assumir a responsabilidade*” ($r = .56$) e com o “*Coping confrontativo*” ($r = .49$). Também se verifica uma correlação significativa entre a “*Reavaliação positiva*” com o “*Coping confrontativo*” ($r = .46$). Por último,

salienta-se a correlação entre o “Assumir a responsabilidade” e o “Coping confrontativo” ($r = .49$).

7.2.REGRESSÃO *STEPWISE* E COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON

No intuito de avaliar a forma como as variáveis independentes (Apoio Social Expressivo; Auto-Conceito; Estratégias de *Coping*) se relacionam com a variável dependente (QDV), foi efectuada uma regressão linear múltipla, utilizando o método *stepwise*, cujos resultados obtidos são apresentados no Quadro XX.

Quadro XX – Regressão *Stepwise*

	β	p	t
QDV (ICIQ-SF)		.00	10.16
Apoio Social Expressivo (EASEIU)	-.29	.00	-3.69
Auto-Conceito (ICAC)	.07	.37	.90
Estratégias de <i>Coping</i> (QEC)	-.08	.28	-1.09

O apoio Social Expressivo parece ser a variável independente que mais interfere com a QDV, pois apresenta um $p < 0.05$. As Estratégias de *coping* e o Auto-conceito, apresentam ambos um $p > 0.05$, que é o nível de significância deste estudo.

Quadro XXI – Correlações de *Pearson* entre as escalas totais utilizadas

		ICIQ-SF	EASEIU	ICAC	QEC
Correlações de Pearson	ICIQ-SF		-.28	-.13	-.04
	EASEIU			.33	.194
	ICAC				.16
p	ICIQ-SF		.000	.313	.049
	EASEIU			.000	.006
	ICAC				.018

ICIQ-SF – Questionário de avaliação da QDV de incontinentes urinários; **EASEIU** – Escala de Apoio Social Expressivo da IU; **ICAC** – Inventário clínico de Auto-Conceito; **QEC** – Questionário de Estratégias de *Coping*.

Ao analisar-mos o Quadro XXI, verificamos que as correlações de *Pearson* mais significativas se estabelecem entre a QDV e apoio social expressivo, bem como, entre a QDV e as estratégias de *coping*, uma vez que as suas correlações apresentam ambas um $p < 0.05$.

8.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da observação dos resultados apresentados no capítulo anterior, podemos inferir que a IU interfere de forma negativa na QDV vida dos afectados, provocando alterações no modo como se relaciona com os outros e consigo próprio. A pessoa tem que desenvolver formas de resposta adaptativas, para fazer face as exigências da vida do dia a dia, vivido com IU. Esta adaptação vai depender da personalidade e capacidade de resposta, bem como, do apoio recebido e percebido, vindo das pessoas que o rodeiam e da comunidade. É neste contexto que se desenvolve a presente investigação, que teve como objectivo contribuir para o desenvolvimento de um modelo teórico de promoção da QDV e bem-estar dos incontinentes urinários. Para tal, foram avaliados a QDV, o apoio social expressivo, auto-conceito e estratégias de *coping*, cujos resultados obtidos são aqui discutidos.

Os incontinentes da amostra eram essencialmente mulheres (92.4%), os restantes (7.6%) homens, o que vai de encontro ao afirmado por Lose (2005), quando refere que a prevalência da IU é quatro vezes superior nas mulheres. Na sua maioria eram casados (74.3%), não trabalhavam (58.5%), isto porque, grande parte eram reformados (39.8%) e domésticas (14%). No estudo de Tamanini *et al.* (2004), a maioria dos incontinentes também eram casados, mas na sua maioria trabalhavam. Têm o 1º ciclo 50.3% dos elementos da amostra e 17% são analfabetos, resultados idênticos aos obtidos por Tamanini *et al.* (2004), uma vez que, 17.9% eram analfabetos e 58% tinham apenas concluído o 1º ciclo.

Os resultados obtidos na avaliação da QDV dos incontinentes revelaram que 73.1% perdia urina, diversas vezes ao dia, 49.7% perdia uma moderada quantidade de urina e

que 53.2% referiam que a IU interferia muito na sua vida diária. Estes dados vão de encontro ao que concluiu Tamanini *et al.* (2004), que após aplicação do mesmo questionário, os dados revelaram que a pior QDV estava relacionada com a maior gravidade dos parâmetros clínicos. Acrescenta-se ainda que, no estudo efectuado por Moura (2005), 51.4% das mulheres referiram perdas de urina diárias ou semanais, valores aproximados aos encontrados pelo presente estudo.

A situação de perda de urina no dia a dia mais referida foi quando tosse ou espirra, com 75.4%. Esta situação, representa alguma sintomatologia associada à IU esforço, que como refere Rolo (1999), é o tipo de IU mais comum e está associada às mulheres. Os resultados, revelaram também, que o total da escala ICIQ-SF utilizada para avaliar a QDV obteve uma média de 16.61, com um desvio padrão de 3.89, sabendo que a escala admite um valor máximo de 26 e um mínimo de 0 e que quanto maior for o valor total obtido menor é a QDV percebida. Tamanini *et al.* (2005) obteve resultados similares, pois 80% da amostra disseram que a sua QDV foi afectada negativamente pela presença de IU. A questão que foi acrescentada e que pretendia saber quantos absorventes utilizavam os incontinentes urinários nas 24 horas, revelou uma média de 3.87, com um desvio padrão de 2.13, valores que vão de encontro aos apresentados por Tamanini *et al.* (2004), em que 58.7% usavam pelo menos 3 absorventes por dia.

Na avaliação do apoio social expressivo, os resultados obtidos relativos à validação da escala, propositadamente criada para esta investigação, revelaram que EASEIU é válida e sensível. Isto porque, os valores de consistência interna revelaram um *alpha* de Cronbach de .81, o que significa uma boa consistência interna da escala total, na

perspectiva de Hill e Hill (2005). É composta por 19 itens, dos quais a maioria correlaciona-se de modo positivo, apresentando valores altamente significativos e alguns itens não se correlacionam entre si. Isto pode significar que são um conjunto homogêneo mas discriminativo das 7 dimensões que constituem a EASEIU. Também os valores de consistência interna, que foram encontrados para cada sub-escala, mostraram ser aceitáveis, com exceção da dimensão “*Conflito*”, tendo em conta a visão de Hill e Hill (2005), visto que apresentava um *alpha* de *Cronbach* inferior a .6.

A variância total da EASEIU explicada foi de 63.45%, o que é um bom valor predito do apoio social expressivo percebido pelo iu. Quanto aos resultados obtidos, relativamente as correlações entre a nota global da escala e as notas das sub-escalas, revelaram que são fortes, em termos estatísticos, como é referido por Hill e Hill (2005), uma vez que se correlacionaram todas acima do .4. Ainda e no sentido de aprofundar o estudo da EASEIU, foi calculado o teste *t-student*, cujos resultados revelaram que a média da escala global não difere quanto ao género, classes de idade, estado civil e habilitações literárias. Importa realçar, que se obteve uma média de 49.82 e um desvio padrão de 10.01, para a escala global e que esta admite um valor máximo de 76 e um mínimo de 19.

Uma das vantagens desta escala é que considera o apoio social na perspectiva do sujeito, permitindo-lhe assinalar como se observa a si próprio face ao apoio social expressivo e não como é visto pelos outros, possibilitando assim a cada pessoa, poder expressar a sua percepção de suporte e a forma como o sente. Salienta-se também, o facto de que é uma escala de administração fácil e rápida.

Para avaliar o auto-conceito foi utilizado o ICAC, cujos resultados obtidos revelaram um *alpha* de *Cronbach* de .87, considerado por Hill e Hill (2005), como um valor de uma boa consistência interna e que os seus dois principais factores constituintes, explicavam 43.24% da variância total da escala. Mostraram que se obteve uma média de 74.39 para o total da escala e um desvio padrão de 11.69, sabendo que a escala admite um máximo de 100 e um mínimo de 20. Os resultados obtidos provaram que as correlações entre a nota da escala total e das sub-escalas são fortes, em termos estatísticos, como descreve Hill e Hill (2005), uma vez que se correlacionaram todas acima do .4. Estes resultados sugerem que o auto-conceito, dos incontinentes urinários desta amostra, não parece muito afectado pela problemática da IU. Mais, sugerem que o comportamento que adoptam em relação aos outros e a percepção da sua auto-eficácia é relativamente positivo.

O QEC foi usado para se efectuar a avaliação das estratégias de *coping* utilizadas pelos incontinentes urinários da amostra, para lidar com situações de *stresse*. Os resultados obtidos revelaram que o questionário apresenta uma boa consistência interna ao auferir um *alpha* de *Cronbach* de .89. Os seus oito factores constituintes, explicaram 50.91% da variância total da escala. Mais, os resultados revelaram que as notas da escala total e as notas das sub-escalas se correlacionaram de modo forte, em termos estatísticos, excepto, a sub-escala “*Fuga/Evitamento*” que se correlacionou com a nota da escala total com .31, valor que se encontra abaixo dos .4. Revelaram uma média de 56.02 e um desvio padrão de 20.13, sabendo que a escala admite um máximo de 0 e um mínimo de 144. Estes resultados, parecem sugerir que os incontinentes urinários da amostra não utilizam muitas estratégias de *coping*, ou então, que nas situações de *stresse*,

vivenciadas por eles, não são utilizadas estas estratégias de *coping* e ou não vivenciam muitas situações de *stresse*.

Como tivemos a oportunidade de verificar, a revisão da literatura revelou como estratégias de *coping* utilizadas pelo iu, ações específicas de resposta a IU (estratégias focadas no problema), para melhor lidarem com a doença. Assim, parece pertinente sugerir, para próximas investigações nesta área, a utilização de um questionário que identifique estratégias adoptadas especificamente para a IU.

A regressão *Stepwise* e coeficiente de *Pearson*, cujos resultados obtidos surgem no fim do capítulo 7, revelam que há evidências estatísticas de que o apoio social expressivo parece ser a variável que mais interfere na QDV dos incontinentes urinários, e que, as correlações mais significativas se estabeleceram entre a QDV e o apoio social expressivo e QDV e as estratégias de *coping*. Estes resultados apontam para que a QDV dos incontinentes se encontra mais dependente do apoio social expressivo do que do auto-conceito e das estratégias de *coping*.

9. ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO

A Psicologia da Saúde tem uma dinâmica interventiva, logo, é de todo o interesse que os resultados anteriormente obtidos sejam tidos em consideração e que, de alguma forma, sejam úteis para a promoção do bem-estar do incontinente urinário. Neste sentido, considerou-se que seria relevante apresentar um conjunto de estratégias de intervenção, que contemplem a complexidade da IU e a grande necessidade de apoio de várias naturezas, que as pessoas afectadas por este problema necessitam. O **objectivo geral** de cada uma das intervenções é: **A promoção da QDV e bem-estar do incontinente urinário.** No que diz respeito às estratégias de intervenção, estas devem actuar a cinco níveis:

Nível 1) Formação inicial do Enfermeiro;

Nível 2) Formação contínua do Enfermeiro;

Nível 3) Família;

Nível 4) Hospital;

Nível 5) Comunidade.

No sentido de visualizar melhor o tipo de trabalho que pode ser desenvolvido em prol da Promoção do bem-estar do iu, apresentamos de seguida o desenvolvimento de um Plano de Intervenção, cujas linhas orientadoras tiveram por base os resultados obtidos neste estudo. Assim, com o intuito de atingir o objectivo geral enunciado, vão ser apresentadas propostas de acções ao nível da formação inicial do Enfermeiro, formação

contínua do Enfermeiro, família, Hospital e comunidade, com os respectivos objectivos específicos, população alvo, actividades e resultados esperados, que mais tarde serão avaliadas e para as quais é feita uma observação. Estas acções têm com finalidade contribuir para a concretização da Promoção do bem-estar do iu.

9.1.PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO INCONTINENTE URINÁRIO

Nível 1) Formação inicial do Enfermeiro

Verifica-se nos serviços de urologia e não só, a quando dos estágios dos alunos de Enfermagem, a falta de conhecimentos sobre a problemática da IU. Logo no futuro, quando como profissionais estiverem em contacto com o incontinente, poderão não contribuir para a promoção do bem-estar do incontinente, uma vez que não estão despertados nem esclarecidos sobre a IU e a sua envolvência. Por tudo isto, na formação inicial dos Enfermeiros, a problemática da IU deverá ser abordada, no sentido dos alertar e sensibilizar para a sua complexidade, possibilitando-lhes conhecer e saber, o tipo de problemas sociais, físicos e psicológicos que afectam o iu. Para além disso, é indispensável ficarem despertados para a importância de todos os ensinamentos que possam ser efectuados em prol do bem-estar do iu, quer sejam direccionados ao próprio incontinente e/ou à família (ver Tabela I).

Tabela I – Nível 1

Ação	Inclusão da problemática da IU no curriculum de estudos da Licenciatura em Enfermagem
População Alvo	Alunos de Enfermagem
Objectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Promover o conhecimento da problemática da IU;▪ Promover a reflexão sobre as vivências do iu;▪ Realização de estágios onde contactem com o iu;▪ Fomentar práticas de Enfermagem futuras em prol da QDV e bem-estar do iu.
Actividade/ Duração	Escrever e enviar carta ao Presidente do concelho directivo das Escolas de Saúde de todo o País, sensibilizando-os para a problemática da IU, de forma a contemplarem na estrutura curricular do curso, a abordagem do tema em causa. Esta actividade decorrerá durante 1 ano.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">▪ A implementação e abordagem da problemática da IU nos currículos das Escolas de Saúde do país;▪ O conhecimento dos futuros profissionais de Enfermagem sobre IU, para a prestação de melhores cuidados ao incontinente.
Avaliação	Será efectuada após ter decorrido 1 ano, através de: <ul style="list-style-type: none">▪ Contacto telefónico com cada Presidente do concelho directivo;▪ Durante os estágios dos alunos nos serviços de internamento hospitalar.
Observação	Incrementam-se futuras práticas de Enfermagem de qualidade ao iu.

Nível 2) *Formação contínua do Enfermeiro*

A IU é uma doença que não mata e talvez por isso, muitos profissionais de saúde, onde se incluem os Enfermeiros, não lhe dão a devida e merecida atenção, tal como é descrito por Azevedo (2005) e Sebastião (1999). Muitos desconhecem a real dimensão e toda a envolvimento, desta problemática. Logo, é necessário informar e alertar os Enfermeiros para as situações de vida decorrentes desta doença, bem como, para a importância de se

fazer ensinamentos pertinentes às pessoas afectadas, que no dia a dia de trabalho, cruzam no seu caminho, bem como à família, em tempo oportuno (ver Tabela II).

Tabela II – Nível 2

Acção	Formação em serviço
População Alvo	Enfermeiros
Objectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Promover e aumentar o conhecimento dos Enfermeiros sobre IU e toda a sua envolvente;▪ Fomentar o interesse e a atenção dos Enfermeiros sobre a IU;▪ Fomentar o desenvolvimento de práticas de Enfermagem em prol da QDV e bem-estar do iu;▪ Promover a reflexão sobre as vivências do iu.
Actividade/ Duração	Desenvolver 11 acções de formação em serviço, ao longo de 2 anos com o intuito de informar e alertar os Enfermeiros para a problemática da IU.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">▪ A consciencialização dos Enfermeiros sobre a realidade da IU;▪ A utilização dos conhecimentos adquiridos na sua prática diária.
Avaliação	Será efectuada ao longo dos 2 anos, através de: <ul style="list-style-type: none">▪ N.º de participantes nas acções de formação;▪ Folha de registo das presenças;▪ Questionários de Auto – Avaliação;▪ Grelhas de observação;▪ Questionário de Avaliação dos Conhecimentos;▪ Relatório dos formadores envolvidos;▪ Questionário de Avaliação dos formadores.
Observação	Incrementam-se práticas de Enfermagem de qualidade ao iu.

Nível 3) Família

A família é quase sempre o principal apoio social que os doentes possuem, como referem Silva (1996) e Velho (1989). No caso do incontinente, normalmente, é também da família o primeiro apoio que recebem. Mas, muitas vezes, por desconhecimento, esta

angustia-se por não saber como poder ajudar. O conhecimento correcto da problemática da IU é essencial para um bom acompanhamento e apoio da família, ao incontinente (ver Tabela III).

Tabela III – Nível 3

Ação	Envolver a família
População Alvo	iu e Família
Objectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Promover o conhecimento da família sobre IU e toda a sua envolvência;▪ Esclarecer dúvidas relacionadas com a IU;▪ Promover um apoio familiar sustentado ao iu.
Actividade/ Duração	Desenvolver 11 acções de educação para a saúde, durante 2 anos, dirigidas ao iu, onde a família também seja envolvida.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">▪ O conhecimento sustentado da família sobre a IU;▪ A prestação de um bom apoio familiar ao incontinente.
Avaliação	Será efectuada ao longo dos 2 anos, através de: <ul style="list-style-type: none">▪ N.º de participantes nas acções de educação para a saúde;▪ Folha de registo das presenças;▪ Questionários de Auto – Avaliação;▪ Grelhas de observação;▪ Questionário de Avaliação dos Conhecimentos;▪ Relatório dos formadores envolvidos;▪ Questionário de Avaliação dos formadores.
Observação	Fomenta-se a existência de famílias esclarecidas, menos ansiosas e mais capazes de dar um apoio mais sustentado ao incontinente.

Nível 4) Hospital

A falta de conhecimentos sobre a IU leva a que muitas das pessoas por ela afectada, a vivam de forma solitária e sem apoio, tal como alvitra Lose (2005), porque se calam para esconder o seu problema. Umhas por vergonha e medo do ridículo, outras por

pensarem ser um acontecimento normal do envelhecimento e que faz parte da vida, entre outras causas, como defendem Moura (2005), Hägglund *et al.* (2003), Kinchen *et al.* (2003) e Norton *et al.* (1988). Por isso, cabe às instituições de saúde desenvolver acções que visem a divulgação e aconselhamento, aos incontinentes (ver Tabela IV).

Tabela IV – Nível 4

Acção	Informar e aconselhar
População Alvo	iu/Puerperas
Objectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a conhecer a realidade da IU; ▪ Ensinar os exercícios de <i>Kegel</i> ao incontinente e as puerperas; ▪ Proporcionar ao incontinente informação sobre possíveis tratamentos; ▪ Facultar informação ao incontinente sobre onde e como procurar ajuda.
Actividades/ Duração	<p>Nº1) Criação de uma consulta de Enfermagem permanente ou de Psicologia da Saúde, dirigida ao iu, de apoio de saúde.</p> <p>Nº2) Administrar ensinamentos preventivos na maternidade, onde se incluam os exercícios de <i>Kegel</i> mais a sensibilização para a IU, às puerperas durante o seu internamento;</p>
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A diminuição da prevalência da IU; ▪ Melhoria da QDV e bem-estar do incontinente.
Avaliação	<p>Decorrido 1 ano, após o seu início, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de incontinentes consultados e/ou inscritos para intervenção cirúrgica; ▪ Estabelecimento de um protocolo de actuação e ensinamentos sobre os exercícios de <i>Kegel</i>, às puerperas.
Observação	Criam-se condições para o reforço do apoio de saúde ao incontinente e previne-se o aparecimento da IU através do fortalecimento da musculatura pélvica.

Nível 5) Comunidade

Através da revisão da literatura, verificou-se que a comunidade em geral, por desconhecerem a problemática e a sua envolvência, não valoriza as vivências daqueles que vêm a sua vida ser afectada pela IU, como é mencionado por Azevedo (2005) e Sebastião (1999). Assim, torna-se necessário dar a conhecer esta realidade a toda comunidade e envolvê-la, através de acções que possam abranger o máximo de pessoas possível, com o intuito de promover o bem-estar do incontinente (ver Tabela V).

Tabela V – Nível 5

Ação	Informar e apoiar
População Alvo	iu/População em geral
Objectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a conhecer a realidade da IU; ▪ Ensinar os exercícios de <i>Kegel</i>; ▪ Proporcionar ao incontinente informação sobre possíveis tratamentos; ▪ Facultar informação ao incontinente sobre onde e como procurar ajuda.
Actividades/ Duração	<p>Nº1) Criação uma linha telefónica aberta 24horas, onde os incontinentes possam recorrer sempre que necessitarem (contínua).</p> <p>Nº2) Criação de um <i>blog</i> na <i>Internet</i> de acesso fácil e permanente, com toda a informação pertinente para o incontinente/população.</p>
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento da procura de ajuda médica; ▪ Aumento do número de tratamentos da IU; ▪ Diminuição do número de incontinentes que se isolam; ▪ Mais conhecimento da problemática por parte da população em geral; ▪ Melhoria da QDV e bem-estar dos incontinentes urinários.
Avaliação	<p>Será efectuada no mês de Maio de 2008, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º de telefonemas efectuados; ▪ N.º de consultas efectuadas ao <i>blog</i>.
Observação	Possibilitar o acesso fácil a informação de confiança sobre IU, ao maior número de pessoas possível.

10.CONCLUSÃO

A IU constitui-se um problema de Saúde Pública, devido à sua magnitude e impacto social, económico e psicológico, e devido as repercussões que tem sobre a QDV e bem-estar dos afectados, como refere Azevedo (2005), daí que a sua abordagem pareça ser actual e pertinente, como referiu o Dr. Paulo do Vale, mentor do Dia Nacional da IU (14 de Março), numa mensagem de incentivo ao presente estudo, por correio electrónico.

A prevalência da IU é alta na população mundial, mas não há um conhecimento real do verdadeiro número de incontinentes. Esta situação ocorre, porque um grande número de iu não recorre aos cuidados de saúde, no sentido de pedir algum tipo de ajuda (Holroyd-Leduc e Straus, 2005; Moura, 2005; Hunskaar *et al.*, 2004; Kinchen *et al.*, 2003; Minassian *et al.*, 2003). Uns não procuram ajuda por vergonha e medo, outros por acharem que se trata de algo normal, do decurso da vida e do envelhecimento, logo sem solução.

A IU interfere de forma decisiva nas actividades sociais dos afectados e tem um impacto negativo nas suas vidas, como refere Fultz *et al.* (2003). Ela interfere nas relações interpessoais, no trabalho, na família, na intimidade, na saúde e na pessoa, em si. Logo, a QDV e o bem-estar do incontinente está comprometido (Pais Ribeiro, 2005; Tomoe *et al.*, 2005; Oh *et al.*, 2005; Friedrich *et al.*, 2005; Fultz *et al.*, 2000; Simenova *et al.*, 1999; O’Conor *et al.*, 1998). Portanto, é neste contexto que se desenvolve a presente investigação, que ambicionou ser uma abordagem positiva da problemática, propondo um modelo teórico de promoção da QDV e bem-estar do incontinente, com base na avaliação da QDV, apoio social expressivo, auto-conceito e estratégias de *coping*. Esta avaliação foi feita após recolha de dados, efectuada através de quatro

instrumentos: ICIQ-SF; EASEIU; ICAC; QEC, respectivamente. Estes questionários foram administrados a 171 incontinentes, de sete hospitais do Norte, Centro e Sul do país.

A amostra constitui-se fundamentalmente por mulheres 92.4%, apenas 7.6% de homens, com idades compreendidas ente os 23 e os 89 anos. São essencialmente casados, reformados e com o 1º ciclo de escolaridade.

Os resultados revelaram que a IU tem um impacto negativo na QDV dos incontinentes da amostra. Acrescenta-se ainda, o facto de se ter verificado que o seu auto-conceito parece não estar muito afectado pela problemática e que, parecem não utilizarem muitas estratégias de *coping*, principalmente, as assinaladas no questionário utilizado.

Foram efectuados os estudos psicométricos da EASEIU, uma vez que, foi criada de raiz para a presente investigação e as restantes já estarem aferidas para a população Portuguesa e/ou para a Língua Portuguesa. Inicialmente composta por 26 itens, a escala final ficou constituída por 19 itens, após ter sido efectuada a análise dos itens e se ter verificado, que a homogeneidade e a consistência interna aumentava se os restantes 7 itens fossem retirados. Os estudos de precisão revelaram um *alpha* de *Cronbach* de .81, o que segundo Hill e Hill (2005), significa uma boa consistência do total da EASEIU. Os resultados obtidos, através da sua aplicação, revelaram que a escala é sensível e válida e que o apoio social expressivo parece ser a variável independente que interfere mais na QDV dos incontinentes urinários.

Perante a problemática e os resultados obtidos, são propostas várias estratégias de intervenção que visam a promoção do bem-estar do iu, onde o enfermeiro deverá ter um papel activo, quer actuando a nível hospitalar, como, a nível dos centros de saúde, não esquecendo a sua formação inicial e contínua.

O objectivo geral e os objectivos específicos foram atingidos, mas novas inquietações e dúvidas se levantam. Seria interessante efectuar-se um estudo, onde fossem identificadas as estratégias de *coping* , especificamente utilizadas pelo iu e a construção de um instrumento destinado a esse efeito.

A realização desta investigação foi uma tarefa árdua e longa, mas a sua elaboração proporcionou-me muito prazer e satisfação. Foi um percurso extremamente gratificante, vê-la tomar forma e corpo, por isso, deixa uma marca construtiva, desenvolvida a partir da experiência vivida, apesar de todos os contratemplos e imprevistos.

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleixo Dias, J.A. (1999). Epidemiologia da Incontinência Urinária: Prevalência e distribuição, na população Portuguesa. *Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde – Inquérito Nacional de saúde.*

Alken, C.-E. & Sökeland, J. (1984). Urologia: Guia de Diagnóstico e Terapêutica. Lisboa: *Fundação Calouste Gulbenkian.*

Andrade, G.R.B. (2001). Grupo de apoio social no espaço hospitalar. *Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.*

Ashworth, P.D. & Hangan, M. (1993). The meaning of incontinence: a qualitative study urinary incontinence sufferers. *J Adv Nurse*, 18, pp.1415-1423.

Azevedo, A.A. (2005). Incontinência Urinária: Impacto no Feminino. Coimbra: Formasau.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), pp.191-215.

Barrón, A.I. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores.

Beresford, B.A. (1994). Resources and strategies: how parents COPE with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, pp.171-209.

Bo, K., Talseth, T. & Vinsnes, A. (2000, Julho). Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 79(7), pp.598-603.

Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança. In D.W. Rajecki, H. Hoffman, As ligações afectivas infantis. Amadora: Bertrand.

Bowling, A. (1991). Measuring health: A review of Quality of Life Measurement scales. *Buckingham: Open University Press.*

Bozon, M. (2003). Sexualidade e Conjugalidade: A redefinição das relações de género na França contemporânea. *Cadernos pagu* (20), pp.131-156.

Broadhead, W.E. et al. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), pp.521-537.

Brocklehurst, J.C. (1993). Urinary incontinence in the community-analysis of a Mori poll. *BMJ*, 306, pp.832-834.

Brown, W.J. & Miller, Y.D. (2001). Toowet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *J Sci Med sport*, 4, pp.373-378.

Burgio, K.L. et al. (1993). Lierté retrouvée: l'incontinence urinaire, parlons-en ! Québec. *Les Publications du Québec.*

Burns, R.B. (1979). The Self-Concept: Theory, measurement, development and behavior. London: Longman.

Button, D., Roe, B., Webb, C., Frith, T., Colin-Thome, D. & Gardner, L. (1998). Consensus guidelines for the promotion and management of continence by primary health care teams: development, implementation and evaluation. *NHS Executive Nursing Directorate. J Adv Nurs*, 27(1), pp.91-99.

Canavarro, M.C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.C.I. *Testes e provas psicológicas em Portugal*, vol. II, Braga, S.H.O., APPORT, pp.95-109.

Carmo Pinto, M.J. & Castro Araújo, M.M. (2000, Novembro). Incontinência Urinária: prevalência e repercussões. *Actualização em Urologia: UPDATE*, pp.14-25.

Chiverton, P.A., Wells, T.J., Brink, C.A. & Mayer, R. (1996). *Psychological factors associated with urinary incontinence*. *Clin Nurse Specialist*, 10, pp.229-233.

Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, *stresse* and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*, vol.4, pp.253-268. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Collière, M.-F.(1999). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem (3ª ed.). Lisboa: SEP

Compas, B.E. (1987). *Coping with stress during childhood and adolescence*. *Psychological Bulletin*, 101, pp.393-403.

Corços, J., Beaulieu, S., Donovan, J., Naughton, M. & Gotoh, M. (2001). *Symptom Quality of Life Assesment Committee of the First International Consultation. Departement of Urology, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Quebec, Canada.*

Cruz, E.B.L. (2001). Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social. Coimbra. *Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.*

Damian, J., Martin-Moreno, J.M., Lobo, F., Bonache, J., Cervino, J. & Redondo-Márquez, L (1998). Prevalence of urinary incontinence among Spanich older people living at home. *Eur. Urol.*, 34(4), pp.333-338.

Davila, G.W. & Neimark, M. (2002). The overactive bladder: prevalence and effects on quality of life. *Clin Obstet Gynecol*, 45(1), pp.173-181.

Dias, M.R., Duque, A.F., Silva, M.G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3(XXII), pp.463-473.

Diokno, C.A., Brock, B.M., Brown, M.B. & Herzog, A.R. (1986). Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the non institutionalized elderly. *Journal Urol*, 136, pp.1022-1025.

Diokno, C.A., Burgio, K., Fultz, N.H., Kinchen, K.S., Obenchin, R. & Bump, R.C. (2004). Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *Am J Manage Care*, 10, pp.69-78.

D'Oliveira, T. (2005). Teses e Dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos (2ª ed.). Mafra: RH Editora.

Dugan, E., Cohen, S., Robinson, D., Anderson, R., Preisser, J., Suggs, P., Pearce, K., Poehling, U. & McGann, P. (1998). The quality of life of older adults with urinary incontinence: Determining generic and condition-specific predictors. *Quality of life Research*, 7, pp.337-344.

Dumbar, M., Ford, G. & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of hypotheses. *Psychology and health*, 13, pp.527-544.

Faria, M.C. (1999). Escala de Apoio Social Instrumental e Expressivo – IESS. Soares, A., Araújo, S. & Aires, S. (Orgs), *Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Braga:Apport, pp.125-135.

Feldner, P.C., Sartiri, M.G.F., Lima, G.R., Baracat, E.C. & Girão, M.J.B.C. (2006). Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Revista Brasileira Ginecol Obstet*, 28(1), pp.54-62.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). Na analysis of *coping* in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp.219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, pp.150-170.

Folkman, S. & Lazarus, R.L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, *coping*, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, pp.992-1003.

Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação. Loures: Lusociência.

Friedrich, C., Pientka, L. & Pannek, J. (2005, Novembro). Geriatricurology – incontinence in the elderly. *Aktuelle Urol.*, 36(6), pp.495-502.

Fultz, N.H., Burguio, K., Diokno, A.C., Kinchen, K.S., Obenchain, R. & Bump, R.C. (2003). Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol*, 189, pp.1275-1282.

Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Reviews of Sociology*, 8, pp.1-33.

Gonçalves, J., Azevedo, M., Barbosa, A. & Esteves, C. (1996). Incontinência Urinária feminina – análise retrospectiva de 2 anos: avaliação do protocolo de investigação. *Ginecol-Med-Reprod*, nº21(2), pp.67-73.

Grimby, A., Milsom, I., Molander, J., Wiklund J. & Ekelund (1993). The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women, 22(2), pp.82-89.

Hägglund, D., Walker-Engström, M.L., Larsson, G. & Leppert, J. (2003). Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *Journal Urogynecol*, 14, pp.296-304.

Haken, J. (1992, Dezembro). Incontinência. *Nursing*, vol.59, pp.37-40.

Hamilton, B. (1990, Junho). Incontinência: a resolução do problema. *Nursing Portuguesa*. Lisboa, 3(29), pp.30-31.

Hannestad, Y.S., Rortveit, G. & Hunskaar, S. (2002). Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of incontinence in the Contry of Nord-Trondelag. *Scand J Prim Health Care*, 20(2), pp.102-107.

Hays, R.D., Vickrey, B.G., Hermann, B.P., Cramer, J., Meador, K., Spritzer, K. & Devinsky, O. (1995). Agreement between self reports and proxy reports of quality of life in epilepsy patients. *Quality of life Research*, 4, pp.159-168.

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital, enquadrar os cuidados numa perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.

Hill, M.M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Holroyd-Leduc, J. M. & Straus, S.E. (2005, Fevereiro). Tratamento da incontinência Urinária na mulher: Aplicações Clínicas. *JAMA*, vol. 3, nº2, pp.135-151.

Hörding, U., Pederson, K.H., Sidenius, K. & Hedegaard, L. (1986). Urinary incontinence in 45-year-old women. *Scan J Urol Nephrol*, 20, pp.183-186.

Hunskaar, S., Lose, G., Sykes D. & Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*, 93, pp.324-330.

Internacional Continence Society (1991). Committee on Standardization of Terminology of lower urinary tract function. In Ostergard DR, Bent AE. *Urogynecology and urodynamics: theory and practice*. (3ª ed.) Baltimore, Williams & Wikins, pp.545-562.

Juarranz, M., Terrón, R. Roca, M., Soriano, T., Vilamor, M. & Calvo, M.J. (2002). Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Atencion Primaria*, 30, pp.323-332.

Jacob, S.W., Francone, C.A. & Lossow, W.J. (1982). Anatomia e Fisiologia Humana (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., pp. 440-454.

Kessler, R.C. (1992). Social support, depressed mood and adjustment to *stresse*: A genetic Epidemiologic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(2), pp.257-272.

Kevin, R.L. (2002, Agosto). The Urologic Clinics of North America: Female Urology. *Philadelphia: W.B. Saunders company*, vol 29, nº3.

Kinchen, K:S., Burgio, K., Diokno, A:C., Fultz, N.H., Bump, R. & Obenchain R.(2003). Factors associated with women's decision to seek treatment for urinary incontinence. *Womens Health*, 12, pp.697-699.

Lam, G.W., Foldspang, A., Elving, L.B. & Mommsen, S. (1992). Social context, social abstention, and problem recognition correlated to adult female urinary incontinence. *Dan Med Bull* 39, pp.565-570.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stresse, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Loreto, C.D. (2000). Síndrome de burnout em enfermeiro de oncologia. Coimbra [s.n]. *Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga*.

Lose, G. (2005). The Burden of Stress Urinary Incontinence. *European Urology Supplements*, 4, pp 5-10.

Lutumba, A. (1995, Março). L'incontinence urinaire et le placement en institution de soin prologés. *The Canadian Nurse*, pp.46-49.

Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*. 21(3), pp.243-253.

Matos, M.G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(XXII), pp.449-462.

Macdinagh, R. (1996). Quality of life and dits assessment in urology. *British Journal of Urology*, nº 78, pp.485-496.

Magalhães, V.P. (1996). A pessoa humana. In Archer, L., Biscaia J. & Oswald, W. *Bioética*, Lisboa: Verbo.

Marin, J.R. (1995). *Psicologia social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

McIntyre, T.M. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento do doente, O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares. *Associação dos Psicólogos Portugueses*, pp.17-31.

Minassian, V.A. Drutz, H.P. & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet*, 82, pp.327-338.

Moura, B.G. (2005). Incontinência Urinária Feminina. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, pp.11-20.

Neto, F. (1986). Escala de consciência de si próprio: adaptação portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, pp.13-21.

Norton, P.A., McDonald, L.D., Sedgwick, P.M. & Stanton, S.L. (1988). Distresse and delay Associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women. *BMJ*, 297, pp.1187-1189.

Norton, C., Brown, J. & Thomas, E. (1995). Continence: a phone call away. *Nurs stand*, 9(25), pp.22-23.

O'Brien, T.B. & DeLongis, A. (1996). The international context of problem, emotion and relationship-focused coping: The role of the five personality factors. *Journal of Personality*, 64, pp.775-813.

O'Connor, R.M., Johannesson, M., Hass, S.L. & Kobelt-Nguyen, G. (1998, Novembro). Urge incontinence. Quality of life and patients' valuation of symptom reduction. *Pharmacoeconomics*, 14(5), pp.531-539.

Oh, S.J., Hong, S.K., Son, H., Paick, J.S. & Ku, J.H. (2005, Julho). Quality of life and disease severity in Korean women with stress urinary incontinence. *Urology*, 66(1), pp.69-73.

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Intervenção. *Análise Psicológica*. 2-3(XII), pp.333-339.

Pais Ribeiro, J.L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), pp.179-191.

Pais Ribeiro, J.L. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp.253-282.

Pais Ribeiro, J.L., Meneses, R.F., Meneses, I. & Grupo-QDV (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 1(16), pp.91-100.

Pais Ribeiro, J.L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise psicológica*, 3(8), pp.547-558.

Pais Ribeiro, J.L. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto Portugueses. *Análise Psicológica*, nº 4(XIX), pp.491-502.

Pais Ribeiro, J.L. & Raimundo, A. (2005). Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3(XXIII), pp.305-314.

Palenzuela, D.L. (1982). Variables moduladoras del rendimiento académico: hacia un modelo de motivación cognitivo-social. *Dissertação de Doutoramento*. Espanha: Universidade de Salamanca.

Pereira, A. (2004). Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Roach, S. M.S. (1992). The Human Act of Caring. A Blueprint for the Health Professions. Canada: *Hospital Association Press*.

Roberts, R.O., Jacobsen, S.J. & Rhodes, T. (1998). Urinary incontinence in a community-based cohort : prevalence and healthcare-seeking. *J Am Geriatr Soc*, 46, pp.467-472.

Rocha, S.M.M. & Almeida, M.C.P. (2000). O processo de trabalho da Enfermagem em saúde colectiva e a Interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana – Ribeirão Preto*. vol. 8, nº6, pp.96-101.

Ricci, J.A., Baggish, J.S. & Hunt, T.L. (2001). *Coping* strategies and health care-seeking behavior in a US national sample of adults with symptoms suggestive of overactive bladder. *Clin Ther*, 23, pp.1245-1259.

Rolo, F. (1999). Incontinência Urinária: Definição e Classificação. *Actas Médicas Portuguesas*. 12, pp.87-89.

Rudolph, K.D., Denning, M.D. & Weisz, J.R. (1995). Determinants and consequences of children's *coping* in the medical setting conceptualization, review and critique. *Psychological Bulletin*, 118, pp.328-357.

Samuelsson, E., Victor, A. & Tibblin, G. (1997). A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76, pp.74-80.

Santos, R. (S/D). Incontinência Urinária – Epidemiologia e custos sociais. *Neofarmacêutica, Lda. Grupo Madaus*, pp.41-46.

Santos, V. (1999). Incontinência Urinária. *Actas Médicas Portuguesas*. 12(1-3), pp.27-32.

Sarason, J.G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1984). Assessing Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), pp.127-139.

Saura, F.M., López, C.F., Díaz, P.G. & Martínez-Fornés, M.T. (2001, Fevereiro). Incontinência urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifam*, vol.11, nº2.

Sebastião, L. (1999). Incontinência Urinária, na Perspectiva de Enfermagem. *Actas Médicas Portuguesas*. 12, pp.1-11.

Shavelson, R.J., & Bolus, R. (1982). Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), pp.3-17.

Shaw, C., Tansey, R., Jackson, C., Hyde, C. & Allans, R. (2001). Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*, 18, pp.48-52.

Silva, E.B.N. (1996). A relação familiar e o idoso. *Gerontologia*, 4(2), pp.75-78.

Silva, I., Pais Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, Carvalhosa, S.F., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Controlo Metabólico e Desenvolvimento de Complicações Crónicas em Indivíduos com Diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4(1), pp.21 - 32

Silva, I., Pais Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2004, Stembro). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? *Stresse* em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*, nº3(XXII), pp.597-605.

Simeonova, Z., Milsom, I., Kullendorff, A.M. Molander, U. & Bengtsson, C. (1999). The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, pp.546-551.

Souza, C.E.C. (2003). Incontinência Urinária. *Redacção do Saúde em movimento: Brazil*.

Stein, M., Discippio, W., Davia, M. & Taub, H. (1995). Biofeedback for the treatment of stress and urge incontinence. *J. Urol*, 153, pp.257-262.

Suls, J., David, J.P. & Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, pp.711-735.

Swann, W.B., Read, S.J. (1981). Acquiring self-knowledge: The search for feedback that fits. *J. Pearson and Soc. Psychol*, 49(6), pp.1119-1124.

Tamanini, J.T.N., Dambros, M., D'Ancona, C.A.L., Palma, P.C.R. & Netto Jr, N.R. (2004, Junho). Validação para o Português do “ International Consltation on Incontinence Questionnaire-Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública – São Paulo*, vol.38, nº3.

Thoits, P.A. (1995). Social support as *coping* assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), pp.416-423.

Thomas, T.M., Plymatt, K.R., Blannin, J. & Meade T.W. (1980). Prevalence of urinary incontinence. *BMJ*, 281, pp.1243-1245

Tomoe, H., Sekiguchi, Y., Horiguchi, M. & Toma, H. (2005). Questionnaire survey on female urinary frequency and incontinence. *Int J Urol.*, 12(7), pp.621-630.

Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, pp.44-50.

Vaz Serra, A., Faria, M.C. & Firmino, H. (1992, Setembro). Relationships between life problems, *coping* mecanisms and perceived social support, 22nd. *Congress of Association for Behaviour therapy Health and Community*. Coimbra, 9 th – 12 th.

Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE*, Inventário de Avaliação Clínica de Depressão. Coimbra: Edição Psiquiatria clínica.

Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), pp.57-66.

Vaz Serra, A. & Firmino, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), pp.91-96.

Vaz Serra, A., Gonçalves, S., & Firmino, H. (1986). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), pp.103-108.

Vaz Serra, A., Matos, A.P., & Gonçalves, S. (1986) Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), pp.97-101.

Vaz Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. (1987). Auto-conceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8(3), pp.143-146.

Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(VI), pp.101-110.

Vaz Serra, A. (1999). *O Stresse na Vida de Todos os Dias*. Coimbra.

Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stresse Pós – Traumático*. Coimbra.

Veiga, F.H. (1988). Disciplina materna, auto-conceito e rendimento escolar. *Cadernos de Consulta Psicológica: família e desenvolvimento humano*, 4, pp.47-56.

Veiga, F.H. (1989). Escala de auto-conceito: Adaptação portuguesa do "Piers-Harris Children's Self-Concept Scale". *Psicologia*, 3(VII), pp.275-284.

Velho, G. (1989). *Família e subjectividade*. Em *subjectividade e solidariedade: uma experiência de geração*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.

Viktrup, L. & Bump, R. (2003). Pharmacological agents used for the treatment for stresse urinary incontinence in women. *Curr Med Res Opin*, 19, pp.485-490.

Ware, J., Nelson, E., Sherboun, C. & Stewart, A. (1993). Preliminary tests of 6-item general health survey. In *Measuring functioning and well-being* (A.L. Stewart & Ware, Eds), pp.291-307, Durham: Duke University Press.

Warwick, W. & Banister, D. (1995). *Gray Anatomia* (37ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogar S.A., Vol. II, pp. 1316-1339.

Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria do cuidar*. Loures: Lusociência.

Williams, K.B. & Williams, K.D. (1983). Social Inhibition and Asking for Help: the effects of Number, Strength, and Immediacy of Potential Help Givers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), pp.47-67.

Willis, T.A. (1997). Social support and health. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R. & McManus, C. (Eds), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. pp.168-170. *United Kingdom: Cambridge University Press*

Wright, T.A. & Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83, pp.486-493.

Wyman, J.F. (1994). The psychiatric and emotional impact of female pelvic floor dysfunction. *Curr Opin Obstet Gynecol*, nº6, pp.336-337.

Yarnell, J.W.G., Voyle, G.J. & Stephenson, P. (1981). The prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J. Epidem. Comm. Health*, 35, pp.71-74.

ANEXOS

ANEXO I (Glossário)

GLOSSÁRIO

Cálculo: Conhecido vulgarmente por “pedra”.

Cistite: Infecção da Bexiga.

Colposuspensão Retropúbica por via Abdominal: Intervenção cirúrgica, que faz a tracção e fixação dos tecidos próximos do colo da bexiga e uretra proximal na área pélvica, atrás da púbis. É feita através de uma pequena incisão abdominal.

Colposuspensão Laparoscópica: É semelhante à Colposuspensão Retropúbica por via Abdominal, mas a técnica inclui a utilização de um laparoscópio (instrumento com uma luz e câmara na ponta, para efectuar cirurgias pouco invasivas e vulgarmente conhecidas por “operação por furinhos”).

Epitélio: Tecido celular que reveste um órgão.

Esfíncter: Espécie de válvula, que contrai e descontrai, evitando e deixando sair a urina da bexiga, de forma controlada.

Fascia: É uma fibra que envolve os músculos.

Hérnias: Saída anormal de uma víscera através da parede abdominal;

Hiperémiada: Avermelhada e inchada;

Hiperreflexia: Aumento exagerado dos reflexos.

Hipertrofia Benigna da Próstata: Aumento exagerado do tamanho da próstata;

Meato Urinário: Extremidade externa da uretra.

Músculo Esteriado: Músculo controlado voluntariamente.

Músculo Liso: Músculo cuja contracção não depende da nossa vontade.

Noctúria: Urinar muitas vezes à noite

Patologias Congénitas: Doenças que se desenvolvem no feto, dentro da barriga da mãe;

Pavimento Pélvico: Conjunto de músculos da região pélvica;

Polaquiúria: Urinar muitas vezes mais do que o normal;

Prolapso Ginecológico: Descida e por vezes saída anormal, do útero através da vagina;

Reparação Vaginal Anterior: Remove-se o excesso de tecido vaginal e encerra-se a área cortada;

Suspensão do Colo da Bexiga com agulha: suspensão do colo da bexiga com agulha, através de uma abordagem vaginal ou abdominal;

Tecido: Conjunto de células.

Tecido Conjuntivo: Tecido que desempenha funções de protecção, ligação, suporte, entre outras.

Tecido Mesenquimatoso: Tecido que deriva do mesênquima (estrutura anaembrionária) que irá dar origem a tecidos de suporte.

Técnica de Sling Suburetral: Introdução de umas tiras sob a uretra que a ligam ao musculo recto ou aos ligamentos iliacos, fazendo com que, sempre que contrair os músculos rectos, a tira aperte aumentando a sustentação da bexiga;

Trígono: Zona da transição da bexiga para a uretra.

ANEXO II (Instrumentos de Recolha de dados)

Universidade do Algarve/ Escola Superior de Educação de Beja

Os seguintes instrumentos de recolha de dados destinam-se a um trabalho de investigação – Tese de Mestrado – no âmbito do mestrado em psicologia (Especialização na área da Saúde).

A sua colaboração para este estudo é indispensável, pelo que solicitamos que responda a todas as questões com a máxima sinceridade. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, escolha a que achar mais apropriada.

Garantimos a total confidencialidade dos dados obtidos e agradecemos desde Já a colaboração prestada.

Idade: _____	Sexo: Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Estado Civil: _____
Trabalha?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Profissão: _____
Escolaridade: _____		Residência: _____
Hospital onde é assistida: _____		

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida de Incontinentes Urinários (ICIQ-SF)

(Tamanini et. al, 2001)

Há muitas pessoas que perdem urina e sabemos que isso as preocupa muito. Agradecemos que responda com sinceridade as seguintes perguntas, assinalando com (X) a resposta que mais se aproxima da sua situação **nas últimas 4 semanas**.

1. Com que frequência perde urina? (assinale a resposta com X)
Nunca <input type="checkbox"/>
Uma vez por semana <input type="checkbox"/>
Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/>
Uma vez ao dia <input type="checkbox"/>
Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/>
Sempre <input type="checkbox"/>

2. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que pensa perder (assinale a resposta com X)
Nenhuma <input type="checkbox"/>
Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/>
Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/>
Uma grande quantidade <input type="checkbox"/>

3. De um modo geral, quanto é que interfere a perda de urina na sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interfere Interfere muito

4. Quando é que perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a si)
Nunca <input type="checkbox"/>
Perco antes de chegar a casa de banho <input type="checkbox"/>
Perco quando tusso ou espirro <input type="checkbox"/>
Perco quando estou a dormir <input type="checkbox"/>
Perco quando faço actividades físicas <input type="checkbox"/>
Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me <input type="checkbox"/>
Perco sem razão óbvia <input type="checkbox"/>
Perco constantemente <input type="checkbox"/>

5. Assinale com (X) o tipo de absorventes que costuma usar?
Pensos <input type="checkbox"/>
Fraldas <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/> Quais? _____

6. Quantos absorventes utiliza habitualmente nas 24hs? _____

Escala de Apoio Social Expressivo da Incontinência Urinária (EASEIU)

(Montez, 2006)

Pense acerca da sua vivência com a incontinência urinária e responda colocando uma (X) no quadrado que melhor se aplica à sua realidade:

1 – Não concordo

2 – Concordo pouco

3 – Concordo

4 – Concordo muito

		1	2	3	4
1	Procurei o/a Médico/a quando pioraram os sintomas de incontinência urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Evito o contacto com outras pessoas por causa do cheiro a chichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Não tenho colegas de trabalho que me apoiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	O/a meu/minha marido/esposa compreende-me e apoia-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	A minha Incontinência Urinária é motivo de conflito laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	O/a Médico/a e O/a Enfermeiro/a deram-me a oportunidade de expressar as minhas emoções face ao meu problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Não tenho amigos íntimos suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	O/a meu/minha marido/esposa dá-me amor e carinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Falo com os meus amigos sobre a minha Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	O meu chefe não compreende de que forma a minha Incontinência Urinária interfere no meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Os meus amigos compreendem a minha Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Tenho vergonha de ser incontinente de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Tenho o cuidado de escolher a minha roupa para não se notar o absorvente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	A incontinência urinária interfere na minha vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Tenho o apoio dos colegas e isso ajuda-me a resolver o meu problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Os meus filhos apoiam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Não tenho ninguém com quem falar sobre a minha Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Tenho amigos que me apoiam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Evito lugares muito grandes e com muita gente porque tenho medo de me urinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Não tenho dinheiro suficiente ao qual possa recorrer e isso é motivo de conflito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	O/a Enfermeiro/ ajudou-me e ensinou-me a conviver melhor com minha Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Há muitas pessoas a interferirem na minha vida pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Sinto-me bem acompanhado/a pela equipa de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	A minha família mais próxima convive bem com a minha Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	A minha família mais próxima não quer saber do meu problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Isolo-me devido a minha Incontinência Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inventário Clínico de Auto-Conceito
(Vaz Serra, 1985)

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma (X) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

- 1 – Não concordo**
2 – Concordo pouco
3 – Concordo moderadamente
4 – Concordo muito
5 – Concordo muitíssimo

	1	2	3	4	5
1.Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Costumo ser franco/a a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Costumo ser rápido/a na execução das tarefas que tenho para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Não sei porque a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Quando tenho um problema que me aflige, não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

(Pais Ribeiro & Santos, 2001)

Por momentos concentre-se e pense na situação de maior stress que experienciou recentemente na sua vida. Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiado pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma como lidou com uma situação de stress que viveu recentemente, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

0 – Nunca usei

1 – Usei de alguma forma

2 – Usei algumas vezes

3 – Usei muitas vezes

		0	1	2	3
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Esperei que acontecesse um milagre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tentei guardar para mim próprio(a) o que estava a sentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Aceitei que fossem simpáticos comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tentei esquecer tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Procurei ajuda de um profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Construí um plano de acção e segui-o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19	Consegui mostrar o que sentia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Fiz algo muito arriscado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Tentei não agir depressa de mais nem seguir o meu primeiro impulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Encontrei nova esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Redescobri o que é importante na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Evitei estar com as pessoas em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Passéi o problema para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; Já estive envolvida em situações semelhantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Mudei alguma coisa em mim próprio(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Rezei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Pensei para mim próprio(a) naquilo que iria dizer ou fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO III (Autorizações para a recolha de dados)