



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cláudia Andreia Torres Senra

**Qualidade de Vida, Satisfação Sexual,
Morbilidade Psicológica e *Coping*
em Mulheres com Incontinência Urinária**

Cláudia Andreia Torres Senra **Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e *Coping* em Mulheres com Incontinência Urinária**

UMinho | 2012

Junho de 2012



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cláudia Andreia Torres Senra

**Qualidade de Vida, Satisfação Sexual,
Morbilidade Psicológica e *Coping*
em Mulheres com Incontinência Urinária**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

Junho de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e *Coping* em Mulheres com Incontinência Urinária

Resumo

Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida, a satisfação sexual, a morbilidade psicológica e as estratégias de *coping* em mulheres com incontinência urinária.

A amostra é constituída por 80 mulheres com diagnóstico de incontinência urinária acompanhadas no Hospital de Braga, com uma média de idades de 45.59 e um desvio padrão de 12.04.

Os instrumentos utilizados foram: *Incontinence Quality of Life Instrument – I-QOL* (Patrick et al., 1999); *Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual – QSRS* (Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005); *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS* (Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007); *Brief COPE* (Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Os resultados revelaram que maior qualidade de vida encontra-se associada a maior satisfação sexual, menor morbilidade psicológica, maior aceitação e a menor utilização da autodistração, da negação, da autculpabilização, do desinvestimento comportamental, da expressão de sentimentos e da religião como estratégias de *coping* face à incontinência urinária. Por conseguinte, encontrou-se que maior satisfação sexual está associada a menor morbilidade psicológica, a maior aceitação da incontinência urinária como estratégia de *coping* e a menor utilização da religião, da expressão dos sentimentos, do desinvestimento comportamental, da negação e da autodistração como forma de lidar com a perda de urina. Já a morbilidade psicológica encontra-se associada a menor aceitação e humor e a maior expressão de sentimentos, autculpabilização, desinvestimento comportamental e negação como estratégias de *coping*. Ainda se verificou que as mulheres com maior qualidade de vida e maior satisfação sexual foram as que consideraram os seus sintomas de perda de urina como leves. Os resultados também revelaram que as mulheres com incontinência urinária de esforço utilizam o *coping* ativo, enquanto as mulheres com incontinência urinária de urgência utilizam o desinvestimento comportamental como estratégia de *coping*. Finalmente, verificou-se que as mulheres com incontinência urinária de esforço e mais satisfeitas sexualmente apresentam maior qualidade de vida. Por sua vez, menor uso da negação, autodistração e religião como estratégias de *coping* para lidar com a incontinência urinária predizem maior qualidade de vida.

Os resultados do presente estudo demonstraram o impacto da incontinência urinária na morbilidade psicológica, na satisfação sexual e na qualidade de vida, e a importância das estratégias de *coping* na adaptação a este problema. Assim, seria importante a criação de programas de intervenção, em equipas multidisciplinares, com o objetivo de fomentar um bom ajustamento psicológico das mulheres à incontinência urinária no sentido de promover a qualidade de vida.

Quality of Life, Sexual Satisfaction, Psychological Morbidity and Coping in Women with Urinary Incontinence

Abstract

This study aims to evaluate the quality of life, sexual satisfaction, psychological morbidity and coping strategies in women with urinary incontinence.

The sample consisted of 80 women diagnosed with urinary incontinence followed at Braga Hospital, with a mean age of 45.59 years old and a standard deviation of 12.04.

Instruments used were: *Incontinence Quality of Life Instrument* - I-QOL (Patrick et al., 1999); *Questionnaire Satisfaction with Sexual Relationship* – QSRS (Portuguese Version of Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005); *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS (Portuguese Version of Pais-Ribeiro et al., 2007); *Brief COPE* (Portuguese Version of Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

The results revealed that higher quality of life is associated with greater sexual satisfaction, reduced psychological morbidity, greater acceptance and less use of self distraction, denial, self blame, behavioral disinvestment, expression of feelings and religion as coping strategies in the face of urinary incontinence. In fact, greater sexual satisfaction is associated with reduced psychological morbidity, greater acceptance of urinary incontinence and lower use of religion, expression of feelings, behavioral disinvestment, self denial and distraction as a way of dealing with loss of urine. Psychological morbidity is associated with lower acceptance of incontinence, humor and increased expression of feelings, self-blame, denial and behavioral disinvestment. Women with higher quality of life and sexual satisfaction were the ones that considered their symptoms of urine loss as light. Results also revealed that women with stress urinary incontinence use more active coping as a strategy while women with urge urinary incontinence use more behavioral disinvestment as a coping strategy. Finally, women with stress urinary incontinence with more sexual satisfaction show more quality of life. On the other hand, less use of denial, distraction and religion, as coping strategies, predicted higher quality of life.

Results of this study demonstrate the impact of urinary incontinence on psychological morbidity, sexual satisfaction and quality of life and the importance of coping strategies on adapting to this health problem. Thus, it is important to create intervention programs, in multidisciplinary teams, fostering good psychological adjustment of women with urinary incontinence in order to promote better quality of life.

Índice

I. Enquadramento Teórico	7
1. Definição e Epidemiologia da Incontinência Urinária	7
2. Variáveis Psicológicas.....	9
a. Qualidade de Vida.....	9
b. Satisfação Sexual.....	10
c. Morbilidade Psicológica.....	12
d. Coping	14
II. Metodologia	17
1. Objetivos do Estudo	17
2. Design.....	17
3. Variáveis.....	17
4. Hipóteses Principais	17
5. Amostra	18
6. Procedimento.....	18
7. Instrumentos	18
a. Questionário Sócio Demográfico	18
b. Incontinence Quality of Life Instrument - I-QOL	18
c. Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual - QSRS	19
d. Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS	20
e. Brief COPE	21
8. Análise de Dados.....	22
III. Resultados	23
1. Caracterização da Amostra.....	23
2. Teste de Hipóteses	23
3. Análises Exploratórias.....	29
IV. Discussão dos Resultados	32
1. Teste de Hipóteses	32
2. Análises Exploratórias.....	37
V. Conclusões e Implicações Futuras	40
1. Limitações do Estudo	40
2. Conclusões e Implicações Futuras.....	40
VI. Referências	40

Índice de Tabelas

Tabela 1- Correlações de Pearson entre a Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e Coping	25
Tabela 2- Resultados dos Testes Kruskal-Wallis ao nível da Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e Coping em função da Severidade da perda de urina.....	27
Tabela 3- Resultados dos Testes Mann-Whitney ao nível da Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e Coping em função do Tipo de IU	28
Tabela 4- Preditores da Qualidade de Vida.....	29
Tabela 5- Resultados da Regressão Linear Múltipla com o Coping como preditor da Qualidade de Vida.....	29

Abreviaturas

IU- Incontinência Urinária

IUE- Incontinência Urinária de Esforço

IUU- Incontinência Urinária de Urgência

IUM- Incontinência Urinária Mista

I. Enquadramento Teórico

1. Definição e Epidemiologia da Incontinência Urinária

Até 1998 a incontinência urinária (IU) era um sintoma, sendo que a partir desta data passou a ser classificada como uma doença (Higa, Lopes, & Reis, 2008). Segundo a *International Continence Society*, a IU corresponde à queixa pela perda involuntária de urina, sendo a incontinência urinária de esforço (IUE) associada ao esforço, espirro ou tosse, a incontinência urinária de urgência (IUU) relacionada com a perda, acompanhada ou imediatamente precedida, por urgência, e finalmente a incontinência mista (IUM) a que ocorre por urgência, esforço, espirro ou tosse (Abrams et al., 2002).

No mundo, mais de 200 milhões de pessoas têm IU (Norton & Brubaker, 2006). De acordo com a definição da *International Continence Society*, a prevalência estimada da IU para Portugal Continental foi de 21,4% nas mulheres (Serviço de Higiene e Epidemiologia, 2008). Num estudo realizado por Hunskaar e colaboradores (2000), verificou-se que aproximadamente 50% das mulheres incontinentes são classificadas com IUE, sendo este tipo de IU mais prevalente em mulheres mais jovens (Chadha, 2006).

Alguns estudos realizaram comparações entre os diferentes tipos de IU. O estudo de Coyne, Zhou, Thompson, e Versi (2003) verificou que as pessoas com IUM referem mais episódios de perda de urina do que as com IUE e, ainda, pessoas com IUM e IUU relatam mais perda de urina num menor período de tempo em comparação com as pessoas com IUE. De facto, as mulheres com IUE podem ter mais controlo sobre a perda de urina evitando a atividade física, enquanto as mulheres com IUU não têm capacidade de prever e controlar a perda de urina (Papanicolaou, Hunskaar, Lose, & Sykes, 2005). Deste modo, a perda de urina na IUE pode ser previsível enquanto na IUU é totalmente imprevisível (Nitti, 2001).

A IU também pode ser classificada em função da frequência, da quantidade e da severidade da perda de urina. Quanto à quantidade e frequência, a perda de urina pode ser apenas uma gota ou menos, ou um esvaziamento total, molhando ou vazando a proteção e as roupas, e pode ocorrer todos os dias, semanalmente ou ocasionalmente (Nitti, 2001). Já a severidade é modelada através da perceção das mulheres face ao impacto e à gravidade da perda de urina (Stach-Lempinen et al., 2003). No estudo de Sandvik, Seim, Vanvik e Hunskaar (2000), cerca de um quarto das pessoas com IU consideraram os sintomas como graves. Outro fator que pode contribuir para o aumento da severidade dos sintomas é a proteção, visto que as mulheres com IU leve não usam proteção ou usam apenas em casos de extrema necessidade enquanto as mulheres com IU grave usam sempre a proteção (Wagner, Patrick, Bavendam, Martin, & Buesching, 1996). A mulher ao usar a proteção pode não se sentir atraente o que pode implicar diminuição da autoestima, que se agrava principalmente quando usam a proteção na cama (Shaw, 2002).

No que concerne aos fatores de risco, estudos referiram que a prevalência de IU aumenta com a idade (Auge et al, 2006; Lee, 2005; Virkud, 2011; Yip & Cardozo, 2007), atingindo um pico na meia-

idade que cresce continuamente com o decorrer do tempo (Hunskar et al., 2000). Porém, a IU não constitui uma consequência direta do processo de envelhecimento (Azevedo, 2004), porque também afeta as mulheres mais jovens, mesmo na ausência de fatores de risco (Lopes & Higa, 2006). A gravidez também pode constituir um fator de risco na medida em que a prevalência de IUE antes da gravidez é de 5% e durante a gravidez aumenta para 52% (Santos, Mendonça, Alves, & Barbosa, 2006). Dados estatísticos revelaram que um terço das mulheres experiencia a IUE cinco anos após o primeiro parto normal (Viktrup & Lose, 2001). Deste modo, o parto vaginal constitui um fator de risco da IU (Higa et al., 2008). No entanto, a gravidez e o parto tornam-se menos importantes com a idade (Schröder et al., 2010). Por conseguinte, alguns estudos consideraram que a prevalência da IUE é elevada especialmente após a menopausa (Higa et al., 2008; Virkud, 2011), teorizando que tal pode dever-se à deficiência de estrogênio (Hendrix, 2002). Outro fator que pode aumentar o risco de IU é a obesidade presumivelmente devido à pressão intra-abdominal (Subak et al., 2002). A comorbilidade, a atividade física intensiva, sobretudo na zona abdominal, o consumo de tabaco e de cafeína também podem contribuir para a frequência de perda de urina (Higa et al., 2008; Nygaard, Turvey, Bums, Crischilles, & Wallace, 2003).

Os tratamentos existentes para a IU vão desde mudanças comportamentais e programas de reabilitação do músculo pélvico, que não envolvem risco para os pacientes (Norton & Brubaker, 2006; Newman, 2001), a uso de medicação (Harris, Link, Tennstedt, Kusek, & McKinlay, 2007) e cirurgia (O'Neil & Gilmour, 2003). As pessoas com IUE submetidas à cirurgia apresentam menor probabilidade de reportarem preocupação com as perdas de urina após a cirurgia (Barber, Visco, Wyman, Fantl, & Bump, 2002). Todavia, muitas pessoas que receberam tratamento para a IU, nomeadamente reabilitação do músculo pélvico e uso de medicação, continuam a ter sintomas preocupantes (Harris et al., 2007). Também se verificou que o procedimento cirúrgico para o tratamento da IU apresenta uma taxa elevada de insucesso, dado os casos de recidiva além de conduzir à limitação de atividades, à necessidade de repouso, complicações pós-operatórias e custo elevado (Bø, 2003; Feldner-Junior et al., 2002). As complicações pós-cirurgia podem ser: dor prolongada, hemorragia, infecções, rejeição do material utilizado na cirurgia (Haab et al., 2001), lesões na bexiga ou na uretra (Tsivian et al., 2004) e dificuldade no esvaziamento da bexiga (Bombieri & Freeman, 2003). O peso é um fator que pode agravar a perda de urina após a cirurgia, sendo que muitas mulheres são aconselhadas a perder peso para melhorar o resultado da cirurgia (Anders, 2000). O estudo de Altman, Granath, Cnattingius, e Falconer (2007) verificou que a histerectomia, independentemente da técnica cirúrgica, aumenta o risco de insucesso da cirurgia para controlar a IU. De acordo com Nager e colaboradores (2009), as mulheres com IUE têm maior probabilidade de obterem sucesso após cirurgia do que as mulheres com outro tipo de IU. No estudo de Corinne, Staffan, Lars, e Dan (2005), as mulheres com IUE apresentaram 85% de sucesso a partir de 2 a 8 anos após a cirurgia, enquanto as mulheres com IUM apresentaram 60% de sucesso até 4 anos após a cirurgia, que diminuiu para 30% a partir de 4 a 8 anos após a cirurgia devido aos sintomas de urgência. Segundo o estudo de Richter e

colaboradores (2008), a severidade dos sintomas de urgência, o estágio superior de prolapso e a pós-menopausa sem tratamento hormonal constituem preditores do insucesso após dois anos da cirurgia para a IUE. No estudo de Cervigni e Natale (1999), os critérios para a escolha da cirurgia foram a idade, o grau e o tipo de IU, doenças ginecológicas e cirurgias prévias na zona pélvica. A re-operação de mulheres que já se submeteram à cirurgia para a IU apresenta um maior risco de morbidade (Clark, Gregory, Smith, & Edwards, 2003). Assim, Scarpero (2008) referiu que a avaliação das pacientes quanto às co-morbidades, obesidade, mobilidade da uretra e exames físicos constitui um procedimento importante para a decisão do procedimento cirúrgico.

Embora a IU não seja considerada uma doença física grave nem afete diretamente a vida das pessoas, numerosos problemas psicológicos, sociais e económicos lhe estão associados (Corcos et al., 2002; Lopes & Higa, 2006). De facto, a IU pode ser considerada um problema de saúde pública dada a sua magnitude, os custos exigidos ao doente e à sociedade, e as consequências na qualidade de vida (Azevedo, 2004). Dado se relacionar com zonas corporais escondidas pelas roupas e com a sexualidade, a IU constitui um tabu na sociedade ocidental, o que leva à criação de mitos e à restrição social (Roe & May, 1999) e, assim, a mulher ao estabelecer uma relação com a IU, atribuiu outro significado à nova condição de vida (Borba, Lelis, & Brêtas, 2008). Deste modo, o controlo voluntário da bexiga institui uma condição prévia de sensação de normalidade, autoestima e independência (Lee, 2005), que começa na primeira infância e que o formatamos como algo muito pessoal e que não deve ser comentado socialmente. Portanto, a perda de urina é um incidente com muito impacto na vida social, tanto para as crianças como para os adultos (Gotoh, 2007). Embora a IU não seja uma doença com risco de vida (Lazzeri & Novara, 2008), a perda de urina implica inúmeras repercussões nas mulheres adultas ao nível da qualidade de vida (Aslan et al., 2005; Virkud, 2011), do estado emocional e da relação sexual (Kelleher, 2000; Saleh, Bener, Khenyab, Al-Mansori, & Al-Muraikhi, 2005).

2. Variáveis Psicológicas

a. Qualidade de Vida

De acordo com WHOQOL (1995), a qualidade de vida depende da perceção subjetiva da pessoa em relação à sua condição, doença e tratamento ao nível das dimensões sociais, físicas e mentais. No estudo de Papanicolaou e colaboradores (2005), mais de 80% das mulheres referiram que os sintomas de IU são incomodativos. Já Temml, Haidinger, Semidbauer, Schatzl e Madersbacher (2000) verificaram que 66% das mulheres referiram que a qualidade de vida foi afetada pelas situações de IU. Na generalidade, as mulheres consideram que a IU parece ter um maior impacto nas atividades físicas e sociais, na confiança e auto-perceção (Papanicolaou et al., 2005) e um impacto pouco significativo nas atividades diárias (Santos et al., 2006). A IU pode levar a um desconforto na vida social pelo medo, vergonha e humilhação aquando da perda de urina, o que isola a doente dos amigos e da família (Bogner et al., 2002), afetando as relações interpessoais, sentimentos e bem-estar (Lee, 2005). As mulheres optam por não sair de casa pelo medo e vergonha de perderem urina em público, de ficarem

molhadas e cheirar a urina ou de não encontrarem uma casa de banho quando necessitam para a troca frequente de roupas e de proteção e, portanto, evitam ir a festas, fazer viagens longas, frequentar a igreja e participar em atividades físicas, como caminhar, correr, jogar e dançar (Kelleher, 2000; Lopes & Higa, 2006; Saleh et al., 2005). A IU também condiciona o sono, porque pode levar ao cansaço e à depressão (Fultz et al., 2003).

Quanto à idade, a IU tem um maior impacto na qualidade de vida das mulheres mais jovens e menor impacto nas mulheres mais velhas, com idade superior a 60 anos (Papanicolaou et al., 2005). Já o estudo de Temml e colaboradores (2000) revelou que a idade e a duração da IU não tinham impacto na qualidade de vida.

No que diz respeito aos diferentes tipos de IU, a IUE causa menor incómodo às mulheres quando comparada com a IUM e IUU (Lopes & Higa, 2006; Nitti, 2001; Papanicolaou et al., 2005). O estudo de Vaart, Leeuw, Roovers e Heintz (2002) verificou que a IUE, comparada com a IUU, não afetava significativamente a qualidade de vida das mulheres. Do mesmo modo, dos três tipos de IU, a IUM e a IUU são as que mais afetam a vida das mulheres (Lopes & Higa, 2006; Papanicolaou et al., 2005).

Relativamente à severidade da perda de urina, um estudo verificou que um impacto negativo na qualidade de vida estava associado a maior severidade dos sintomas incontinentes, dado que as mulheres que relataram os sintomas como moderado ou grave apresentavam valores mais elevados do que as que consideraram os seus sintomas como leves. No seguimento deste estudo, um maior efeito negativo na atividade física, confiança, autoperceção e atividades sociais estava significativamente correlacionado com um maior incómodo e maior severidade dos sintomas de IU (Papanicolaou et al., 2005).

b. Satisfação Sexual

A sexualidade desempenha um papel vital na vida das pessoas (Xu, Song, & Huang, 2011), sobretudo na mulher, constituindo uma questão complexa, fortemente modulada por situações psicossociais (Dalpiaz et al., 2008). A prevalência da IU nas relações sexuais da população é cerca de 2% (Salonia et al., 2004; Shaw, 2002). No estudo de Shaw (2002), a IU durante o ato sexual, descrita pelas mulheres como um problema embaraçoso e incomodativo, apresentava uma prevalência que variava de 10% a 56%. Temml e colaboradores (2000) verificaram, no seu estudo, que 25% das mulheres referiram que a IU contribuiu para uma diminuição da vida sexual. Por conseguinte, a atividade sexual nas mulheres incontinentes foi significativamente menor que nas mulheres sem sintomas de perda de urina (Kim, Seo, & Yoon, 2005).

Quanto ao impacto da IU na atividade sexual, Auge e colaboradores (2006) concluíram que muitas mulheres apresentavam dificuldades na relação sexual, seja por perda de urina, ou por medo de interromper a atividade sexual para urinar, ou simplesmente por vergonha perante o companheiro. Além disso, a IU pode desencadear lesões nos órgãos genitais, dor e mal-estar, interferindo, assim, com a resposta sexual (Azevedo, 2004). De acordo com Vella e Cardozo (2005), existem muitas razões para a desestabilização no relacionamento sexual, nomeadamente a dispareunia pós-cirurgia, dermatite

urinária devido ao uso de fraldas ou absorventes, perda de libido, depressão, e por último, perda de urina durante a relação sexual. Todavia não há uma coerência entre os estudos, porque existem poucos estudos sobre a prevalência e o impacto da perda de urina durante a relação sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005b; Shaw, 2002).

No que concerne aos fatores de risco da IU, alguns autores referiram que a histerectomia contribui para o desenvolvimento da IU (Serviço de Higiene e Epidemiologia, 2008), e pode interferir na atividade sexual, sendo os sintomas mais comuns a perda do desejo, a diminuição da frequência da atividade sexual, dor durante a relação sexual, dificuldade na resposta sexual e em atingir o orgasmo, e diminuição da sensibilidade genital (Dalpiaz et al., 2008). Outros autores relacionaram a perda de interesse sexual à menopausa, porque em algumas mulheres esta fase pode coincidir com o início da IU (Hextall & Cardozo, 2001, citado por Raimundo, 2003). Para estes investigadores, a menopausa pode constituir um fator de risco para o aparecimento de disfunções sexuais, visto que durante o climatério muitas mulheres e os seus companheiros passam por uma diminuição de interesse, atividade e resposta sexuais. Além destes fatores, o envelhecimento e algumas comorbidades, tais como a esclerose múltipla e cancro do cólon do útero, podem conduzir claramente ao agravamento do funcionamento sexual das mulheres (Bergmark, Åvall-Lundqvist, Dickman, Henningsohn, & Steineck, 1999).

Relativamente à relação entre a cirurgia para corrigir a IU e a satisfação sexual, Xu e colaboradores (2011) mostraram que, independentemente do tipo de procedimento utilizado, a cirurgia estava associada a uma melhoria na função sexual. Neste estudo verificou-se que 92% das mulheres que perdiam urina durante a relação sexual antes da cirurgia deixaram de perder após a intervenção cirúrgica. No estudo de Lemack e Zimmem (2000), 29% das mulheres no pré-cirurgia referiram dor durante a relação sexual, o que diminuiu para 20% no pós-cirurgia. Ainda assim neste estudo, cerca de 18% das mulheres relataram que a relação piorou após a cirurgia.

No que diz respeito a estudos que avaliaram o efeito dos diferentes tipos de IU na função sexual, Urwitz-Lane e Özel (2006) referiram que existem ainda poucos estudos. Estes autores verificaram que a função sexual de mulheres incontinentes não difere consoante o tipo de IU. No estudo de Lopes e Higa (2006), a IUM e IUE tinha um maior impacto na atividade sexual das mulheres, enquanto na IUU a área mais afetada era a social. Um outro estudo revelou que a IUE provocou mais incómodo nas relações sexuais do que nas relações sociais (Santos et al., 2006).

Quanto à severidade e à frequência da perda de urina, as mulheres que percecionam a IU como moderada relatam maior perda de urina durante a atividade sexual (Nygaard & Milburn, 1995) e as mulheres que relatam frequente perda de urina apresentam maior incómodo do que as que perdem só às vezes (Møller, Lose, & Jørgensen, 2000).

De acordo com Temml e colaboradores (2000), a IU interfere na vida conjugal e sexual em 8 a 33% das pacientes no seu estudo, podendo levar a disfunções sexuais, que por sua vez, afetam nomeadamente a saúde e qualidade de vida das mulheres (Kim et al., 2005; Xu et al., 2011). No

entanto, a qualidade de vida é mais afetada pela IU quando comparada com o funcionamento sexual (Temml et al., 2000). De facto, a insatisfação sexual da mulher traduz-se numa diminuição da qualidade de vida pessoal e conjugal (Auge et al., 2006). A IU encontra-se associada à baixa qualidade de vida e ao impacto negativo desta na atividade sexual (Lalos, Berglund, & Lalos, 2001), visto que as mulheres com esta problemática também sofrem de disfunções sexuais, isolamento social e diminuição da qualidade de vida (Yip & Cardozo, 2007).

c. Morbilidade Psicológica

O estudo de Lagro-Janssen, Smits, e Weel (1992) averiguou que as mulheres consideraram que a IU não é um problema que ameaça a vida ou limita as suas atividades, mas que perturbava os seus estilos de vida e especialmente o funcionamento e bem-estar psicológico. No total de 164 mulheres, 43 mencionaram problemas psicológicos e emocionais como resultado da IU (Lopes & Higa, 2006). De acordo com Stach-Lempinen e colaboradores (2003), as mulheres com IU, em comparação com a população geral, referiram ter mais depressão, solidão e tristeza. Meade-D'Alisera, Merriweather, Wentland, Fatal, e Ghafar (2001) ao compararem indivíduos incontinentes com não incontinentes, detetaram que os indivíduos com IUE apresentam 3.6 vezes mais probabilidade de terem sintomatologia depressiva. O estudo de Melville e colaboradores (2002) concluiu que a prevalência da depressão major em mulheres com IU foi de 16%, e perturbações de pânico de 7%. Do total de 82 mulheres com IU, 26% apresentava sintomatologia depressiva, enquanto 29% apresentava sintomatologia ansiosa (Stach-Lempinen et al., 2003). Uma grande percentagem das mulheres com IUE sentia-se desconfortável por se sentir húmida (89%), 49% referiram ansiedade e 57% tinham receio que os outros se apercebessem do odor da urina (Santos et al., 2006). No estudo de Lisicka, Dzigowski, Radziszewski, e Borkowski (2010), a ansiedade foi diagnosticada em 36% do total das mulheres com IU. Watson, Currie, Curran, e Jarvis (2000) verificaram que os pacientes com IU e com sintomatologia ansiosa perdiam menos urina do que os sem sintomatologia ansiosa. Desta forma, os autores sugeriram que os pacientes ansiosos tinham menos IU do que os não ansiosos.

Na generalidade, a prevalência da depressão major é menor em mulheres idosas (Vigod & Stewart, 2006) e a depressão e a IU estão associadas a mulheres de meia-idade (Nygaard et al., 2003). No estudo de Vigod e Stewart (2006) a prevalência estimada de depressão em mulheres com IU foi de 16%, sendo que 30% destas tinham idades compreendidas entre os 18 e 44 anos. Estes autores concluíram que as mulheres com IU e depressão eram mais jovens do que as mulheres com IU e sem depressão. Por outro lado, Ko, Salmon, Lin, e Bron (2005) verificaram que, em pessoas idosas comparativamente com a maioria das pessoas, os pacientes incontinentes tinham cerca de duas vezes mais probabilidade de se sentirem deprimidos.

Vários estudos procuraram identificar as alterações que desencadeiam a depressão e que são geradas pela IU. Evidências sugerem que o climatério é uma fase que implica alterações fisiológicas e que, por si só, conduz a depressão e ansiedade (Auge et al., 2006). Contudo, estes autores referiram que a sintomatologia foi intensificada pelas consequências da IU na vida das mulheres, como perda de

autoestima, insatisfação sexual e evitamento de convívio social. Outra condição que pode conduzir à depressão é o facto de as mulheres se sentirem menos mulheres, menos femininas e pouco atraentes, pois têm que usar roupas que não gostam ou não se identificam, para camuflar os absorventes, e serem fáceis de lavar, o que por sua vez gera tristeza e angústia devido à IU (Azevedo, 2004).

No que concerne à morbidade psicológica como fator de risco da IU, alguns estudos consideraram que a depressão, assim como o índice de massa corporal, e as comorbidades médicas estavam associadas à IU (Nygaard et al., 2003). Outros estudos ressaltaram que a depressão não está significativamente relacionada com a IU (Minassian, Drutz, & Al-Badr, 2003; Schröder et al., 2010).

Relativamente à prevalência da morbidade psicológica nos diferentes tipos de IU, sabe-se que tanto as mulheres com IUE, como IUU ou IUM apresentam sintomatologia depressiva (Coyne et al., 2003). De acordo com o estudo de Lisicka e colaboradores (2010), a depressão foi encontrada em 7% das mulheres com IUE, 3% com IUM e 2% com IUU. Numa comparação com mulheres com IUE, a probabilidade das mulheres com IUU terem depressão foi de 9.2 e IUM foi de 13.5 (Melville et al., 2002). Do mesmo modo, Stach-Lempinen et al. (2003) concluíram que as mulheres que sofrem de IUU ou IUM revelaram valores significativamente maiores de depressão severa quando comparados com as mulheres com IUE. Quanto à ansiedade, Lisicka e colaboradores (2010) encontraram que 14% das mulheres com IUE e IUM e 9% das mulheres com IUU tinham sintomatologia ansiosa.

A severidade da perda de urina também pode contribuir para a morbidade psicológica, sendo que se verificou que as mulheres com IU grave tinham mais propensão a sofrerem de depressão do que as mulheres com IU leve a moderada (Nygaard et al., 2003). Já Stach-Lempinen e colaboradores (2003) verificaram que a depressão major, a IUU e a paridade prediziam a autoperceção da severidade da IU.

Quanto à relação entre a morbidade psicológica e a qualidade de vida nas mulheres com IU, Yip e Cardozo (2007) referiram que há uma probabilidade de a morbidade psicológica ser devida ao impacto da IU na qualidade de vida. Segundo Melville e colaboradores (2002) e Vigod e Stewart (2006), a depressão major como comorbidade afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres com IU. Por conseguinte, verificou-se que mulheres com IU e com baixa qualidade de vida apresentavam mais sintomatologia depressiva e que a depressão major predizia a baixa qualidade de vida (Stach-Lempinen et al., 2003).

Segundo Raimundo (2003), as consequências psicológicas provocadas pela IU podem ser incorporadas no estilo de vida e personalidade das mulheres. Não só sintomas do trato urinário podem interferir diretamente com a relação sexual, mas a angústia, o constrangimento e baixa autoestima relacionada com a perda de urina também podem contribuir para a disfunção sexual (Xu et al., 2011). Assim, no que concerne aos fatores psicológicos, a baixa autoconfiança e negativa imagem corporal associados à IU são causas secundárias do evitamento da atividade sexual (Lieberman et al., 2001; Vaart et al., 2002). Por outro lado, Meade-D'Alisera e colaboradores (2001) realizaram um estudo comparativo que avaliou o efeito da sintomatologia depressiva na satisfação sexual, concluindo que as

mulheres com IU com sintomatologia depressiva tinham libido mais baixo do que as mulheres continentais. De acordo com Vella e Cardozo (2005), a depressão constitui uma razão para a insatisfação sexual em mulheres com IU. A perda de urina durante o ato sexual pode conduzir à repulsa pela proximidade e pelo contacto, afetando, assim, a qualidade de vida (Azevedo, 2004).

d. *Coping*

Segundo Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986), o *coping* apresenta duas funções primordiais: o *coping* focado no problema que envolve várias ações, nomeadamente *coping* ativo, planejar e utilização do suporte instrumental, e o *coping* focado na emoção que abarca utilizar suporte emocional, reinterpretação positiva, aceitação, negação e religião, sendo que todas estas respostas diferem e podem ter implicações diferentes no sucesso de cada pessoa (Carver, Weintraub, & Scheier, 1989). Na IU, as estratégias de *coping* são muito importantes para manter a identidade própria e percepção de competência (Peake & Manderson, 2003), dado que muitas vezes a IU é associada a falta de autocontrolo (Brittain & Shaw, 2007). Assim, algumas mulheres, para segurarem a normalidade das suas vidas, utilizam estratégias específicas de *coping* para se adaptarem às situações inconvenientes e constrangedoras de perda de urina (Borba et al., 2008). Uma das estratégias corresponde a mecanismos de modificação comportamental, que inclui a estratégia do *coping* ativo, i.e., quando se inicia uma ação ou esforços para remover ou circunscrever a IU, e o planeamento sobre o modo como confrontar a IU (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Estas estratégias são utilizadas para assegurar que a IU não ocorra, como ir frequentemente à casa de banho ou evitar atividades fisicamente exigentes, e outras para minimizar os efeitos da perda de urina, como usar absorventes, produtos de higiene íntima e cremes protetores (Newman, 2001), para evitar alterações infecciosas e dor devido ao contato do órgão genital com a urina (Azevedo, 2004). Além destas estratégias, as mulheres usam com maior frequência roupas escuras, fáceis de serem mudadas ou largas (Beiji, Ozbas, Aslan, Bilgic, & Erkan, 2010) e que escondam o mais possível os acidentes de perda de urina (Diokono et al., 2004), perfumes (Borba et al., 2008), banho e muda de roupa interior frequente (Saleh et al., 2005). Também usam a restrição do consumo de líquidos, embora algumas mulheres aumentem o consumo de líquidos com a expectativa que os sintomas de IU diminuam (Elstad, Maserejian, McKinlay, & Tennstedt, 2009), a redução do peso para melhorarem ou diminuírem a perda de urina (Anders, 2000), o apoio na religião (Beiji et al., 2010), a suspensão por conta própria do consumo de fármacos que estimulem a eliminação de urina e o evitamento de convívio social (Borba et al., 2008).

As mulheres com sintomas de perda de urina utilizam estratégias de *coping* comportamentais em primeiro lugar ao invés de consultarem profissionais de saúde (Ricci et al., 2001). Só as mulheres mais afetadas pelos sintomas de IU é que procuram ajuda médica (Gasquet et al., 2006), ou seja, as que percecionam a perda de urina como grave em comparação com as que consideram os sintomas como leves e moderados (Roe, Doll & Wilson, 1999), como um grande incómodo, como muito frequente e como muito duradoura (Hannestad, Rortveit, & Hunnskaar, 2002; Kinchen et al., 2003; Yip & Cardozo, 2007), e que impliquem o uso de proteção (O'Donnell, Lose, Sykes, Voss, & Hunnskaar, 2004). Assim,

as mulheres apresentam maior probabilidade de procurar tratamento se tiverem uma experiência de vazamento notável e considerável, com o aumento da gravidade da IU, ou se já tiverem partilhado o problema com outras pessoas (Kinchen et al, 2003).

Embora algumas mulheres recorram a ajuda, muitas não procuram apoio, mesmo quando a qualidade de vida é afetada (Minassian et al., 2003) e a presença de perda de urina é constante (Yip & Cardozo, 2007). No estudo de Bilgic e colaboradores (2010) 50% das mulheres não procuraram ajuda para a IU. Já no estudo de Harris et al. (2007) 45% das mulheres com perda de urina semanal não procuraram ajuda médica. Deste modo, estas mulheres estão a utilizar como estratégia de *coping*, o desinvestimento comportamental, ou seja, estão a desistir ou estão a deixar de se esforçar da tentativa de melhorarem a IU (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Há muitas razões para as mulheres não procurarem ajuda médica e tratamento, nomeadamente o equívoco que não é um problema médico legítimo ou por terem vergonha (Shaw, Tansey, Jackson, Hyde, & Allan, 2001). Outras mulheres com IU não procuram ajuda por não terem conhecimento da doença e de serviços de saúde e tratamentos disponíveis para este problema (Roe et al., 1999; Shaw et al., 2001). Por outro lado, frequentemente, são as próprias mulheres que desvalorizam o sintoma quando o incómodo pela IU é pequeno, porque acham que não justifica consulta médica (Higa & Lopes, 2007). Por conseguinte, o estudo de Newman (2001) concluiu que um dos maiores obstáculos para uma gestão eficaz da IU foi a perceção, tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde, de que a perda de urina era inevitável e irreversível. Outro obstáculo é a consciência por parte das mulheres de que não há possibilidade de controlo da perda de urina a tempo inteiro (Borba, et al., 2008).

Outra estratégia de *coping* utilizada pelas mulheres com IU é a negação, a rejeição da realidade que, segundo Lazarus e Folkman (1984), pode prejudicar a saúde das pessoas ao impedir a adaptação a determinada doença. No estudo de Bilgic e colaboradores (2010), 56% das mulheres referiram que ignoraram, esconderam e preferiram não falar com alguém quando experimentaram pela primeira vez a perda de urina. Nesse sentido, a IU é muitas vezes um problema negligenciado pelas mulheres com perda de urina (Sengezer, Sunay, Yildirim, & Sunay, 2010). Por outro lado, muitas mulheres relatam sigilo na medida em que até nem mesmo os seus parceiros sexuais têm conhecimento da sua IU (Newman, 2001).

Embora não haja estudos acerca das restantes estratégias de *coping* na IU, sabe-se que, num estudo realizado com mulheres com cancro da mama, a utilização do suporte social como estratégia de *coping* encontrava-se associada a maior aceitação da doença e bem-estar (Reynolds et al., 2000). De acordo com Carver e colaboradores (1989) esta estratégia é funcional na medida em que permite tranquilização quando a pessoa é insegura e promove o retorno ao *coping* focado no problema. Este autor também referiu que a aceitação constitui uma resposta funcional do *coping*, uma vez que a pessoa aceita a realidade e envolve-se para lidar com a problemática. Já a religião, é reconhecida como uma estratégia importante para lidar com situações que envolvem stresse (Krägeloh, 2011). Segundo o estudo de Beiji e colaboradores (2010), as mulheres com IU costumam se apoiar na religião para lidar

com esta problemática. Por conseguinte, o uso de substâncias (Lazarus & Folkman, 1984) e a autoculpabilização, i.e., crítica e sentimento de culpa pelo que aconteceu (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), foram consideradas formas não adaptativas de lidar com as situações, podendo prejudicar a saúde (Plaufcan, Wamboldt, & Holm, 2012). A expressão de sentimentos pode constituir uma resposta adaptativa, porque pode ser utilizada como forma de acomodação à perda de um ente querido, ou negativa devido à concentração na angústia (Carver et al, 1989). Outras estratégias são a reinterpretação positiva, que se caracteriza quando a pessoa vê a situação geradora de stresse como mais favorável e cresce a partir desta experiência, o humor, quando as mulheres fazem piadas acerca, por exemplo, da perda de urina e do seu impacto (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), e a autodistração, quando as pessoas tentam não pensar na IU, o que pode conduzir a uma resposta não adaptativa (Van den Akker, 2005).

Quanto à relação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida, devido à escassez da investigação na IU, o presente estudo apoiou-se em literatura que aborde o *coping* noutros problemas de saúde. Deste modo, o estudo de Taylor e colaboradores (2008), com doentes pulmonares, verificou que elevado *coping* ativo e menor desinvestimento comportamental estavam associados a melhor qualidade de vida. Também se verificou, numa amostra com pacientes com insuficiência respiratória, que a autoculpabilização estava associada a uma diminuição da qualidade de vida (Klein, Turvey, & Pies, 2007). Num estudo com doentes com fibrose cística, constatou-se que elevada distração encontrava-se associada a pior qualidade de vida, enquanto uma aceitação otimista da doença estava associada a maior qualidade de vida (Abbott, Hart, Morton, Gee, & Conway, 2008). A expressão de sentimentos em mulheres com cancro da mama, também foi relacionada à melhoria da qualidade de vida, quando estas percecionavam o suporte social como recetivo (Stanton et al., 2000). De acordo com os resultados do estudo de Pargament, Smith, Koenig, e Perez (1998), o *coping* religioso positivo, i.e., a segurança na relação com Deus, conexão espiritual com outros e expressão de espiritualidade estavam associados a melhor qualidade de vida. Já o *coping* religioso negativo, como visão pessimista do mundo e desconforto espiritual, associava-se a menor qualidade de vida e bem-estar. Num estudo realizado com pessoas com incontinência fecal concluiu-se que a reinterpretação positiva estava associada a melhor qualidade de vida (Barbosa, 2006).

Relativamente à satisfação sexual, a perda de urina ou os problemas sexuais são questões pessoais, das quais as mulheres sentem vergonha (Kim et al., 2005) e, desta forma, os sintomas são desvalorizados, ou quando valorizados, as mulheres reportam constrangimento em relatar o problema, e outras recorrem a ajuda médica (Higa & Lopes, 2007). Outros resultados mostraram que as mulheres que convivem há muito tempo com a IU ajustavam-se de modo satisfatório à prática sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005b). No entanto, os estudos não avaliaram a relação entre as estratégias de *coping* e a satisfação sexual.

As estratégias de *coping* também estão relacionadas com a morbidade psicológica, porém esta relação não se encontra estudada na IU. Carver e colaboradores (1989) verificaram que o *coping* ativo

encontrava-se negativamente associado à ansiedade traço e, por outro lado, a negação e a expressão de sentimentos encontravam-se positivamente associadas à ansiedade traço. Ainda, menor sintomatologia ansiosa estava associada a um elevado sentido de humor (Abel, 2002). O estudo de Allman, Berry, e Nasir (2009), aferiu, numa amostra com pacientes com insuficiência cardíaca, que o *coping* ativo, planeamento e aceitação eram as estratégias mais utilizadas e estavam associadas a menor sintomatologia depressiva, enquanto a negação e o desinvestimento comportamental estavam associados a maior sintomatologia depressiva. A autculpabilização, num estudo com pacientes com insuficiência respiratória, também se encontrou associada positivamente à depressão (Klein et al., 2007).

II. Metodologia

1. Objetivos do Estudo

O presente estudo pretende avaliar em mulheres a adaptação à IU e contribuir para a criação de programas de intervenção em equipas multidisciplinares de modo a fomentar um bom ajustamento psicológico à IU. Especificamente, o estudo pretende avaliar a relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis clínicas da IU. Além disso, pretende também conhecer os melhores preditores da qualidade de vida nas mulheres com IU.

2. Design

Este estudo é quantitativo, transversal e correlacional dado que pretende analisar as relações entre as diferentes variáveis num único momento.

3. Variáveis

Variáveis Sócio Demográficas: idade, escolaridade e proteção para a perda de urina.

Variáveis Clínicas: tipos de IU, severidade, frequência e quantidade de perda de urina, e realização de cirurgia para controlar a IU.

Variáveis Psicológicas: qualidade de vida, satisfação sexual, morbilidade psicológica e *coping*.

4. Hipóteses Principais

Hipótese 1- Espera-se uma relação positiva entre qualidade de vida, satisfação sexual e *coping* e uma relação negativa entre estas variáveis e a morbilidade psicológica.

Hipótese 2- Espera-se diferenças significativas na qualidade de vida, satisfação sexual, morbilidade psicológica e *coping* em função da severidade dos sintomas de perda de urina.

Hipótese 3- Espera-se diferenças significativas na qualidade de vida, satisfação sexual, morbilidade psicológica e *coping* em função do tipo de IU.

Hipótese 4- Espera-se que a idade, o tipo de IU, a morbilidade psicológica e a satisfação sexual sejam preditores significativos da qualidade de vida.

Hipótese 5- Espera-se que as estratégias de *coping* negação, autodistração, autculpabilização, expressão de sentimentos e religião sejam preditores significativos da qualidade de vida.

5. Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 80 mulheres com diagnóstico de IU acompanhadas no serviço de medicina física e reabilitação do Hospital de Braga.

A amostra é de conveniência e incluiu os seguintes critérios de inclusão: mulheres adultas com diagnóstico de IU (mesmo após cirurgia) com capacidade de ler e escrever e com atividade sexual.

6. Procedimento

O projeto do estudo foi submetido à comissão de ética do Hospital de Braga e, após o parecer favorável, deu-se início à recolha de dados. A médica responsável e fisioterapeuta informaram as pacientes do estudo, referindo os seus objetivos e indicando que, no caso de desejarem participar, deveriam dirigir-se à psicóloga investigadora que se encontrava no serviço. Posteriormente, era marcado um dia para o preenchimento do consentimento informado e administração da bateria de instrumentos. A participação foi voluntária.

7. Instrumentos

a. Questionário Sócio Demográfico (Pereira & Senra, 2011)

O questionário sócio demográfico é constituído por 25 itens e tem como objetivo recolher informação relativa às variáveis demográficas e clínicas das mulheres com IU, como a idade, a escolaridade, os tipos de IU, a cirurgia para controlar a IU, a severidade, a frequência e a quantidade da perda de urina.

b. Incontinence Quality of Life Instrument - I-QOL (Patrick et al., 1999)

Descrição da Versão Original

O I-QOL foi desenvolvido num estudo inicial para avaliar a qualidade de vida especificamente na IU e para ser utilizado como uma medida de ensaios clínicos e de autorrelato em centros de atendimentos ao utente, como clínicas, centros de saúde ou hospitais. Um dos aspetos fundamentais no desenvolvimento deste instrumento foi incluir todas as afirmações claras e compreensíveis, e importantes para avaliar a qualidade de vida na IU (Wagner et al., 1996). Em 1999, Patrick e colaboradores tomaram a iniciativa de complementar o instrumento da qualidade de vida na IU, incluindo a cotação e o desenvolvimento de dimensões.

Este instrumento é constituído por 22 itens que se dividem nos seguintes domínios: comportamentos de evitamento e limitações que inclui 8 itens (1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 e 20), impacto psicossocial com 9 itens (5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 e 22), e constrangimento social com 5 itens (8, 12, 14, 18 e 19).

Cotação

Os 22 itens são cotados numa escala de resposta de 1 a 5, que varia de excessivamente a nada, tendo uma pontuação total e uma pontuação para os três domínios. A pontuação total e a pontuação dos domínios são transformadas numa escala de 0 a 100, sendo que maior pontuação representa melhor qualidade de vida.

Características Psicométricas da Versão Original

Relativamente à fidelidade do instrumento esta é de (.95), e as subescalas apresentam os seguintes alfa: comportamentos de evitamento e limitações (.87), impacto psicossocial (.93), e constrangimento social (.91).

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo não foi possível validar este instrumento dado o número da amostra não ser suficiente para tal procedimento. No que diz respeito à fidelidade, o alfa total revelou uma consistência interna elevada (.95). Nas três subescalas, os alfas foram os seguintes: comportamentos de evitamento e limitações (.82), impacto psicossocial (.92), e constrangimento social (.86). No presente estudo, foi utilizada a escala total.

c. Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual - QSRS (Cappelleri et al., 2004; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005a)

Descrição da Versão Original

A versão original "*Self-esteem and Relationship Questionnaire*", traduzido pelos autores portugueses como questionário de satisfação com o relacionamento sexual, foi desenvolvida para estudar o grau de satisfação de homens com disfunção erétil com o tratamento. Contudo, o questionário tem como objetivo a obtenção de informação sobre a satisfação com o relacionamento sexual em pessoas com vida sexual ativa, e não especificamente para a disfunção erétil (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005a). É constituído por 14 itens e por dois domínios, satisfação com o funcionamento sexual (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) e confiança (itens 9, 10, 11, 12, 13 e 14), que por sua vez se divide em duas subescalas, a autoestima (itens 9, 10, 11 e 12) e o relacionamento em geral (itens 13 e 14) (Cappelleri et al., 2004).

Cotação

O questionário é constituído por 14 itens cotados de 1 a 5, sendo 1 quase nunca/nunca, 2 poucas vezes, 3 algumas vezes, 4 muitas vezes e 5 quase sempre/sempre, exceto o item 8 e 11 que são cotados inversamente. Um elevado resultado corresponde a uma maior satisfação sexual. A pontuação total e dos domínios são transformadas numa escala de 0 a 100, sendo que uma pontuação elevada expressa respostas mais favoráveis (Cappelleri et al., 2004).

Características Psicométricas da Versão Original

A fidelidade da escala total foi de (.93) e para os domínios confiança (.86) e satisfação com o funcionamento sexual (.91). Para as subescalas do domínio da confiança, os alfas foram os seguintes: autoestima (.82) e relacionamento em geral (.76).

Descrição da Versão Portuguesa

A versão portuguesa foi usada para avaliar a satisfação com o relacionamento sexual em mulheres com IU que mantêm atividade sexual. É constituída por 13 itens, após a eliminação do item 8. Os 13 itens dividem-se em dois domínios: confiança (6 itens), que se subdivide em autoestima (4 itens) e em

relacionamento em geral (2 itens), e satisfação com o funcionamento sexual (7 itens), sendo o item 10 invertido.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

No que concerne à consistência interna, o instrumento apresentou um alfa total de .90 e nos domínios foram os seguintes: confiança (.85), satisfação com o funcionamento sexual (.92), autoestima (.83) e relacionamento geral (.73).

Características Psicométricas do Presente Estudo

Dado que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa com uma amostra de mulheres com IU, apenas se avaliou a fidelidade. Deste modo, o alfa obtido no domínio da confiança foi de .93 (elevada consistência interna), no da satisfação com o funcionamento sexual foi de .96 (elevada consistência interna), da autoestima foi de .92 (elevada consistência interna) e no relacionamento geral foi de .78 (boa consistência interna). A escala total apresentou um alfa de .97 (elevada consistência interna). No presente estudo, foi utilizada a escala total.

d. Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS (Zigmond & Snaith, 1983; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007)

Descrição da Versão Original

A versão original do “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” surgiu em 1983 por Zigmond e Snaith para o conhecimento das perturbações de humor e ansiedade dos doentes na prática clínica (Snaith, 2003). Este questionário é uma forma breve de avaliar níveis leves de distresse em doentes com patologias físicas e não psiquiátricas (Pereira & Figueiredo, 2008). Como os sintomas de ansiedade e depressão podem ser um resultado dos problemas físicos ou conduzir aos mesmos problemas, os itens foram construídos para que não constituíssem manifestações de problemas físicos (Snaith, 2003).

O instrumento é constituído por 14 itens e por duas subescalas que são cotadas separadamente, uma com sete itens e que mede a ansiedade, e outra também com setes itens que mede a depressão, e avalia os sintomas nos últimos 7 dias.

Cotação

A escala de resposta é de 0 (*menor gravidade*) a 3 (*maior gravidade*), sendo que quanto maior o resultado maior a morbilidade psicológica. A pontuação total de cada subescala varia de 0 a 21 e o ponto de corte é 11. Se o valor total de cada subescala variar entre 0 e 7 significa que há ausência de sintomatologia, se variar entre 8 e 10 a sintomatologia é considerada leve, se variar entre 11 e 14 a sintomatologia é moderada, e se situar entre 15 e 21 é revelador de sintomatologia severa (Snaith, 2003).

Características Psicométricas da Versão Original

De acordo com o estudo de Moorey e colaboradores (1991, cit. por Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002), que utilizou a versão original de Zigmond e Snaith, a consistência interna do instrumento revelou-se aceitável, sendo os alfas para a ansiedade (.76) e para a depressão (.72). Já no

estudo de Bedford, Pauw, e Grant (1997), com uma amostra de doentes psiquiátricos, verificou-se que tanto na dimensão da ansiedade (.83) como na da depressão (.86) revelaram uma boa fidelidade.

Descrição da Versão Portuguesa

A versão portuguesa utilizada é de Pais-Ribeiro e colaboradores (2007) que foi validada numa amostra muito diversificada no que concerne às características da doença.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Quanto à consistência interna numa amostra portuguesa com diversificadas doenças crónicas, que não incluía a IU, para a subescala da ansiedade o alfa foi de .76 e para a subescala da depressão foi de .81, o que revelou uma consistência interna aceitável.

Características Psicométricas do Presente Estudo

No que diz respeito à validade, dado a versão portuguesa não incluir a IU, procedeu-se à análise fatorial de componentes principais com rotação varimax que forçou dois fatores, explicando 41.80% da variância total. Da análise fatorial, resultou a subescala da ansiedade constituída pelos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 com um alfa de .78 e a subescala da depressão constituída pelos itens 2, 4, 6, 8, 12, 14 com um alfa de .67, sendo que o item 10 foi eliminado da subescala da depressão dado o valor da saturação ser inferior a .30. O valor da consistência interna da subescala depressão encontra-se relativamente abaixo do aceitável (.70) (Pestana & Gageiro, 2003). No entanto, incluiu-se esta subescala no presente estudo dado o valor do alfa obtido estar muito próximo do .70 e a subescala ser muito importante do ponto de vista clínico. As correlações entre os itens nas duas subescalas revelaram bons valores: na subescala ansiedade entre .33 e .77, e na subescala depressão entre .34 e .83.

e. Brief COPE (Carver, 1997; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Descrição da Versão Original

Este instrumento é uma versão reduzida do *COPE*, pois omite duas subescalas e dispôs os itens noutras subescalas, e tem como objetivo avaliar estilos e estratégias de *coping*. Foi validado numa amostra de adultos que foram afetados pelo furacão de Andrew. O brief COPE é constituído por 28 itens que se agrupam nas seguintes 14 dimensões: *coping* ativo (itens 2 e 7), planear (itens 14 e 25), reinterpretação positiva (itens 12 e 17), aceitação (itens 20 e 24), humor (itens 18 e 28), religião (itens 22 e 27), utilização do suporte emocional (itens 5 e 15), utilização do suporte instrumental (itens 10 e 23), autodistração (itens 1 e 19), negação (itens 3 e 8), expressão dos sentimentos (itens 9 e 21), uso de substâncias (itens 4 e 11), desinvestimento comportamental (itens 6 e 16) e autculpabilização (itens 13 e 26) (Carver, 1997).

Características Psicométricas da Versão Original

A versão original apresenta os seguintes valores de consistência interna nas dimensões: *coping* ativo (.68), planear (.73), reinterpretação positiva (.64), aceitação (.57), humor (.73), religião (.82), utilizar suporte emocional (.71), utilizar suporte instrumental (.64), autodistração (.71), negação (.54),

expressão de sentimentos (.50), uso de substâncias (.90), desinvestimento comportamental (.65) e autculpabilização (.69).

Cotação

A escala de resposta deste instrumento varia de 0 (*nunca faço isto*) a 3 (*faço sempre isto*). As 14 subescalas, cada uma com dois itens, são cotadas separadamente, não havendo pontuação da escala total.

Descrição da Versão Portuguesa

A versão portuguesa foi validada numa amostra com características idênticas aos participantes da versão original e manteve os 28 itens. O questionário pretende avaliar o modo como as pessoas lidam com os problemas de vida, nomeadamente diagnóstico da doença, cirurgia, exame escolar e desastre natural (Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004).

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

No que diz respeito à consistência interna do estudo de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), os alfas para as 14 dimensões são os seguintes: *coping* ativo (.65), planear (.70), reinterpretação positiva (.74), aceitação (.55), humor (.83), religião (.80), utilizar suporte emocional (.79), utilizar suporte instrumental (.81), autodistração (.67), negação (.72), expressão de sentimentos (.84), uso de substâncias (.81), desinvestimento comportamental (.78) e autculpabilização (.62).

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 80 mulheres com IU, o instrumento revelou os seguintes alfas para as 14 subescalas: *coping* ativo (.70), planear (.51), utilizar suporte instrumental (.53), utilizar suporte social emocional (.84), religião (.97), reinterpretação positiva (.75), autculpabilização (.62), aceitação (.60), expressão de sentimentos (.92), negação (.72), autodistração (.88), desinvestimento comportamental (.79), uso de substâncias (.80), e humor (.92). As subescalas planear e utilizar suporte instrumental foram eliminadas por apresentarem valores inferiores ao valor mínimo aceitável (.70) (Pestana & Gageiro, 2003). Contudo, considera-se o valor das restantes subescalas como aceitáveis visto serem constituídas por 2 itens, (Nunnally, 1978) e, além disso, a consistência interna destas subescalas no nosso estudo segue padrões idênticos à versão original e à versão portuguesa. Assim, o presente estudo, inclui 12 subescalas da versão original.

8. Análise de Dados

Para caracterizar a amostra deste estudo, recorreu-se à estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão). Na 1ª, 4ª e 5ª hipótese foram utilizados testes paramétricos dado o pressuposto da normalidade da distribuição estar cumprido. Na 2ª e 3ª hipótese foram usados testes não-paramétricos por não estar cumprido o pressuposto da normalidade e homogeneidade das variáveis. Assim, para testar a 1ª hipótese, i.e., as relações entre as variáveis psicológicas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Na 2ª hipótese, de modo a avaliar as diferenças nas variáveis psicológicas em função da severidade dos sintomas, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, e posteriormente, testes Mann-Whitney com correção Bonferroni para verificar diferenças significativas entre grupos. Na 3ª

hipótese, foi utilizado o teste Mann-Whitney para se verificar diferenças nas variáveis psicológicas em função do tipo de IU. Na 4ª hipótese, recorreu-se a uma regressão hierárquica com método *Enter*, para conhecer os preditores da qualidade de vida. Na 5ª e última hipótese, recorreu-se a uma regressão linear múltipla, para testar as estratégias de *coping* como preditores da qualidade de vida, tendo sido incluídas apenas as relacionadas com a qualidade de vida.

Para as análises exploratórias foram utilizados correlações de Pearson para avaliar a relação da idade com as variáveis psicológicas, testes Kruskal-Wallis e testes Mann-Whitney com correção Bonferroni para verificar diferenças nas variáveis em função da escolaridade, quantidade, frequência e proteção da perda de urina ao nível das variáveis psicológicas e testes Mann-Whitney para avaliar as diferenças nas variáveis psicológicas em função da realização versus não realização da cirurgia para controlar a IU.

III. Resultados

1. Caracterização da Amostra

Características Sócio Demográficas

A amostra deste estudo é constituída por 80 mulheres com idades compreendidas entre 27 e 80 anos, com uma média de 45.59 anos e com um desvio-padrão de 12. Quanto à escolaridade, 33.8% têm o ensino primário, 37.5% das mulheres têm o ensino básico, 13.8% o ensino secundário e 13.8% concluíram o ensino universitário. Do total da amostra, 68.8% usa proteção para a perda de urina.

Características Clínicas

Relativamente à caracterização clínica e especificamente à frequência de perda de urina, 56.3% das mulheres perdem urina involuntariamente todos os dias. Quanto à quantidade, 22.5% das participantes perdem uma gota ou menos de urina, 38.75% às vezes perdem um fio de urina, 27.5% molham sensivelmente a proteção e as roupas e 11.25% encharcam ou vazam a proteção devido à grande quantidade da urina. De acordo com a severidade dos sintomas de perda de urina, 27.5% mulheres classificaram os sintomas de IU como leves, 48.8% como moderados e 23.8% como graves. No que concerne aos tipos de IU, 75% têm IUE, 17.5% têm IUU e 7.5% têm IUM. Das 80 mulheres do estudo, 11.3% já realizaram cirurgia para controlar a IU.

2. Teste de Hipóteses

Hipótese 1- Espera-se uma relação positiva entre qualidade de vida, satisfação sexual e *coping* e uma relação negativa entre estas variáveis e a morbilidade psicológica.

Através das análises verificou-se uma associação positiva significativa entre a qualidade de vida e a satisfação sexual das mulheres com IU ($r = .66, p < .01$), sendo que uma maior qualidade de vida encontra-se associada a maior satisfação sexual. Verificou-se também uma associação positiva entre a qualidade de vida e a aceitação ($r = .24, p < .05$), o que significa que maior qualidade de vida está associada a uma maior aceitação da IU. A análise revelou uma associação negativa entre a qualidade de vida e as dimensões: ansiedade ($r = -.47, p < .01$) e depressão ($r = -.42, p < .01$). Neste sentido, maior

qualidade de vida encontra-se associada a baixos níveis de morbidade psicológica. Quanto aos estilos de *coping*, os dados indicaram a existência de uma relação negativa entre qualidade de vida e a autodistração ($r = -.57, p < .01$), a negação ($r = -.69, p < .01$), a autculpabilização ($r = -.46, p < .01$) o desinvestimento comportamental ($r = -.31, p < .01$), a expressão de sentimentos ($r = -.36, p < .01$), e a religião ($r = -.35, p < .01$). Assim, uma maior qualidade de vida nas mulheres com IU encontra-se associada a baixos níveis de autodistração, negação, autculpabilização, desinvestimento comportamental, expressão de sentimentos e participações em atividades religiosas.

Os resultados revelaram uma relação positiva entre a satisfação sexual e um estilo de *coping* de aceitação ($r = .31, p < .01$). Deste modo, uma maior satisfação sexual nas mulheres deste estudo encontra-se associada a uma maior aceitação da IU. Verificou-se também uma associação negativa entre a satisfação sexual e a religião ($r = -.34, p < .01$), a expressão de sentimentos ($r = -.24, p < .05$), a autculpabilização ($r = -.32, p < .01$), o desinvestimento comportamental ($r = -.31, p < .01$), a negação ($r = -.55, p < .01$), e a autodistração ($r = -.45, p < .01$), o que significa que maior satisfação sexual encontra-se associada a uma menor utilização da religião, expressão de sentimentos, autculpabilização, desinvestimento comportamental, negação e autodistração como estratégias para lidar com a IU. Da mesma forma, verificou-se também uma associação negativa entre a satisfação sexual e a ansiedade ($r = -.58, p < .01$) e a depressão ($r = -.42, p < .01$), demonstrando que uma maior satisfação sexual está associada a menor morbidade psicológica, ou seja, a baixos índices de ansiedade e depressão.

No que diz respeito à morbidade e aos estilos de *coping*, verificou-se uma associação negativa entre a ansiedade e a aceitação ($r = -.31, p < .01$) e o humor ($r = -.35, p < .01$), pelo que menor ansiedade está associada a uma maior aceitação da IU e melhor humor. Já na depressão, os dados revelaram uma relação negativa entre a depressão e a reinterpretação positiva ($r = -.34, p < .01$), a aceitação ($r = -.24, p < .05$), e o humor ($r = -.23, p < .05$), demonstrando que menor sintomatologia depressiva está associada a elevados níveis de reinterpretação positiva, aceitação e humor face à IU. Também se verificou uma associação positiva entre a ansiedade e os seguintes estilos de *coping*: expressão de sentimentos ($r = .37, p < .01$), autculpabilização ($r = .28, p < .05$), desinvestimento comportamental ($r = .38, p < .01$), negação ($r = .44, p < .01$), e autodistração ($r = .31, p < .01$). Assim, maior sintomatologia ansiosa está associada à utilização da expressão de sentimento, autculpabilização, desinvestimento comportamental, negação e autodistração como estratégias para lidar com a IU. Quanto à depressão, verificou-se que esta se encontra positivamente associada com a expressão de sentimentos ($r = .33, p < .01$), a autculpabilização ($r = .28, p < .05$), o desinvestimento comportamental ($r = .41, p < .01$), e a negação ($r = .41, p < .01$). Nesse sentido, maior sintomatologia depressiva encontra-se associada a uma maior utilização da expressão de sentimentos, da autculpabilização, do desinvestimento comportamental e da negação como estratégias de *coping* (Tabela 1).

Tabela 1

Correlações de Pearson entre a Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e *Coping*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.	—	.17	.12	.31**	.11	.36**	.41**	.06	-.11	.26*	.11	-.12	.18	.07	-.07	-.15
2.	.17	—	-.08	.25*	.00	-.07	.33**	.27*	.02	.18	.22	.21	-.08	-.03	-.03	.01
3.	.12	-.80	—	-.09	.03	-.02	.21	-.21	-.03	.25*	.26*	-.10	.18	.14	-.34**	-.35**
4.	.31*	.25*	-.09	—	-.31**	.31**	.00	.30**	-.31**	-.11	-.04	-.05	-.14	-.34**	.19	.19
5.	.11	.00	.03	-.31**	—	-.21	.38**	-.19	.27*	.60**	.53**	.42**	.28*	.28*	-.32**	-.46**
6.	.36**	-.07	-.02	.31**	-.21	—	-.11	.08	-.44**	-.26*	-.33**	-.33**	-.31**	-.24*	.31**	.24*
7.	.41*	.33**	.21	.00	.38**	-.11	—	.08	.23*	.53**	.48**	.14	.37**	.33**	-.24*	-.36**
8.	.06	.27*	-.21	.30**	-.19	.08	.08	—	-.12	-.11	-.03	-.10	-.35**	-.23*	.21	.17
9.	-.11	.02	-.03	-.31**	.27*	-.44**	.23*	-.12	—	.35**	.32**	.22**	.38**	.41**	-.31**	-.31**
10.	.26*	.18	.25*	-.11	.60**	-.26*	.53**	-.11	.35**	—	.60**	.18	.44**	.41**	-.55**	-.69**
11.	.11	.22	.26*	-.04	.53**	-.33**	.48**	-.03	.32**	.60**	—	.35**	.31**	.16	-.45**	-.57**
12.	-.12	.21	-.10	-.05	.42**	-.33**	.14	-.10	.22*	.18	.35**	—	.12	.10	-.13	-.08
13.	.18	-.08	.18	-.14	.28*	-.31**	.37**	-.35**	.38**	.44**	.31**	.12	—	.54**	-.58**	-.47**
14.	.07	-.03	.14	-.34**	.28*	-.24**	.33**	-.23*	.41**	.41**	.16	.10	.54**	—	-.42**	-.42**
15.	-.07	-.03	-.34**	.19	-.32**	.31**	-.24*	.21	-.31**	-.55**	-.45**	-.13	-.58**	-.42**	—	.66**
16.	-.15	.01	-.35**	.19	-.46**	.24*	-.36**	.17	-.31**	-.69**	-.57**	-.08	-.47**	-.42**	.66**	—
<i>M</i>	3.88	1.85	2.54	3.59	1.51	4.30	2.88	1.68	1.31	1.76	1.81	.25	11.86	5.61	40.81	73.59
<i>SD</i>	1.26	1.74	2.27	1.41	1.59	1.02	1.76	1.88	1.45	1.72	1.94	.93	4.60	3.35	14.21	19.10

**p<.01; *p<.05

1. *Coping* Ativo; 2. Utilizar Suporte Emocional; 3. Religião; 4. Reinterpretação Positiva; 5. Autoculpabilização; 6. Aceitação; 7. Expressão de Sentimentos; 8. Humor; 9. Desinvestimento Comportamental; 10. Negação; 11. Autodistração; 12. Uso de Substâncias; 13. Ansiedade; 14. Depressão; 15. Satisfação Sexual; 16. Qualidade de Vida.

Hipótese 2- Espera-se diferenças significativas na qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping* em função da severidade dos sintomas de perda de urina.

Os resultados revelaram diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função da percepção das mulheres acerca da gravidade dos sintomas de perda de urina ($\chi^2(2)= 29.61, p<.001$). Testes de Mann-Whitney com correção Bonferroni (.05/3= .017) detetaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mulheres que consideram os sintomas de perda de urina leves versus moderados, entre as que consideram os sintomas leves versus graves e as que consideram os sintomas moderados versus graves. Deste modo, as mulheres com maior qualidade de vida são as que consideram os seus sintomas de perda de urina como leves em comparação com as que consideram como moderados e graves. Por conseguinte, as mulheres que consideram os seus sintomas de perda de urina como moderados, quando comparadas com as que consideram como graves, apresentam maior qualidade de vida.

Relativamente à satisfação sexual, verificou-se diferenças significativas ao nível desta variável em função da severidade dos sintomas de perda de urina ($\chi^2(2)= 7.38, p<.05$). Testes de Mann-Whitney com correção Bonferroni (.05/3= .017) detetaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das mulheres que consideram os seus sintomas de perda de urina como leves versus graves. Assim, as mulheres que consideram os seus sintomas de perda de urina como leves apresentam maior satisfação sexual.

Quanto aos estilos de *coping*, os dados revelaram também diferenças significativas ao nível da religião em função da severidade dos sintomas de perda de urina ($\chi^2(2)= 7.67, p<.05$). Os testes Mann-Whitney com correção Bonferroni (.05/3= .017) detetaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das mulheres que consideram os sintomas como leves versus graves, sendo que as mulheres que consideram os sintomas de IU como graves apoiam-se na religião em comparação com as que consideram os sintomas como leves. Por outro lado, verificou-se a existência de diferenças significativas ao nível da autculpabilização em função da severidade ($\chi^2(2)= 6.81, p<.05$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni encontraram diferenças significativas entre as mulheres que consideram os sintomas de IU como leves versus graves, o que significa que as mulheres que mais se auto culpabilizam por terem IU consideram os sintomas de perda de urina como graves quando comparadas com as que consideram os sintomas como leves. Verificou-se diferenças significativas ao nível da expressão dos sentimentos em função da severidade dos sintomas de perda de urina ($\chi^2(2)= 7.57, p<.05$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni detetaram diferenças significativas entre o grupo das mulheres que consideram os sintomas como moderados versus graves. Desta forma, as mulheres que consideram os sintomas como graves utilizam mais a expressão de sentimentos como estratégia de *coping* do que as que consideram os sintomas de perda de urina como moderados. Por conseguinte, a análise revelou diferenças significativas ao nível da negação em função da severidade dos sintomas da perda de urina ($\chi^2(2)= 14.64, p<.01$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni detetaram diferenças significativas entre os grupos das mulheres que consideram os sintomas de perda

de urina como leves versus graves, e entre os grupos das mulheres que consideram os sintomas como moderados versus graves. Nesse sentido, as mulheres que percebem os sintomas de perda de urina como graves utilizam mais a negação como estilo de *coping* quando comparadas com as mulheres que consideram os sintomas de perda de urina como moderados e leves. Por fim, verificou-se diferenças significativas ao nível da autodistração em função da severidade dos sintomas de perda de urina ($\chi^2(2) = 15.60, p < .001$). Os testes Mann-Whitney com correção Bonferroni demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das mulheres que percebem os sintomas como leves versus graves, e entre os grupos das que consideram os sintomas de perda de urina como moderados versus graves, pelo que as mulheres que consideram os sintomas de perda de urina como graves utilizam mais estratégias de autodistração do que as que consideram os sintomas como leves e moderados. Não se verificaram diferenças significativas nas restantes variáveis.

Tabela 2

Resultados dos Testes Kruskal-Wallis ao nível da Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e *Coping* em função da Severidade da perda de urina

	Leves (n=22) Ordem Média	Moderados (n=39) Ordem Média	Graves (n=19) Ordem Média	$\chi^2(2)$
Qualidade de Vida	57.07	42.23	17.76	29.61***
Satisfação Sexual	48.64	41.49	29.05	7.39*
Ansiedade	34.48	42.13	44.13	2.15
Depressão	37.77	41.08	42.47	.47
Estratégias de <i>Coping</i>				
<i>Coping</i> Ativo	41.34	35.71	49.37	4.95
Suporte Emocional	38.48	39.71	44.47	.83
Religião	33.82	38.50	52.34	7.67*
Reinterpretação Positiva	47.75	37.86	37.53	3.37
Autoculpabilização	30.66	42.62	47.55	6.81*
Aceitação	43.59	41.44	35.00	1.84
Expressão de Sentimentos	38.39	35.76	52.68	7.57*
Humor	46.16	36.08	43.03	3.43
Desinvestimento Comportamental	31.70	44.83	41.79	5.24
Negação	30.09	38.60	56.45	14.62**
Autodistração	28.55	39.83	55.71	15.60***
Uso de Substâncias	37.50	42.68	39.50	3.57

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Hipótese 3- Espera-se diferenças significativas na qualidade de vida, satisfação sexual, morbilidade psicológica e *coping* em função do tipo de IU.

Os dados revelaram diferenças significativas ao nível das estratégias de *coping* ativo ($U = 263.50, p < .05$) e desinvestimento comportamental ($U = 260.00, p < .05$) em função do tipo de IU, sendo que as mulheres com IUE utilizam como estratégia o *coping* ativo, enquanto as mulheres com IUU utilizam o desinvestimento comportamental. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis.

Tabela 3

Resultados dos Testes Mann-Whitney ao nível da Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e *Coping* em função do Tipo de IU

	IU Esforço (n=60) Ordem Média	IU Urgência (n=14) Ordem Média	U
Qualidade de Vida	38.25	34.29	375.00
Satisfação Sexual	37.08	39.29	395.00
Ansiedade	37.64	36.89	411.50
Depressão	35.55	45.86	303.00
Estratégias de <i>Coping</i>			
<i>Coping</i> Ativo	40.11	26.32	263.50*
Suporte Emocional	37.91	35.75	395.50
Religião	38.90	31.50	336.00
Reinterpretação Positiva	38.98	31.18	331.50
Autoculpabilização	37.08	39.32	394.50
Aceitação	39.19	30.25	318.50
Expressão de Sentimentos	39.34	29.61	309.50
Humor	38.19	34.54	378.50
Desinvestimento Comportamental	34.83	48.93	260.00*
Negação	38.06	35.11	386.50
Autodistração	39.30	29.79	312.00
Uso de Substâncias	37.57	37.21	416.00

*p<.05

Hipótese 4- Espera-se que a idade, o tipo de IU, a morbilidade psicológica e a satisfação sexual sejam preditores significativos da qualidade de vida.

Tendo em conta a literatura e o tamanho da amostra, as variáveis predictoras introduzidas foram a idade e o tipo de IU, pois, segundo a literatura, têm impacto na qualidade de vida, e as variáveis psicológicas, a morbilidade psicológica e a satisfação sexual.

Os resultados revelaram que o 1º bloco não foi significativo, $F(2,77) = 1.57$, $p = .22$, explicando apenas 4% da variância ($R^2_{Aj} = .01$). O 2º bloco demonstrou ser significativo, $F(5,74) = 14.33$, $p < .001$, explicando 49% da variância ($R^2_{Aj} = .46$). Nesse sentido, mulheres com IU mais satisfeitas com a sua relação sexual apresentam maior qualidade de vida ($\beta = .55$, $t = 5.22$, $p < .001$), e as mulheres com IUE, comparativamente com as mulheres com IUU, apresentam maior qualidade de vida ($\beta = -.17$, $t = -2.02$, $p < .05$) (Tabela 4).

Hipótese 5- Espera-se que as estratégias de *coping* negação, autodistração, autoculpabilização, expressão de sentimentos e religião sejam preditores da qualidade de vida.

Os preditores introduzidos foram as seguintes estratégias de *coping*: negação, autodistração, autoculpabilização, expressão de sentimentos e religião, porque eram as variáveis mais relacionadas com a qualidade de vida ($r \geq .35$).

Os resultados revelaram que o modelo de regressão foi significativo, $F(5,74) = 17.36$, $p < .001$, explicando 54% da variância ($R^2_{Aj} = .51$). Assim, menor uso da negação ($\beta = -.51$, $t = -4.43$, $p < .001$), da

autodistração ($\beta = -.22$, $t = -2.08$, $p < .05$) e da religião ($\beta = -.17$, $t = -2.03$, $p < .05$) predizem maior qualidade de vida (Tabela 5).

Tabela 4

Preditores da Qualidade de Vida

	R² (R²A_j)	Modelos	B	T
1º Bloco				
Idade	.04 (.01)	F(2,77)= 1.57	-.08	-.72
Tipo de IU			-.17	-1.49
2º Bloco				
Idade	.49 (.46)	F(5,74)= 14.33***	.10	1.14
Tipo de IU			-.17	-.2.02*
Ansiedade			-.09	-.84
Depressão			-.11	-1.07
Satisfação Sexual			.58	5.52***

*** $p < .001$; * $p < .05$

Tabela 5

Resultados da Regressão Linear Múltipla com o Coping como preditor da Qualidade de Vida

	R² (R²A_j)	F(5,74)	B	T
Negação	.54 (.51)	17.36***	-.51	-4.43***
Autodistração			-.22	-2.08*
Autoculpabilização			-.06	-.54
Expressão de Sentimentos			-.07	.74
Religião			-.17	-2.03*

*** $p < .001$; * $p < .05$

3. Análises Exploratórias

Relação entre idade, qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e coping.

Os resultados demonstraram a existência de uma relação negativa significativa entre a idade e a satisfação sexual ($r = -.26$, $p < .05$). Deste modo, ser mais jovem está associado a maior satisfação sexual em mulheres com IU. Também se verificou uma associação negativa significativa entre a idade e a reinterpretação positiva ($r = -.27$, $p < .05$) e entre a idade e o humor ($r = -.22$, $p < .05$), sendo que uma idade mais jovem está associada a uma maior utilização da reinterpretação positiva e do humor pelas mulheres para lidarem com a IU. Verificou-se uma associação positiva entre a idade e a religião ($r = .37$, $p < .01$), o que significa que maior idade está associada a mais religiosidade como estratégias de coping face a IU. Não foram verificadas relações nas restantes variáveis.

Influência da escolaridade ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e coping.

Verificou-se diferenças significativas ao nível da satisfação sexual em função da escolaridade das participantes ($\chi^2(4) = 14.00$, $p < .01$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/10 = .005$) detetaram diferenças significativas entre o grupo das mulheres que concluíram o ensino primário e as que têm o ensino universitário, sendo que as que têm ensino universitário apresentam

maior satisfação sexual do que as que concluíram o ensino primário. Os resultados demonstraram diferenças significativas ao nível dos estilos de *coping*, nomeadamente ao nível da religião ($\chi^2(4)=20.43$, $p<.001$). Assim, as mulheres que concluíram o ensino primário e o ensino básico apresentam como estilo de *coping* a religião para lidarem com a IU quando comparadas com as mulheres com o ensino universitário. Não foram verificadas diferenças significativas nas restantes variáveis.

Influência da quantidade de perda de urina ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

Os resultados revelaram diferenças significativas ao nível da satisfação sexual em função da quantidade de perda de urina ($\chi^2(3)=13.48$, $p<.01$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/6=.008$) detetaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que perdem apenas uma gota ou menos de urina e as que perdem tanta urina que até molham a proteção e as roupas, e entre as mulheres que perdem às vezes um fio e as que perdem tanta urina que molham sensivelmente a proteção e as roupas. Sendo assim, as mulheres com menor satisfação sexual são as que perdem tanta urina que molha a proteção e as roupas em comparação com as mulheres que perdem apenas uma gota ou menos ou um fio de urina.

Verificou-se também diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função da quantidade de perda de urina ($\chi^2(3)=26.90$, $p<.001$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/6=.008$) demonstraram diferenças significativas entre as mulheres que perdem apenas uma gota ou menos de urina e as mulheres que perdem tanta urina que molha ou encharca a proteção. Assim, mulheres que perdem apenas uma gota de urina ou menos ou que perdem às vezes um fio apresentam maior qualidade de vida do que as que perdem tanta urina que molham sensivelmente a proteção e as roupas ou até que vazam ou encharcam a proteção.

Ainda se verificou diferenças significativas ao nível da negação ($\chi^2(3)=10.97$, $p<.05$) e da autodistração ($\chi^2(3)=11.03$, $p<.05$) em função da quantidade de perda de urina. Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/6=.008$) detetaram diferenças significativas ao nível da negação entre os grupos das mulheres que perdem às vezes um fio de urina e as que perdem tanta urina que molham sensivelmente a proteção e as roupas. Deste modo, as mulheres que perdem tanta urina que molham sensivelmente a proteção e as roupas utilizam mais a negação como estratégia para lidar com a IU em comparação com as mulheres que perdem às vezes um fio de urina. Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/6=.008$) também verificaram diferenças significativas ao nível da autodistração entre os grupos das mulheres que perdem uma gota ou menos que uma gota de urina e as que perdem muita urina. Deste modo, as mulheres que perdem tanta urina que molha ou encharca a proteção procuram mais se distrair em relação à IU do que as mulheres que perdem apenas uma gota ou menos que uma gota e as que perdem às vezes um fio de urina. Não foram verificadas diferenças significativas nas restantes variáveis.

Influência da frequência da perda de urina ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

Os resultados revelaram diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função da frequência da perda de urina ($\chi^2(3)= 16.29$, $p<.001$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/6= .008$) detetaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das mulheres que perdem urina uma vez por semana ou menos e as que perdem urina todos os dias. Nesse sentido, as mulheres que perdem urina uma vez por semana ou menos têm maior qualidade de vida em comparação com as mulheres que perdem todos os dias. Os dados também demonstraram diferenças significativas ao nível da autodistração em função da frequência da perda de urina ($\chi^2(3)= 13.36$, $p<.01$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni verificaram diferenças significativas entre os grupos das mulheres que perdem urina uma vez por semana ou menos e as que perdem urina todos os dias, sendo que as mulheres que perdem urina todos os dias utilizam mais estratégias de autodistração quando comparadas com as mulheres que perdem urina uma vez por semana ou menos. Não foram verificadas diferenças significativas entre as restantes variáveis.

Influência da realização versus não realização de cirurgia na qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

As análises evidenciaram diferenças significativas ao nível da qualidade de vida ($U= 145.50$, $p<.01$) e da satisfação sexual ($U= 106.00$, $p<.01$) em função da realização da cirurgia para a IU, indicando que as mulheres que não realizaram a cirurgia para controlar a IU apresentam maior qualidade de vida e satisfação sexual. Também se verificou diferenças significativas ao nível dos diferentes estilos de *coping*: religião ($U= 175.50$, $p<.05$) e negação ($U= 189.00$, $p<.05$) em função da realização da cirurgia para controlar a IU. Assim, as mulheres que realizaram cirurgia para controlar a IU apresentam como estratégias de *coping* a religião e a negação para lidarem com a IU. Não foram verificadas diferenças significativas entre as restantes variáveis.

Influência do uso de proteção para a perda de urina ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

Verificou-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função do uso de proteção para a perda de urina ($\chi^2(3)= 10.55$, $p<.05$). Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni ($.05/3= .008$) detetaram diferenças significativas entre os grupos das mulheres que nunca usa proteção para a perda de urina e as mulheres que têm de usar sempre a proteção por causa da IU. Assim, as mulheres que nunca usam proteção para a perda de urina apresentam maior qualidade de vida do que as mulheres que usam sempre. Não foram verificadas diferenças significativas entre as restantes variáveis.

IV. Discussão dos Resultados

1. Teste de Hipóteses

Hipótese 1- Espera-se uma relação positiva entre qualidade de vida, satisfação sexual e *coping* e uma relação negativa entre estas variáveis e a morbidade psicológica.

No presente estudo verificou-se que maior qualidade de vida em mulheres com IU encontra-se associada a maior satisfação sexual. Este resultado vai ao encontro da generalidade da literatura que refere que uma diminuição na atividade sexual devido à IU está associada à diminuição da qualidade de vida (Temml et al., 2000), e conseqüentemente a insatisfação sexual da mulher traduz-se numa diminuição da qualidade de vida individual e conjugal (Auge et al., 2006). De fato, quando a perda de urina ocorre durante a relação sexual pode conduzir à desarmonia do casal, ao evitamento da atividade sexual e ao constrangimento, prejudicando, assim a qualidade de vida (Meade-D'Alisera et al., 2001; Vella & Cardozo, 2005).

Quanto à relação da qualidade de vida e morbidade psicológica, verificou-se que maior qualidade de vida encontra-se associada a menor sintomatologia depressiva e ansiosa. Os resultados evidenciados na literatura apoiam os resultados do presente estudo, visto que a depressão como comorbidade está associada à diminuição da qualidade de vida da mulher com IU (Melville et al., 2002; Stach-Lempinen et al. 2003; Vigod & Stewart, 2006), assim como a ansiedade compromete a qualidade de vida (Schmidt, Fischer, Chren, Strauss, & Elsner, 2001). A incerteza do momento, da frequência, e do impacto da perda de urina pode incitar ansiedade (Frick et al., 2009) e a perda, por si só, pode resultar em frustração, constrangimento, isolamento social (Wyman, 1994), e também em sentimentos de raiva, tristeza, bem como depressão (Aslan et al., 2005). Por outro lado, o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres também poderá contribuir para o aumento da morbidade psicológica (Yip & Cardozo, 2007). Segundo Stach-Lempinen e colaboradores (2003), mulheres com baixa qualidade de vida são mais depressivas. Tal deve-se ao fato da IU ser uma condição angustiante, incapacitante e causadora de morbidade física e psicológica nas mulheres (Stoddart, Donovan, Whitley, Sharp, & Harvey, 2001).

No que concerne à relação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping*, o estudo de Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy, e Moriguchi (2003) considera que a qualidade de vida depende da interpretação que a pessoa dá aos fatos, o modo como lidam com as doenças e limitações físicas e percebem a sua condição de saúde. Os resultados do presente estudo verificaram que uma maior qualidade de vida está associada a uma maior aceitação da IU. Apesar de a literatura ser escassa para apoiar esta relação, o estudo de Carr, Gibson e Robinson (2001) refere que quando a pessoa considera a IU natural para a sua idade e ao adaptar as suas rotinas e comportamentos para lidar com o problema ou com as restrições que este conduz, a qualidade de vida pode não estar comprometida. De acordo com Lume (1986), a aceitação é uma estratégia de *coping* fundamental para a adaptação da pessoa à tristeza. Assim, a aceitação e a percepção que a IU é real e ocorreu, no estudo de Abbott e

colaboradores (2008), foi associado a melhor qualidade de vida. Também se verificou que uma maior qualidade de vida nas mulheres com IU encontra-se associada a baixos níveis de autodistração, negação, autculpabilização, desinvestimento comportamental, expressão de sentimentos e religião. A literatura revela ser escassa para comprovar estes resultados, porém alguns estudos realizados em amostras diferentes confirmam que a elevada distração (Abbott et al., 2008), a elevada autculpabilização (Klein et al., 2007; Schmidt et al., 2001), o *coping* religioso com visão pessimista do mundo (Pargament, Koenig, & Perez, 2000), e elevado desinvestimento comportamental (Taylor et al., 2008) encontram-se associados a pior qualidade de vida. Quanto à expressão de sentimentos, os estudos são contraditórios, pois referem que por um lado a expressão de sentimentos está relacionado com melhor qualidade de vida, quando o suporte social é percebido como recetivo (Stanton et al., 2000), e por outro, a ativação das emoções e a recordação sucessiva da IU poderão contribuir para a diminuição da qualidade de vida das mulheres, visto estarem a falar, exprimir e pensar num tema que lhes causa angústia (Carver et al., 1989). A negação, embora não seja confirmado que diminui a qualidade de vida, Lazarus e Folkman (1984) referiram que esta estratégia de *coping* pode prejudicar a saúde das pessoas ao impedir a adaptação a determinada doença.

No que diz respeito à satisfação sexual e ao *coping*, os dados demonstraram que uma maior satisfação sexual encontra-se associada a uma maior aceitação da IU. Tal como foi referido na relação entre qualidade e aceitação por Carver e colaboradores (1989), a aceitação corresponde a uma resposta adaptativa para lidar com as situações. Uma justificação para esta associação prende-se com o fato das mulheres aceitarem a realidade da IU e da perda de urina e contribuírem e esforçarem-se para lidarem com a situação, o que pode conduzir a uma maior satisfação sexual. Embora não existam estudos específicos sobre *coping* e satisfação sexual em mulheres com IU, um estudo realizado em mulheres com linfedema, verificou que o uso de estratégias de *coping* como a aceitação estava associado a melhor satisfação sexual (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010).

No presente estudo, também se verificou que uma maior satisfação sexual se encontra associada a uma menor utilização da religião, expressão de sentimentos, autculpabilização, desinvestimento comportamental, negação e autodistração como estratégias de *coping* para lidar com a IU. De acordo com Murnen, Perot, e Byrne (1989), de uma forma geral, as estratégias passivas dificultam o *coping* adaptativo face à atividade sexual das mulheres.

Os resultados também revelaram que uma maior satisfação sexual está associada a menor morbidade psicológica, ou seja, a menor sintomatologia ansiosa e depressiva. Segundo Silva (2008), além das alterações fisiológicas, as consequências da IU, como o impacto emocional e a diminuição da autoestima podem afetar a satisfação sexual. Não só os sintomas de perda de urina, mas também a angústia, o constrangimento e a baixa autoestima podem contribuir para a insatisfação sexual (Xu et al., 2011).

Também se verificou que maior sintomatologia ansiosa encontra-se associada a maior utilização da expressão de sentimentos, autculpabilização, desinvestimento comportamental, negação e

autodistração como estratégias para lidar com a IU. Parte destes resultados são justificados por Carver e colaboradores (1989) que verificaram que a negação e a expressão de sentimentos encontravam-se positivamente associados à ansiedade traço, i.e., os indivíduos mais ansiosos que já se confrontaram com situações difíceis e de stresse nas suas vidas utilizavam a negação e o desinvestimento comportamental como estratégias para lidarem com os problemas. A autculpabilização conduz ao aumento da ansiedade e de sintomas de psicopatologia em jovens adultos (Garnefski, Legerstee, Kraaij, Kommer, & Teersds, 2002). Por outro lado, verificou-se que menor ansiedade está associada a uma maior aceitação da IU e uso do humor, o que indica que o humor acerca da IU e a aceitação da mesma são estratégias de *coping* eficazes na diminuição da ansiedade nas mulheres do presente estudo. As pessoas com elevado sentido de humor apresentam menor ansiedade, maior propensão para reavaliação positiva e utilização de estratégias de resolução de problemas quando comparadas com as que não utilizam o humor como estratégia de *coping* (Abel, 2002). Já a aceitação, encontra-se negativamente associada à ansiedade (Carver et al., 1989). Os dados evidenciaram que maior sintomatologia depressiva encontra-se associada a uma maior utilização das seguintes estratégias de *coping*: expressão de sentimentos, autculpabilização, desinvestimento comportamental e negação. Tal como na ansiedade, quando as pessoas se deparam com o descontrolo da perda de urina tornam-se cada vez mais passivas na forma como lidam com a IU, e experienciam sintomas depressivos (Folkman et al., 1986). O estudo de Allman e colaboradores (2009) confirma o resultado do presente estudo na medida em que a negação e o desinvestimento comportamental estavam associados a maior sintomatologia depressiva. Ainda, a autculpabilização também foi associada à depressão, (Klein et al., 2007). Como foi referido na sintomatologia ansiosa, a expressão de sentimentos poderá causar angústia (Carver et al., 1989), e posteriormente poderá conduzir a quadros de sintomatologia depressiva. Também se verificou que menor sintomatologia depressiva está associada a elevados níveis de reinterpretação positiva, aceitação e humor face à IU. Deste modo, estas estratégias usadas pelas mulheres do presente estudo são adaptativas no sentido em que conduzem a menor sintomatologia depressiva por aceitarem e conviverem de modo favorável com a IU (Allman et al., 2009; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Hipótese 2- Espera-se diferenças significativas na qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e coping em função da severidade dos sintomas de perda de urina.

O presente estudo verificou que as mulheres com maior qualidade de vida consideram os seus sintomas de perda de urina como leves em comparação com as que consideraram como moderados/graves. Por conseguinte, as mulheres que consideram os seus sintomas de perda de urina como moderados, quando comparadas com as que consideram como graves, apresentam maior qualidade de vida. Estes resultados são confirmados pelo estudo de Papanicolaou e colaboradores (2005), que apurou que um impacto negativo na qualidade de vida estava associado a maior severidade dos sintomas de IU, sendo que as mulheres que relataram os sintomas como moderado/grave apresentavam valores mais elevados no impacto do que as que consideraram os seus sintomas como

leves. As pessoas com IU grave terão um maior comprometimento da qualidade de vida (Di Gangi Herms, Pinggera, de Jonge, Strasser, & Söllner, 2003), o que significa que a severidade da perda de urina está diretamente relacionada com a diminuição da qualidade de vida (Minassian et al., 2003). Maior severidade e incómodo dos sintomas da IU estão associados a um efeito negativo na atividade física, confiança, autopercepção e atividades sociais (Papanicolaou et al., 2005), o que poderá implicar uma diminuição da qualidade de vida.

Também se verificou que as mulheres que consideram os seus sintomas de perda de urina como leves apresentam maior satisfação sexual do que as que consideram como graves. De acordo com Nygaard e Milburn (1995), as mulheres que percecionam a IU como moderada relataram maior perda de urina durante a atividade sexual. Norton e Brubaker (2006) referiram que as mulheres são mais apreensivas em relação à atividade sexual devido à imprevisibilidade dos sintomas, uma vez que estas temem a frequência de perda incontrolável de urina durante o ato sexual.

Relativamente às estratégias de *coping*, os dados revelaram que as mulheres que consideram os sintomas de IU como graves praticam mais atividades religiosas em comparação com as que consideram os sintomas como leves, assim como as mulheres que mais se auto culpabilizam por terem IU consideram os sintomas de perda de urina como graves quando comparadas com as que consideram os sintomas como leves. A literatura é escassa nesta área, no entanto o estudo de Koenig, Larson, e Larson (2001) concluiu que muitas pessoas quando estão doentes fisicamente dependem fortemente de crenças e práticas religiosas para aliviar o stresse, manter autocontrolo e a esperança, o que as ajuda a lidar melhor com o problema de saúde. Também se verificou que as mulheres que consideram os sintomas como graves utilizam mais como estratégia de *coping* de expressão de sentimentos do que as que consideram os sintomas de perda de urina como moderados. Sendo assim, depreende-se que a percepção de gravidade conduz a uma acentuação dos sentimentos de angústia, de irritabilidade e de incontrolabilidade, havendo uma maior necessidade de expressão das emoções. Por conseguinte, as mulheres que consideram os sintomas de perda de urina como graves utilizam mais a negação como estilo de *coping* quando comparadas com as mulheres que consideram os sintomas de perda de urina como moderados e leves. A literatura contradiz este resultado na medida em que as mulheres só desvalorizam o sintoma quando o incómodo causado pela IU é pequeno (Higa & Lopes, 2007). Contudo, num estudo, realizado com pacientes preparados para realizar cirurgia, verificou-se que a negação foi utilizada como forma de diminuir a angústia e de lidar melhor com situações geradoras de stresse, e foi associada a melhor recuperação (Wilson, 1981). Por fim, os resultados verificaram que as mulheres que consideram os sintomas de perda de urina como graves utilizam mais estratégias de autodistração do que as que consideram os sintomas como leves/moderados. De acordo com Carver e colaboradores (1989), os indivíduos apoiam-se em diferentes atividades para se distraírem do stressor que está a interferir com o bem-estar. Assim, as mulheres com IU grave refugiam-se noutras atividades prazerosas para pensarem menos na perda de urina e no seu impacto.

Hipótese 3- Espera-se diferenças significativas na qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping* em função do tipo de IU.

No presente estudo verificou-se que as mulheres com IUE utilizam como estratégias o *coping* ativo, enquanto as mulheres com IUU utilizam o desinvestimento comportamental. Embora haja pouca literatura para confirmar estes resultados, uma possível justificação prende-se com o fato de a IUE, quando comparada com outros tipos de IU, estar associada a um menor número de problemas e sobretudo ao evitamento de exercícios físicos que impliquem esforço, ao invés de estar relacionada com o medo de não chegar a tempo à casa de banho (Lagro-Janssen et al., 1992). Portanto, uma vez que a maioria das pessoas é mais capaz de lidar com os problemas relacionados com a IUE por a perda de urina ser previsível e ser em menor quantidade, estas podem usar estratégias para melhorarem a frequência e a quantidade de perda de urina (Coyne et al., 2008).

Hipótese 4- Espera-se que a idade, o tipo de IU, a morbidade psicológica e a satisfação sexual sejam preditores significativos da qualidade de vida.

A sexualidade tem um papel vital na vida, e os problemas sexuais no feminino afetam a qualidade de vida de muitas mulheres (Xu et al., 2011). No presente estudo, os resultados verificaram que as mulheres com IU mais satisfeitas com a sua relação sexual apresentam maior qualidade de vida. De facto, os problemas sexuais têm um impacto significativo na saúde e interfere com a qualidade de vida de muitas mulheres (Kim et al., 2005). Tal como se verifica na 1ª hipótese a perda de urina quando ocorre durante o ato sexual pode conduzir à desarmonia do casal, ao evitamento da atividade sexual, ao constrangimento e à vergonha, prejudicando, assim a qualidade de vida (Meade-D´Alisera et al., 2001; Vella & Cardozo, 2005).

Os dados também revelaram que as mulheres com IUE apresentam maior qualidade de vida. A literatura vai ao encontro deste resultado, visto que a IUE, quando comparada com a IUU, não afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres (Vaart et al., 2002). A IUE é preditora da qualidade de vida uma vez que este tipo de IU é previsível, i.e., as mulheres têm conhecimento das atividades que poderão desencadear a perda de urina arranjando alternativas (Coyne et al, 2008).

Hipótese 5- Espera-se que as estratégias de *coping* negação, autodistração, autoculpabilização, expressão de sentimentos e religião sejam preditores significativos da qualidade de vida.

Os resultados revelaram que menor uso da negação, autodistração e religião são preditores da qualidade de vida. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), a negação, ou seja, a rejeição da realidade, pode prejudicar a saúde das pessoas ao impedir a adaptação a determinada doença. Um estudo realizado com mulheres com VIH positivo verificou que o uso da negação como estratégia de *coping* face ao problema de saúde estava associado a menor qualidade de vida (Weaver et al., 2004). A autodistração, ou seja, quando as pessoas tentam não pensar na IU, também pode conduzir a uma resposta não adaptativa à doença (Van den Akker, 2005). Num estudo com doentes com fibrose cística, constatou-se que elevada distração encontrava-se associada a pior qualidade de vida (Abbott et al., 2008). O estudo de Pargament e colaboradores (1998) revelou, numa amostra não clinica, que o *coping*

religioso negativo, i.e., uma visão pessimista do mundo e desconforto espiritual, estava associado a menor qualidade de vida e bem-estar.

2. Análises Exploratórias

Relação entre idade, qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

Os resultados indicaram que uma idade mais jovem está associada a maior satisfação sexual, maior utilização da religião, da reinterpretação positiva e do humor pelas mulheres para lidarem com a IU, o que pode revelar interesse destas mulheres numa visão positiva e no uso de humor face à perda de urina, e numa procura sucessiva de se satisfazerem sexualmente. Estes resultados foram ao encontro da literatura, uma vez que, de acordo com o estudo de Haavio-Mannila e Kontula (1997), a idade jovem encontra-se associada a maior satisfação sexual. Ainda, Svebak, Martin & Holmen (2006) verificaram que o uso do humor diminui com a idade. Por outro lado, ter mais idade está associado à prática religiosa como forma de lidar com a IU, o que conota que as mulheres mais velhas procuram conforto nas atividades religiosas face ao descontentamento com a realidade de perda de urina. O estudo de Trentini, Silva, e Hammerschidt (2005) aponta para a importância do uso da religião como estratégia de *coping* mais usada em pessoas mais velhas.

Influência da escolaridade ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

No presente estudo, as mulheres que possuem ensino universitário apresentam maior satisfação sexual do que as que concluíram o ensino primário. Este resultado vai ao encontro do estudo de Haavio-Mannila e Kontula (1997) que verificou que maior escolaridade estava associada a maior satisfação sexual. Tal pode dever-se ao fato de as mulheres com ensino primário não procurarem ou não terem acesso a informação que as possa ajudar no conhecimento acerca da sexualidade, do impacto da IU na satisfação sexual e quais as estratégias para contornarem as consequências negativas da perda de urina. Por fim, as mulheres que concluíram o ensino primário e o ensino básico apresentam como estilo de *coping* a religião para enfrentar a IU em comparação com as mulheres com o ensino universitário. Este resultado é em parte confirmado pelo estudo de Leite, Amorim, Castro, e Primo (2012) que verificou que as mulheres sem escolaridade enfrentam mais os problemas através das práticas religiosas, embora este estudo tenha sido realizado com mulheres com cancro. Assim, estudos futuros deveriam aprofundar a influência da escolaridade na IU.

Influência da quantidade de perda de urina ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

Os resultados revelaram que as mulheres que perdem apenas uma gota de urina ou menos e que perdem às vezes um fio apresentam melhor qualidade de vida do que as que perdem tanta urina que molham sensivelmente a proteção e as roupas ou até que vazam ou encharcam a proteção. A literatura vai ao encontro deste resultado verificando que as mulheres que perdem grande quantidade de urina apresentam maior impacto psicossocial (Dugan et al., 1998; Fultz & Herzog, 2001).

Também se verificou que as mulheres com menor satisfação sexual são as que perdem urina que molha a proteção e as roupas em comparação com as mulheres que perdem apenas uma gota ou um fio de urina. As perdas de urina também podem ocorrer durante a penetração ou orgasmo (Karlovsky, 2009), o que pode levar à falta de libido, perda da autoestima (Norton & Brubaker, 2006; Sen et al., 2007) relutância, medo da reação do parceiro sexual e, muitas mulheres tornam-se obcecadas pelo medo de não cheirar bem (Anders, 2000).

No presente estudo verificou-se que as mulheres que perdem tanta urina, que molham sensivelmente a proteção e as roupas, utilizam mais a negação como estratégia para lidar com a IU em comparação com as mulheres que perdem às vezes um fio de urina. Algumas mulheres com IU não falam nem desvendam a problemática por vergonha, constrangimento ou até por acharem um processo natural (Auge et al., 2006). Quando a quantidade de perda de urina é maior a IU ainda se torna mais estigmatizante devido à falta de autocontrolo (Peake & Manderson, 2003).

Também as mulheres que perdem muita urina procuram distraírem-se mais em relação à IU do que as mulheres que perdem apenas uma gota ou um fio de urina. As mulheres com IU evitam encontros sociais e familiares pelo medo e vergonha de perderem urina perante os outros (Meade-D'Alisera et al., 2001). De facto, depois de situações de constrangimento e de angústia, após uma grande quantidade de perda de urina, é importante reduzir a tensão associada ao medo de voltar a perder urina, e para isso é fundamental não focarem o pensamento na situação embaraçosa que vivenciaram.

Influência da frequência da perda de urina ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

Os dados do presente estudo revelaram que as mulheres que perdem urina uma vez por semana ou menos têm melhor qualidade de vida em comparação com as mulheres que perdem todos os dias. Quando a frequência é maior há uma crescente preocupação com a disponibilidade e a proximidade de casas de banho, constrangimento com o odor de urina e com a sensação de molhado e de sujidade, limitação e evitamento de atividades físicas, doméstica e diárias pelo incomodo e cansaço de estarem sempre a perder urina, e a trocar a proteção ou as roupas quando se molham (Auge et al, 2006), podendo conduzir, assim, a uma diminuição da qualidade de vida. De acordo com Møller e colaboradores (2000), as mulheres que relataram perda de urina semanalmente ao invés de só às vezes aumentaram os níveis de incómodo.

Também se verificou que as mulheres que perdem urina todos os dias utilizam mais estratégias de autodistração quando comparadas com as mulheres que perdem urina uma vez por semana ou menos. Este resultado é natural pois a distração como estratégia de *coping* na doença crónica quando comparado com a doença aguda é um mecanismo adaptativo (Endler, Kocovski, & Macrodimitris, 2001). Assim, as mulheres com perda de urina diária realizam outras atividades para se abstraírem da IU e das suas consequências.

Influência da realização de cirurgia versus não realização da cirurgia ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

O resultado do presente estudo não vai ao encontro da literatura, verificando que as mulheres que não realizaram a cirurgia para controlar a IU apresentam melhor qualidade de vida. De acordo com a literatura, o comprometimento durante a atividade física, atividades domésticas e profissionais, tornam-se menos relevantes ou desvanecem-se nas mulheres submetidas a cirurgia para controlar a IU (Auge et al., 2006), apresentando melhor qualidade de vida (Helström & Nilsson, 2005; Norton, 1982). No presente estudo, as mulheres submetidas a cirurgia apresentam pior qualidade de vida. De facto, as mulheres após a cirurgia podem continuar a ter os mesmos sintomas de perda de urina que anteriormente, pois a cirurgia nem sempre resolve o problema (Vella & Cardozo, 2005).

Quanto à satisfação sexual, os dados demonstraram que as mulheres que não realizaram a cirurgia para controlar a IU apresentam maior satisfação sexual. A literatura é contraditória, dado que várias mulheres relataram diminuição na satisfação sexual após a cirurgia (Lemack & Zimmern, 2000) e existem estudos que referem que a cirurgia para a IUE encontra-se associada a melhor satisfação sexual (Xu, Song, & Huang, 2011). Segundo o estudo de Helström e Nilsson (2005), após um ano da cirurgia para a IU, as mulheres não tiveram melhoria na sexualidade, aliás, a função sexual e a dispareunia podem piorar.

Também se verificou que as mulheres que realizaram cirurgia para controlar a IU apresentam como estratégias de *coping* o uso da religião e negação. De acordo com Rippentrop, Altmaier, Chen, Found, e Keffala (2005), as pessoas com pior saúde física envolvem-se mais em atividades religiosas, como orar e meditar, como forma de lidar com a saúde debilitada. Por outro lado, um estudo realizado com mulheres de cancro da mama submetidas a cirurgia verificou que a negação prediz significativamente os medos e preocupações sobre a saúde futura (Wade, Nehmy, & Koczwara, 2005).

Influência do uso de proteção para a perda de urina ao nível da qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e *coping*.

Os resultados revelaram que as mulheres que nunca usam proteção para a perda de urina apresentam maior qualidade de vida do que as que usam sempre. Assim, quando as mulheres usam proteção, sentem-se incomodadas, podem não se sentirem atraentes, sobretudo quando usam durante a noite (Shaw, 2002). O uso de absorventes conduz à alteração a imagem corporal e, além disso, a urina na proteção provoca desconforto, e alterações fisiológicas na pele, como alergia, dor, ardência e fissuras (Azevedo, 2004). De acordo com Swithinbank e colaboradores (1999), a IU conduz ao evitamento social e constitui um problema de higiene e social quando as mulheres precisam mudar de roupa interior com regularidade ou usar proteção para a perda de urina.

V. Conclusões e Implicações Futuras

1. Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações. A amostra é reduzida não permitindo a generalização dos resultados e, além disso, foi recolhida apenas no Hospital de Braga, sendo pouco representativa da população geral. No instrumento *brief COPE* duas subescalas, devido à baixa consistência interna, não foram incluídas no teste de hipóteses. Os instrumentos utilizados foram de autorrelato, sendo suscetíveis a desejabilidade social.

2. Conclusões e Implicações Futuras

Os resultados do presente estudo revelaram o impacto da IU na morbidade psicológica, na satisfação sexual e na qualidade de vida, e a importância das estratégias de *coping* na adaptação a esta problemática, e permitiram concluir que uma melhor qualidade de vida em mulheres com IU encontra-se associada a menor morbidade psicológica, maior satisfação sexual, maior aceitação, e menor autodistração, negação, autculpabilização, desinvestimento comportamental, expressão de sentimentos e religião como estratégias de *coping*. Ainda, concluiu-se que mulheres com IUE, com maior satisfação sexual e menor uso da negação, autodistração e religião como estratégias de *coping* face à IU apresentam maior qualidade de vida.

Assim, seria importante desenvolver estratégias de promoção da saúde, nomeadamente sensibilizar a população para os fatores de risco, sintomas e tratamento da IU, numa vertente preventiva e remediativa, e também as mulheres com IU que utilizam estratégias de *coping* não adaptativas, como a negação da realidade e a não procura de ajuda. Para colmatar o não ajustamento à IU, seria necessário a realização de intervenções em grupo, com a integração de vários profissionais, tais como médico, fisioterapeuta e psicólogo, no sentido de educar e dar informação e competências no lidar eficazmente com a IU, e permitir a partilha de experiências, apoio emocional e a quebra do estigma atribuído à perda de urina e de controlo. Assim, pretende-se melhorar a qualidade de vida das mulheres com IU, bem como sintomatologia psicológica associada, uma vez que estas variáveis, além de interferirem com o bem-estar físico, mental e social, podem influenciar o prognóstico.

Sugere-se, ainda, investigações futuras para avaliar, numa amostra maior e de diversas regiões do país, o impacto do apoio emocional e imagem corporal na qualidade de vida e satisfação sexual destas mulheres. Seria também pertinente, avaliar a qualidade de vida, a satisfação sexual, a morbidade psicológica e o *coping* em função do tipo de tratamento para a IU: diferentes tratamentos comportamentais (modificação comportamental, reabilitação do músculo pélvico) versus cirurgia e tratamento farmacológico. Por fim, seria importante conhecer o impacto da IU na atividade profissional e na atividade física, particularmente em mulheres jovens.

VI. Referências

Abbott, J., Hart, A., Morton, A., Gee, L., & Conway, S. (2008). Health-related quality of life in adults with cystic fibrosis: the role of coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 149-157.

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor, 15*(4), 365-381.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U.,...Wein, A. (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Neurourology and Urodynamics, 21*(2), 167-178.
- Alegre, F. C., Souza, C. B., & Mazzei, R. L. (2010). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia, 56*(3), 341-351.
- Allman, E., Berry, D., & Nasir, L. (2009). Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing, 24*(2), 106-117.
- Altman, D., Granath, F., Cnattingius, S., & Falconer, C. (2007). Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. *The Lancet, 370*(9597), 1494-1499.
- Anders, K. (2000). Coping strategies for women with urinary incontinence. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 14*(2), 355-361.
- Aslan, G., Köseoğlu, H., Sadik, Ö., Gimen, S., Cihan, A., & Esen, A. (2005). Sexual function in women with urinary incontinence. *International Journal of Impotence Research, 17*(3), 248-251.
- Auge, A. P., Zucchi, C. M., Costa, F. M. P., Nunes, K., Cunha, L. P. M., Silva, P. V. F., & Ramos, T. U. (2006). Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 28*(6), 352-357.
- Azevedo, A. A. (2004). *Incontinência urinária: impacto no feminino*. Coimbra: Formasau.
- Barber, M. D., Visco, A. G., Wyman, J., Fantl, J., & Bump, R. C. (2002). Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapsed. *Obstetrics & Gynecology, 99*(2), 281-289.
- Barbosa, J. M. M. (2006). *Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
- Bedford, A., Pauw, K., & Grant, E. (1997). The structure of the hospital anxiety and depression scale (HAD): an appraisal with normal, psychiatric and medical patient subjects. *Personality and Individually Differences, 23*(3), 473-478.
- Beiji, N. K., Ozbas, A., Aslan, E., Bilgic, D., & Erkan, H. A. (2010). Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing, 30*(6), 327-334.
- Bergmark, K., Åvall-Lundqvist, E., Dickman, P. W., Henningsohn, L., & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine, 340*(18), 1383-1389.
- Bilgic, D., Kizilkaya, B. N., Ozbas, A., Cavdar, I., Aslan, E., & Yalcin, O. (2010). The coping and help seeking behaviours for management of urinary incontinence problem. *European Urology Supplements, 9*(6), 596.

- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital anxiety and depression scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Bø, K. (2003). Is there still a place for physiotherapy in the treatment of female incontinence? *EAU Update Series*, 1(3), 145-153.
- Bogner, H. R., Gallo, J. J., Sammel, M. D., Ford, D. E., Armenian, H. K., & Eaton, W. W. (2002). Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 50(3), 489-495.
- Bombieri, L. & Freeman, R. M. (2003). Surgery for stress urinary incontinence. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 13(5), 287-293.
- Borba, A. M. C., Lelis, M. A. S., & Brêtas, A. C. P. (2008). Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 527-535.
- Brittain, K. R. & Shaw, C. (2007). The social consequences of living with and dealing with incontinence – a carers perspective. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1274-1283.
- Cappelleri, J. C., Althof, S. E., Siegel, R. L., Shpilsky, A., Bell, S. S., & Duttgupta, S. (2004). Development and validation of the self-esteem and relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 16(1), 30-38.
- Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experiences?. *British Medical Journal*, 332(7296), 1240-1243.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., Weintraub, J. K., & Scheier, M. F. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cervigni, M. & Natale, F. (1999). Surgical treatment of stress urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 85(1), 63-70.
- Chadha, G. (2006). Urinary incontinence. *Apollo Medicine*, 3(1), 48-53.
- Clark, A. L., Gregory, T., Smith, V. J., & Edwards, R. (2003). Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapsed and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(5), 1261-1267.
- Corcos, J., Beaulieu, S., Donovan, J., Naughton, M., & Gotto, M. (2002). Quality assessment in men and women with urinary incontinence. *The Journal of Urology*, 168(3), 896-905.
- Corinne, H., Staffan, N., Lars, L., & Dan, H. (2005). Long-term results with tension-free vaginal tape on mixed and stress urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(1), 38-43.
- Coyne, K. S., Sexton, C. C., Irwin, D. E., Kopp, Z. S., Kelleher, C. J., & Milsom, I. (2008). The impact of overactive bladder incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *British Journal of Urology International*, 101(11), 1388-1395.

- Coyne, K. S., Zhou, Z., Thompson, C., & Versi, E. (2003). The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *British Journal of Urology International*, 92(7), 731-735.
- Dalpia, O., Kerschbaumer, A., Mitterberger, M., Pinggera, M., Colleselli, D., Bartsch, G., & Strasser, H. (2008). Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *British Journal of Urology International*, 101(6), 717-721.
- Di Gangi Herms, A. M. R., Pinggera, G. M., de Jonge, P., Strasser, H., & Söllner, W. (2003). Assessing health care needs and clinical outcome with urological case complexity: a study using INTERMED. *Psychosomatics*, 44(3), 196-203.
- Diokno, A. C., Burgio, K., Fultz, N. H., Kinchen, K. S., Obenchain, R., & Bump, R.C. (2004). Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *American Journal Management Care*, 10(2), 69-78.
- Dugan, E., Cohen, S. J., Robinson, D., Anderson, R., Preisser, J., Suggs, P.,...McGann, P. (1998). The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition-specific predictors. *Quality of life research*, 7(4), 337-344.
- Elstad, E. A., Maserejian, N. N., McKinlay, J. B., Tennstedt, S. L. (2009). Fluid manipulation as a coping strategy among individuals with lower urinary tract symptoms: a mixed methods study. *The Journal of Urology*, 181(4), 161.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 617-625.
- Feldner-Junior, P. C., Bezerra, L. R. P. S., Girão, M. J. B. C., Castro, R. A., Sartori, M. G. F., Baracat, E. C., Lima, G. R. (2002). Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(2), 87-91.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Frick, A., Huang, A., Eeden, V., Knight, S., Creasman, J., Yang, J.,...Brown, J. (2009). Mixed urinary incontinence: greater impact on quality of life. *The Journal of Urology*, 182(2), 596-600.
- Fultz, N., Burgio, K., Diokno, A., Kinchen, K., Obenchain, R., & Bump, R. (2003). Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189(5), 1275-1282.
- Fultz, N. H. & Herzog, R. A. (2001). Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *Social and Emotional Impact of Incontinence*, 49(7), 892-899.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Kommer, T. V. D., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611.

- Gasquet, I., Lessenot, S. T., Gaudebout, P., Goux, B. B. L., Klein, P., & Haab, F. (2006). Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: a national cross-sectional survey. *European Association of Urology*, 50(4), 818-825.
- Gotoh, M. (2007). Quality of life assessment for patients with urinary incontinence. *Nagoya Journal of Medical Science*, 69(3-4), 123-131.
- Haab, F., Sananes, S., Amarenco, G., Ciofu, C., Uzan, S., Gattegno, B., & Thibault, P. (2001). Results of the tension-free vaginal tape procedure for the treatment of type II stress urinary incontinence at a minimum followup of 1 year. *The Journal of Urology*, 165(1), 159-162.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399-419.
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., & Hunskaar, S. (2002). Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. *Scandinavian Journal Primary Health Care*, 20(2), 102-107.
- Harris, S., Link, C., Tennstedt, S., Kusek, J., & McKinlay, J. (2007). Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *The Journal of Urology*, 177(2), 680-684.
- Helström, L. & Nilsson, B. (2005). Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84(1), 79-84.
- Hendrix, S. L. (2002). Urinary incontinence and menopause: an evidence-based treatment approach. *Dis Mon Journal*, 48(10), 622-636.
- Higa, R., Lopes, H. B. M., & Reis, M. J. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42(1), 187-192.
- Higa, R. & Lopes, M. (2007). Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 503-506.
- Hunskaar, S., Arnold, E. P., Burgio, K., Diokno, A. C., Herzog, A. R., & Mallett, V. T. (2000). Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 11(5), 301-319.
- Karlovsky, M. E. (2009). Female urinary incontinence during sexual intercourse (coital incontinence): a review. *The Female Patient*, 34, 32-36.
- Kelleher, C. (2000). Quality of life and urinary incontinence. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(2), 363-379.
- Kim, Y. H., Seo, J. T., & Yoon, H. (2005). The effect of overactive bladder syndrome on the sexual quality of life in Korean young and middle aged women. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), 158-163.
- Kinchen, K. S., Burgio, K., Diokno, A. C., Fultz, N. H., Bump, R., & Obenchain, R. (2003). Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *Journal of Women's Health*, 12(7), 687-698.

- Klein, D. M., Turvey, C. L., & Pies, C. J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health, 19*(1), 22–38.
- Ko, Y., Salmon, J., Lin, S., & Bron, M. (2005). The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *American Journal of Managed Care, 11*(4), 103-111.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy, 35*(3), 352-359.
- Krägeloh, C. U. (2011). A systematic review of studies using the brief COPE: religious coping in factor analyses. *Religions, 2*(3), 216-246.
- Lagro-Janssen, T., Smits, A., & Weel, C. V. (1992). Urinary incontinence in women and the effect on their lives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 10*(3), 211-216.
- Lalos, O., Berglund, A., & Lalos, A. (2001). Impact of urinary and climateric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. *Journal of Advanced Nursing, 3*(3), 316-327.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazzeri, M. & Novara, G. (2008). Urinary incontinence: ensure that the patient's voice is heard. *European Urology, 53*(6), 1125-1128.
- Lee, J. J. (2005). The impact of urinary incontinence levels on the social lives of older Chinese in Hong Kong. *Hallym International Journal of Aging, 7*(1), 63-80.
- Lemack, G. E. & Zimmern, P. E. (2000). Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. *Urology, 56*(2), 223-227.
- Liberman, J. N., Hunt, T. L., Stewart, W. F., Wein, A., Zhou, Z., Herzog, A. R.,...Diokno, A. C. (2001). Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a U.S. community-based survey. *Urology, 57*(6), 1044-1050.
- Lisicka, E., Dzigowski, P., Radziszewski, P., Borkowski, A. (2010). Anxiety, depression and quality of life in women with urinary incontinence. *European Urology, 9*(6), 623.
- Lopes, M. H. B. M. & Higa, R. (2006). Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem, 40*(1), 34-41.
- Lume, J. R. (1986). *Comportamento humano em situação artificial da vida: um trabalho de investigação em hemodiálise renal* (Dissertação de Mestrado, não publicada). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Meade-D'Alisera, P., Merriweather, T., Wentland, M., Fatal, M., & Ghafar, M. (2001). Depressive symptoms in women with urinary incontinence: a prospective study. *Urologic Nursing, 21*(6), 397-399.
- Melville, J. L., Walker, E., Katon, W., Lentz, G., Miller, J., & Fenner, D. (2002). Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 187*(1), 80–87.

- Minassian, V. A., Drutz, H. P., & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82(3), 327–338.
- Møller, L. A., Lose, G., & Jørgensen, T. (2000). The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40–60 years of age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(4), 298–305.
- Murnen, S., Perot, A., & Byrne, D. (1989). Coping with unwanted sexual activity: normative responses, situational determinants, and individual differences. *Journal of Sex Research*, 26(1), 85-106.
- Nager, C. W., FitzGerald, M., Kraus, S. R., Chai, T. C., Zyczynski, H., Sirls, L.,...Steers, W. (2009). Urodynamic measures do not predict stress continence outcomes after surgery for stress urinary incontinence in selected women. *The Journal of Urology*, 179(4), 1470-1474.
- Newman, D. K. (2001). Conservative management of urinary incontinence in women. *Primary Care Update for Obstetricians/ Gynecologists*, 8(4), 153-162.
- Nitti, V. W. (2001). The prevalence of urinary incontinence. *Reviews in Urology*, 3(1), 2-6.
- Norton, C. (1982). The effects of urinary incontinence in women. *International Rehabilitation Medicine*, 4(1), 9-14.
- Norton, P. & Brubaker, L. (2006). Urinary incontinence in women. *The Lancet*, 367(9504), 57-67.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nygaard, I. & Milburn, A. (1995). Urinary incontinence during sexual activity: prevalence in a gynecologic practice. *Journal of Women's Health*, 4(1), 83-86.
- Nygaard, I., Turvey, C., Burns, T. L., Crischilles, E., & Wallace, R. (2003). Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstetrics & Gynecology*, 101(1), 149-156.
- O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S., & Hunskaar, S. (2004). Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *European Urology*, 47(3), 385-392.
- O'Neil, B. & Gilmour, D. (2003). Approach to urinary incontinence in women: diagnosis and management by family physicians. *Canadian Family Physician*, 49(5), 611-618.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Raimundo, A. (2005a). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 191-202.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Raimundo, A. (2005b). Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3(23), 305-314.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.

- Papanicolaou, S., Hunskaar, S., Lose, G., & Sykes, D. (2005). Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *British Journal of Urology International*, 96(6), 831-838.
- Pargament, K., Koenig, H., & Perez, L. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K., Smith, B., Koenig, H., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Patrick, D. L., Martin, M. L., Bushnell, D. M., Yalcin, I., Wagner, T. H., & Buesching, D. P. (1999). Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*, 53(1), 71-76.
- Peake, S., & Manderson, L. (2003). The constraints of a normal life: The management of urinary incontinence by middle aged women. *Women & Health*, 37(3), 37-51.
- Pereira, M. G. & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal: validação do hospital anxiety and depression scale (HADS) e impact of events scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*, 2(5), 11-19.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Plaufcan, M. R., Wamboldt, F. S., & Holm, K. E. (2012). Behavioral and characterological self-blame in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 78-83.
- Raimundo, A. (2003). *Qualidade de vida, suporte social e satisfação sexual em mulheres com incontinência urinária* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., & Chen, V. W. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the black/white cancer survival study. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 940-949.
- Ricci, J. A., Baggish, J. S., Hunt, T. L., Stewart, W. F., Wein, A., Herzog, A. H., & Diokn, A. C. (2001). Coping strategies and health care-seeking behavior in a US national sample of adults with symptoms suggestive of overactive bladder. *Clinical Therapeutics*, 23(8), 1245-1259.
- Richter, H. E., Diokno, A., Kenton, K., Norton, P., Albo, M., Kraus, S.,...Tennstedt, S. (2008). Predictors of treatment failure 24 months after surgery for stress urinary incontinence. *The Journal of Urology*, 179(3), 1024-1030.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321.
- Roe, B., Doll, H., & Wilson, K. (1999). Help seeking behavior and health and social services utilization by people suffering from urinary incontinence. *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 245-253.

- Roe, B. & May, C. (1999). Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective. *Journal of advanced nursing*, 30(3), 573-579.
- Saleh, N., Bener, A., Khenyab, N., Al-Mansori, Z., & Muraikhi, A. A. (2005). Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem?. *The European Menopause Journal*, 50(1), 58-65.
- Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R. E., Briganti, A., Dehò, F., Fabbri, F.,...Montorsi, F. (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *European Urology*, 45(5), 642-648.
- Sandvik, H., Seim, A., Vanvik, A., & Hunskaar, S. (2000). A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourology and Urodynamics*, 19(2), 137-145.
- Santos, P., Mendonça, D., Alves, O., & Barbosa, A. M. (2006). Prevalência e impacte da incontinência urinária de stresse: antes e durante a gravidez. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 349-356.
- Scarpero, H. (2008). What criteria should urologists use when choosing surgery for stress urinary incontinence. *The Journal of Urology*, 180(5), 1886-1887.
- Schmidt, S., Fischer, T. W., Chren, M. M., Strauss, B. M., Elsner, P. (2001). Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. *British Journal of Dermatology*, 144(5), 1038-1043.
- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K-E., Artibani, W., Chapple, C., Drake, M.,...Thüroff, J. (2010, abril). *Guidelines on Urinary Incontinence*. European Association of Urology. Retirado de <http://www.uroweb.org/gls/pdf/Urinary%20Incontinence%202010.pdf>
- Sen, I., Onaran, M., Tan, M. O., Acar, C., Camtosun, A., Sozen, S., & Bozkirli, I. (2007). Evaluation of sexual function in women with overactive bladder syndrome. *Urologia Internationalis*, 78(2), 112-115.
- Sengezer, T., Sunay, D., Yildirim, U., & Sunay, M. (2010). Awareness, knowledge and help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: primary results of a multicentric study. *European Urology Supplements*, 9(6), 567.
- Serviço de Higiene e Epidemiologia (2008, março). *Prevalência e tratamento de incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Retirado de http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/content_files/cms/pdf/pdf_90e1357833654983612fb05e3ec9148c.pdf
- Shaw, C. (2002). A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *European Urology*, 42(5), 432-440.
- Shaw, C., Tansey, R., Jackson, C., Hyde, C., & Allan, R. (2001). Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family Practice*, 18(1), 48-52.

- Silva, M. J. E. (2008). *Satisfação Sexual e Auto-Conceito na Mulher com Incontinência Urinária* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), 1-4.
- Stach-Lempinen, B. S. S., Hakala, A. L., Laippala, P., Lehtinen, K., Metsanoja, R., & Kujansuu, E. (2003). Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourology and Urodynamics*, 22(6), 563-568.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, ... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stoddart, H., Donovan, J., Whitley, E., Sharp, D., & Harvey, I. (2001). Urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem? *British Journal of General Practice*, 51(468), 548-554.
- Subak, L. L., Johnson, C., Whitcomb, E., Boban, D., Saxton, J., & Brown, J. S. (2002). Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *International Urogynecology Journal*, 13(1), 40-43.
- Svebak, S., Martin, R. A., & Jostein, H. (2006). The prevalence of sense of humor in a large, unselected county population in Norway: relations with age, sex, and some health indicators. *Humor*, 17(1-2), 121-134.
- Swithinbank, L. V., Donovan, J. L., Heaume, J. C. D., Rogers, C. A., James, M. C., Yang, Q., & Abrams, P. (1999). Urinary symptoms and incontinence in women relationships between occurrence, age, and perceived impact. *British Journal of General Practise*, 49 (448), 879-900.
- Taylor, J. L., Smith, P. J., Babyak, M. A., Barbour, K. A., Hoffman, B. M., Sebring, D. L., ... Blumenthal, J. A. (2008). Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 71-79.
- Temml, C., Haidinger, G., Schmidbauer, J., Schatzl, G., & Madersbacher, S. (2000). Urinary Incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourology and Urodynamics*, 19(3), 259-271.
- The WHOQOL Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Tsivian, A., Mogutin, B., Kessler, O., Korczak, D., Levin, S., & Sidi, A. A. (2004). Tension-free vaginal tape procedure for the treatment of female stress urinary incontinence: long-term results. *The Journal of Urology*, 172(3), 998-1000.

- Urwitz-Lane, R. & Özel, B. (2006). Sexual function in women with urodynamic stress incontinence, detrusor overactivity, and mixed urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(6), 1758-1761.
- Vaart, V. D., Leeuw, D., Roovers, & Heintz (2002). The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *British Journal of Urology International*, 90(6), 544-549.
- Van den Akker, O. B. A. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and Counseling*, 57(2), 183-189.
- Vella, M. & Cardozo, L. (2005). Incontinence during sexual intercourse. *Women's Health Medicine*, 2(6), 42-43.
- Vigod, S. N. & Stewart, D. E. (2006). Major depression in female urinary incontinence. *Psychosomatics*, 47(2), 147-151.
- Viktrup, L., & Lose, G. (2001). The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185(1), 82-87.
- Virkud, A. (2011). Management of stress urinary incontinence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), 205-216.
- Wade, T. D., Nehmy, T., & Koczwara, B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 14(6), 503-509.
- Wagner, T. H., Patrick, D. L., Bavendam, T. G., Martin, M. L., & Buesching, D. P. (1996). Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*, 47(1), 67-72.
- Watson, A. J. S., Currie, I., Curran, S., & Jarvis, G. J. (2000). A prospective study examining the association between the symptoms of anxiety and depression and severity of urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 88, 7-9.
- Weaver, K. E., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Durán, R. E. F., Penedo, F., Fernandez, M., I.,...Schneiderman, N. (2004). Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life HIV-positive women on highly active antiretroviral therapy. *AIDS and behavior*, 8, 175-183.
- Wilson, J. F. (1981). Behavioral preparation for surgery: benefit or harm? *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 79-102.
- Wyman, J. F. (1994). The psychiatric and emotional impact of female pelvic floor dysfunction. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 6(4), 336-339.
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E.H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31-39.
- Xu, Y., Song, Y., & Huang, H. (2011). Impact of the tension-free vaginal tape obturator procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112(2), 187-189.
- Yip, S. K. & Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 321-329.