

Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária

J. PAIS RIBEIRO (*)
A. RAIMUNDO (*)

A Incontinência Urinária (IU) é um problema comum entre as mulheres de todas as idades, com referências de prevalência estimada, em diversos países, que variam entre 10% e 30% para as mulheres entre os 15 e 64 anos (Krause, Wells, Hughes, Brink & Mayer, 2003), os 14 e 71,5% entre os 40 e 60 anos (van der Vaart, de Leeuw, Roovers & Heintz, 2002), os 20 e 45% acima da meia idade (Stach-Lempinen, Kujanson, Laippala & Metsanoja, 2001), 26 a 31% para todas as idades (Hagglund, Walker-Engstrom, Larson & Leppert, 2001), 8 a 51% (O'Connor, Johannesson, Hass & Kobelt-Nguyen, 1998), ou os 5 a 35% em idosos (Dugan et al., 1998). Apesar da variabilidade destes dados reconhece-se que é um problema relativamente comum e desagradável.

A declaração de consenso do National Institute of Health dos Estados Unidos da América de 1988 (NIH Consensus Statement, 1988) explica que a IU é a perda involuntária de urina, tão grave, que tem consequências sociais e/ou higiénicas, que constitui um problema clínico major, e que constitui uma causa significativa de incapacidade e dependência.

É um sintoma e não uma doença, explica a declaração.

A investigação mostra que a perda accidental de urina tem um impacto negativo no dia a dia das mulheres, nas relações sociais e no bem estar (Dugan et al., 1998). Dado o efeito negativo no estilo de vida da mulher e dos seus cuidadores, a IU é associada a baixa qualidade de vida e com impactos negativos na vida sexual (Berglund & Fugl-Meyer, 1996; Lalos, Berglund & Lalos, 2001). O seu tratamento, seja mais agressivo (Lalos, 2001), ou menos agressivo (Bø, Talset & Vinsnes, 2000) melhora a qualidade de vida.

Apesar de tudo os estudos sobre o impacto da relação entre vida sexual e IU são reduzidos.

O objectivo do presente estudo é estudar a relação entre a IU, a percepção de saúde e a satisfação sexual.

MÉTODO

Participantes

Participaram 93 mulheres com IU, que constituem uma amostra de conveniência. As condições de inclusão no estudo eram as seguintes: Mulheres adultas; diagnóstico de IU; com capacidade para ler e escrever e sem doença mental; sem

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

QUADRO 1
Características demográficas e da IU

	%	M; DP	Min-Máx
Idade		60,15; 9,91	35-81
Escolaridade		4,47; 3,43	0-17
Estado civil			
Casada/união de facto	74,2		
Sem Companheiro (solteiras, divorciadas, viúvas)	25,8		
Número de filhos		Moda=2	0-10
Número de gravidezes		Moda=2	0-23
Vida sexual activa			
Sim	85,1		
Não	41,9		
Frequência das relações sexuais			
Mais 1 vez/semana	12,9		
1 vez/semana	17,2		
2 vezes/mês	15,1		
1 vez/mês	6,5		
Menos 1 vez/mês	4,3		
n/respondeu	2,2		
Sem vida sexual	41,9		
Duração da IU (em anos)		6,75; 6,98	0,33- 35
Frequência de episódios			
< 2 vezes mês	5,4		
> 2 vezes mês	94,6		
Percepção do grau de IU			
Mínimo	10,8		
Leve	3,2		
Moderado	48,4		
Grave	37,6		

intervenção cirúrgica para UI. No Quadro 1 apresentam-se as características demográficas e da UI das participantes.

Material

Recorreu-se a um questionário que incluía as seguintes partes:

Questionário demográfico: que incluía questões relacionadas com idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, número de gravidezes, vida sexual (sim/não, e frequência).

Questionário sobre sintomas de IU: que incluía

questões sobre: duração da IU, frequência de episódios.

Questionário de percepção do estado de saúde: recorreu-se ao SF-8, uma forma reduzida do SF-36 (Pais-Ribeiro, 2004). O SF-36 foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski, e Gandek (1993), tendo este grupo desenvolvido posteriormente duas versões mais reduzidas, o SF-12 e o SF-8. O acrónimo SF significa forma reduzida (*short-form*), e o número corresponde ao número de itens do questionário. O questionário utilizado inclui, portanto, oito itens que definem dois componentes, um Componente Físico e um Componente Mental,

com quatro itens cada. Cada componente fornece uma nota entre “0” e “100” em que 100 expressa melhor percepção de saúde. A resposta ao questionário é ordinal e varia entre duas e seis alternativas. A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach para os componentes é de 0,71 para o Componente Físico e 0,72 para o Componente Mental (Pais Ribeiro, 2004). Estas versões de questionários de avaliação da percepção de saúde desenvolvidos pelo grupo de John Ware são dos instrumentos mais utilizados na avaliação da qualidade de vida.

Questionário de satisfação com o relacionamento sexual: com o nome original *self-esteem and relationship questionnaire*, conhecido pelo acrónimo SEAR *questionnaire* (Cappelleri et al., 2002). Inclui 14 itens na versão original (13 na versão adaptada para Português; Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004), distribuídos por duas dimensões ou domínios. Domínio das relações sexuais e domínio da confiança. O domínio da confiança, por sua vez inclui duas dimensões: auto-estima e relacionamento em geral. O domínio das relações sexuais avalia a satisfação e a confiança em iniciar e manter relações sexuais. O domínio da confiança avalia a apreciação pessoal e a satisfação com a relação com o companheiro. É uma escala desenvolvida para homens para avaliar a disfunção eréctil e é neste contexto que tem sido utilizada. Na adaptação aqui utilizada só uma palavra foi mudada na totalidade do questionário (homem por mulher). A inspeção da validade de conteúdo mos-

tra uma adequação total com o construto que estuda em mulheres.

Cada item é uma afirmação em que a resposta é dada numa escala ordinal de cinco posições. A investigação mostra que este questionário é sensível ao tratamento (Althof et al., 2003). A Análise de Componentes Principais confirmatória, mostra que a distribuição de itens pelas dimensões está de acordo com a versão original, com excepção de um item que foi retirado (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2004). O estudo da versão portuguesa exhibe os valores de consistência interna mostrados no Quadro 2.

Os valores da consistência interna são substanciais com valores de correlação item escala a que pertence, corrigidas para sobreposição, a variar entre 0,53 e 0,87 com os valores predominantemente na casa dos 0,80 para a dimensão “Relações Sexuais”, 0,50 a 0,81 para a dimensão “Auto-estima”, e 0,59 para a dimensão “Relacionamento em Geral”.

Questionário de avaliação do incómodo causado pela IU: O *urogenital Distress Inventory* (UDI) (Dugan et al., 1998) foi desenvolvido especificamente para avaliar o grau de incómodo (*distress*) provocado por sintomas de IU em mulheres. Consiste numa lista de seis sintomas onde a respondente assinala se tem esse sintoma e, se sim, qual o grau de incómodo que ele provoca, assinalado numa escala ordinal de quatro posições entre “nenhum incómodo” até “grande incómodo”. A nota total da escala varia entre “0” se os sintomas não causam incómodo e “18” se os sintomas cau-

QUADRO 2
Dados da Consistência interna da SEAR

Dimensão	Número de itens	Item tipo	Alfa de Cronbach
Relações sexuais	7	“Senti-me confiante no desempenho sexual”	0,92
Auto-estima	4	“Senti-me uma mulher completa”	0,83
Relacionamento em geral	2	“Eu estou satisfeita com a nossa relação em geral”	0,73
Confiança (auto-estima + relacionamento em geral)	6		0,85
Escala total	13		0,90

sam grande incómodo. A consistência interna calculada com o Alfa de Cronbach mostra um valor de 0,73.

Percepção geral do grau ou da gravidade da IU: avaliado com um item em que se questiona “considera o grau de incontinência urinária: mínimo, leve, moderado, grave”. Dado que a investigação questiona sobre o modo mais adequado de medir a gravidade da IU, ou como reconhecem Krause et al. (2003) que não há consenso sobre como medir IU leve, moderada ou grave, e que “uma medida objectiva pode ser menos importante que a percepção subjectiva da mulher da gravidade da IU” (p. 54), decidimos incluir os dois modos de avaliação e compará-los.

Procedimento

Os resultados foram recolhidos por uma psicóloga com experiência em consultas de uroginecologia e fisioterapia de cinco instituições de saúde da cidade de Lisboa, depois de cumpridas as exigências éticas, de acordo com a Declaração de Helsínquia e as regras das diversas instituições.

RESULTADOS

Número de sintomas e percepção do grau de gravidade da IU

Para responder à questão sobre qual o melhor modo de avaliar a gravidade da IU, procedemos à comparação das duas medidas: a que é recolhida com o UDI e que descreve o incómodo ou *distress* provocado pelos sintomas de IU e a escala de percepção da gravidade da IU.

Os resultados da UDI mostram a existência de

impacto dos sintomas em todos os participantes. 58,1% das participantes tinham todos os sintomas. A nota que espelha o incómodo da IU variava entre um e 18, como uma média de 11,72. O Quadro 3 mostra os resultados globais da UDI.

Os resultados mostram que a média e a mediana da nota do impacto dos sintomas está mais próximo dos valores máximos do que dos valores mínimos.

Comparando a nota do UDI com a percepção do grau de gravidade verifica-se que o valor da correlação é moderado ($r(93)=0,41$), o que significa que a proporção da variância de uma variável explicada pela outra variável é baixo. Ou seja estes duas variáveis que era suposto basearem-se no mesmo conteúdo, de facto não o fazem.

Por outro lado quando inspeccionamos o valor da correlação das variáveis “gravidade ou grau de IU percebido” e “sintomas de *distress* provocados pela IU”, com as dimensões da variável “satisfação sexual” observam-se valores muito semelhantes, e somente o resultado total da escala de satisfação sexual exhibe correlação estatisticamente significativa, como mostra o Quadro 4.

Inspeccionando a correlação entre a frequência de episódios de IU e quer a gravidade percebida, quer os sintomas verifica-se que a gravidade percebida exhibe uma correlação de $r=0,40$ com a frequência de episódios de IU, e não há correlação estatisticamente significativa entre a UDI e a frequência de episódios. Do mesmo modo a variável há quanto tempo tem IU não mostra correlação com quer a gravidade ou grau percebido e a UDI. Estes resultados apontam para que a percepção de gravidade parece ser influenciada pela frequência de episódios e não pelo impacto dos sintomas.

Inspeccionando os resultados do UDI consoante o grau de gravidade percebido verifica-se que há uma evolução razoável consoante os va-

QUADRO 3
Resultados do questionário UDI

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>Md</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
UDI	93	1	18	12	11,72	4,48

QUADRO 4
Correlação entre incómodo provocado pelos sintomas e percepção da gravidade da IU

	SEXRS	SEXAE	SEXRG	SEAR
GRAU	-0,20	-0,26	-0,20	-0,29*
UDI	-0,14	-0,21	-0,21	-0,27*

Legenda: * Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed); GRAU – qual o grau de IU percebido; UDI – número de sintomas de IU; SEXRS – Domínio das relações sexuais; SEXAE – Domínio da auto-estima; SEXRG – Domínio do relacionamento com o companheiro em geral; SEAR – nota total do questionário de satisfação sexual.

QUADRO 5
Número de sujeitos que se classificaram em cada grau de gravidade e valores de estatística descritiva da variável UDI

Gravidade percebida	N	Mínimo	Máximo	M	DP
G1	10	1	11	5,80	3,11
G2	3	7	18	14,33	6,35
G3	45	2	18	11,88	3,93
G4	35	6	18	12,97	4,09

lores da UDI, excepto para algumas mulheres que consideram o seu grau como dois e exibem o valor de sintomas na UDI mais elevado (Quadro 5). De salientar que 86,02% das participantes classificam a gravidade da IU no grau 3 e 4.

Comparação de variáveis demográficas entre as mulheres com e sem vida sexual activa

Há diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com vida sexual activa que são mais novas $M=56,12$ do que as sem vida sexual activa $M=65,71$, ($t(91)=5,22$, $p<0,0001$). Ao mesmo tempo existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao tempo que sofre de IU com as mulheres com vida sexual activa com mais tempo de IU ($M=8,14$ anos) do que as que têm IU há menos tempo ($M=4,83$), ($t(79,513)=2,56$, $p<0,01$).

Para a escolaridade, número de filhos, percepção de gravidade, saúde mental e saúde física e incómodo causado pela IU, não se verificam resultados estatisticamente significativos entre os dois grupos.

Pode então aceitar-se como hipótese o tempo

de IU permitindo um ajustamento que facilita o regresso à vida sexual activa. Por outro lado pode igualmente colocar-se a hipótese que a existência de vida sexual activa é um factor mais associado à idade do que à IU.

Relação entre variáveis demográficas, de satisfação com a sexualidade e de IU, e percepção de saúde

O Quadro 6 mostra as correlações entre a Percepção de Saúde Mental e a Percepção de Saúde Física e as variáveis demográficas, de doença e de satisfação com a relação sexual

Os resultados mostram que as variáveis que contam para a percepção de saúde dividida pelos dois componentes saúde mental e saúde física são, em primeiro lugar, a escala de satisfação com a relação sexual, em geral e por cada uma das dimensões que a compõem, e depois o incómodo provocado pelos sintomas de IU. O componente de percepção de saúde para o qual a contribuição é maior é a Saúde Mental. Estes resultados estão de acordo com a investigação noutros países (Bø

QUADRO 6

Correlações de Pearson entre percepção de saúde mental e de saúde física, com variáveis demográficas e de satisfação sexual (para a variável de satisfação sexual o n=52)

	SMENTAL	SFISICO
IDADE		
ESCOLA		0,29**
NFILHOS		
NGRAVIDE		
FREQSEXU		
FREQEPIS		
TEMPO		
GRAU		
UDI	-0,25*	-0,20*
SEXRS	0,33*	0,29*
SEXAE	0,48**	0,44**
SEXRG	0,41**	
SEAR	0,50**	0,39**

Legenda: * Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed); ** Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed). SMENTAL – Percepção de saúde mental; SFISICO – Percepção de saúde física; IDADE – Idade; ESCOLA – Escolaridade; NFILHOS – Número de filhos; NGRAVIDE – Número de gravidezes; FREQSEXU* – Frequência de relações sexuais; FREQEPIS – Frequência de episódios de IU; TEMPO – Há quanto tempo tem IU; GRAU – Qual o grau de IU percebido; UDI – Número de sintomas de IU; SEXRS – Domínio das relações sexuais; SEXAE – Domínio da auto-estima; SEXRG – Domínio do relacionamento com o companheiro em geral; SEAR – Nota total do questionário de satisfação sexual.

et al., 2000; Hagglund et al., 2001; O’Conor, 1998; Stach-Lempinen et al., 2001). A escolaridade tem uma relação modesta mas estatisticamente significativa com a percepção de saúde física. Estes resultados estão de acordo com outras investigações (Dugan et al., 1998).

Relação entre variáveis demográficas, de saúde, de IU, e satisfação com a sexualidade

As correlações entre a escala de satisfação com a intimidade das 52 mulheres que mantêm vida sexual activa e as variáveis demográficas e de saúde são apresentadas no Quadro 7.

Verifica-se que a variável mais importante quando analisadas em separado, e para a escala SEAR total, é a saúde mental, única variável que se relaciona de modo estatisticamente significativo com todos os domínios de satisfação sexual e com a SEAR global.

Por outro lado verifica-se uma forte relação entre as variáveis escolaridade e frequência de prática sexual. A escolaridade parece sugerir que as

mulheres com mais informação ou com mais capacidade para lidar com a informação se ajustam melhor à IU. Isto está de acordo com as conclusões de Laumann, Paik e Rosen (1999).

Ao mesmo tempo, a satisfação com a prática sexual está associada com a frequência da prática sexual. Com efeito, as mulheres que praticam sexo com mais frequência estão mais satisfeitas e têm mais confiança na sua capacidade de realizar a relação sexual (o valor negativo deve-se a que a maior frequência de relações sexuais se atribuiu o valor mais baixo).

O tempo de existência de sintomas mostra uma correlação negativa com o domínio de relações sexuais e com a SEAR em geral sugerindo que, provavelmente, o tempo de IU ajuda as pessoas a ajustarem-se à situação no que respeita à prática da sexualidade. Por sua vez o resultado da UDI e o grau percebido mostram uma correlação negativa com a nota da SEAR em geral sugerindo que embora sem impacto no domínio de satisfação e confiança no acto sexual elas têm impacto no conjunto do relacionamento íntimo.

QUADRO 7

Correlações entre a escala de satisfação com a intimidade das 52 mulheres que mantêm vida sexual activa e as variáveis demográficas e de saúde

	SEXRS	SEXAE	SEXRG	SEARS
IDADE	-0,32*			
ESCOLA	0,43**			0,34*
NFILHOS				
NGRAVIDE				
FREQSEXU	-0,44**			-0,35*
FREQEPIS				
TEMPO	-0,28*			-0,27*
GRAU				-0,29*
UDI				-0,27*
SMENTAL	0,33*	0,48**	0,41**	0,50**
SFISICO	0,29*	0,44**		0,39**

Legenda: * Correlação significativa ao nível 0.05 (2-tailed); ** Correlação significativa ao nível 0.01 (2-tailed). SMENTAL – Percepção de saúde mental; SFISICO – Percepção de saúde física; IDADE – Idade; ESCOLA – Escolaridade; NFILHOS – Número de filhos; NGRAVIDE – Número de gravidezes; FREQSEXU – Frequência de relações sexuais; FREQEPIS – Frequência de episódios de IU; TEMPO – Há quanto tempo tem IU; GRAU – Qual o grau de IU percebido; UDI – Número de sintomas de IU; SESXRS – Domínio das relações sexuais; SEXAE – Domínio da auto-estima; SEXRG – Domínio do relacionamento com o companheiro em geral; SEAR – Nota total do questionário de satisfação sexual.

Análise de regressão linear múltipla entre as variáveis demográficas, de IU, de percepção de saúde, e os domínios de satisfação sexual

Para precisar as variáveis com impacto na satisfação sexual recorreremos à análise de regressão linear múltipla, em que cada uma das dimensões da satisfação com a relação sexual era considerada variável dependente das variáveis independentes que exibiam correlações significativas tal como se pode observar no Quadro 7. Recorreu-se ao método *stepwise* dado, nele, as variáveis serem analisadas em bloco e depois incluídas à vez consoante a sua importância na explicação do resultado da variável dependente, deixando de fora as variáveis independentes que não contribuem de modo estatisticamente significativo para o resultado da variável dependente. O Quadro 8 mostra os resultados da análise de regressão linear múltipla.

Em geral, a variância de cada uma das variáveis dependentes explicada pelas variáveis independentes incluídas na equação, é modesta. O valor de variância mais elevado é o domínio da satisfação e confiança nas relações sexuais, onde a frequência da prática sexual, a escolaridade e a

saúde mental contribuem para essa confiança. Para os domínios “auto-estima” e “relacionamento com o companheiro”, somente a percepção de saúde mental contribui para a explicação da sua variância. Para a SEAR total a percepção de saúde mental e a frequência de prática do acto sexual são as duas variáveis que contribuem para explicar a sua variância.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que as mulheres do estudo convivem com a IU há muito tempo e que no que respeita à prática sexual elas se ajustam de modo satisfatório. Este resultado está de acordo com a afirmação de Dugan et al. (1998) que «a IU não tem consequências devastadoras para muitas pessoas» (p. 337).

De facto enquanto 74,2% das mulheres são casadas/união de facto, 85,1% têm vida sexual activa. Isto mesmo considerando que 86% das mulheres que têm vida sexual activa considera que a IU tem um impacto moderado a grave na sua vida. De facto 24,6% das mulheres casadas ou em união de facto reportam não ter vida sexual

QUADRO 8

Análise de regressão linear múltipla entre as variáveis demográficas e de IU e as dimensões de satisfação com a relação sexual

	SEXRS	SEXAE	SEXRG	SEARS
	Beta (p)	Beta (p)	Beta (p)	Beta (p)
IDADE				
ESCOLA	0,33(0,006)			
FREQSEXU	-0,33(0,006)			-0,27(0,03)
TEMPO				
GRAU				
UDI				
SMENTAL	0,24(0,05)	0,47(0,0001)	0,38(0,005)	0,44 (0,001)
S FISICA				
R2 ajustado	0,34	0,21	0,12	0,28

Legenda: SEXRS – Domínio das relações sexuais; SEXAE – Domínio da auto-estima; SEXRG – Domínio do relacionamento com o companheiro em geral; SEARS – Nota total do questionário de satisfação sexual; IDADE – idade; ESCOLA – Escolaridade; FREQSEXU – Frequência de relações sexuais; TEMPO – Há quanto tempo tem IU; GRAU – Qual o grau de IU percebido; UDI – Número de sintomas de IU; SMENTAL – Percepção de saúde mental; SFISICO – Percepção de saúde física.

activa e 0,3% têm vida sexual activa fora do casamento/relação de facto.

Se compararmos a idade das mulheres casadas/união de facto com vida sexual activa com as que não têm vida sexual activa verificamos que há diferenças estatisticamente significativas, com as que têm vida activa com $M=55,88$ anos de idade e as que não têm $M=64,94$ ($t(67)=3,64$, $p<0,001$). Estes dois grupos não se diferenciam de modo estatisticamente significativo quanto aos sintomas consoante o UDI e consoante a percepção do grau de gravidade da IU. Ou seja pode aceitar-se como natural uma redução da vida sexual com o aumento da idade, principalmente se a isso se juntar a IU. Fica a questão do papel da IU nessa redução.

Um resultado importante é a constatação que a percepção de saúde física não explica a satisfação com a prática sexual, enquanto a percepção de saúde mental mostra ser a variável, das estudadas, que melhor explica essa satisfação.

Este resultado aponta para a importância do ajustamento das mulheres à condição de IU, sugerindo que o trabalho psicológico poderá ter efeitos positivos nesse ajustamento.

Neste estudo não se pode tirar ilações sobre a

direccionalidade da influência entre estas duas variáveis, mas parece claro que elas andam juntas e que se uma melhorar a outra também melhora.

Os estudos sobre a relação entre IU e satisfação sexual não são frequentes. Dado que a IU é um problema que afecta quase um terço da população, dado que o desenvolvimento demográfico mostra o envelhecimento da população e que a IU cresce com o aumento da idade, dado que a expectativa de saúde é um conceito que se tem desenvolvido a par com a expectativa de vida e que a vida sexual é uma dimensão importante na saúde das pessoas, é importante o estudo não só de como melhorar os sintomas de IU, mas igualmente como as ajustar a esta situação, nomeadamente na vida sexual.

REFERÊNCIAS

- Althof, S., Cappelleri, J., Shpilsky, A., Stecher, V., Diuguid, C., Sweeney, M., & Dutttagupta, S. (2003). Treatment responsiveness of the self-esteem and relationship questionnaire in erectile dysfunction. *Urology*, *61* (5), 888-892.

- Berglund, A.-L., & Fugl-Meyer, K. (1996). Some sexological characteristics of stress incontinence women. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 30, 207-212.
- Cappeleri, J., Duttagupta, S., Shpilsky, A., Diuguid, C., Stecher, V., Sweeney, M., & Althof, S. (2002). Correlations between the erectile dysfunction inventory of treatment satisfaction (EDITS) and self-esteem and relationship (SEAR) questionnaire following treatment with viagra (sildenafil citrate): Results from a multicenter open-label study. *Quality of Life Research*, 11 (7), 668.
- Dugan, E., Cohen, S., Robinson, D., Anderson, R., Preisser, J., Suggs, P., Pearce, K., Poehling, U., & McGann, P. (1998). The quality of life of older adults with urinary incontinence: Determining generic and condition-specific predictors. *Quality of Life Research*, 7, 337-344.
- Krause, C., Wells, T., Hughes, S., Brink, C., & Mayer, R. (2003). Incontinence in women: effect of expectancy to regain control and severity of symptoms on treatment outcomes. *Urologic Nursing*, 23 (1), 54-61.
- Hagglund, D., Walker-Engstrom, M., Larson, G., & Leppert, J. (2001). Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence: A population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 1051-1055.
- 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*, 33 (3), 316-327.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 537-544.
- NIH Consensus Statement (1988). Urinary Incontinence in adults. *National Institute of Health Consensus Statement*, 7 (5), 1-32.
- O'Connor, R., Johannesson, M., Hass, S., & Kobelt-Nguyen, G. (1998). Urge incontinence: Quality of life and patients' valuation of symptom reduction. *Pharmacoeconomics*, 14 (5), 531-539.
- Pais Ribeiro, J. (2005) *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pais Ribeiro, J., & Raimundo, A. (2004). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o relacionamento íntimo (em preparação).
- Stach-Lempinen, B., Kujanson, E., Laippala, P., & Metsanoja, R. (2001). Visual analogue scale, urinary incontinence severity score and 15D – Psychometric testing of three different health-related quality-of-life instruments for urinary incontinent women. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 35, 476-483.
- van der Vaart, C., de Leeuw, J., Roovers, J., & Heintz, A. (2002). The effect of urinary incontinence and overreactive bladder symptoms on quality of life in young women. *British Journal of Urology International*, 90, 544-549.

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é um problema comum entre as mulheres de quase todas as idades. O problema de higiene associado ao conceito de IU tem impacto na vida do dia a dia das mulheres, na sua percepção de saúde e qualidade de vida e na vida sexual, nomeadamente na satisfação sexual. O objectivo do presente estudo era descrever as relações entre variáveis demográficas, variáveis clínicas relacionadas com a IU, percepção de saúde e satisfação sexual. Participaram 93 mulheres com diagnóstico de IU. Responderam a um conjunto de questionários que incluíam variáveis demográficas, variáveis relacionadas com a IU (duração da IU, frequência da perda de urina, percepção da gravidade da IU), à versão portuguesa do *Urogenital Distress Inventory*, de Dugan et al. (1998), do *Self-Esteem and Relationship Questionnaire*, de Cappeleri et al. (2002), e o SF-8, uma forma reduzida do SF-36 desenvolvido por Ware et al. (1993). Os resultados mostram que a idade, a escolaridade, o tempo de existência de sintomas, sintomas de IU segundo o UDI, frequência de relações sexuais e percepção de saúde mental são as variáveis que descrevem melhor a satisfação com as relações sexuais. A análise de regressão linear mostra que as variáveis que permanecem na equação e que explicam a variância da satisfação sexual são a escolaridade, a frequência de relações sexuais e a saúde mental (mais escolaridade, mais relações sexuais e mais educação), com particular relevância para a saúde mental. Os resultados sugerem que o apoio psicológico visa a melhoria da saúde mental e pode contribuir para um melhor ajustamento em geral e à IU em particular.

Palavras-chave: Incontinência urinária em mulheres, percepção de saúde, satisfação sexual.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is a common problem among women of nearly all ages. The hygienic problem of UI impacts health perception or quality of life, sexual life satisfaction with sexual life. The aims of the present study were to describe the relationships between demographic variables, clinical variables related with IU (length of symptoms, frequency of urinary leakage, perception of severity of IU), health perception and sexual satisfaction. 93 women with a diagnostic of UI respond to the *Urogenital Distress Inventory* by Dugan et al. (1998), the *Self-Esteem and Relationship Questionnaire* by Cappeleri et al. (2002), and the SF-8, a reduced form of the

SF-36 developed by Ware et al. (1993). Result shows that age, education, clinical data of IU (length of symptoms, perception of severity of IU), and symptoms of IU are statistically related with health perception and sexual satisfaction. Multiple linear regression shows that variables that explain best sexual satisfaction are mental health, frequency of sexual activity and edu-

cation (more sexual activity, more education and better mental health are related with better sexual satisfaction). Results suggest that psychological support via mental adjustment can contribute to better adjustment to UI.

Key words: Urinary incontinence in women, health perception, sexual satisfaction.