Escola Superior
Saúde
Santa Maria

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PRATICANTES FEMININAS DE HALTEROFILISMO E SEU BEM-ESTAR

UM ESTUDO ANALÍTICO

Sara Marisa Almeida Duarte

Junho de 2023
Porto

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PRATICANTES FEMININAS DE HALTEROFILISMO E SEU BEM-ESTAR
UM ESTUDO ANALÍTICO
Sara Duarte
Escola Superior Saúde Santa Maria

2023

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PRATICANTES FEMININAS DE HALTEROFILISMO E SEU BEM-ESTAR:

UM ESTUDO ANALÍTICO

Sara Marisa Almeida Duarte

Dissertação orientada pela Professora Doutora Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria para obtenção ao Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Junho de 2023

Porto

AGRADECIMENTOS

Às docentes da Escola Superior de Enfermagem Santa Maria, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa - Alto Tâmega, que contribuíram para este meu percurso de desenvolvimento profissional e pessoal.

Às minhas colegas de luta, Ana Marta, Bruna e Magda, pelo apoio e partilha constantes durante todo este trajeto, e por nunca me deixarem desistir.

Ao Paulo Antunes, o meu elo de ligação com a Federação de Halterofilismo de Portugal, pela sua simpatia, disponibilidade e ajuda.

A todas as atletas, fortes mulheres praticantes de halterofilismo, que se disponibilizaram a participar neste estudo.

Às minhas queridas Telma e Cátia, que estão sempre lá com uma palavra de carinho e incentivo.

E, como não podia deixar de ser, à minha família por todo o apoio incondicional, em todas as etapas da minha vida.

Sem eles, tudo isto teria sido bem mais difícil.

A todos o meu muito obrigada!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DAP	Disfunções do Assoalho Pélvico
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESSSM	Escola Superior de Saúde Santa Maria
FSH	Hormona Folículo Estimulante
GnRH	Hormona Libertadora de Gonadotrofina
ICS	International Continence Society
IU	Incontinência Urinária
IUA	Incontinência Urinária Atlética
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
LH	Hormona Luteinizante
MPP	Músculos do Pavimento Pélvico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIA	Pressão Intra-Abdominal
PP	Pavimento Pélvico
QdV	Qualidade de vida
RIMAS	Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde

RESUMO

INTRODUÇÃO: A participação feminina no desporto em geral, tem vido a aumentar exponencialmente, o que engloba igualmente a modalidade de halterofilismo. De acordo com a literatura mais recente, as mulheres que praticam desporto com movimentos repetitivos e de alto impacto, possuem maior risco de incontinência urinária (IU). A IU apresenta-se frequentemente como um obstáculo à prática de exercício físico.

OBJETIVOS: 1) descrever a presença de IU nas mulheres praticantes de halterofilismo e (2) analisar diferenças na presença de IU entre grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas e clínicas; e (3) analisar a associação com o seu bem-estar.

METODOLOGIA: Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Amostra constituída por 29 mulheres praticantes de halterofilismo. Os dados foram recolhidos através de um questionário online de caracterização sociodemográfica e clínica, e com a aplicação do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) e o *King's Health Questionnaire* adaptado para Português (Europeu). A análise dos dados foi efetuada com recurso a estatística descritiva simples (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central: média e mediana e medidas de dispersão: valor mínimo, máximo e desvio padrão) e a análise inferencial (com testes não paramétricos).

RESULTADOS: Verifica-se a presença de IU em 58,6% das mulheres praticantes de halterofilismo. Existe correlação da IU com a idade, sendo que as mulheres com IU têm em média mais 3.7 anos. Verifica-se que 52,9% da mulheres com filhos apresentam IU sendo esta presença mais elevada quando o parto é normal. Não se verificam diferenças com significado estatístico entre grupos definidos pela presença de IU e obstipação, infeções urinárias repetidas ou cirurgias ginecológicas prévias. Das mulheres com IU, 47,1% restringem a quantidade de líquidos ingerida e recorrem à utilização de pensos absorventes, como medidas de gravidade. Apura-se que 41,2% das mulheres com IU, referem que esta condição tem interferência na sua vida diária.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a IU está presente em mais de metade da amostra das praticantes de halterofilismo. Existe uma maior presença em mulheres com mais idade e com filhos. Já a nível emocional, ter IU está associada a maiores níveis de ansiedade, mas não necessariamente a depressão.

PALAVRAS CHAVE: Incontinência Urinária, Bem-estar Psicológico, Exercício Físico, Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The participation of women in sports has been increasing exponentially, and also in weightlifting. According to the most recent literature, women who practice sports with repetitive and high-impact movements have a higher risk of urinary incontinence (UI). UI is often an obstacle to the practice of physical activity.

OBJECTIVES: 1) describe the presence of UI in women who practice weightlifting and (2) analyze differences in the presence of UI between groups defined by sociodemographic and clinical variables; and (3) analyze the association with their well-being.

METHODOLOGY: Quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study. The sample consisted of 29 women who practice weightlifting. Data were collected through an online questionnaire of sociodemographic and clinical characterization, as well as the application of the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) and the King's Health Questionnaire adapted to Portuguese (European). Data analysis was performed using simple descriptive statistics (absolute and relative frequencies, measures of central tendency: mean and median and measures of dispersion: minimum, maximum and standard deviation) and inferential analysis (with non-parametric tests).

RESULTS: UI was found in 58.6% of women who practice weightlifting. There is a correlation between UI and age, and women with UI are on average 3.7 years older. It is verified that 52.9% of women with children have UI and this presence is higher when it's a normal birth. There are no statistically significant differences between groups defined by the presence of UI and constipation, repeated urinary infections or previous gynecological surgeries. Of the women with UI, 47.1% restrict the quantity of fluids ingested and resort to the use of absorbent pads as measures of severity. It is found that 41.2% of women with UI report that this condition has interference in their daily life.

CONCLUSION: The results indicate that UI is present in more than half of the sample of women weightlifters. This presence is higher with increasing age and giving birth. On an emotional level, having UI is associated with higher levels of anxiety, but not necessarily depression.

KEYWORDS: Urinary Incontinence, Psychological Well-being, Exercise, Rehabilitation Nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL 25
1.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO PAVIMENTO PÉLVICO 25
1.2 FUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO FEMININO 27
1.2.1 Especificidades em atletas femininas 28
1.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA 29
1.3.1 Incontinência urinária de esforço na mulher atleta 30
1.3.2 Prevalência da IUE na mulher atleta 34
1.3.3 Atividade física de alto impacto: fator de risco para IUE 37
1.4 HALTEROFILISMO: PRÁTICAS E CARACTERÍSTICAS 39
1.5 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O BEM ESTAR 41
1.6 A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA IU 43
2. ESTADO DA ARTE 47
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 53
3.1 FINALIDADE DO ESTUDO 53
3.2 TIPO DE ESTUDO 55
3.3 VARIÁVEIS 55
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA 56
3.5 PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS 57
3.5.1 Questionário sociodemográfico e clínico 58
3.5.2 International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) 58
3.5.2 King's Health Questionnaire (KHQ) adaptado para Português (Europeu) 59
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 60
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 61
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 63
4.1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA 63
4.1.1 Caracterização geral 63
4.1.2 Caracterização da situação clínica 65

4.1.3 Caracterização a nível desportivo..... 66
4.1.4 Hábitos na prática de halterofilismo (ingestão hídrica e utilização de pensos higiénicos) 70
4.2 CARATERIZAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO..... 72
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O BEM-ESTAR DA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO..... 74
5. DISCUSSÃO 87
5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 87
5.2 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO..... 91
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 99
ANEXOS 107
ANEXO I – Parecer da comissão de Ética da ESSSM
APÊNDICES..... 113
APÊNDICE I - Questionário Sociodemográfico e Clínico
APÊNDICE II – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)
APÊNDICE III – Autorização do autor para a utilização do ICIQ-SF
APÊNDICE IV – King's Health Questionnaire (KHQ) adaptado para Português (Europeu)
APÊNDICE V – Autorização do autor para a utilização do KHQ adaptado para Português (Europeu)
APÊNDICE VI – Informação ao Participante e Consentimento Informado

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição de frequências dos anos de prática de halterofilismo. 67
Figura 2. Distribuição de frequências de ocorrência de interrupção na prática de halterofilismo em mulheres com e sem IUE. 67
Figura 3. Distribuição de frequências relativas ao número de treinos semanais. 68
Figura 4. Distribuição de frequências da carga horária de cada treino. 69
Figura 5. Distribuição de frequências de realização de treinos bi-diários. 69
Figura 6. Distribuição de frequências do consumo diário de água. 70
Figura 7. Distribuição de frequências relativas à restrição de água antes do treino e competições. 71
Figura 8. Distribuição de frequências de utilização de pensos de proteção. 71
Figura 9. Distribuição de frequências de história de presença de IU e tratamento prévio para a correção de IU. 72
Figura 10. Distribuição da frequência semanal das perdas urinárias. 73
Figura 11. Distribuição de frequências da quantidade percebida de perdas de urina. 73
Figura 12. Distribuição de frequências relativas ao quanto as perdas de urina interferem na vida das halterofilistas (escala de 0 a 10). 74
Figura 13. Gráfico de barras relativo ao score total do ICIQ-SF. 75
Figura 14. Distribuição de frequências relativas ao contexto da perda urinária. 78
Figura 15. Distribuição de frequências relativas à questão 2 – De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida. 79
Figura 16. Distribuição de frequências relativas à questão 4a – O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc? 80
Figura 17. Distribuição de frequências relativas às questões do domínio das emoções. 81
Figura 18. Distribuição de frequências do domínio das medidas de gravidade: utilização de pensos higiénicos para se manter seca; fica envergonhada por causa da IU. 82
Figura 19. Correlação do score ICIQ-SF com KHQ no que respeita o impacto da IU. . 85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Resumo de estudos sobre IU em atletas femininas..... 47
Tabela 2. Caracterização da amostra em relação à idade, altura, peso e número de filhos. 64
Tabela 3. Caracterização da amostra em relação ao tipo de parto..... 65
Tabela 4. Ocorrência de ITU, obstipação, cirurgias ginecológicas e tratamento da IUE. 66
Tabela 5. Análise individual do impacto de cada variável independente no valor total do ICIQ (n=17). 76
Tabela 6. Coeficiente de correlação de Spearman entre variáveis independentes e score ICIQ-SF. 77
Tabela 7. Análise descritiva das respostas do KHQ nas mulheres com IU (n=17)..... 83
Tabela 8. Correlação entre score ICIQ-SF e respostas do KHQ. 84

INTRODUÇÃO

A prática desportiva e de atividade física assume, nos dias que correm, cada vez maior relevância, sendo que é amplamente reconhecida como benéfica para a saúde quer física, quer mental para a população em geral e de todas as idades. Já a antiga citação latina "*mens sana in corpore sano"* (uma mente sã num corpo são) vislumbra esta importância de aliar uma boa condição física e uma boa saúde mental, que permita ao ser humano viver com maior saúde e qualidade de vida. A prática desportiva constitui-se, portanto, como um dos pilares para um estilo de vida saudável.

É notória a crescente preocupação da população em geral com este pressuposto, e em especial da população feminina nacional, sendo que ao comparar os dados da Base de Dados de Portugal – Pordata, nota-se um crescimento de 70.051 atletas femininas federadas de todas as modalidades em 2003, para mais de o dobro das atletas em 2020, atingindo as 164.075 (Pordata, 2021).

Uma das modalidades onde a participação feminina está em clara expansão, tanto a nível nacional, como internacional, é o halterofilismo. A Federação Internacional de Halterofilismo (*International Weightlifting Federation* – IWF) defende esta afirmação, referindo que nos anos 80 havia ainda o estigma associado à mulher halterofilista. Apenas começaram a surgir campeonatos femininos por volta de 1987, mas foi desde a inclusão do halterofilismo feminino nos jogos olímpicos, em 2000, que esta modalidade passou a receber maior destaque. Atualmente, a nível mundial e olímpico, a participação é equilibrada em termos de género, sendo que no último Campeonato do Mundo da IWF, em Bogotá (Colômbia), em dezembro de 2022, estiveram presentes 265 mulheres e 263 homens (IWF, 2023).

Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros devem incentivar a prática desportiva como forma de potenciar a saúde da população. Através da revisão de literatura, é possível afirmar que muitas mulheres reduzem a participação em atividades desportivas por apresentarem perdas urinárias durante a sua prática (Velázquez-Saornil et al., 2021).

A incontinência urinária (IU) é definida pela *International Continence Society* (ICS) como a queixa de perda involuntária de urina. Quando esta perda de urina se relaciona com esforço, tosse ou espirro, define-se como incontinência urinária de esforço

(IUE). É ainda apontada uma nova nomenclatura que afirma que quando a perda está explicitamente relacionada à prática desportiva, é denominada de incontinência urinária atlética (IUA) (Araujo et al., 2017; Moreno et al., 2022). Na mulher praticante de desporto, não é totalmente consensual o mecanismo explicativo de tal fenómeno. Vários autores defendem que será devido ao aumento da pressão intra-abdominal durante o exercício, que surgem as queixas de perda involuntária de urina (Mattos Lourenço et al., 2018; Da Silva et al., 2021; Pisani et al., 2021; Velázquez-Saornil et al., 2021; Álvarez-García & Doğanay, 2022; Khowailed et al., 2020; Moreno et al., 2022; Wikander et al., 2022). Outro ponto de vista mencionado é o que a mulher, decorrente da sua prática desportiva, acaba por fortalecer involuntariamente a musculatura do assoalho pélvico, o que funciona como medida preventiva da IU. Sabe-se que a contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico ocorre durante um aumento da pressão intra-abdominal para evitar a incontinência, facto pelo qual existem ainda autores que afirmam que devido à sobrecarga de recrutamento destes músculos pela mulher praticante de desporto, estes podem ficar distendidos e enfraquecidos pelo desgaste constante (Teixeira et al., 2018; Khowailed et al., 2020).

Na literatura, tem sido descrita uma relação entre IU e o bem-estar, sendo que é do senso comum que a presença de IU é uma situação potenciadora de causar embaraço. Várias mulheres referem que a IUE se assume como uma barreira na prática regular de exercício, condiciona a sua a prestação atlética e acaba por influenciar o seu bem-estar, podendo acarretar problemas médicos, psicológicos, sociais e económicos afetando deste modo a qualidade de vida da mulher praticante de desporto (Maia et al., 2015; Carvalhais et al. 2017; Mattos Lourenço et al., 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve possuir competências específicas para que o seu conhecimento seja aprofundado na sua área de atuação, permitindo a este tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. Através da procura permanente da excelência no exercício profissional, ao EEER, é apontado como competência e até objetivo o de maximizar o bem-estar dos clientes (Regulamento n.º 350/2015, Ordem dos Enfermeiros, 2015). Considera-se, portanto, este estudo de investigação pertinente, na medida em que irá permitir que o EEER consiga futuramente atuar no âmbito da reabilitação do pavimento pélvico numa população que

carece de ser abordada. Reveste-se igualmente de importância, na medida em que não existem estudos significativos nesta área.

Neste enquadramento, foram definidos como objetivos para a presente investigação: (1) descrever a presença de IU nas mulheres praticantes de halterofilismo e (2) analisar diferenças na presença de IU entre grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas e clínicas; e (3) analisar a associação da IU com o bem-estar das mulheres.

Assim, pretende descobrir-se se a presença de IU nas praticantes femininas de halterofilismo está associada com a idade, paridade, número de filhos e tipo de parto; com o peso e altura das participantes; com infeções do trato urinário recorrentes, obstipação e cirurgias ginecológicas passadas; com os anos de prática desportiva, duração e frequência dos treinos; com os hábitos de ingestão hídrica diários; e por fim se a presença de IU está associada ao bem-estar das praticantes femininas de halterofilismo.

A abordagem metodológica deste estudo insere-se no paradigma positivista, com metodologia quantitativa. Caracteriza-se por ser transversal, descritivo e correlacional, visto efetuar a análise de um fenómeno, numa determinada população e verifica a existência de relação entre duas ou mais variáveis.

Esta dissertação ficou organizada em cinco capítulos. Após esta breve introdução, no primeiro capítulo, é apresentado o enquadramento teórico sobre os conceitos em estudo. De seguida, apresenta-se a revisão de literatura ou o estado da arte em relação à temática em análise. No capítulo seguinte, são descritos os métodos de investigação utilizados: finalidade do estudo, tipo do estudo, variáveis, população e amostra, instrumentos de colheita de dados, métodos utilizados para a análise de dados e considerações éticas. No quarto capítulo, são apresentados e analisados os resultados, guiados pelos objetivos propostos. Posteriormente, é realizada uma discussão entre os resultados obtidos neste estudo, os obtidos por outros investigadores que abordaram temática semelhante, sendo também efetuada uma análise dos pontos fortes e limitações do presente estudo. Apresentam-se, em jeito de conclusão, as considerações finais e implicações para a prática, bem como propostas sugestões para trabalhos futuros. Por fim, surgem as referências bibliográficas, bem como os anexos e apêndices considerados relevantes.

Reveste-se de maior importância esta análise, na medida em que se verifica uma preocupação crescente com a saúde e consequentemente com a prática de atividade física. É notório que cada vez mais mulheres se interessam pela prática desportiva e de acordo com os dados recentes, a modalidade de Halterofilismo está em crescimento em Portugal.

Este trabalho de investigação foi realizado no âmbito da dissertação de mestrado, inserida no terceiro semestre, do segundo curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e com a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa - Alto Tâmega.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Este capítulo inicial apresenta-se como estrutural, onde serão apresentados e fundamentados os principais conceitos abordados ao longo desta dissertação, tendo por base a evidência científica mais atualizada, que sustenta a realização deste estudo.

1.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO PAVIMENTO PÉLVICO

O pavimento pélvico, que abrange toda a cavidade pélvica, é composto por estruturas ativas, passivas e neurais. Os músculos do pavimento pélvico (MPP) suportam os órgãos abdomino pélvicos, contribuem para a funcionalidade das articulações sacroilíacas e para a estabilidade do tronco, e controlam a bexiga e a continência intestinal (Toprak Çelenay et al, 2021).

A pélvis óssea e o assoalho pélvico estão intimamente ligados, tanto na proximidade como em função. A pélvis óssea é formada por dois ossos inominados compostos pelo ílio, ísquio, e púbis que se articulam anteriormente na sínfise púbica, e com o sacro posteriormente através das juntas sacroilíacas (Casey, E. K., & Temme, K, 2017).

O pavimento pélvico é composto por músculos, ligamentos e fáscia que funcionam como uma parede de apoio à bexiga, órgãos reprodutivos e ao reto. Esta parede de tecido mole é delimitada pelos ossos da pélvis mencionados anteriormente, estendendo-se do sacro está o cóccix, que funciona como uma importante âncora ligamentosa e tendinosa. No anel pélvico posterior, existem duas articulações sacroilíacas. Os ligamentos sacroilíacos anteriores, compostos pelo ligamento longitudinal anterior, pelo ligamento sacroilíaco anterior e pelo ligamento sacro-espinhoso, estabilizam a articulação resistindo ao movimento ascendente do sacro e ao movimento lateral do ílio. Os ligamentos sacroilíacos posteriores são constituídos pelos ligamentos sacroilíaco dorsal curto e longo, o ligamento supra espinhoso, o ligamento iliolombar e o ligamento sacro-tuberoso. Estes ligamentos funcionam para resistir ao movimento descendente e ascendente do sacro e movimento medial do ílio (Eickmeyer, S. M., 2017).

De notar que o ligamento sacroilíaco dorsal longo é uma fonte de dor pélvica posterior devido às forças transmitidas das articulações sacroilíacas e da articulação da anca aos nociceptores e propriocetores dentro do ligamento (Casey, E. K., & Temme, K, 2017, Eickmeyer, S. M., 2017).

Julga-se que a estabilidade das superfícies articulares da pélvis surge através de mecanismos denominados "fecho por força" e "fecho por forma". O fecho por força é conseguido através da interligação das cristas e ranhuras das superfícies articulares ósseas da pélvis, enquanto que o fecho por forma é alcançado através das forças compressivas dos músculos, ligamentos e fáscia, proporcionando estabilidade passiva (Casey, E. K., & Temme, K, 2017, Eickmeyer, S. M., 2017).

No que respeita a parte muscular, os músculos superficiais do assoalho pélvico são o bulboesponjoso, isquiocavernoso e os músculos perineais transversais superficiais e profundos. Os músculos profundos do assoalho pélvico, que revestem as paredes internas da pélvis, o elevador do ânus e o coccígeo que, juntamente com a fáscia endopélvica, compreendem o diafragma pélvico. O elevador do ânus é composto por três músculos – o pubococígeo, o iliococígeo e o puborectal. O pubococcígeo está localizado mais anteriormente. Tem origem tanto do osso púbico posterior como da porção anterior do arco tendinoso; insere-se no ligamento anococcígeo e no cóccix. O iliococcígeo é a parte posterior do elevador do ânus. É originário da parte posterior do arco tendinoso e da espinha isquial e liga-se ao longo do ráquis anococcígeo e do cóccix. Por último, o puborectal localiza-se abaixo do pubococcígeo e forma uma funda em forma de U em torno do reto. A sua ação esfincteriana puxa a junção anorectal para a frente, contribuindo para a continência (Eickmeyer S. M., 2017).

A inervação cutânea do tronco inferior, períneo e coxa proximal surge dos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e genitofemoral (L1-3), enquanto o nervo cutâneo femoral lateral (L2-3) fornece inervação ao interior da coxa lateral. O nervo obturador (L2-4) proporciona invasões sensoriais e motoras à coxa medial. Acredita-se que os neurónios motores espinhais das raízes sagradas inferiores (S3-5) inervam o músculo elevador do ânus. Embora o nervo pudendo (S2-4) também possa fornecer alguma inervação motora ao elevador do ânus, é responsável por muitas outras funções críticas dentro da pélvis. Os cursos nervosos das rotas ventrais de S2-4, passam entre os músculos piriforme e coccígeo, para o foramen ciático maior, e sobre a coluna isquial antes de reentrar na pélvis

através do foramen ciático menor. Durante o seu curso, emite ramos que fornecem controlo motor aos esfíncteres urinários e anais, sensação aos genitais externos e função orgásmica e ejaculatória (Casey, E. K. & Temme, K., 2017).

Os músculos do assoalho pélvico funcionam para apoiar os órgãos pélvicos através da contração coordenada e relaxamento. O pavimento pélvico proporciona suporte ativo a um constante estado de contração muscular, bem como apoio passivo do tecido conjuntivo circundante e fáscia. Com um aumento da pressão intra-abdominal, os músculos do assoalho pélvico contraem-se reflexivamente com um movimento ascendente e, com o fecho da vagina e esfíncteres uretrais e anais. Esta ação é importante para manter a continência. O relaxamento do assoalho pélvico ocorre apenas por breves e intermitentes momentos, durante os processos de micção e defecação normais. A micção ocorre quando o detrusor da bexiga se contrai e o esfíncter uretral relaxa, através do controlo nervoso autonómico involuntário, principalmente sob influências parassimpáticas. Simultaneamente, os músculos do assoalho pélvico também relaxam voluntariamente, principalmente o pubococcígeo do músculo elevador do ânus. A coordenação destas ações musculares é essencial para manter a continência urinária e permitir a micção num tempo e local socialmente aceitáveis (Eickmeyer S. M., 2017).

1.2 FUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO FEMININO

Ao funcionar em perfeitas condições, os músculos do assoalho pélvico trabalham em conjunto com os esfíncteres e o controlo neurológico local/central para permitir a continência do intestino e da bexiga, e a função sexual. De forma semelhante a uma rede, os músculos do assoalho pélvico fornecem suporte físico ao útero, bexiga e reto. O pavimento pélvico contribui para a função sexual e também possui um papel crítico na estabilidade do centro do corpo, ou core. O assoalho pélvico, também referido como o "pavimento do core", trabalha em conjunto com os músculos estabilizadores abdominais e espinais, e o diafragma, para transferir forças entre a parte superior e inferior do corpo, manter a postura vertical e estabilização torácica/pélvica dinâmica, e apoiar as forças/esforço que o esqueleto por si só não poderia suportar (Casey, E. K. & Temme, K., 2017).

1.2.1 Especificidades em atletas femininas

Pouco se sabe sobre como a estrutura ou função muscular do assoalho pélvico difere nas atletas. Nygaard e Shaw (2016), ao citar um estudo onde 10 atletas femininas em treino HIT (treino frequente de alta intensidade) foram avaliadas através de ressonância magnética, mencionam que estas tinham maior área transversal e largura do músculo elevador do ânus de cerca de 20%, em comparação com as mulheres da mesma idade, nulíparas e não atletas. Da mesma forma, em comparação com 22 controlos, 24 atletas apresentaram um diâmetro médio do músculo pubovisceral mais elevado (0,96 cm vs. 0,70 cm) e uma maior área hiatal na manobra de Valsalva na ecografia translabial. Não houve diferenças significativas na área hiatal em repouso ou na contração voluntária máxima entre os dois grupos. Contra intuitivamente, a força muscular do assoalho pélvico, avaliada pelo perineómetro, foi menor num grupo de 30 atletas em comparação com 10 não-atletas.

Na verdade, e ao analisar vários estudos realizados nesta área, surgem recorrentemente duas hipóteses sobre a função muscular pélvica durante a atividade física. A primeira sugere que um aumento da pressão abdominal resulta em modificações morfológicas e funcionais, tais como deformação de ligamentos e tecido conjuntivo. Acredita-se que esta seja a causa da disfunção urinária em mulheres jovens e nulíparas que não têm outro fator de risco, quando atingem o limiar de pressão no pavimento pélvico. A segunda hipótese sugere que os músculos se tornam mais fortes com a prática desportiva devido à co ativação com os músculos abdominais (Mattos Lourenco et al., 2018). Khowailed e colaboradores (2020) corroboram esta afirmação, mencionando que a atividade física extenuante é interessante na medida em que pode ter um efeito positivo no pavimento pélvico, fortalecendo-o, mas também pode ter um efeito negativo enfraquecendo os músculos do pavimento pélvico (MPP) devido à sobrecarga. Igualmente, Teixeira e colaboradores (2018) referem, citando Kari Bø (2014), que nas atletas, projetam-se duas hipóteses sobre a disfunção do assoalho pélvico associada à prática desportiva: a primeira é que as atletas femininas têm os músculos do assoalho pélvico fortes, mas devido ao alto impacto da atividade física, a sua pressão intra-abdominal aumenta, predispondo-as ao aparecimento da incontinência urinária; a segunda hipótese é que os músculos do assoalho pélvico das atletas femininas estão

sobrecarregados, distendidos e fracos devido ao aumento da pressão intra-abdominal. A maior prevalência de incontinência urinária em praticantes de atividade física de alto impacto é em atletas femininas de elite que são jovens e nulíparas.

Continuando com a retrospetiva, Maia e Mascarenhas (2015) mencionam haver estudos a demonstrar que nas mulheres nulíparas e continentes os MPP são mais rígidos e ocupam uma posição mais cranial do que nas primíparas ou nulíparas e incontinentes. Foi igualmente detetada uma hipertrofia muscular em mulheres atletas, consequência da contração repetida dos MPP sobre carga. Nas atletas, a espessura do músculo puborectal está aumentada bem como a área transversa do músculo elevador do ânus, sendo estas alterações mais evidentes na região anorectal. Pode concluir-se que os aumentos contínuos da pressão intra-abdominal, resultantes da atividade desportiva de alto impacto podem provocar adaptação funcional de hipertrofia, justificando as diferenças observadas nos MPP em ressonância magnética. Esta temática tem vindo a ser estudada por vários autores ao longo do tempo, sendo que ainda não existe um consenso quanto ao impacto da atividade física no pavimento pélvico feminino.

1.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Segundo a *International Urogynecological Association & International Continence Society*, a incontinência urinária (IU) pode ser definida como a queixa de perda involuntária de urina. Os músculos do pavimento pélvico funcionam por contração e relaxamento coordenados como uma unidade. A contração voluntária ocorre quando os músculos do pavimento pélvico são contraídos de forma consciente. O relaxamento voluntário é quando se verifica o relaxar dos músculos do pavimento pélvico, a pedido, após uma contração. Já a contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico ocorre durante um aumento da pressão intra-abdominal para evitar a incontinência, por exemplo, durante a tosse. O relaxamento involuntário ocorre durante um esforço ou manobra de Valsalva para permitir uma micção ou defecação normal (Haylen et al., 2010).

A IU é um dos problemas génito urinários mais comuns encontrados nas mulheres, juntamente com prolapsos de órgãos pélvicos, incontinência fecal e disfunção sexual. Este problema é um tabu social, sendo entendido como uma situação embaraçosa com

impacto negativo na vida social, laboral e emocional da mulher (Velázquez-Saornil et al., 2021). Tendo em conta a evidência científica mais atual, a IU tem origem multifatorial. Os principais fatores de risco identificados em larga escala incluem o envelhecimento, gravidez, tipo de parto, obesidade e desportos de alto impacto. De acordo com múltiplos autores, as mulheres que praticam atividade física, especialmente de alto impacto, apresentam uma incidência elevada de IU (Da Silva et al., 2021, Silva et al., 2021, Toprak Çelenay et al., 2021).

1.3.1 Incontinência urinária de esforço na mulher atleta

Mulheres das mais variadas idades podem ser acometidas por disfunções do assoalho pélvico (DAP). Entretanto, há relatos na literatura de jovens nulíparas que apresentam tal sintomatologia, como a incontinência urinária e desenvolvimento de prolapsos durante a prática de desporto, especialmente de alto impacto. A IU pode ser classificada em três principais tipos: esforço, urgência e mista. A IU de esforço (IUE) é a DAP mais comumente associada à prática desportiva e é provocada pelo aumento de pressão intra-abdominal. O pavimento pélvico (PP) nas mulheres é talvez a única área do corpo em que o efeito positivo da atividade física regular é questionado. As mulheres atletas podem apresentar até três vezes maior probabilidade de incontinência urinária, o que representa uma ameaça à saúde, autoestima e bem-estar e pode até culminar no afastamento do desporto. Os exercícios de alto impacto e a fisiopatologia da IUE estão possivelmente relacionados com um desequilíbrio entre o apoio fornecido pela musculatura do PP e a pressão intra-abdominal repentina gerada durante os exercícios. A perda urinária, por sua vez, é atribuída à fraqueza muscular ou insuficiência ou falha do sistema de suporte uretral (Da Silva et al., 2021).

A IU pode ser, portanto, uma consequência de disfunção do pavimento pélvico. Para existir continência urinária é necessário que a pressão intra-vesical seja inferior à pressão intra-uretral e, portanto, qualquer fator que leve ao aumento da primeira face à segunda pode ser causa da IU. Não sendo uma condição ameaçadora de vida, tem um impacto negativo importante na qualidade de vida, levando muitas vezes ao isolamento social e a quadros de depressão e ansiedade. Os episódios de perda urinária interferem com as tarefas do dia-a-dia bem como com a atividade profissional, a vida sexual, e a

prática desportiva e de atividades de lazer. A IU é uma importante barreira à prática de exercício físico e pode levar ao seu abandono, privando as mulheres dos benefícios reconhecidos na manutenção de uma vida saudável, na melhoria do prognóstico de múltiplas doenças (ex. diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade) e na promoção da saúde mental. De facto, a Organização Mundial de Saúde considera a inatividade física como o quarto fator de risco para a mortalidade mundial e aconselha que toda a população se mantenha fisicamente ativa. Se por um lado a atividade e o exercício físico devem ser encorajados, por outro, o seu efeito sobre o pavimento pélvico e a IU não está completamente esclarecido (Silva et al., 2021).

Durante o exercício, vários são os momentos em que o equilíbrio entre as pressões intra-vesical e intra-uretral pode estar comprometido, por efeito das forças de reação ao solo e do aumento da pressão intra-abdominal (PIA), o que pode precipitar ou exacerbar a IU. A própria definição de IUE, como a "queixa de perda involuntária de urina durante o esforço físico (como por exemplo atividade desportiva, tosse ou espirro)", alerta-nos para a forte relação que existe entre o esforço físico e as perdas urinárias (Silva et al., 2021).

Diversos estudos demonstram que durante a contração dos músculos abdominais ocorre simultaneamente contração dos músculos do pavimento pélvico (MPP). Assim, qualquer exercício que aumente a PIA provocará contração dos MPP, atuando como estímulo para o seu treino e contribuindo para o seu fortalecimento. No seguimento desta teoria, poder-se-ia concluir que a atividade física previne e trata a IUE. Porém, as perdas urinárias agravam-se durante desportos de alto impacto, levando a concluir que, em algumas mulheres, a contração simultânea dos MPP não é suficiente para prevenir a perda de urina durante as elevações da PIA. Assim, apesar de, à partida, este mecanismo prevenir as perdas urinárias, no caso das atletas de alta competição praticantes de desportos de alto impacto, este torna-se manifestamente insuficiente para assegurar uma continência eficaz (Maia et al., 2015, Pisani et al., 2021, Álvarez-García & Doğanay, 2022).

Em termos concretos, em 1994, Bø e colaboradores demonstraram que a contração dos músculos da região abdominal, dos adutores da coxa ou dos glúteos, produzia uma contração sinérgica nos MPP. Mais tarde, em 2004, a mesma autora sugeriu duas hipóteses para explicar o efeito do exercício nos MPP: (1) o aumento da PIA e a co-

contração dos MPP durante o exercício físico condiciona um fortalecimento e hipertrofia dos MPP, elevando o plano da uretra e dos órgãos pélvicos, o que reduz o risco de IU; (2) o exercício extenuante ou com levantamento de grandes cargas produz aumentos significativos, repetitivos da PIA, aumenta o stress sobre o pavimento pélvico e condiciona o seu enfraquecimento. Há evidências que apoiam ambas as teorias, ainda que haja mais estudos da relação da IU com o exercício extenuante ou de alto impacto do que com o exercício leve a moderado (Khowailed et al., 2020, Pires et al., 2020, Pisani et al., 2021, Silva et al., 2021, Álvarez-García & Doğanay, 2022).

A teoria que defende que a prática de exercício físico induz estiramento e enfraquecimento dos MPP assenta no facto de que as forças de impacto direcionadas ao PP, quando ocorre um salto, representam 5 a 12 vezes o peso corporal e 3 a 4 vezes aquando da corrida. Estas elevadas forças de impacto, bem como o aumento regular e repetitivo da PIA, se não forem neutralizadas pelas contrações dos MPP, causam estiramento e enfraquecimento do PP a longo prazo, predispondo a atleta ao desenvolvimento de IUE (Pisani et al., 2021, Álvarez-García & Doğanay, 2022).

De acordo com Bø, atletas femininas de elite experimentam aumentos súbitos na PIA que podem causar IUE devido à fraca, retardada ou inexistente resposta de contração dos MPP e outros grupos musculares. Os MPP de atletas femininas podem estar condicionados para atividades normais do dia-a-dia, todavia, com uma pressão acrescida sobre os MPP durante o exercício, podem ocorrer fugas de urina durante essas atividades. A literatura demonstrou que um pavimento pélvico disfuncional e uma atividade física de alto impacto contribuem para a IUE antes da gravidez, enquanto a atividade de baixo impacto promove a continência (Mattos Lourenço et al., 2018).

Ainda assim, considera-se que existe pouco conhecimento acerca do funcionamento dos músculos do assoalho pélvico durante a prática desportiva. Na maioria dos exercícios em que ocorre aumento da pressão intra-abdominal, não existe contração voluntária desses músculos, motivo que explicaria a perda involuntária de urina. Por outro lado, agressões diretas ao PP, associado ou não a alterações hormonais e alimentares, são passíveis de comprometer a capacidade de contração destes músculos, predispondo a IU. Assim, a avaliação clínica e funcional do PP em atletas é fundamental para a prevenção ou tratamento da IU. Entende-se como avaliação funcional a visualização e medida da contração dos MPP, sobretudo o músculo elevador do ânus. A visualização da contração

pode ser realizada por simples observação durante o exame ginecológico ou por meio de dispositivos: ultrassom, ressonância magnética ou eletromiografia. Já a medida da contração pode ser feita pelo toque vaginal (manobra digital) ou com perineómetros, dinamómetros ou cones vaginais (Araujo et al., 2015).

Em ginastas e jogadoras de basquete, a principal explicação para a perda involuntária de urina relaciona-se com o deslocamento do assoalho pélvico durante os saltos e mudanças de direção. Neste caso, seria necessária uma pré-contração muscular durante a atividade física, para neutralizar o deslocamento do pavimento pélvico e impedir a perda de urina. Em desportos de endurance, como na corrida de longa distância, a IU talvez ocorra pela fadiga muscular. Isto porque cerca de 70% das fibras musculares do pavimento pélvico são do tipo I, ou seja, fibras de contração lenta, ricas em mitocôndrias, e que se contraem por mecanismo oxidativo. Fatores que comprometam o aporte de oxigênio para estas fibras, promovem também a diminuição da sua capacidade contrátil e as fibras do tipo II são então recrutadas. Estas, por serem fibras de contração rápida, não têm a mesma eficiência que as do tipo I para manter o tónus muscular do PP, comprometendo o mecanismo de continência. Outras hipóteses que tentam explicar a fisiopatologia da IU em atletas envolvem os distúrbios hormonais, secundários à disponibilidade energética diminuída e/ou distúrbios menstruais. A amenorreia hipotalâmica, decorrente do exercício físico intenso, associada a desordens alimentares (anorexia ou bulimia) ou a combinação de ambos, levaria a baixos níveis de estrogênios, contribuindo para a IU em atletas (Araujo et al., 2015).

A tríade da mulher atleta consiste numa condição clínica caracterizada pela coexistência dos seguintes distúrbios: perturbação alimentar, amenorreia e osteoporose (Araujo et al., 2015, Maia e Mascarenhas, 2015). Maia e Mascarenhas (2015) explicam que o exercício físico intenso induz, por vezes, a amenorreia hipotalâmica, através da supressão exercida sobre o hipotálamo, o que limita a libertação pulsátil de GnRH. Tal efeito diminui a secreção hipofisária de LH e FSH, o que, por sua vez, condiciona a estimulação ovárica e a respetiva produção de estradiol. Como consequência surge o hipoestrogenismo, típico do perfil hormonal de muitas atletas de alta competição. Para além dos efeitos sistémicos, o hipoestrogenismo tem repercussões diretas ao nível da mucosa dos tratos urinário e genital femininos, uma vez que esta é rica em recetores de estrogénios. Estes, quando estimulados, promovem a captação e o aumento da pressão de

encerramento uretral, favorecendo a continência urinária. Por esta razão, o hipoestrogenismo pode favorecer a ocorrência de IU. Associadas ao exercício físico, também as perturbações alimentares podem provocar uma diminuição dos níveis de estrogénios. Tendo em conta que são vários os desportos que privilegiam o baixo peso corporal (ballet, ginástica, patinagem artística, corrida de longa distância, entre outros), muitas atletas apresentam perturbações alimentares. Para completar a tríade, a diminuição dos níveis de estrogénio em mulheres atletas com amenorreia tem vindo a ser associada a uma diminuição da massa óssea, resultando em osteoporose. Apesar de não ter sido encontrada associação entre IUE e amenorreia, peso ou terapia hormonal, constatou-se que a IUE é mais prevalente em atletas com distúrbios alimentares.

Maia e Mascarenhas (2015), fazem ainda menção à relação encontrada entre a síndrome de hipermobilidade articular e a IU. Esta síndrome é caracterizada por um aumento da laxidez articular e diminuição da rigidez dos tecidos, devido a uma alteração no rácio colagénio tipo I/colagénio tipo III, sendo que o colagénio tipo III é o mais abundante em indivíduos que sofrem desta síndrome. Hemorroides, hérnias abdominais e as veias varicosas são sinais frequentemente encontrados em mulheres com diminuição dos níveis de colagénio, associando-se também a um maior risco de IU nas mulheres. Foi encontrada relação entre a hipermobilidade articular e as disfunções do PP, inclusivamente, a incontinência urinária. Diversos estudos indicam que as mulheres nulíparas com IU têm redução das concentrações de colagénio tipo I, em comparação com mulheres nulíparas continentes. Nos desportos de alto impacto, a exposição repetida de carga sobre o PP, pode provocar estiramento do tecido conjuntivo e fadiga muscular. Deste modo, um tecido conjuntivo já fragilizado por alterações da concentração de colagénio fica mais vulnerável a este estiramento, podendo contribuir para a maior prevalência de IUE nas atletas.

1.3.2 Prevalência da IUE na mulher atleta

Já existem vários autores a estudar a temática da IUE na mulher atleta. Segundos os estudos publicados, a prevalência verificada é variada (5,7% a 80%) de IU nas modalidades que praticam desportos que exigem um aumento constante da pressão intra-abdominal. Esta variabilidade existente sobre a prevalência de IU pode ser explicada

devido à escolha da amostra, em função da idade, do género, do nível cultural, da gravidade da doença, do tipo de IU entre outros fatores (Mattos Lourenco et al., 2018).

Moreno e colaboradores (2022) referem que em relação à incontinência urinária, a maioria dos participantes referiu conhecimento sobre a IUE (67,5%) e 40% teve perda urinária durante a prática desportiva. A literatura anterior indica que a frequência de perda de urina pode variar entre 5 a 80% entre atletas do sexo feminino. Destaca-se que a alta prevalência pode estar relacionada com facto de que a perda de urina é frequentemente menosprezada, e as atletas, portanto, não relatam as suas queixas à equipa médica ou ao seu treinador, possivelmente por subestimarem, terem vergonha, ou pela falta de consciência das possibilidades de tratamento por meio de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

Wikander e colaboradores (2022), através da sua colheita de dados, afirmam acreditar que a prevalência de IU em atletas femininas varia entre 5,56% para atividades de baixo impacto e 80% para atividades de alto impacto, como o trampolim. Aproximadamente 23% das mulheres incontinentes não praticam exercício devido à sua incontinência, e 60% das mulheres com incontinência grave são suscetíveis de estar sedentárias.

Igualmente, Álvarez-García e Doğanay (2022) afirmam que a prevalência de IU em mulheres que praticam desporto pode ser 3,5 vezes superior à das sedentárias. A IU afeta apenas 15% a 17% das mulheres sedentárias, enquanto a prevalência de IU durante o desporto encontrada na sua meta-análise foi de 36,1%, e varia entre 28% em atletas universitárias, até 80% em trampolinistas adolescentes sem filhos.

Velázquez-Saornil e colaboradores (2021) apontam que num estudo realizado a estudantes de educação física, observou-se que seis em cada sete apresentavam IU de esforço. Por conseguinte, a prevalência em atletas femininas é muito elevada e medidas adaptativas de deteção ou prevenção da IU na educação física e no desporto, e o conhecimento acerca dos mecanismos pelos quais a IU ocorre, pode ajudar na prevenção e tratamento desta patologia.

No que respeita o estudo realizado por esses autores, conclui-se que a IU é bastante comum em atletas femininas. Na amostra de 63 mulheres, 44,4% reportaram perdas de urina, o que à priori é entendido como uma alta percentagem. Esta elevada percentagem de incontinência deve ser tida em conta, dado que a maioria da população da amostra é

jovem (idade média de 30,78 anos). Em termos da frequência de perdas, nenhuma das mulheres reportou perdas continuamente durante o dia. A frequência mais usual de perdas foi menos de duas vezes por semana, e entre duas a cinco vezes por semana, com 53,3% e 35,5%, respetivamente. Em primeiro lugar, o objetivo deste estudo era investigar que tipo de efeitos esta condição pode ter no dia-a-dia das desportistas e verificou-se que 46,4% foram afetadas no seu ambiente desportivo em comparação com 53,6% (também incontinente) que não reportaram qualquer tipo de efeito. Os resultados obtidos por este estudo levam à confirmação das hipóteses projetadas, devido ao facto de terem sido encontrados numerosos casos de IU em atletas, com uma prevalência de 44,4% (Velázquez-Saornil et al., 2021).

Já Pisani e colaboradores (2021) estudaram a prática da modalidade CrossFit e observaram que dos tipos de IU existentes a IUE era a forma mais prevalente, sendo que a grande maioria das participantes reportava perda urinária durante o exercício. Esta perda urinária parece estar relacionada com os padrões biomecânicos envolvidos na prática desta atividade, que incluem principalmente movimentos de alto impacto, realizados repetidamente e com alta intensidade, fatores que geram sobrecarga nos músculos do assoalho pélvico devido ao aumento da pressão intra-abdominal. Assim, se esta pressão exceder a pressão intra bexiga, pode resultar na perda de urina, especialmente quando estas atividades são realizadas sem uma adequada consciência da contração dos MPP.

Mattos Lourenço e colaboradores (2018) descrevem os resultados obtidos de uma revisão sistemática com 7507 atletas de 17 modalidades diferentes (ginástica, maratona, desportos envolvendo a bola, natação, entre outros), onde foi reportada uma prevalência de IU de 36,6%. Ainda assim, observaram que a prevalência da IU está diretamente relacionada com o impacto, uma vez que os desportos de alto impacto tiveram uma prevalência 4,6 vezes superior à dos desportos de baixo impacto.

Pode concluir-se que existe uma grande variabilidade nos resultados, com diferentes prevalências indicadas por diversos estudos científicos, variabilidade essa que depende do tipo de desporto avaliado, da metodologia adotada, da população-alvo analisada, entre outros fatores. Não obstante, de um modo geral, os autores consideram que a IU pode ser considerada uma barreira para a prática desportiva de mulheres atletas, especialmente para aquelas que têm perdas de urina severas ou de forma acidental, sendo

que algumas atletas mudam a sua prática e muitas se retiram do desporto (Teixeira et al., 2018).

Dada a elevada prevalência da IU no que respeita a mulher atleta, Araujo e colaboradores (2017) propuseram inclusivamente um novo termo para descrever esta ocorrência, dando origem à expressão incontinência de atletas. Concluem, portanto, que a incontinência atlética é uma condição específica que ocorre apenas em mulheres jovens e nulíparas durante a sua prática desportiva e que por esta razão, deve ser avaliada e tratada de forma diferente das outras categorias de incontinência urinária.

1.3.3 Atividade física de alto impacto: fator de risco para IUE

As mulheres, nas mais diversas modalidades desportivas, participam em competições e o número de competidoras femininas está a aumentar. O desempenho de topo exige um envolvimento extremo manifestado como o aumento do tempo dedicado à prática desportiva intensa. As performances melhoram todos os anos, e com isso aumenta o desejo de superação e a exigência ao nível do desempenho. A incontinência urinária em pessoas que praticam desporto está sujeita a variações, uma vez que parece depender da intensidade das atividades, movimentos e impacto no solo (Mattos Lourenco et al., 2018).

Os exercícios de alto impacto são definidos como exercícios que envolvem movimentação de cargas externas e/ou exercícios em que ambos os pés estão fora do chão ao mesmo tempo com aumento abrupto repetido na PIA (Carvalhais et al., 2017).

Embora as forças de reação ao solo possam não afetar diretamente o pavimento pélvico, os investigadores correlacionaram estas forças com a diminuição da pressão perineal, pois descobriram que as pressões perineais mais baixas aumentavam os sintomas de IUE. A perda de urina nas atletas está relacionada com a frequência com que as atletas são sujeitas a uma pressão intra-abdominal aumentada, que é causada por uma contração dos músculos abdominais em atividades de alto impacto, sem a devida consciência dos músculos perineais. A atividade física extenuante que envolva o aumento da pressão intra-abdominal pode sobrecarregar e danificar cronicamente o períneo, diminuindo assim a força de contração dos MPP, aumentando o risco de IUE. Quanto mais frequente for o impacto associado ao aumento da PIA, maior é a necessidade de contenção e apoio por

parte dos MPP, que deve ser reforçado para preservar a sua função e impedir a IUE (Khowailed et al., 2020).

No que respeita aos exercícios, observou-se que a execução de saltos à corda duplos (*double unders*), saltos à corda simples (*single unders*) e saltos para a caixa, estavam mais frequentemente relacionados com perdas urinárias, provavelmente devido às características dos exercícios, onde predomina a performance dos saltos. Pisan e colaboradores (2021) citando Yang et al. (2019) e Araújo et al. (2020) também descobriram que as perdas urinárias ocorrem com mais frequência em exercícios que envolvem saltos. Sabe-se que a aterragem de salto resulta num aumento da PIA forte e transitório. Assim, como mencionado anteriormente, se esta pressão exceder a pressão intra bexiga, pode resultar na perda de urina durante os exercícios de salto (Pisani et al., 2021).

Álvarez-García e Doğanay (2022) reforçam que os exercícios associados à maior prevalência de IUE são saltos à corda, saltos à corda duplos, halterofilismo e saltos para a caixa. Estes resultados vão ao encontro do esperado, uma vez que a literatura mostra que estas modalidades de exercício (treino de força extenuante, como halterofilismo e *powerlifting*, e atividades de alto impacto, como saltar e correr) podem aumentar a PIA em maior medida do que outras e, assim, possivelmente afetar o PP.

Num estudo anterior, Wikander e colaboradores (2019) investigaram a relação entre os fatores de risco geralmente citados e a incidência de IU em *powerlifters* femininas competitivas. Concluíram que uma vida inteira de treino com levantamentos de carga pesada, apresenta-se como um fator de risco para o desenvolvimento da IU nas mulheres. No entanto, não foi estudado o efeito da idade, da massa corporal, da experiência de treino de resistência e do grau da competitividade na incidência da IU em *powerlifters* femininas competitivas. Os levantamentos identificados como causadores de maiores perdas de urina foram com cargas pesadas, com muitas repetições e dentro do conjunto de exercícios como agachamentos e peso morto, sendo que o uso de um cinto exacerbou ainda mais os sintomas.

Posteriormente, Wikander e colaboradores (2022) referem que no halterofilismo (levantamento de peso), a pressão intra-abdominal gerada durante um levantamento é suscetível de ser aumentada pelas técnicas de apneia, respiração, uso de cinto, o impacto

ao aterrar numa plataforma após a tripla extensão (pequeno salto) e deslocação dos pés, ou uma combinação de todos estes fatores.

São, portanto, múltiplos os exercícios que podem ser considerados de alto impacto, sendo que todos eles parecem influenciar e aumentar a IUE nas mulheres atletas.

1.4 HALTEROFILISMO: PRÁTICAS E CARACTERÍSTICAS

O halterofilismo tem uma longa história, sendo que a sua origem se perde no tempo. Para muitas tribos pré-históricas, o teste tradicional de força humana e masculinidade era o levantamento de uma rocha especial. Tais pedras de virilidade, existem ainda na Grécia e em castelos escoceses e aparecem em antigos registos egípcios. As origens da competição moderna de halterofilismo encontram-se nos homens fortes dos séculos XVIII e XIX, como Eugene Sandow e Arthur Saxon da Alemanha, George Hackenschmidt da Rússia, e Louis Apollon, da França, que se apresentaram em circos e teatros. Em 1891 ocorreu o primeiro Campeonato Mundial de Halterofilismo, em Londres, Inglaterra. Os Jogos Olímpicos de 1896 incluíam eventos de halterofilismo, assim como os Jogos de 1900 e 1904, sendo que estes eventos foram suspensos até 1920. Nesse ano, por sugestão do Comité Olímpico Internacional, a Federação Internacional de Halterofilismo foi formada, de modo a regularizar os eventos e supervisionar a competição internacional. Em 1928, os levantamentos oficiais passaram a ser o arranque, o arremesso e o *press*, sendo que este último foi abandonado em 1972. Os campeonatos mundiais foram realizados em 1922-23 e a partir de 1937, exceto durante os anos de guerra, e os campeonatos europeus foram realizados de 1924 até 1936. A competição de halterofilismo feminino foi adicionada aos Jogos Olímpicos apenas em 2000 (Britannica, 2016).

O halterofilismo consiste em dois levantamentos de competição: o arranque (*Snatch*) e o arremesso (*Clean and Jerk*). No arranque, a barra é levantada do chão para cima da cabeça, com a extensão completa dos braços, num único movimento contínuo e explosivo, com o atleta a ser autorizado a mover os pés ou a agachar sob a barra enquanto a levanta, antes de voltar para uma posição ereta. O arremesso é um levantamento de duas partes. No primeiro tempo, o atleta assume a posição de partida atrás da barra, e agarra-a dobrando os joelhos. A barra é agarrada com a palma das mãos para baixo e puxada num

único movimento desde a plataforma até os ombros, sendo que o atleta pode receber a barra na posição de agachamento. Os pés do atleta devem voltar à mesma linha e as pernas devem ser completamente estendidas antes de continuar o movimento. No segundo tempo, o atleta deve ficar imóvel com os joelhos completamente estendidos antes de iniciar o movimento. O atleta dobra as pernas e de seguida estende dinamicamente as pernas e os braços simultaneamente para mover a barra para cima num movimento único, terminando com a extensão total dos braços, podendo afastar ou dobrar as pernas. O atleta devolve os seus pés à mesma linha paralela ao plano do tronco e à barra, com os braços e as pernas completamente estendidos (IWF, 2022).

Além dos levantamentos de competição, os halterofilistas praticam outros levantamentos, como agachamentos e puxadas, durante o treino. O arranque e o arremesso diferem de outros levantamentos comumente executados noutros desportos baseados em força, uma vez que é comum os pés do atleta perderem o contacto com o chão (plataforma). Isto ocorre frequentemente após a tripla extensão e antes da fase de receção. Durante este período de voo, os atletas deslocam os pés da posição de puxar, para a posição de receção, em preparação para receber a barra olímpica. Este movimento, como um pequeno salto, pode aumentar a quantidade de stress na bexiga, uretra e outros órgãos pélvicos à medida que o atleta aterra do salto. O aumento resultante da pressão intra-abdominal ao entrar em contacto com a plataforma, pode ser maior no arremesso, pois por norma é o levantamento onde é movida uma carga mais pesada. Em conjunto, os levantamentos pesados e o impacto no solo podem traduzir-se num maior risco para a IU nas mulheres que levantam pesos do que em desportos sem impacto baseados em força, como o *powerlifting* (Wikander et al., 2022).

No seu estudo mais recente, Wikander e colaboradores (2022) concluíram que o trabalho de força acessório, necessário para as mulheres halterofilistas, apresenta-se como um desafio à sua continência. Verificaram que as séries com muitas repetições eram suscetíveis de provocar IU em muitas participantes (57,1%) que já tinham experienciado incontinência em algum momento da sua vida. Além disso, as séries com cargas pesadas foram um fator que contribuiu para mais de metade (67,5%) dos indivíduos que experienciaram a IU ao executar muitas repetições. Portanto, suspeitam que os agachamentos são mais propensos a provocar IU do que os levantamentos de halterofilismo, visto que os agachamentos são geralmente realizados em maior número

de repetições e com carga mais pesada do que o arranque e o arremesso. Foi determinado que a realização de um agachamento para levantar uma carga aumenta mais a pressão intra-abdominal do que levantar o mesmo peso de um ponto de partida mais elevado, como um balcão. Por conseguinte, parece que os gatilhos para a IU durante o treino de resistência são multifatoriais e podem variar entre os indivíduos. Embora seja sugestivo que o levantamento de cargas elevadas, repetidamente, possa provocar IU, é menos claro se os levantamentos pesados, a longo prazo, danifiquem o pavimento pélvico.

Segundo os mesmos autores, a preocupação de que o levantamento de pesos elevados possa danificar o pavimento pélvico e aumentar o risco de IU provém de três principais pontos de investigação que examinaram, sendo estes os efeitos do exercício físico pesado, o aumento da pressão intra-abdominal ao levantar um peso, e o efeito do aumento da pressão intra-abdominal na uretra. As atividades de alto impacto executadas repetitivamente são suscetíveis de contribuir ainda mais para a fadiga do pavimento pélvico e aumentar as probabilidades de IU. Levantar pesos pesados durante as atividades desportivas pode, portanto, ser desencorajado a favor de exercícios "seguros para o pavimento pélvico", tais como atividades de baixo impacto que não coloquem pressão descendente no PP. As mulheres campeãs de halterofilismo, no estudo efetuado pelos autores, forneceram uma extensa lista de atividades e situações onde sentiram exacerbada a sua IU.

Atualmente, existe uma lacuna de conhecimento no que diz respeito ao papel da atividade física extenuante na incidência de distúrbios do assoalho pélvico (Bo & Nygaard, 2020).

1.5 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O BEM ESTAR

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011), bem-estar pode ser definido como imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demostrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de

valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". É um conceito amplo que abrange aspetos da saúde física, do estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com aspetos significativos do meio ambiente (The WHOQOL Group, 1995).

É inegável a associação que existe quando se fala de IU com o bem-estar. São inúmeros os autores que fazem a ligação destes dois temas e foram inclusivamente criadas escalas que avaliam esta relação. No que respeita a mulher praticante de desporto, diversos autores consideram que a presença de IU condiciona sua a prestação atlética e acaba por influenciar o seu bem-estar. Esta influência deve ser considerada, tendo em conta que a maioria das pessoas que se exercitam não são atletas profissionais, sendo o seu objetivo melhorar a sua saúde ou simplesmente divertir-se (Mattos Lourenço et al., 2018).

Wikander e colaboradores (2021) referem ser importante que os treinadores estejam cientes dos fatores que desencadeiam a IU nos seus atletas, a nível individual, uma vez que esta pode causar angústia e embaraço, e dificultar o desempenho. Num estudo sobre ginastas rítmicos de alto nível, por exemplo, 70,6% dos incontinentes relataram que a sua IU influenciou o seu desempenho desportivo. Embora a pesquisa citada não tenha investigado especificamente se a IU influenciou o desempenho desportivo de halterofilistas femininas incontinentes, existe uma forte possibilidade de que a IU influencie o seu desempenho atlético. Um cenário provável é o que as mulheres halterofilistas, que sofrem de perda ou tenham medo de apresentar perdas urinárias durante um levantamento, se distraiam e falhem o levantamento.

Já Velázquez-Saornil e colaboradores (2021) afirmam que de um modo geral, as mulheres incontinentes relatam problemas sociais, sexuais e desportivos, mas, no seu estudo, as atletas apenas valorizaram os efeitos a nível desportivo, mencionando uma relação considerável. Isto deve-se, provavelmente, ao facto de ser mais importante para as mesmas o seu desempenho desportivo. A ansiedade e a depressão são consequências muito comuns para as mulheres incontinentes, devido à vergonha de ser incontinente ou à necessidade de utilização de pensos higiénicos. No entanto, no seu estudo, os autores não encontraram uma relação significativa, o que pode dever-se ao facto de as participantes serem atletas profissionais e a própria modalidade criar uma sensação de

bem-estar, ou ainda pelo facto destas atletas poderem estar informadas da forte relação entre a prática desportiva e sofrer de IU.

Cesey e Temme (2017) reforçam e ideia que a incontinência urinária pode ter um enorme impacto na qualidade de vida da mulher. As atletas femininas com IU relatam sentimentos de constrangimento, sentem que se trata de um problema social e higiénico e que afeta negativamente o seu desempenho desportivo.

Deste modo, a IU pode ser considerada uma barreira para a prática desportiva de mulheres atletas, especialmente para aquelas que têm perdas de urina severas ou de forma acidental, sendo que algumas atletas mudam a sua prática e muitas acabam por se retirar do desporto por este motivo (Carvalhais et al., 2017).

1.6 A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA IU

Importa antes de mais entender que o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializada, nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Deve possuir quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que se refere ao EEER, para além das competências supramencionadas, este deve possuir competências específicas para que o seu conhecimento seja ainda mais aprofundado na sua área de atuação. Isso capacita-o a tomar decisões relacionadas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, com o objetivo último o de atingir o maior potencial da pessoa.

A excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia. Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, são mencionados os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de Enfermagem. Um desses

enunciados é precisamente o bem-estar e o autocuidado, sendo que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes (Regulamento n.º 350/2015, Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Continuando no que está descrito pela Ordem dos Enfermeiros, é de mencionar o Parecer nº 60/2015 de Intervenção na Reabilitação do Pavimento Pélvico. Este afirma que o EEER "detêm um perfil de competências caracterizado pelo elevado nível de conhecimentos e capacidades que lhes permitem a elaboração e desenvolvimento de programas de reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional do indivíduo e/ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência incapacidade ou doença crónica. Estão capacitados para tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações e/ou incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa e minimizando sequelas. Estão capacitados para o diagnóstico e intervenções de enfermagem nas áreas da reabilitação funcional motora, da reabilitação funcional respiratória cinesiterapia respiratória, reeducação vesical e intestinal, entre outras." Posição sustentada no Regulamento de competências acrescidas no âmbito das técnicas supramencionadas o que deverá determinar maior nível de competências para esta atividade no âmbito da saúde da mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O EEER tem, portanto, competência científica e técnica para, de forma autónoma, planear, executar e avaliar intervenções terapêuticas de enfermagem de reabilitação em diferentes contextos. Cumpridos os requisitos dos adequados conhecimentos, bem como o âmbito das intervenções autónoma ou interdependentes e o legalmente previsto, o EEER tem o direito de exercer livremente a profissão, estando habilitado para a realização de reabilitação do pavimento pélvico (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto da conceção e prestação de cuidados de enfermagem, o EEER (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação) utiliza o processo de enfermagem como metodologia científica. Este processo não só auxilia na análise crítica das metas a serem alcançadas, mas também promove um desempenho sistemático e intencional. O processo de enfermagem capacita o EEER na tomada de decisões e na avaliação dos resultados das intervenções, tornando-se uma ferramenta valiosa para a

personalização, humanização e melhoria da assistência prestada a indivíduos, famílias e comunidades (Andrade et al., 2018 cit. por Ribeiro et al., 2021).

Para facilitar a identificação, descrição e previsão das respostas de indivíduos, famílias ou comunidades a problemas de saúde ou desafios de vida, é recomendado o uso do processo de enfermagem, juntamente com pelo menos uma teoria de enfermagem. Isso ajuda a determinar as áreas que exigem intervenção por parte dos EEER (Ribeiro et al., 2021).

Revestiu-se de relevância mencionar o Modelo de Adaptação de Roy como um exemplo significativo de como o conhecimento de outras disciplinas se integra de maneira única na enfermagem. Calista Roy sintetizou várias teorias de diferentes autores, como a Teoria do Sistema, do Stresse e da Adaptação, para explicar a interação das pessoas com seu ambiente. De acordo com essa teoria, as pessoas, como seres biopsicossociais, enfrentam diversas circunstâncias e influências que afetam o seu desenvolvimento, enquanto um ambiente em constante mudança as estimula a adaptar-se (Martins et al., 2018).

A adaptação pode ser observada através de quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. No caso concreto da pertinência deste referencial para a atuação do EEER no que respeita a IU, dá-se especial relevância ao modo autoconceito, que envolve os aspetos psicológicos e espirituais, assim como a sensação de unidade. Problemas de adaptação nessa área podem afetar a capacidade da pessoa em procurar ajuda profissional ou de manter a sua saúde, tornando essencial a avaliação de comportamentos e influências que afetam a perceção da pessoa sobre si mesma (Roy et al., 2009).

O modo interdependência, relacionado com as interações sociais, é outra dimensão importante. O seu foco são as interações mais próximas e o potencial de adaptação nessas interações. Compreender essas relações próximas, que desempenham um papel vital na satisfação das necessidades emocionais da pessoa, é fundamental para o planeamento dos cuidados (Andrade et al., 2018; Martins et al., 2018, citados por Ribeiro et al., 2021).

Seguindo esse referencial, o EEER deve, na primeira etapa do processo de enfermagem, avaliar o comportamento atual de adaptação da pessoa e os estímulos que afetam as suas respostas, sejam eles internos ou externos (Andrade et al., 2018 cit por

Ribeiro et al., 2021). Estímulos abrangem todas as condições e influências que têm impacto no desenvolvimento e comportamento da pessoa, sendo que à junção de estímulos internos e externos é chamada de ambiente (Martins et al., 2018). Essa avaliação do comportamento e dos estímulos relevantes fornece informações cruciais para a formulação de diagnósticos de enfermagem e a definição de objetivos, visando a plena adaptação da pessoa (Andrade et al., 2018, citado por Ribeiro et al., 2021). Durante a implementação das intervenções, o EEER, em colaboração com a pessoa, faz a gestão dos estímulos de modo a aumentar a sua capacidade de responder de maneira adaptativa, resultando em comportamentos mais saudáveis (Andrade et al., 2018, citado por Ribeiro et al., 2021).

Como mencionado anteriormente, a IU em atletas do sexo feminino pode afetar o bem-estar e levar ao desenvolvimento de sentimentos de insegurança, depressão e isolamento social, bem como ter impacto nas relações próximas e íntimas das mulheres afetadas por esta condição. Torna-se de elevada importância a abordagem do EEER nesta condição, de modo a proporcionar um cuidado holístico à mulher. Pode, portanto, afirmar-se pertinente este referencial, no âmbito da enfermagem de reabilitação, sendo que o mesmo apresenta potencial para sustentar a prática dos EEER, especialmente perante situações que requerem adaptação fisiológica e psicossocial (Wills, 2016 cit. por Ribeiro et al., 2021).

2. ESTADO DA ARTE

De modo a fundamentar este estudo e verificar a evidência já produzida no contexto da IU na mulher atleta, foi efetuada uma revisão de literatura, com recurso a pesquisa bibliográfica na plataforma de pesquisa online EBSCOhost, utilizando as bases de dados: CINAHL; MEDLINE; Nursing & Allied Health Collection; MedicLatina; Cochrane Plus Collection que inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).

A tabela 1 apresenta uma síntese dos estudos identificados sobre o tópico em estudo.

Tabela 1

Resumo De Estudos Sobre IU Em Atletas Femininas.

Autores (ano de publicação)	Síntese do estudo
Nygaard et al. (2005)	Estudo transversal com o objetivo de descrever a prevalência da IU durante o exercício nas mulheres, estimar se a intensidade do exercício está relacionada com a gravidade da perda urinária e reportar a perceção das mulheres da IU como uma barreira ao exercício. Foram incluídas 3364 mulheres, com uma prevalência de IU de 34,3%. Uma em cada sete mulheres sofreu perdas urinárias durante a atividade física; isto foi mais comum entre as mulheres altamente ativas (15,9%) do que entre as mulheres menos ativas (11,8%).
Fernandes (2014)	Estudo caso controlo, onde foram comparadas 35 jogadoras não federadas de futebol, entre os 12 e 19 anos, com grupo controlo de 24 raparigas que não praticavam desporto com idades entre os 11 e 19 anos. Verificou-se que 62,8% apresentaram um pad test positivo para 22,5%, respetivamente.

Tabela 1 (cont.)

Resumo De Estudos Sobre IU Em Atletas Femininas.

Autores (ano de publicação)	Síntese do estudo
Almeida et al. (2015)	Estudo caso controlo, com comparação de 67 atletas de quatro modalidades desportivas diferentes (23 atletas de voleibol, 9 de judo, 9 de ginástica artística e trampolim, e 26 atletas de natação) e 96 não atletas. Houve uma maior prevalência de IU entre as atletas que praticam ginástica artística e trampolim (88,9%), seguidos da natação (50,0%), judo (44,4%) e voleibol (43,5%), sendo o tipo de IU mais prevalente a IUE. Entre as não atletas, a perda urinária em situações de urgência foi o sintoma mais relatado (34,6%).
Araujo et al. (2015)	Estudo caso controlo, onde comparam 49 atletas de desporto de alto rendimento e alto impacto com grupo de controlo de 44 não atletas. Foi utilizado o questionário "International Consultation of Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)", tendo sido encontrada uma prevalência de incontinência urinaria nas atletas de 76%.
Brennand et al. (2017)	Estudo de coorte, onde foram avaliadas 59 mulheres fisicamente ativas, com queixas prévias de perdas urinárias, com média de 4 dias de treino por semana. Todas as participantes relataram perdas durante o exercício, sendo o mais prevalente (61,0%) modalidade de exercício com treinos estruturados de alta intensidade (como Crossfit, HITT, bootcamps), corrida ou jogging (40,7%), e atividades de fortalecimento de core, como yoga e pilates (30,5%).
Carvalhais et al. (2017)	Estudo caso controlo, onde foi avaliada a prevalência da incontinência urinaria de esforço em 372 atletas de elite comparando com um grupo de controlo de 372 mulheres. Avaliaram diferentes modalidades desportivas, entre elas os desportos com bola, sendo a prevalência de IU: futebol e futsal 16,2%, basquetebol 24,1%, andebol 23,3%, voleibol 4.2%, polo aquático 16,1%, rugby, hóquei patins 10%, ténis, ténis de mesa, padel e ténis de praia 18%.

Tabela 1 (cont.)

Resumo De Estudos Sobre IU Em Atletas Femininas.

Autores (ano de publicação)	Síntese do estudo
dos Santos et al. (2018)	Estudo transversal, onde participaram um total de 50 atletas com idades compreendidas entre os 18 e os 37 anos. Destas, 34 praticavam desportos de alto impacto e 16 praticavam desporto de baixo impacto, tendo sido verificada uma prevalência de IU de 48%.
Wikander et al. (2019)	Estudo de coorte, onde foram avaliadas 134 mulheres de modo a investigar a prevalência da IU e a sua relação com a idade, massa corporal, tipo de treino e de competição em *powerlifters* femininas competitivas. Aproximadamente, 41% das mulheres *powerlifters* experimentaram IU em alguma fase da vida, e 37% das mulheres *powerlifters* mencionaram IU durante o treino e competições.
Dobrowolski et al. (2020)	Estudo observacional transversal, onde foram estudadas 89 raparigas praticantes de salto à corda. 75% (67 em 89) reportaram IUE durante o treino, principalmente na execução de saltos duplos e triplos (*double-unders* e *triple-unders*). 21% (14 em 67) das raparigas afetadas indicaram uma interferência moderada da IUE na prática desportiva, embora o impacto na sua qualidade de vida global tenha sido ligeiro.
Khowailed et al. (2020)	Estudo piloto com o objetivo de investigar a prevalência de IUE entre as mulheres (com e sem filhos) em grupos de exercício de alto impacto. Um total de 17 participantes, 64,2% reportaram pelo menos algumas perdas urinárias durante o exercício.
Leal et al. (2020)	Estudo transversal quantitativo, para avaliar a prevalência de perda de urina involuntária e padrão miccional em mulheres praticantes de Crossfit. Com uma amostra de 38 mulheres, 78,9% eram nulíparas, 13,2% tiveram parto do tipo vaginal e 7,9% partos por cesariana. Apenas 7,9% da amostra apresentou IUE.

Tabela 1 (cont.)

Resumo De Estudos Sobre IU Em Atletas Femininas.

Autores (ano de publicação)	Síntese do estudo
Lopes et al. (2020)	Estudo de coorte transversal com o objetivo de verificar a frequência de IU em mulheres praticantes de Crossfit. Foram avaliadas 50 mulheres, das quais 10 (20%) apresentaram IU. A maioria das mulheres incontinentes apresentou IU de gravidade moderada e de interferência leve na qualidade de vida. Foi observada associação entre ter histórico de IU e apresentar IU na prática desportiva.
Pires et al. (2020)	Estudo observacional transversal, como objetivo de avaliar a contração voluntária máxima dos músculos do assoalho pélvico em desportistas, e observar os sintomas urinários e seu impacto na qualidade de vida (QV). Foram avaliadas 197 mulheres e verificaram que a idade, IMC e desportos de alto impacto parecem ser os principais fatores que promovem a IU, que por sua vez diminui a QV em desportistas.
Pisani et al. (2021)	Estudo transversal online para investigar se as mulheres praticantes de CrossFit reportariam sintomas de disfunção do pavimento pélvico. Foram analisadas 828 respostas, das quais 36% das mulheres reportaram serem afetadas por IU, e 84,2% dessas participantes reportaram perda urinária durante a prática do CrossFit.
Silva et al. (2021)	Estudo transversal, onde foram estudadas 290 mulheres com o objetivo de determinar a prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de exercício recreativo e avaliar a relação com o tipo de exercício e outros fatores de risco. 67,6% tinham menos de 40 anos, 25,2% referiam incontinência e 53,4% tinham pelo menos um fator de risco não relacionado com exercício.

Tabela 1 (cont.)

Resumo De Estudos Sobre IU Em Atletas Femininas.

Autores (ano de publicação)	Síntese do estudo
Velázquez-Saornil et al. (2021)	Estudo analítico, transversal e observacional, onde foi estudada a prevalência de UI em atletas femininas, a categoria de desporto com maior número de casos, os fatores de risco mais incidentes e as consequências bio-psico-sociais. Este estudo analisou 63 participantes e concluiu que a IU tem uma alta prevalência (44,4%) em atletas femininas (em comparação com 10% em não-atletas), sendo mais frequente em praticantes de corrida de longa distância.
Whitney et al. (2021)	Estudo transversal, onde foram avaliadas 1000 mulheres sem filhos, com idades entre 15 e 30 anos. Das 1000 atletas femininas inquiridas, 165 (16,5%) relataram um IU durante as atividades atléticas. As mulheres que praticavam desportos de alto impacto tinham 4,5 vezes mais probabilidades de ter IU em comparação com as mulheres praticantes de desportos com bola.
Wikander et al. (2021)	Estudo transversal e baseado em inquéritos, concluído por 191 participantes, com o intuito de determinar a prevalência e possíveis fatores de risco para a incontinência urinária em halterofilistas competitivas. Aproximadamente, 31,9% das mulheres reportaram incontinência urinária, sendo que as pontuações do Índice de Gravidade de Incontinência foram significativamente correlacionadas com paridade e a idade.

É notório que nos últimos anos, há um crescente desenvolvimento de estudos em relação à IU e em específico na mulher atleta. De um modo geral, os autores concluem que a prática desportiva está associada a IUE e que os desportos de alto impacto são mais suscetíveis de provocar perdas urinárias do que as de baixo impacto. Pode verificar-se também que atletas profissionais mostram um risco 2,5 vezes maior de desenvolver IU em comparação com mulheres sedentárias (Mattos Lourenço, 2018). Foram apuradas diferentes prevalências nos diversos estudos científicos, podendo a variabilidade nos

resultados obtidos ser explicada pelas diferentes metodologias aplicadas nos estudos, o tipo de desporto avaliado e outras especificidades da população-alvo analisada.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é um método que descreve, explica, prediz e verifica factos, acontecimentos e fenómenos permitindo a aquisição de conhecimento e dando respostas a questões precisas (Fortin, 2009). A investigação e a reflexão, segundo a mesma autora, são fundamentais para o desenvolvimento científico das diversas profissões, pois melhoram as suas práticas e consequentemente a qualidade dos serviços prestados às pessoas. É na fase metodológica que o investigador apresenta o desenho de investigação, ou seja, a sua forma de proceder, tendo em vista a obtenção de respostas às questões de investigação, verificação de hipóteses e consequente concretização do objetivo estabelecido. Todo este processo deve basear-se num plano lógico, sólido, previamente estabelecido, capaz de assegurar e ultrapassar constrangimentos que possam surgir no desenvolvimento da pesquisa, assegurando fiabilidade, rigor e controlo de todo o procedimento (Fortin, 2009).

Tal como referem Polit e colaboradores (2017), a investigação usa métodos disciplinados para responder a questões por resolver. O objetivo final da investigação, em enfermagem, será obter conhecimento e desenvolver evidência sobre questões de importância para a profissão e seus clientes. É um instrumento fundamental, para resolver problemas da atualidade com base na prática baseada na evidência, apresentando-se como um caminho a seguir para a excelência dos cuidados.

Após ter sido descrito o estado da arte ao longo do enquadramento teórico, é essencial explanar a metodologia adotada neste processo. Neste capítulo, serão, portanto, descritos os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo proposto. Este capítulo inicia-se com a descrição adicional da finalidade do estudo; seguidamente enuncia-se as hipóteses delineadas; o tipo de estudo; as variáveis; a população e amostra; o instrumento de colheita de dados e procedimentos de recolha dos mesmos, bem como as considerações éticas subjacentes.

3.1 FINALIDADE DO ESTUDO

Uma questão de investigação é: "uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se entende

tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos, como nos estudos descritivos, quer seja explorar relações entre conceitos, como nos estudos descritivos-correlacionais" (Fortin, 2009).

No presente estudo definiu-se como questão de investigação: Incontinência urinária em praticantes femininas de halterofilismo e seu bem-estar. Na literatura é possível encontrar estudos prévios, que investigam a prevalência de IU em mulheres atletas, sendo que ainda nenhum abordou apenas a modalidade halterofilismo nacional isolada de outras. Este estudo servirá, através desta caracterização, como ponto de partida para avaliar diferentes variáveis que possam comprometer o aparecimento da IU nestas atletas. Pode dar-se como exemplo o estudo de Da Roza et al. (2015) que incluiu a duração do treino como variável, e concluiu que a prevalência da IU está diretamente relacionada à prática mais intensiva, realizada por atletas de elite, provavelmente, como resultado da fraqueza muscular e resposta mais lenta a um estímulo mecânico contínuo.

Fortin (2009) define a hipótese como "uma predição sobre uma relação existente entre variáveis, que se verifica empiricamente". Para este estudo, foram elaboradas hipóteses, enunciados que traduzem uma previsão dos resultados esperados, estabelecendo relações previstas entre duas ou mais varáveis (Polit et al., 2017), que vão ao encontro do que é defendido pela literatura atual:

H1 – Existe IU nas praticantes femininas de halterofilismo;

H2 - A presença de IU é mais elevada nas praticantes femininas de halterofilismo com mais idade;

H3 - A presença de IU é mais elevada nas praticantes femininas de halterofilismo com filhos e com parto normal;

H4 – A presença de IU é mais elevada nas praticantes femininas de halterofilismo com infeções do trato urinário recorrentes e cirurgias ginecológicas passadas;

H5 - A presença de IU é mais elevada nas praticantes femininas de halterofilismo com obstipação;

H6 – A presença de IU é mais elevada nas praticantes femininas de halterofilismo com mais anos de prática desportiva, e treinos com maior duração e frequência;

H7 – As mulheres com IU apresentam restrições nos seus hábitos de ingestão hídrica diários e utilizam pensos higiénicos de proteção;

H8 - A presença de IU está associada ao bem-estar das praticantes femininas de halterofilismo.

Estas hipóteses, são analisadas em diversos estudos, tal como já foi mencionado anteriormente no enquadramento teórico.

3.2 TIPO DE ESTUDO

A abordagem metodológica deste estudo insere-se no paradigma positivista. A presente investigação caracteriza-se por ser quantitativa, transversal, descritiva e correlacional, pois, como expresso por Haro e colaboradores (2016), dedica-se a uma análise de um fenómeno, numa determinada população, e verifica a existência de uma relação entre duas ou mais variáveis.

3.3 VARIÁVEIS

Em estudos quantitativos, segundo Polit e colaboradores (2017) os conceitos são geralmente chamados de variáveis. A maioria das características humanas são variáveis. Uma variável é, então, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume valores diferentes.

As variáveis são "qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação" (Fortin, 2000). Ligam-se "aos conceitos teóricos por meio de definições operacionais que servem para medir conceitos" (Fortin, 2009). A variável dependente é a que o investigador pretende compreender, explicar ou prever (Polit et al., 2017). Por outras palavras, a variável dependente é aquela que é afetada e/ou explicada pelas variáveis independentes e irá sofrer alterações com as transformações por ela originadas (Fortin, 2009).

Neste estudo foram consideradas variáveis dependentes e independentes. As varáveis dependentes em estudo foram a incontinência urinária e o bem-estar. As variáveis independentes foram as de caracterização sociodemográfica e as de condição clínica. De modo a ser possível descrever adequadamente a amostra, foram consideradas para a caracterização sociodemográfica, as típicas variáveis demográficas (idade, altura, peso, bem como número de filhos e tipo de parto), acrescidas de variáveis de hábitos e

comportamentos (por exemplo: frequência e duração do treino, consumo de líquidos) e ainda variáveis de saúde (por exemplo: infeções urinárias, obstipação, tratamento e/ou cirurgias prévias).

Sendo a variável da presença atual ou passada de IU determinante, considerou-se importante que na caracterização das variáveis independentes seja desde logo feita a desagregação dos dados, separando os dois grupos de estudo (presença/ausência de IU).

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Hill e Hill (2016) descrevem a população como o conjunto total de casos sobre os quais se deseja retirar conclusões e a amostra como uma parte dos casos que constituem essa população. A amostra deve ser representativa dessa população para se poderem extrapolar as conclusões para a população com confiança. De acordo com Polit e colaboradores (2017), as pesquisas quantitativas devem especificar quais as características dos participantes, ou seja, devem identificar a população a ser estudada, sendo que uma população é todo o indivíduo ou objeto com características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Em contrapartida, a amostragem representa o método pelo qual a amostra será selecionada com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.

A população alvo deste estudo serão as praticantes femininas de halterofilismo, pertencentes à Federação de Halterofilismo de Portugal.

Os critérios de inclusão foram: praticantes de halterofilismo femininas, federadas, com idade superior a 18 anos. Como critério de exclusão foram considerados: praticantes de halterofilismo que não consigam completar os questionários.

O tamanho da amostra foi determinado pelo número total de praticantes de halterofilismo federadas, que cumpriram os critérios de inclusão, e responderam ao questionário durante o mês de março de 2023. Foi efetuada a recolha dos endereços eletrónicos dessas praticantes, por parte da Federação, tendo-lhes sido posteriormente explicado o estudo e solicitado o preenchimento do questionário na plataforma *Google Forms*. Sendo alvo de recrutamento todas as praticantes federadas com critérios de

inclusão (n=67), as respostas foram obtidas de forma totalmente voluntária, configurando-se uma amostragem não probabilística, por conveniência.

3.5 PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

O método de colheita de dados selecionado foi o questionário. Moreira (2009), define o questionário como: "um conjunto de questões, ou seja, de itens que, por qualquer razão, se decidiu apresentar associados numa mesma folha (…)". Por sua vez, Fortin (2009) explica que este método permite recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas e conhecimentos. A seleção do instrumento de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização, considerando o objetivo do estudo, o nível de conhecimentos do investigador e o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Os instrumentos de colheita de dados para a documentação do EEER constituem uma ferramenta essencial para a melhoria contínua do cuidar, sendo um suporte para a tomada de decisão. Efetivamente, a avaliação com instrumentos próprios e a importância deste tipo de avaliação no planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação permite a prestação de cuidados especializados tal como a sua continuidade, e o desenvolvimento de projetos de investigação que se possam assumir como boas práticas e ser replicados (OE, 2016).

Optou-se por efetuar a colheita de dados através da aplicação de um questionário às mulheres elegíveis para o estudo, por se entender ser o instrumento mais adequado à colheita de dados/informação.

O instrumento de colheita de dados utilizado compreende a caracterização sociodemográfica e clínica, bem como, a aplicação de instrumentos descritos como adequados para a caracterização das variáveis em estudo, designadamente, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) e o *King's Health Questionnaire* adaptado para Português (Europeu).

Este questionário foi aplicado com recurso à plataforma digital, tendo sido utilizado o *Google Forms* para o seu preenchimento e a sua divulgação entre as participantes contou com a colaboração da Federação de Halterofilismo de Portugal.

Previamente à implementação deste questionário à população alvo, foi efetuado um estudo piloto no qual se pretendeu testar a exequibilidade do estudo. Foi solicitado o

preenchimento do formulário online a uma população similar, tendo sido recolhidas 7 respostas de mulheres praticantes de desporto recreativo. Foi assim possível testar o instrumento de colheita de dados, bem como recolher feedback sobre o mesmo e implementar melhorias.

3.5.1 Questionário sociodemográfico e clínico

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica foi elaborado no âmbito deste estudo, com o objetivo de permitir a recolha de informação subjetiva de cada atleta, bem como informações da prática desportiva que possam ser relevantes para a realização do estudo. A primeira parte do questionário é constituída por onze questões, que permitem caracterizar as participantes quanto às suas características demográficas e história anterior, designadamente: idade, peso, altura, cirurgia uro-ginecológica, filhos, tipo de parto, infeções urinárias e obstipação. A segunda parte do questionário é constituída por sete questões que pretendem averiguar as características do treino desenvolvido pela participante, nomeadamente, quantos litros de água bebe por dia, se restringe a ingestão de líquidos antes dos treinos ou competições, quantos dias de treino faz por semana, quantas horas tem o seu treino, se realiza treino bi-diários, há quantos anos pratica a modalidade, se a atleta teve alguma paragem na sua atividade desportiva e se sim, quanto tempo, se utiliza algum penso durante os treinos. O questionário é rápido e de fácil preenchimento, sendo que requer apenas cerca de 5 minutos para ser realizado, através de autopreenchimento (Apêndice I).

3.5.2 International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)

Mattos Lourenço e colaboradores (2018) referem que ICIQ-SF é um instrumento válido e utilizado com frequência (28,57%). O ICIQ-SF consiste num breve questionário, com 3 questões com valor numérico, com score final a variar de 0 (sem incontinência) a 21 (score máximo). O score total da escala é obtido pela soma do valor das três primeiras questões, sendo que quanto maior o valor, maior é a perceção do impacto negativo na vida da mulher. O último item é meramente qualitativo, sendo este de caracterização da

circunstância em que a perda de urina ocorre (Apêndice II). É, portanto, um questionário de autopreenchimento que avalia a perda de urina e como esta afeta a qualidade de vida. Trata-se de um instrumento de colheita de dados com confiabilidade, medida pela consistência interna dos itens e avaliada pelo alfa de Cronbach, que foi considerado satisfatório, com valor de 0,88. Isso revela que as três questões utilizadas para o seu cálculo têm um bom grau de correlação entre si, além de apresentar uma correlação positiva entre os seus itens (Tamanini et al., 2004). Havendo uma validação para português disponível e utilizada no contexto clínico em Portugal, foi solicitada a autorização do autor que validou a ICIQ-SF em português, para a sua utilização neste estudo (Apêndice III). Considerou-se ser uma mais-valia a sua utilização, permitindo efetuar comparações com outros estudos realizados fora de território nacional, onde a sua aplicação é frequente.

3.5.2 King's Health Questionnaire (KHQ) adaptado para Português (Europeu)

Este instrumento foi originalmente desenvolvido por Kelleher, Cardozo, Khullar e Salvatore (1997) e foi projetado para avaliar o impacto da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida, mas também para medir o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas urinários, bem como medidas subjetivas de gravidade adotadas (Rodrigues, 2011). O KHQ possui 21 questões que abordam diferentes domínios, sendo pontuado em escalas tipo Likert, que são graduadas em opções de resposta, sendo os valores somados e avaliados por domínio, não havendo, portanto, pontuação geral. As pontuações variam entre 0 e 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada com aquele domínio. Está registado no repositório de instrumentos de medição e avaliação em saúde. Quantos às suas propriedades psicométricas relativas à versão utilizada, esta apresenta equivalência semântica obtida pela tradução, com adaptação, linguística e cultural, tendo sido obtida uma versão de consenso, na análise da qualidade da tradução realizada (Apêndice IV). Segundo Rodrigues (2011), a consistência interna dos domínios do KHQ variou entre 0,64 e 0,89, valores considerados aceitáveis por vários autores. A análise dos resultados das correlações entre os domínios do questionário é forte a muito forte e significativa,

variando entre 0,87 a 0,99. Na validade de construto, foi obtida uma correlação de moderada a muito alta e significativa entre os domínios e as questões que os compõem, variando entre 0,53 a 0,94. A versão para o português (europeu) do KHQ adaptada linguística e culturalmente, para aplicação em mulheres com queixas de IUE, apresentou resultados que demonstram ser uma escala fiável e válida para avaliar a qualidade de vida no contexto específico da IUE.

Foi obtido consentimento para a sua utilização da autora que validou este questionário para português europeu (Apêndice V).

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística é fundamental no sucesso de um trabalho de investigação, pois só através dela se pode responder às questões previamente definidas e se pode compreender os dados numéricos. A estatística descritiva sintetiza e descreve os valores obtidos pela medida das variáveis (Polit et al., 2017).

No presente estudo, foram utilizadas técnicas da estatística descritiva, nomeadamente, frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão).

Na análise inferencial, foram privilegiados os testes não paramétricos, em virtude da dimensão da amostra e ausência de normalidade dos dados (Pocinho, 2021). A normalidade foi testada através do teste Shapiro-Wilk.

Dado o tamanho da amostra, foi utilizado o teste exato de Fisher para analisar a associação entre variáveis categóricas e foi utilizado o teste de Mann-Whitney, para comparações entre grupos independentes.

O nível de confiança foi estabelecido em 95%, o que implica que uma associação será considerada estatisticamente significativa se $p < 0.05$ (Pocinho, 2021).

O processamento e a análise dados implicaram a utilização de suportes informáticos nomeadamente o Microsoft Excel® (para o processamento) e o Statistical Package for Social Sciences - SPSS, IBM®, versão 29.0, que permitiram otimizar e relacionar as variáveis.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação científica que envolve seres humanos deve respeitar procedimentos formais e éticos que visam salvaguardar os seus direitos. O consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, pela vida privada, pela confidencialidade das informações pessoais, pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens são princípios éticos que devem ser garantidos (Fortin, 2009).

Na realização do presente estudo, foi solicitado a todas as participantes o consentimento informado, livre e esclarecido, garantiu-se a confidencialidade, a anonimização e o uso exclusivo dos dados recolhidos na presente investigação, conforme previsto na Lei nº 58/2019 de 8 de agosto da Assembleia da República e da deliberação da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

As participantes foram informadas sobre o objetivo e finalidade do estudo e a importância da sua participação, sendo salvaguardado o seu direito a não participar, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo (Apêndice VI).

O anonimato e a confidencialidade das participantes foram mantidos através da atribuição automática de um código alfanumérico, no momento do seu preenchimento no sistema de informação utilizado.

Os dados foram armazenados no computador pessoal da investigadora. Findo o período de armazenamento dos dados, a eventual eliminação ou destruição dos mesmos será feita de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis.

Além da observância dos princípios referidos, foi solicitado um parecer prévio à Comissão de Ética da ESSSM para a realização do presente estudo de investigação, tendo este sido favorável, com o código de Parecer CE2022/63 (Anexo I).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Serve o presente capítulo para abordar e descrever os dados obtidos na investigação, sendo efetuada a caracterização da amostra, a caracterização da incontinência urinária na mulher praticante de halterofilismo, bem como a caracterização da associação entre a incontinência urinária e o bem-estar. Serão apresentados e avaliados os resultados na sequência dos objetivos formulados.

4.1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nos subcapítulos seguintes apresenta-se a caracterização da amostra no seu âmbito geral, da sua situação clínica, caracterização a nível desportivo e no que respeita os hábitos adotados na prática desportiva.

4.1.1 Caracterização geral

A amostra inerente ao presente estudo corresponde a 29 mulheres praticantes de halterofilismo (n=29) que responderam ao questionário durante o período de colheita de dados.

Efetuando a análise em termos etários, é notória a heterogeneidade da amostra, sendo que esta é constituída por mulheres entre os 24 e os 46 anos de idade, resultando numa idade média de 32,66 anos (DP = 6,38).

A nível biométrico, as mulheres apresentam alturas entre os 154 e os 172 cm, traduzindo uma média de 164,9 cm (DP = 4,72). Relativamente ao peso corporal, variam entre os 52 e os 85 kg, com uma média de 64,10 kg (DP = 6,38).

Das mulheres em estudo, 11 (n = 11; 37,9%) referem ter filhos, sendo que as restantes 18 (n = 18; 62,1%) nunca tiveram filhos. Da amostra total, seis mulheres (n = 6; 20,7%) afirmam ter um filho, duas participantes são mães de 2 filhos e outras duas têm 3 filhos (n = 2, 6,9%), existindo ainda uma mulher que refere ter tido 4 filhos (n = 1; 3,4%). No que se refere ao tipo de parto, 9 foram partos normais (n = 9; 31%) e apenas 2 cesariana (n = 2; 6,9%).

Esta amostra compreendeu 17 mulheres com a condição de IUE, e 12 mulheres sem esta condição.

Conforme é possível verificar na tabela 2, as mulheres com IUE apresentam uma média de idade superior às do grupo de controlo. Há uma diferença de 3.7 anos nas idades médias entre os dois grupos, sendo que as mulheres com IUE são mais velhas. A diferença não é estatisticamente significativa (p = 0.11). No que respeita a altura e peso, não existem diferenças significativas no que se refere à presença de IUE, sendo que as médias de ambos os grupos são semelhantes. Ao analisar a variável número de filhos, verificou-se que as mulheres com IUE têm em média maior número de filhos, sendo a diferença identificada pelo teste de Mann Whitney estatisticamente significativa (ver tabela 2).

Tabela 2

Caracterização Da Amostra Em Relação À Idade, Altura, Peso E Número De Filhos.

Variável	Sem IUE		Com IUE		Total		p-value (Mann Whitney U)
	Média (DP)	***Min-Max***	***Média (DP)***	***Min-Max***	***Média (DP)***	***Min-Max***	
Idade	30.5 (6.7)	24-46	34.2 (5.8)	26-45	32.66 (6.4)	24-46	0.11
Altura (cm)	166.7 (4.3)	157-172	163.7 (4.7)	154-172	164.9 (4.7)	154-172	0.08
Peso (kg)	64.8 (7.5)	58-85	63.6 (5.6)	52-73	64.1 (6.4)	52-85	1.00
Número de filhos	0.2 (0.4)	0-1	1.1 (1.3)	0-4	0.69 (1.1)	0-4	**0.03***

** Estatisticamente significativo a um nível de confiança de 95%.*

Ao analisar a tabela 3, no que respeita a variável "tem filhos", os dados expressos sugerem que existem mais mulheres com filhos no grupo com IUE do que no grupo de controlo, embora as diferenças não assumam significância estatística. Além disso, verificou-se que o tipo de parto foi quase sempre normal nas mulheres com IUE, com exceção de um caso.

Tabela 3

Caracterização Da Amostra Em Relação Ao Tipo De Parto.

Variável	Sem IUE		Com IUE		Total		p-value (χ^2 ou teste exato de Fisher)
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	
Total da amostra	12	41.4	17	58.6	29	100.0	
Tem filhos							0.06
Não	10	83.3	8	47.1	18	62.1	
Sim	2	16.7	9	52.9	11	37.9	
Tipo de parto							0.35
Normal	1	50.0	8	88.9	9	81.8	
Cesariana	1	50.0	1	11.1	2	18.2	

4.1.2 Caracterização da situação clínica

No que se refere a infeções do trato urinário (ITU), apenas 3 mulheres afirmam que este é um problema frequente (n = 3; 10,3%), sendo que as restantes 26 mulheres (n = 26; 89,6%), referem não ter ITUs com frequência.

Relativamente à manifestação de obstipação, a maioria de 86,2% das atletas não manifesta (n = 25), situação que ocorre em somente 13,8% (n = 4).

Quando questionadas acerca dos seus antecedentes médicos, no que respeita cirurgias ginecológicas prévias, 4 mulheres (n = 4; 13,8%) afirmam já terem efetuado algum tipo de cirurgia, enquanto as restantes 25 (n = 25; 86,2%) referem nunca ter efetuado uma cirurgia ginecológica. Apenas 4 mulheres das 17 que manifestam apresentar IUE afirmam ter efetuado tratamento para correção desta condição.

Através da análise da tabela 4, na prática é possível constatar que não existem diferenças com significado estatístico entre os grupos considerando a presença de IUE e infeções urinárias recorrentes, obstipação ou cirurgias ginecológicas anteriores.

Tabela 4

Ocorrência De ITU, Obstipação, Cirurgias Ginecológicas E Tratamento Da IUE.

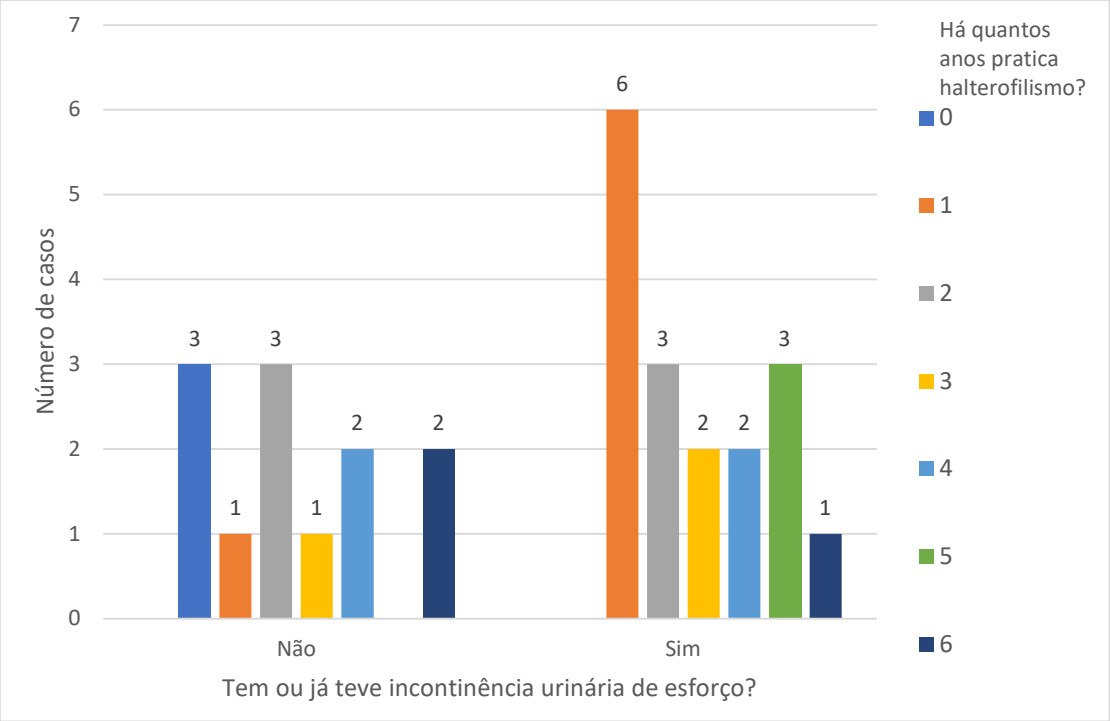
Variável	Sem IUE		Com IUE		Total		p-value (χ^2 ou teste exato de Fisher)
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	
Total da amostra	12	41.4	17	58.6	29	100.0	
ITUs frequentes							0.55
Não	10	83.3	16	94.1	26	89.7	
Sim	2	16.7	1	5.9	3	10.3	
Obstipação							1.00
Não	10	83.3	15	88.2	25	86.2	
Sim	2	16.7	2	11.8	4	13.8	
Cirurgia ginecológica							1.00
Não	10	83.3	15	88.2	25	86.2	
Sim	2	16.7	2	11.8	4	13.8	
Tratamento IUE							0.12
Não	12	100.0	13	76.5	25	86.2	
Sim	0	0.0	4	23.5	4	13.8	

4.1.3 Caracterização a nível desportivo

No que se refere ao número de anos de prática de halterofilismo, verifica-se que existem mulheres com menos de um ano de prática desta modalidade, tendo outras já 6 anos de prática de halterofilismo. Estes valores traduzem-se numa média de 2,66 anos, com desvio padrão de 1,895 (Figura 1).

Figura 1

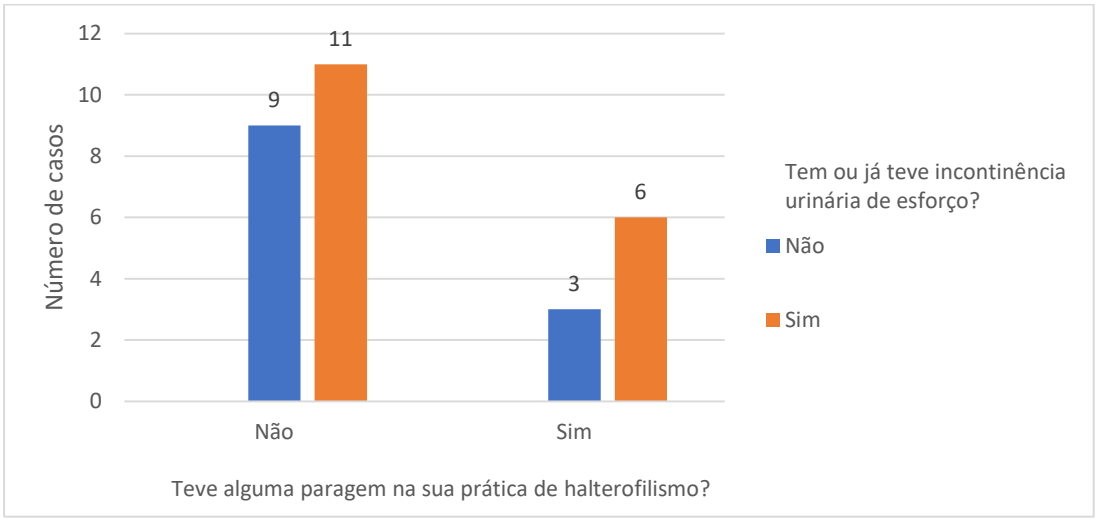
Distribuição De Frequências Dos Anos De Prática De Halterofilismo.



Das 29 participantes no estudo, 69% nunca tiveram interrupções na prática de halterofilismo, enquanto 31% (9 atletas) revelam já o ter tido (Figura 2).

Figura 2

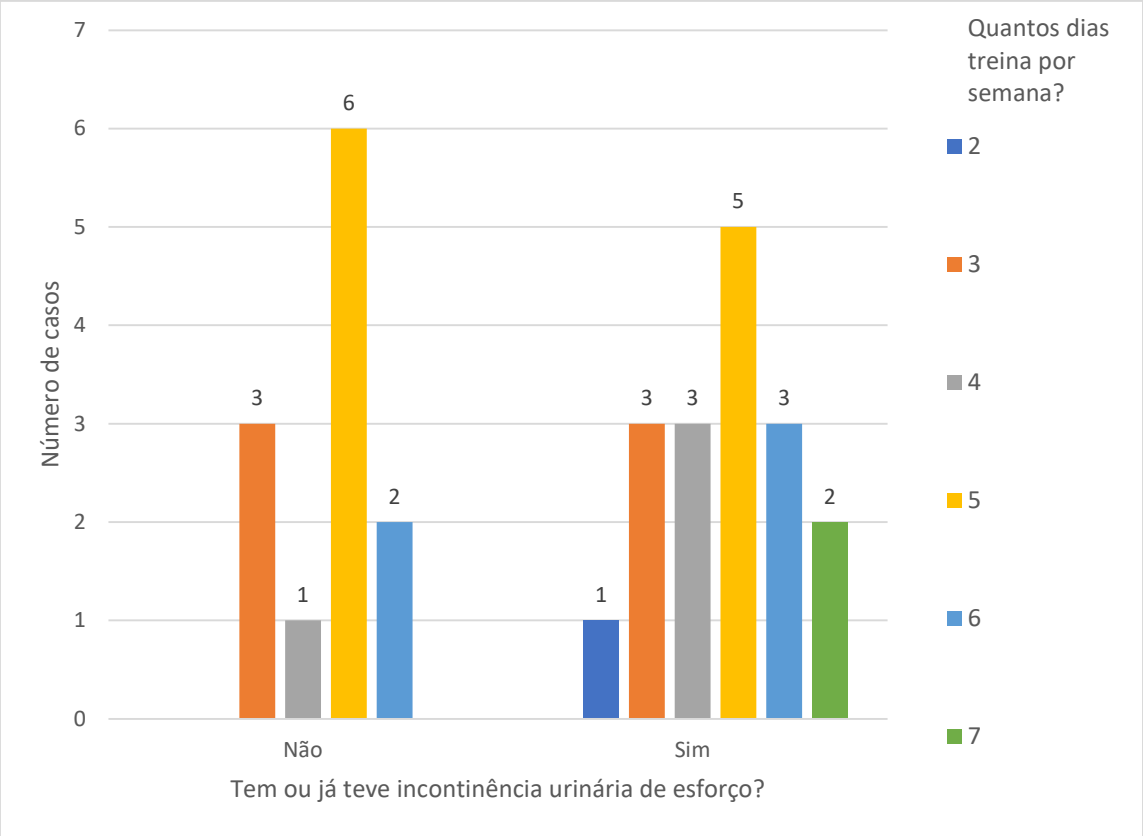
Distribuição De Frequências De Ocorrência De Interrupção Na Prática De Halterofilismo Em Mulheres Com E Sem IUE.



No que se refere à frequência semanal de treinos, a maioria de 72,5% das atletas realizam 3 a 5 treinos semanais, sendo que destas 11 mulheres (n = 11; 37,9%) realizam 5 treinos por semana e 4 (13,8%) realizam 4 treinos. Existem ainda mulheres a exceder esta carga de treinos, sendo que 5 mulheres (n = 5; 17,2%) realizam 6 treinos semanais e duas (n = 2; 6,9%) treinam por norma 7 vezes por semana (Figura 3).

Figura 3

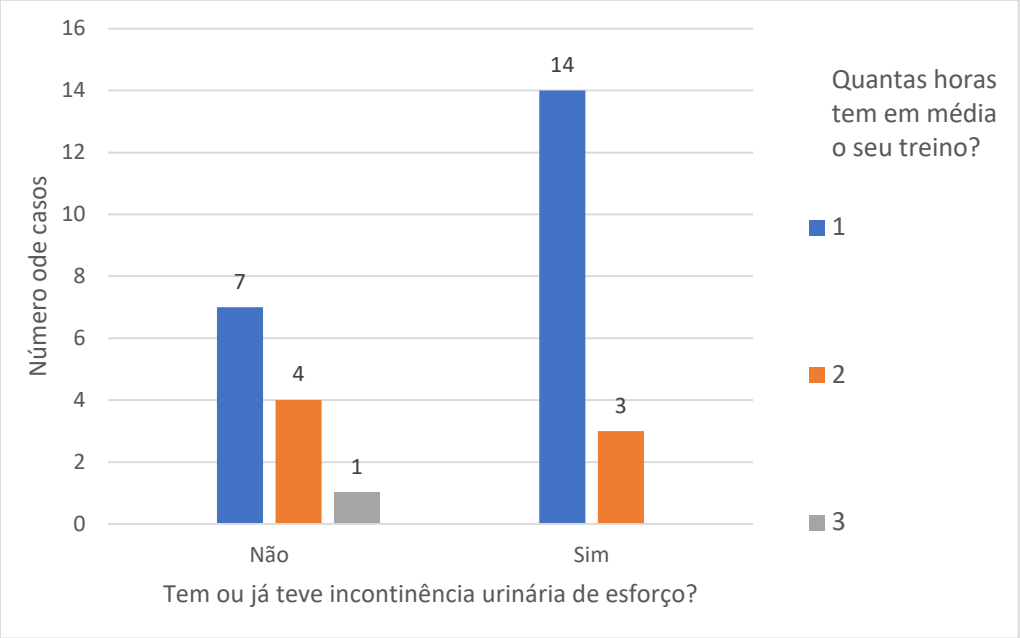
Distribuição De Frequências Relativas Ao Número De Treinos Semanais.



No que respeita a carga horária de cada treino, a maioria das participantes refere que treinam cerca de uma hora (n = 21; 72,4%), 7 mulheres referem que o seu treino tem uma duração de cerca de duas horas (24,1%) e apenas uma refere treinar cerca de 3 horas (3,4%) (Figura 4).

Figura 4

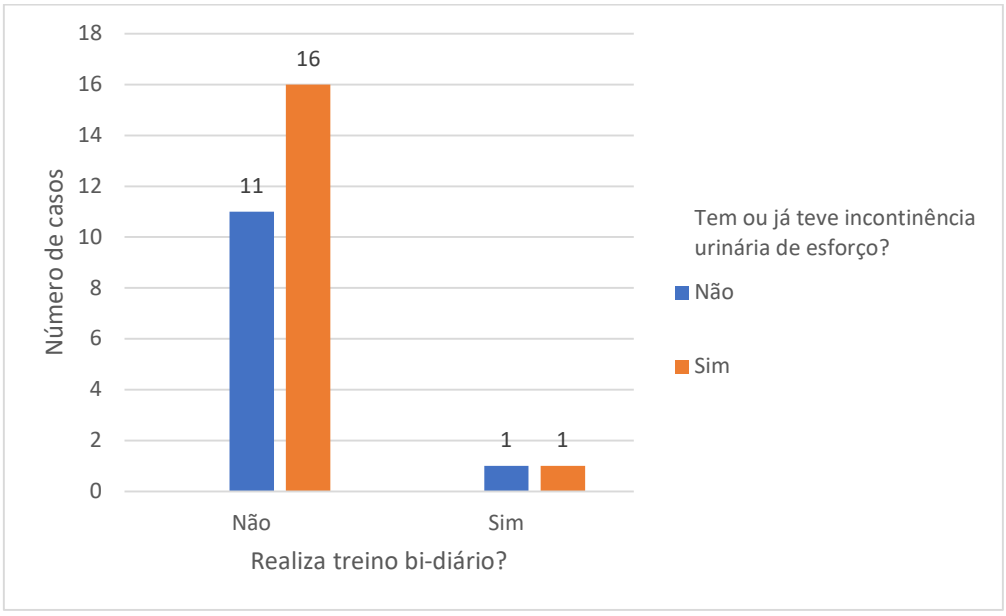
Distribuição De Frequências Da Carga Horária De Cada Treino.



De um modo geral, não são realizados treinos bi-diários (93,1%), sendo que apenas duas mulheres referem fazê-lo (n = 2; 6,9%) (Figura 5).

Figura 5

Distribuição De Frequências De Realização De Treinos Bi-Diários.

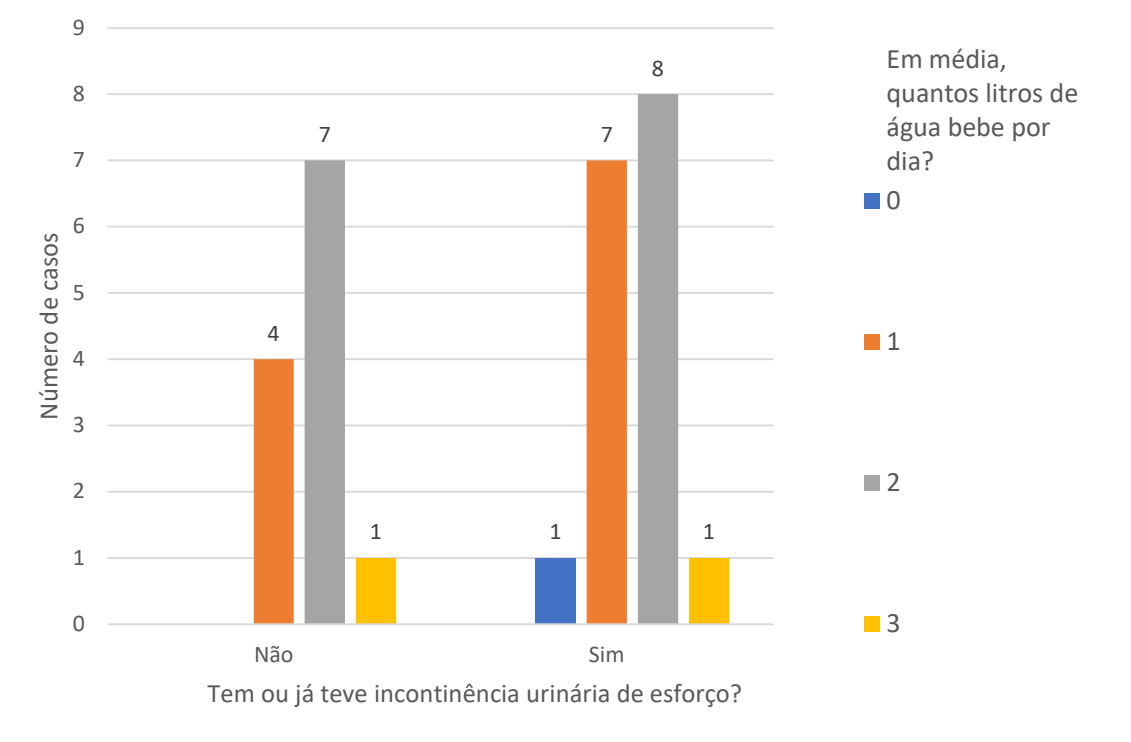


4.1.4 Hábitos na prática de halterofilismo (ingestão hídrica e utilização de pensos higiénicos)

A amostra deste estudo foi questionada quanto ao seu hábito de ingestão hídrica diária, sendo que a maioria consome entre 1 litro (37,9%) e 2 litros (51,7%) diários de água. Existem ainda mulheres a referir consumir 3 litros de água por dia (n = 2; 6,9%) e apenas uma percentagem residual afirma consumir menos de um litro de água (n = 1; 3,4%) (Figura 6).

Figura 6

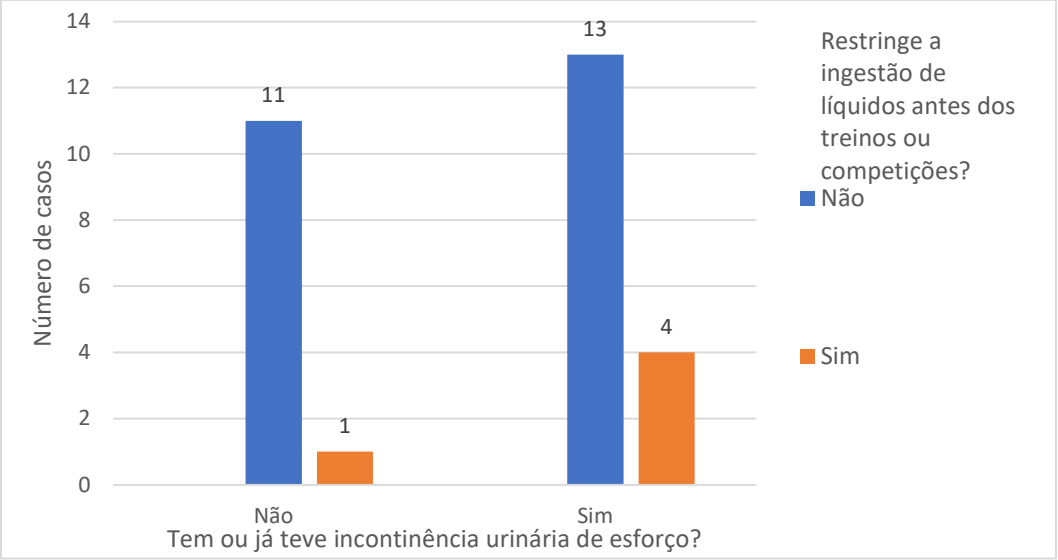
Distribuição De Frequências Do Consumo Diário De Água.



De um modo geral, não é referida pelas praticantes de halterofilismo, a restrição da ingestão hídrica antes dos treinos ou competições, sendo que apenas 17,2% (n = 5) referem fazê-lo (Figura 7).

Figura 7

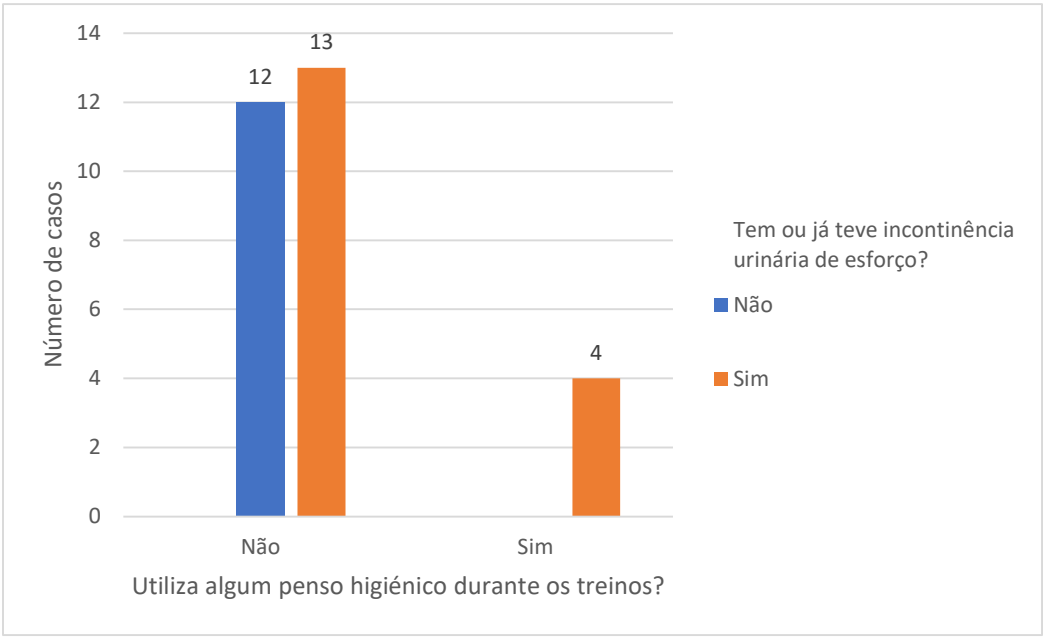
Distribuição De Frequências Relativas À Restrição De Água Antes Do Treino E Competições.



Quando questionadas acerca da utilização de penso higiénico durante os treinos ou competições, a grande maioria refere não utilizar (n = 25; 86,2%), sendo que apenas 4 mulheres (13,8%) referem recorrer a esta estratégia (Figura 8).

Figura 8

Distribuição De Frequências De Utilização De Pensos De Proteção.



4.2 CARATERIZAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO

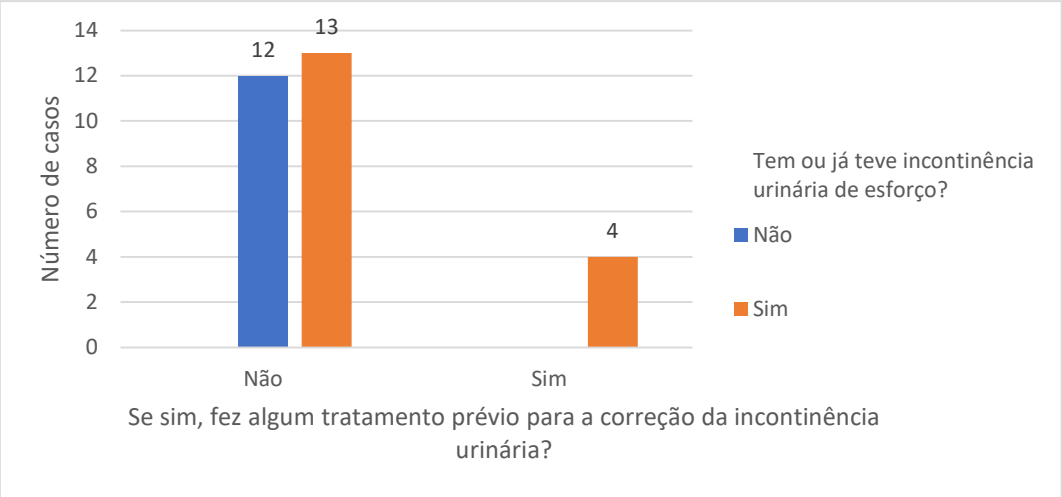
Quando questionadas acerca da presença atual ou passada de IU, observa-se que 17 participantes responderam de forma afirmativa (n = 17; 58,6%), sendo que as restantes 12 mulheres, afirmam nunca terem experienciado IU (n = 12; 51,4%).

Das 17 mulheres que referem já ter tido IU, apenas 4 afirmam ter efetuado algum tratamento com o intuito de corrigir este problema (Figura 9).

Quando questionadas acerca da situação atual de perdas de urina (últimas quatro semanas, na primeira questão do ICIQ-SF), 14 mulheres referiram não apresentar perdas de urina (n = 14, 48,3%), enquanto as restantes referem perdas recentes de urina. Esta diminuição de 17 para 15 respostas afirmativas, pode ser explicada pela efetividade do tratamento anteriormente efetuado para a correção de IU.

Figura 9

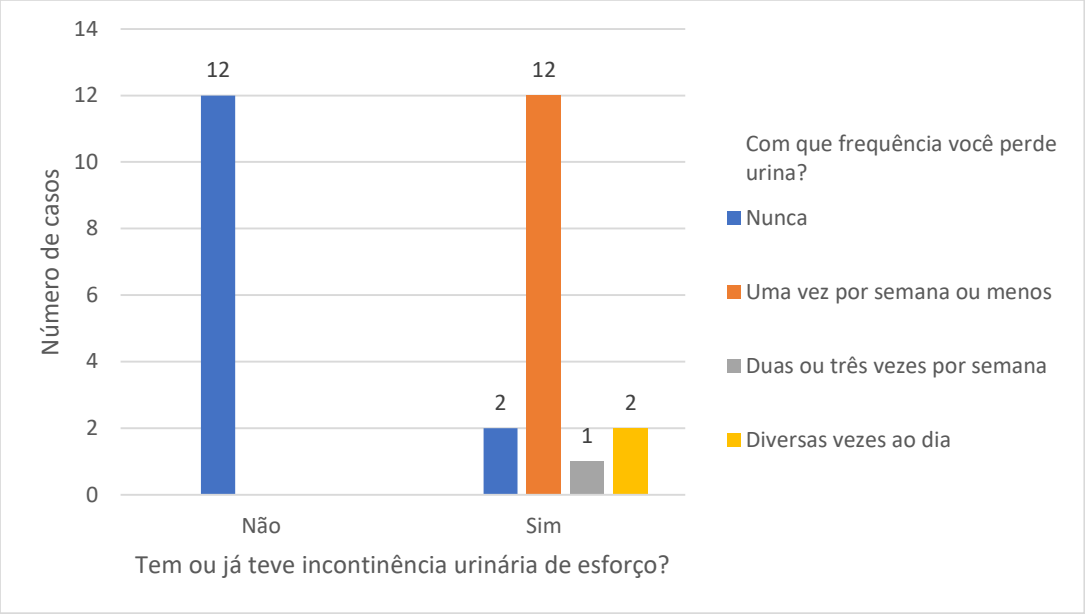
Distribuição De Frequências De História De Presença De IU E Tratamento Prévio Para A Correção De IU.



No que se refere à frequência, 41,4% referiu perder urina uma vez por semana ou menos, enquanto uma participante afirma perder urina duas ou três vezes por semana (3,4%), sendo que existem ainda duas mulheres a referir perder urina diversas vezes ao dia (6,9%) (Figura 10).

Figura 10

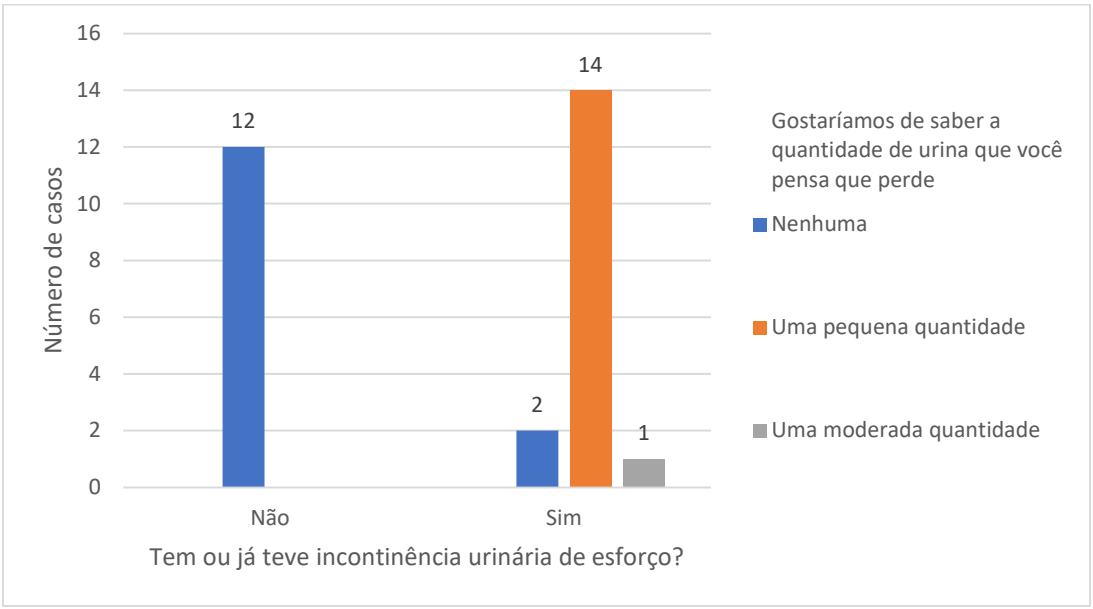
Distribuição Da Frequência Semanal Das Perdas Urinárias.



Relativamente à quantidade da perda (ICIQ-SF, questão 2), na maioria de 48,3% a perda é pequena, e apenas em 3,4% é em moderada quantidade. De um modo geral as perdas são, portanto, em baixa quantidade e pouco frequentes (Figura 11).

Figura 11

Distribuição De Frequências Da Quantidade Percebida De Perdas De Urina.

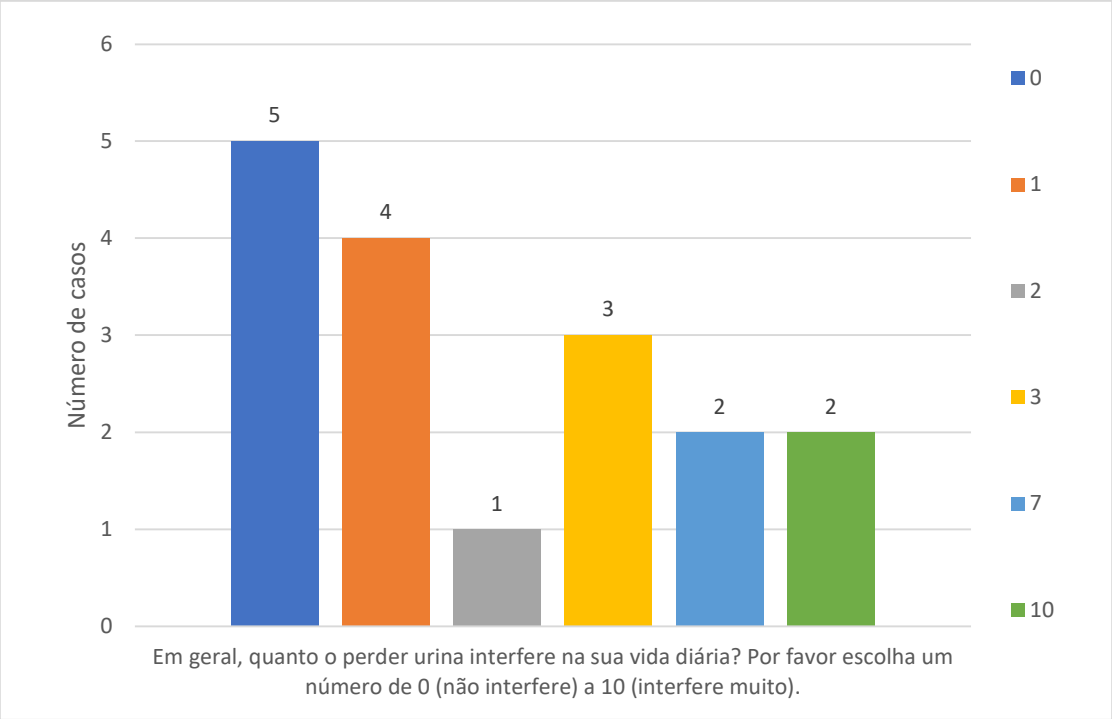


4.3 CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O BEM-ESTAR DA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO

Ao serem questionadas acerca do quanto o perder urina interfere na sua vida diária, as participantes selecionaram um valor numa escala tipo Likert, onde o valor numérico 0 corresponde a não interfere e 10 a interfere muito. Os valores obtidos foram muito variados, sendo que cinco das participantes (29,4%) que anteriormente afirmaram ter perdas de urina, referem que isso não interfere na sua vida diária, tendo atribuído o valor 0 a esta questão. Das restantes, os valores variaram entre 1 e 10 (interfere muito), sendo que 23,5% (n = 4) assinalaram o valor 1; 5,8% (n = 1) optaram pelo valor 2; 17,6% (n = 3) mencionaram o valor 3; 11,7% (n = 2) escolheram o valor 7; e 11,7% (n = 2) optaram ainda pelo número máximo, selecionando o valor 10 (Figura 12).

Figura 12

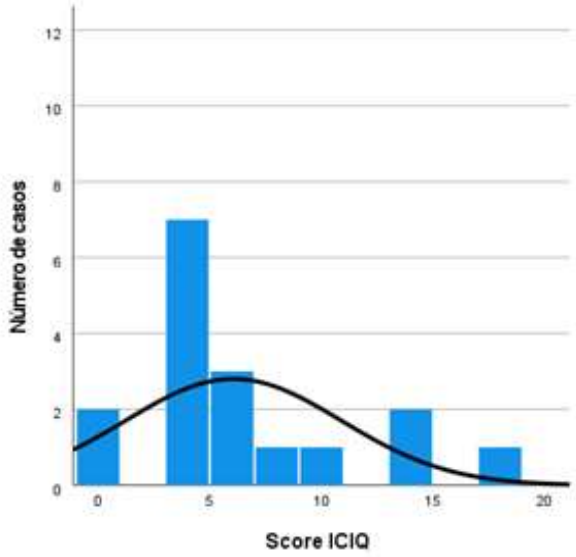
Distribuição De Frequências Relativas Ao Quanto As Perdas De Urina Interferem Na Vida Das Halterofilistas (Escala De 0 A 10).



Ao analisar o score total do questionário ICIQ-SF, é possível verificar que 11,8% das participantes com IU pontuaram 0, enquanto que as restantes 88,2% da amostra apresentou scores positivos, a variar entre o 3 e o 18, indicativos de impacto negativo da IU (Figura 13).

Figura 13

Gráfico De Barras Relativo Ao Score Total Do ICIQ-SF.



A tabela 5 expressa o resultado da análise das diferenças em relação às variáveis de caracterização no score total do ICIQ, nas participantes que apresentam IU (n=17). Da sua análise pode concluir-se que não existe uma correlação significativa para a existência de filhos com o score obtido no ICIQ-SF (score médio de 7.7 no ICIQ-SF para as mulheres com filhos e 4.3 para mulheres sem filhos). É também de notar que todas as mulheres que tiveram parto por cesariana têm score 0 no ICIQ, ao passo que o valor passa para 8.6 nas mulheres com parto normal. Existem diferenças com significado estatístico s (p=0.004) no valor médio de ICIQ-SF entre grupos definidos pelo uso de penso higiénico durante o treino, sendo o score médio de 12.0 nas mulheres que usam o penso, o que se mostra ser o valor mais alto obtido em todas as variáveis analisadas.

Tabela 5

Análise Individual Do Impacto De Cada Variável Independente No Valor Total Do ICIQ (N=17).

Variável	Score total ICIQ				p-value (Mann Whitney U)
	Média	*Desvio padrão*	*Mínimo*	*Máximo*	
Tratamento IU					0.18
Não	4.77	3.0	0	13	
Sim	10.25	7.6	0	18	
Infeções urinárias frequentes					0.29
Não	5.63	4.6	0	18	
Sim	0.0	0.0	0	0	
Cirurgia ginecológica					0.54
Não	6.47	4.9	0	18	
Sim	3.0	4.2	0	6	
Tem filhos					0.26
Não	4.25	1.3	3	6	
Sim	7.67	6.2	0	18	
Tipo de parto					0.33
Normal	8.6	5.9	0	18	
Cesariana	0.0	0.0	0	0	
Obstipação					0.43
Não	6.4	5.0	0	18	
Sim	3.5	0.7	3	4	
Restrição de líquidos					0.56
Não	6.62	5.4	0	18	
Sim	4.25	1.3	3	6	
Treino bi-diário					0.71
Não	6.06	5.0	0	18	
Sim	0.0	0.0	0	0	
Paragem na prática desportiva					0.20
Não	4.73	3.3	0	13	
Sim	8.5	6.5	0	18	
Uso penso higiénico no treino					0.004**
Não	4.23	3.2	0	13	
Sim	12.0	4.7	7	18	

*** Estatisticamente significativo com um nível de confiança de 99%*

Visto que tanto a variável dependente (score ICIQ) como algumas variáveis independentes são contínuas, a associação entre si foi medida pelo coeficiente de correlação. Os vários rho de Spearman relativamente à associação entre o score do ICIQ-SF e cada variável independente são apresentados na tabela 6. Assinala-se que as correlações não atingiram significância estatística.

Da análise dos resultados obtidos, não é possível afirmar que as variáveis idade; altura; peso corporal; número de filhos; quantidade de água ingerida a nível diário; frequência e duração dos treinos e anos de prática, estejam associadas a um maior valor total no score do ICIQ-SF.

Tabela 6

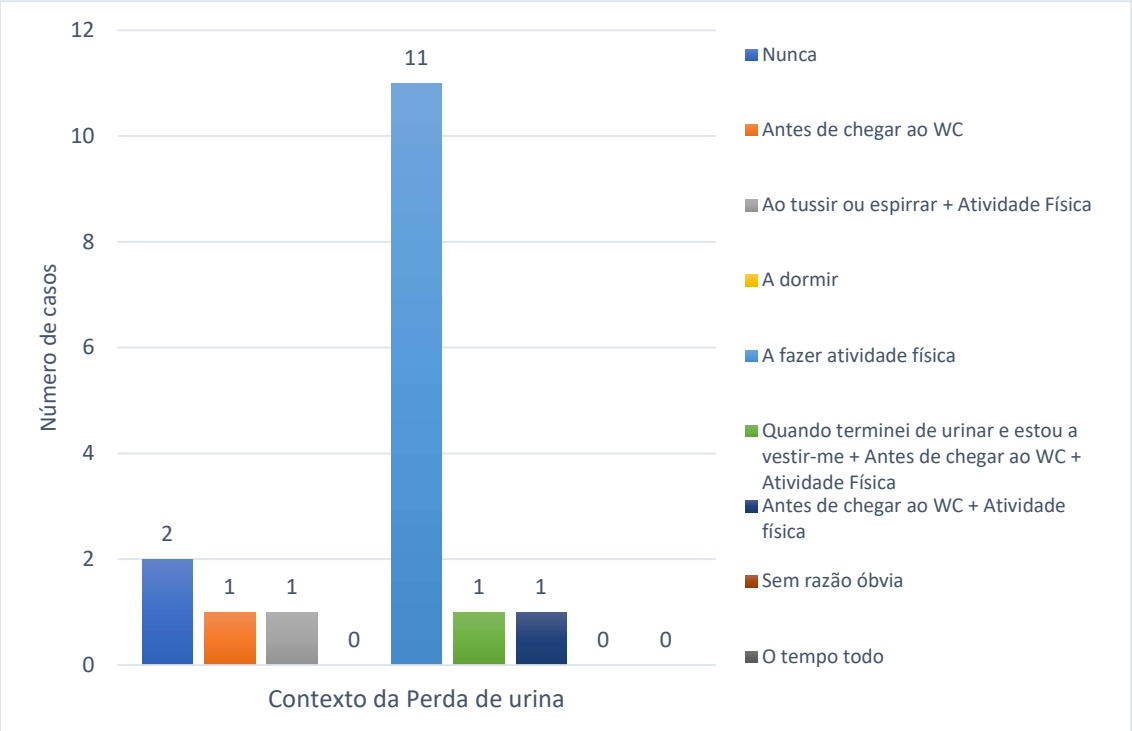
Coeficiente De Correlação De Spearman Entre Variáveis Independentes E Score ICIQ-SF.

Variável	**ρ de Spearman (Variáveis independentes vs ICIQ-SF)**	**p-value**
Idade	0.15	0.56
Altura (cm)	0.02	0.93
Peso (kg)	-0.27	0.30
Número de filhos	0.33	0.19
Em média, quantos litros de água bebe por dia?	-0.45	0.68
Quantos dias treina por semana?	-0.25	0.34
Quantas horas tem em média o seu treino?	-0.10	0.69
Há quantos anos pratica halterofilismo?	0.23	0.38

Relativamente à pergunta qualitativa do ICIQ-SF, que analisa o contexto das perdas urinárias, das 17 mulheres que referem ter perdido urina, a esmagadora maioria (todas com exceção de uma) refere que tal acontece quando faz atividades físicas (Figura 14).

Figura 14

Distribuição De Frequências Relativas Ao Contexto Da Perda Urinária.

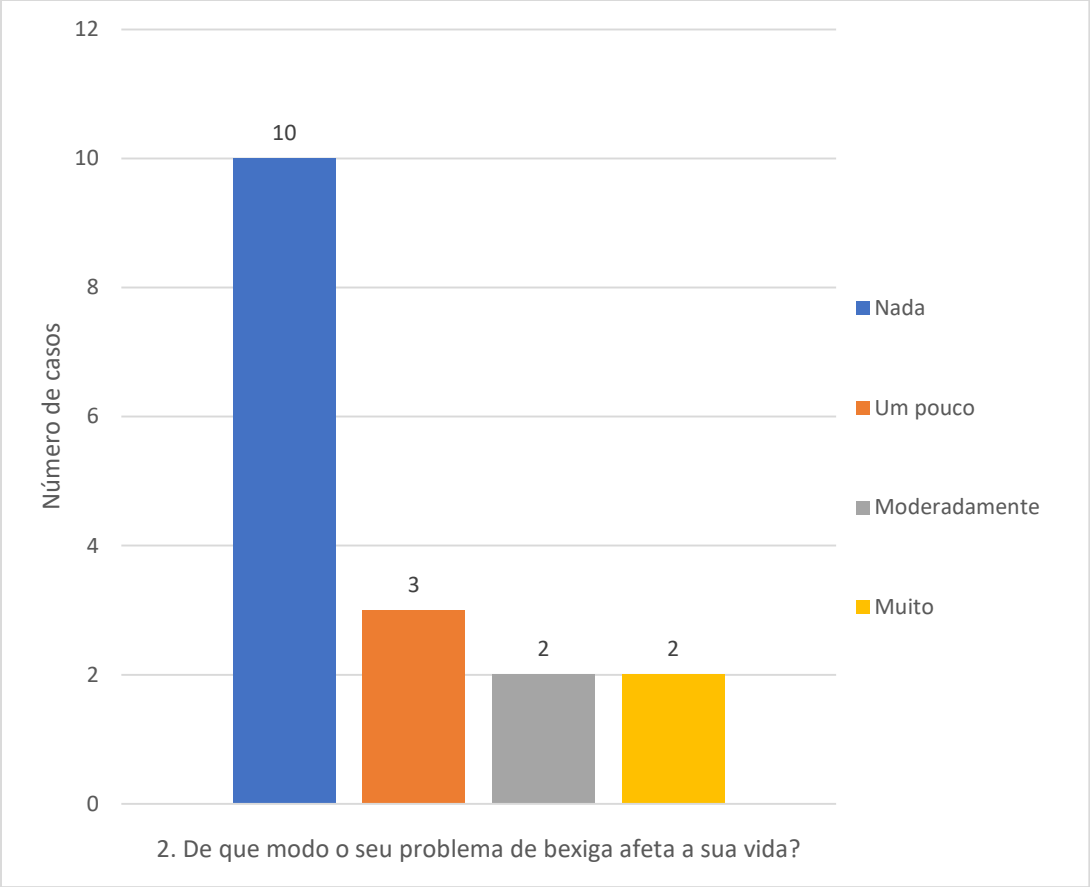


Ainda relativamente a este tema, ao aplicar a escala King's Health Questionnaire (KHQ) adaptado para Português (Europeu), obtiveram-se respostas semelhantes às mencionadas anteriormente. Neste instrumento multidimensional, constituído por 9 domínios, as questões que se revestiram de interesse para serem analisadas, foram a questão 2 (Impacto da incontinência), a 4a (Limitações Físicas), e os grupos 6 (Emoções) e 8 (Medidas de Gravidade).

Para a questão 2 (de que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida), 58,8% das mulheres (n=10) referem que apesar de apresentarem perdas urinárias, não consideram ser afetadas pelo problema, sendo que as restantes 7 mulheres variam as suas respostas entre afeta um pouco e afeta muito a sua vida (Figura 15).

Figura 15

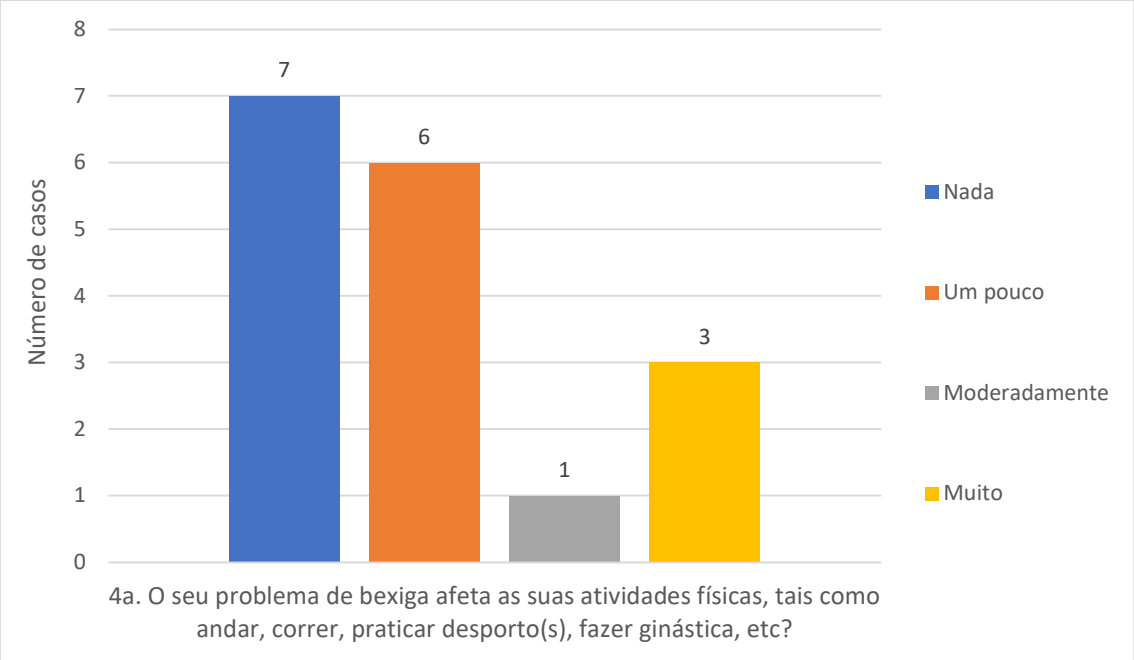
Distribuição De Frequências Relativas À Questão 2 – De Que Modo O Seu Problema De Bexiga Afeta A Sua Vida.



No que se refere ao contexto das perdas urinárias, tal como é possível visualizar na seguinte figura (figura 16), das mulheres que referem anteriormente ter perdas de urina, a maioria de 10 participantes expressa que o problema de bexiga as afeta na realização de atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc, variando as suas respostas entre afeta um pouco, com 6 respostas, moderadamente, com uma resposta, e muito, que obtém 3 respostas. Existem ainda 7 mulheres que afirmam que a perda de urina não as incomoda na realização destas tarefas.

Figura 16

Distribuição De Frequências Relativas À Questão 4a – O Seu Problema De Bexiga Afeta As Suas Atividades Físicas, Tais Como Andar, Correr, Praticar Desporto(S), Fazer Ginástica, Etc?



No que diz respeito às emoções, e, tendo em conta que um dos objetivos deste estudo é verificar a associação entre a perda de urina e o bem-estar das mulheres, revestiu-se de importância analisar as respostas das participantes às questões: O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?; O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?; O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?.

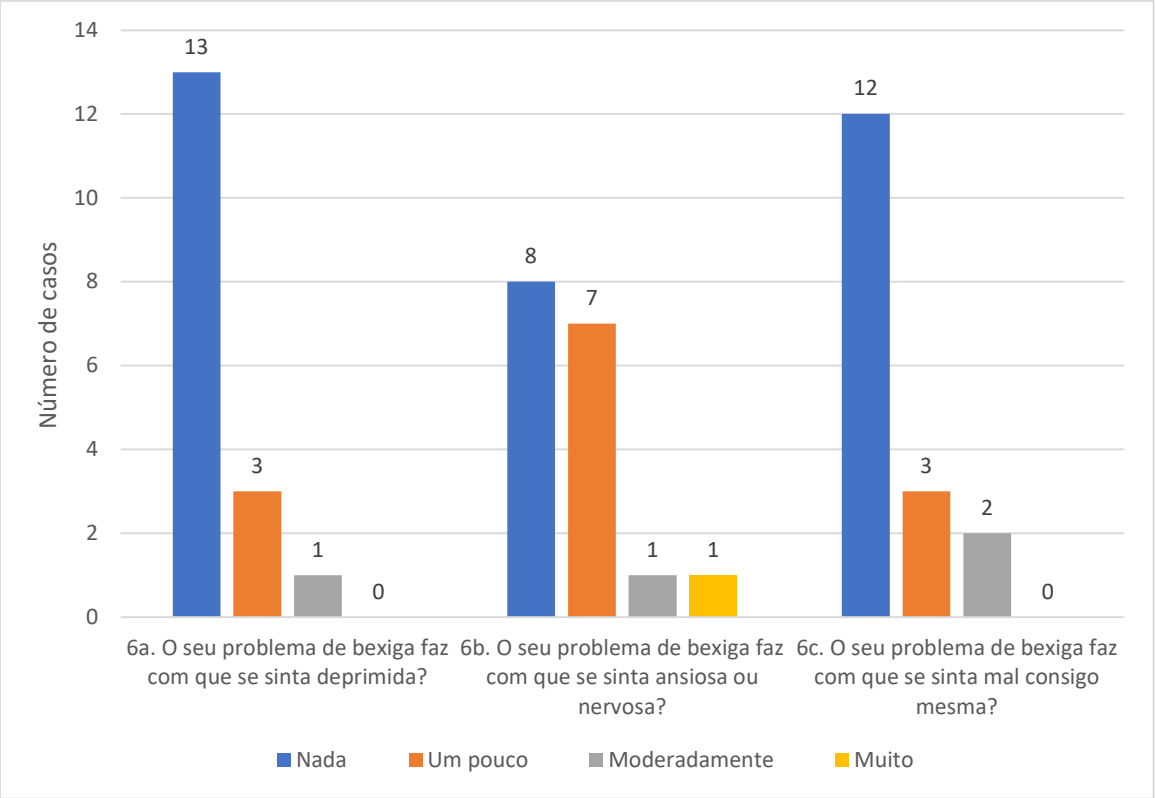
Quanto à primeira questão mencionada, a maioria de 76,5% das mulheres referem não se sentir deprimidas devido à perda urinária, enquanto que as restantes afirmam o contrário, sendo que 3 consideram que este fator contribui um pouco para se sentirem deprimidas e apenas uma afirma contribuir moderadamente.

Quando questionadas se as perdas urinárias fazem com que se sintam nervosas ou ansiosas, 8 das 17 com resposta afirmativa para presença de IU, (47,1%) responderam de forma negativa, sendo que a maioria de 52,9% (n = 9) afirma sentir-se. As respostas variam entre um pouco, com 7 participantes a dar esta resposta, uma mulher referiu sentir-se moderadamente nervosa / ansiosa e houve ainda uma participante que considerou que se sente muito nervosa ou ansiosa por este motivo.

A última questão do domínio das emoções pretende auferir se as participantes se sentem mal consigo mesmas devido à sua IU. Apenas 5 mulheres dão uma resposta afirmativa a esta questão, com 3 referindo que se sentem um pouco e 2 moderadamente mal consigo mesmas. A maioria de 70,6% (n = 12) referem não se sentir mal consigo mesmas por este motivo (Figura 17).

Figura 17

Distribuição De Frequências Relativas Às Questões Do Domínio Das Emoções.

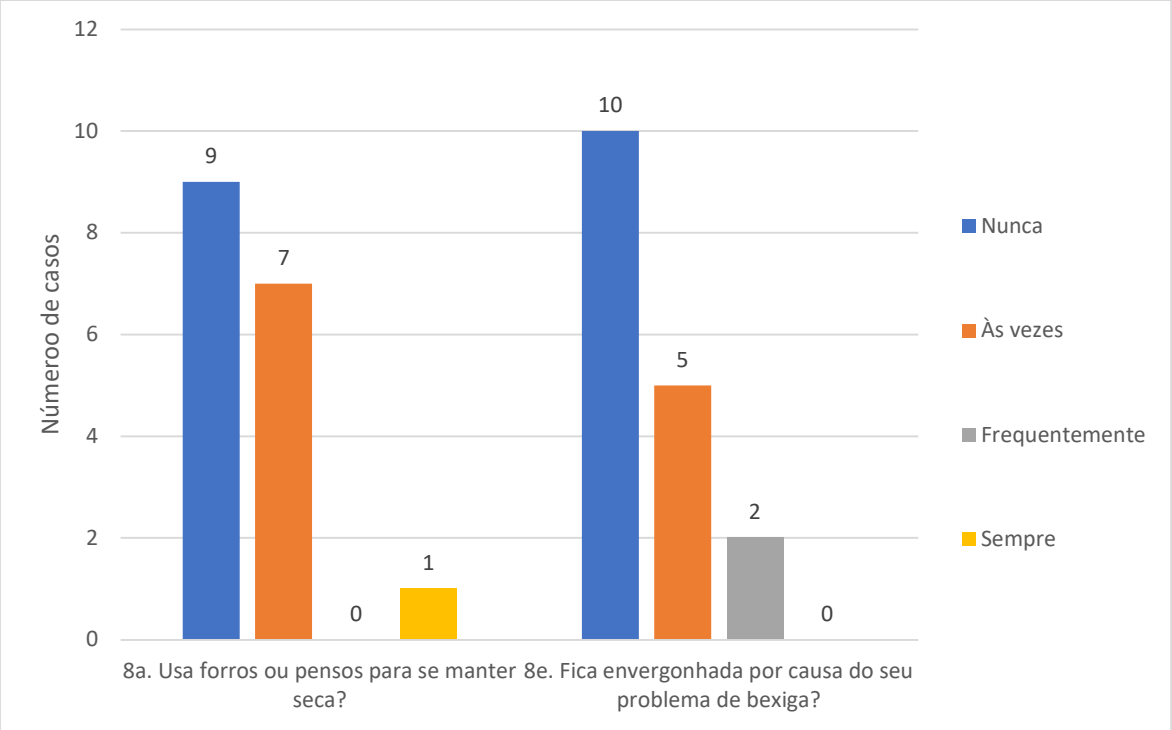


Ao serem questionadas no domínio das medidas de gravidade, relativamente à questão acerca da utilização de pensos higiénicos de proteção, 7 participantes afirmam faze-lo às vezes, enquanto que uma das participantes refere utilizar sempre. As restantes 52,9% das mulheres afirmam nunca utilizar pensos higiénicos de proteção, para se manterem secas.

Relativamente à questão "Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?", 5 mulheres referem sentir-se às vezes e 2 frequentemente. A maioria de 58,8% afirmam não se sentir envergonhadas (Figura 18).

Figura 18

Distribuição De Frequências Do Domínio Das Medidas De Gravidade: Utilização De Pensos Higiénicos Para Se Manter Seca; Fica Envergonhada Por Causa Da IU.



Os resultados observados na tabela seguinte (tabela 7) são claros, das mulheres que reconhecem apresentar perdas de urina, as respostas no que respeita o impacto geral na sua vida são divididas, com uma média de 1,76 (DP=1,09).

No domínio das limitações físicas, a presença de IU afeta de forma clara a prática de atividade física, tendo esta questão obtido uma média de respostas de 2 (entre 1 e 4).

Relativamente às emoções, apresentar IU está associado a maiores níveis de ansiedade, mas as respostas obtidas neste domínio, não revelam que as mulheres se sintam mal consigo mesmas, sendo que o valor mais baixo obtido neste subgrupo foi o relativo aos sentimentos de depressão. Assim pode afirmar-se que apresentar IU está associado a maiores níveis de ansiedade, mas não necessariamente depressão.

Já no que respeita as medidas de gravidade instituídas pelas mulheres, a manifestação de IU está associada ao uso de pensos higiénicos para se manterem secas, bem como ao controlo da ingestão hídrica. A maioria das mulheres com IU refere ter a

preocupação de trocar a sua roupa interior quando se sentem molhadas, sendo que 7 em 17 mulheres afirmam sentirem-se envergonhadas com o seu problema de IU.

Tabela 7

Análise Descritiva Das Respostas Do KHQ Nas Mulheres Com IU (n=17).

Item do KHQ	*Min*	*Max*	*Média*	*DP*
2. De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida?	1	4	1,8	1,09
4a. O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?	1	4	2,0	1,12
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?	1	3	1,3	0,59
6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?	1	4	1,7	0,85
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?	1	3	1,4	0,71
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?	1	4	1,6	0,80
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?	1	4	1,8	1,13
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?	1	4	2,3	1,26
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?	1	4	1,7	1,05
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?	1	3	1,5	0,72

Ao refletir sobre as duas escalas utilizadas neste estudo para caracterizar a presença de IU nas mulheres praticantes de halterofilismo, conclui-se que estes dois instrumentos avaliam vários pontos em comum. Assim, considerou-se interessante analisar a correlação entre o score do ICIQ (escala contínua) e o score de cada item de interesse de KHQ (escala ordinal).

Como é notório na tabela seguinte (tabela 8), as correlações são quase sempre positivas, sendo que quanto maior o score ICIQ-SF, maior é a pontuação nos item do

KHQ, e genericamente de magnitude elevada. A correlação mais forte (Rho=0.82, n=17; P<0,0001) é aquela obtida com a pergunta do KHQ que é mais genérica, relacionado com o impacto na vida no geral.

Pode, portanto, afirmar-se que existe significância estatística na correlação do score total do ICIQ-SF com as questões relativas ao impacto da incontinência (questão 2), relativas às limitações físicas (questão 4a) e com todas as questões do domínio das emoções (grupo 6).

Tabela 8

Correlação Entre Score ICIQ-SF E Respostas Do KHQ.

Item KHQ	ρ de Spearman (variável vs ICIQ-SF)	p-value
2. De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida?	0.82	< 0.001***
4a. O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?	0.65	0.004**
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?	0.75	< 0.001***
6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?	0.69	0.002**
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?	0.76	< 0.001***
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?	0.58	0.014
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?	-0.31	0.91
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?	-0.83	0.75
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?	0.62	0.008
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?	0.57	0.016

** *Estatisticamente significativo com um nível de confiança de 99%*

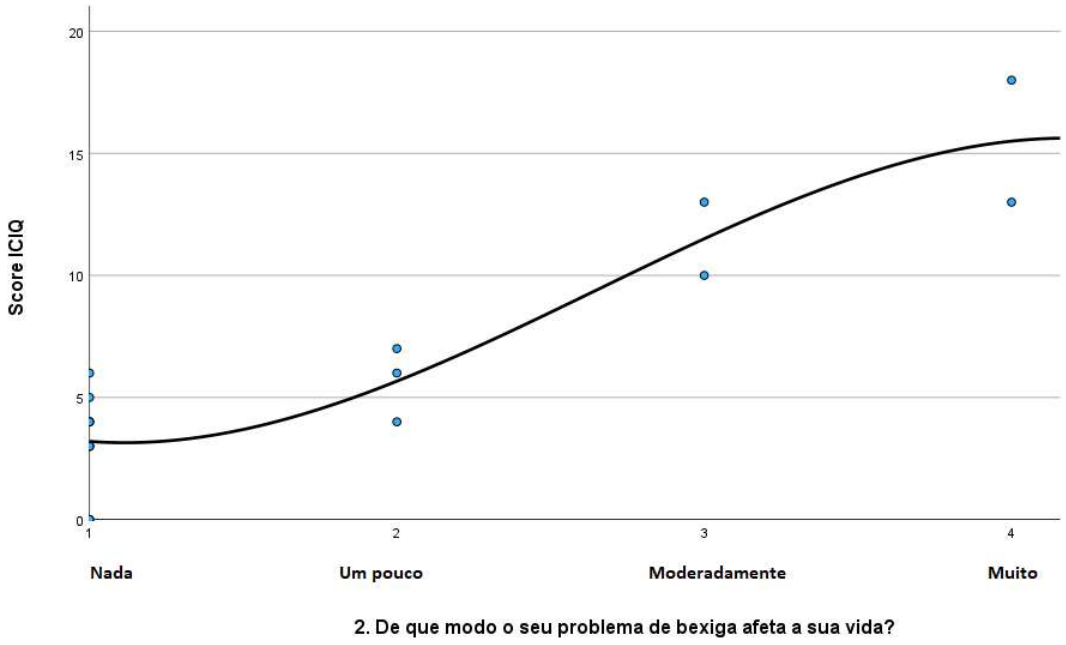
*** *Estatisticamente significativo com um nível de confiança de 99.9%*

O gráfico abaixo fornece uma ajuda visual, de modo a ser possível a compreensão da relação entre o score total do ICIQ-SF com a resposta do KHQ que avalia o impacto

geral da IU, ao questionar de que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida (Figura 19).

Figura 19

Correlação Do Score ICIQ-SF Com KHQ No Que Respeita O Impacto Da IU.



5. DISCUSSÃO

No presente capítulo é realizada a interpretação e discussão sobre os principais resultados obtidos, tendo em consideração os objetivos definidos na fase inicial, o enquadramento teórico realizado e os resultados encontrados em estudos dentro do mesmo cariz. Serão igualmente abordados os pontos fortes, bem como as limitações encontradas no decorrer deste estudo.

5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra deste estudo é constituída por 29 mulheres praticantes de halterofilismo, federadas a nível nacional, sendo atletas não profissionais. Os resultados obtidos da presente amostra vão ao encontro do que está descrito na literatura mais recente, que, de facto, as mulheres praticantes de desporto manifestam IU. As prevalências descritas pelos variados autores são distintas. Teixeira e colaboradores (2018), na sua revisão sistemática, apontam para uma prevalência de cerca de 44% de IU entre mulheres atletas, sendo que a literatura reporta que existem desportos a atingir até 88,9% (Whitney et al., 2021). Neste estudo em concreto apurou-se a presença desta condição em 58,6% da amostra.

Há uma diferença de 3,7 anos nas idades médias entre os dois grupos, sendo que as pessoas que manifestam IU são mais velhas. A diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0.11$), mas deve ser tida em conta a falta de potência estatística do teste devido à amostra em estudo ser reduzida.

Existem mais mulheres com filhos no grupo onde se verifica a presença de IU do que no grupo que refere não apresentar. Além disso, é visível que o tipo de parto foi maioritariamente normal nas pessoas com IUE, com exceção de apenas um caso. Note-se que as pessoas com IU podem ter mais filhos por simplesmente já terem mais idade na presente amostra, mas também existe a possibilidade de apresentarem IU por terem mais filhos, e quase sempre de parto normal, do que as mulheres que não manifestam IU. Como referido, na presente investigação apenas são observadas as associações, sendo que relações de causa-efeito não são determináveis neste tipo de estudo.

Os dados mencionados anteriormente confirmam-se em termos estatísticos, sendo que nas variáveis categóricas, é notório que ter filhos é marginalmente significativo (p=0.06), enquanto que na variável do número de filhos, o valor é estatisticamente significativo (p=0.03). Tal deve-se ao facto de as mulheres que apresentam IU terem frequentemente múltiplos filhos, o que não sucede no grupo de nulíparas. Conclui-se, portanto, que há uma associação entre o número de filhos (que são maioritariamente de parto natural) e a presença de IU.

Como referido anteriormente, é impossível neste estudo aferir relações causa-efeito. Em teoria a IU pode, em termos causais, provir do número de filhos, da idade, de ambos numa proporção desconhecida, ou de nenhum deles, sendo que nesta situação em concreto não será possível fazer esta inferência.

Os dados obtidos vão ao encontro do que múltiplos autores defendem, ao afirmarem que a IU tem origem multifatorial, sendo os principais fatores de risco, identificados em larga escala, a idade, gravidez e tipo de parto (Da Silva et al., 2021; Silva et al., 2021; Toprak Çelenay et al., 2021; Álvarez-García & Doğanay, 2022).

No que respeita a situação clínica das mulheres praticantes de halterofilismo, no presente estudo, não parece haver diferenças significativas entre grupos, relativamente à presença de IU e sua associação com infeções urinárias recorrentes, obstipação ou cirurgias ginecológicas prévias. Este facto vai contra os achados habituais de estudos semelhantes, onde identificam uma relação significativa entre estas ocorrências (Bo, 2004, Nygaard, et al., 2005, Pisani et al., 2021). Velazquez-Saornil e colaboradores (2021) mencionam inclusivamente no seu estudo que quase todas as mulheres com filhos, cirurgias prévias e obstipação, apresentam IU.

Neste estudo, observa-se que das 17 mulheres com IUE, apenas 4 (23.5%) procuraram tratamento, o que acaba por ir ao encontro dos dados obtidos por outros autores. Cardoso e colaboradores (2018), verificaram no seu estudo que, apesar da alta prevalência de IU por eles encontrada, foram poucas as atletas que procuraram tratamento médico, de fisioterapeuta ou até que reportaram a sua condição aos seus treinadores.

No que respeita os anos de prática de halterofilismo e a sua tradução para a presença de IU, os resultados foram surpreendentes. Das mulheres que apresentam esta condição, a maioria de 11 referem praticar a modalidade há relativamente pouco tempo, com um a três anos de prática. Apenas seis mulheres que apresentam perdas urinárias,

praticam halterofilismo há mais do que 3 anos, sendo que este tempo de prática varia entre os 4 e os 6 anos. O oposto está habitualmente descrito, sendo que vários autores afirmam que as mulheres que praticam exercício vigoroso, com as elevadas forças de impacto, bem como o aumento regular e repetitivo da PIA, provocam estiramento e enfraquecimento do PP a longo prazo, estando deste modo predispostas ao desenvolvimento de IUE (Pisani et al., 2021, Álvarez-García & Doğanay, 2022). Ao ser revista a literatura existente, foi então encontrada uma correlação positiva em quatro estudos, entre UI e anos de prática desportiva (Teixeira et al., 2018). Os autores referem que as atletas do género feminino com IU, praticavam há mais anos e mais horas por semana, do que aquelas que não tinham IU.

Relativamente à frequência e duração dos treinos da amostra em estudo, os achados acabam por ir ao encontro do descrito por vários autores, que apontam em média uma frequência de 10 horas semanais de treino (Carvalhais et al., 2017).

Em termos de práticas adotadas no treino, os dados colhidos parecem indicar que pessoas com IU restringem mais a ingestão de líquidos antes do mesmo. Esta informação vai ao encontro do apurado por Cardoso e colaboradores (2018), que referem que as atletas chegam a evitar beber líquidos para evitar a perda de urina em competição.

No que toca ao penso higiénico absorvente, apenas pessoas com IU afirmam usá-lo enquanto treinam, sendo esta a prática recorrentemente observada em estudos anteriores por mulheres com esta condição (Velázquez-Saornil et al., 2021).

Ao analisar os resultados obtidos relativamente às questões do ICIQ-SF, na presente amostra a maioria da mulheres com perdas urinárias, menciona perder uma vez por semana ou menos, sendo que apenas 10,3% das mulheres referem ter perdas de urina mais frequentes. Na maioria de 48,3% a perda é pequena, e apenas em 3,4% é em moderada quantidade. Na presente amostra, de um modo geral, a IU apesar de presente, manifesta-se por perdas em baixa quantidade e pouco frequentes. O contexto esse, é quase sempre decorrente da prática desportiva, sendo que poucas mulheres mencionam perdas de urina aquando da tosse ou espirro, ou antes de chegar ao WC. Em linhas gerais, acaba por ser o descrito por Cardoso e colaboradores (2018), e por Whitney e colaboradores (2021), que se depararam com achados semelhantes.

Através da análise do score total do ICIQ-SF, pode verificar-se que a presença de IU está associada ao bem-estar das mulheres praticantes de halterofilismo, com 88,2% a

obter scores que variam entre o 3 e o 18 (sendo o valor máximo 21). Ainda assim, na maioria dos casos, apesar de obterem um score maior que zero, o valor encontrado é baixo, o que denota que apesar da IU estar presente e influenciar o dia-a-dia das mulheres, o seu impacto é reduzido. O mesmo resultado é apontado por vários autores, que descrevem que, por norma, a mulher poderá experienciar vergonha de ser incontinente ou de ter a necessidade de utilização de pensos higiénicos, no entanto, não foi encontrada uma relação significativa com angústia, o que pode dever-se ao facto da prática desportiva por si só, criar uma sensação de bem-estar. Velazquez-Saornil e colaboradores (2021) chegaram inclusivamente à conclusão que a implicação mais marcante do seu estudo é que a perda de urina afeta desempenho desportivo das participantes, mas não induz depressão ou ansiedade.

Ao efetuar a análise do questionário KHQ, é notória a mesma linha de repostas obtidas, no que respeita a presença da IU nas mulheres praticantes de halterofilismo e a sua associação com o bem-estar. Foi possível observar que as participantes referem que a presença de IU tem impacto na sua prática de atividades físicas, o que acaba por ir ao encontro do descrito em estudos anteriores. Pires e colaboradores (2020) no seu estudo, onde foram avaliadas 197 mulheres, na sua maioria praticantes de desporto de treino de força e treino de alto impacto, obtiveram resultados semelhantes aos obtidos no presente estudo. Conclui-se que as mulheres não consideram que a IU tenha interferência significativa na sua vida em geral, sendo que esta perceção muda quando se fala do que as afeta somente na prática desportiva. Estes autores afirmam que muitas atletas/desportistas consideraram que a IU tem implicações na qualidade de vida e no desempenho desportivo, sendo que utilizam estratégias para esconder a perda urinária e não procuram ajuda dos profissionais de saúde, acreditando que a IU é comum (Pires et al., 2020).

Pelos resultados obtidos, consegue afirmar-se que a IU é geradora de nervosismo e ansiedade em 52,9% das mulheres que apresentam esta condição, mas que tal não potencia necessariamente que as mesmas se sintam mal com elas próprias, nem potencia quadros de depressão. Isto vai ao encontro dos resultados, já mencionados e encontrados em vários estudos atuais, que de facto a IU pode ser causadora de um decréscimo na qualidade de vida, mas o impacto mais referido pelas mulheres é ao nível do desempenho desportivo (Khowailed et al., 2020; Pires et al., 2021; Whitney et al., 2021).

No presente estudo 47,1% das mulheres que experienciam IU, afirmam recorrer à utilização de pensos higiénicos para se manterem secas, sendo esta uma das questões do domínio das medidas de gravidade do KHQ. Verifica-se igualmente na questão 8b do KHQ, que pretende apurar se as mulheres têm cuidado com a quantidade de líquidos ingerida, que 47,1% das respostas são afirmativas. Estes dados vão ao encontro do reportado por vários autores, quando afirmam que as mulheres recorrem usualmente a estratégias na tentativa de camuflar as perdas de urina, sendo as mais frequentes a restrição da ingestão hídrica, a utilização de roupa desportiva escura e a utilização de pensos absorventes (Carvalhais et al., 2017; Pires et al., 2020; Álvarez-García & Doğanay, 2022; Wikander et al., 2022).

Considera-se que, de um modo geral, os resultados obtidos no presente estudo de investigação, alinham-se com os resultados obtidos em estudos efetuados anteriormente, mas em contextos diferentes. Existe uma discrepância expectável em termos de valores percentuais, sendo que foram abordados contextos desportivos diferentes, mas todos os estudos mostram que esta é uma problemática real, que carece de acrescida colheita de informação.

5.2 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO

Numa análise retrospetiva, são identificadas as limitações e pontos fortes deste estudo.

O desenho do estudo não perspetivou alguns problemas encontrados ao longo da execução desta investigação. Houve interferência no calendário de recolha de dados, uma vez que foram experienciados atrasos imprevistos na obtenção de autorização pela parte da comissão de ética para a sua recolha.

Outra dificuldade sentida, foi o facto de a colheita de dados ser exclusivamente online, não havendo possibilidade de esclarecimento imediato de eventuais dúvidas das participantes, relativas às questões. A utilização apenas de questionários de autopreenchimento, como método de colheita de dados, não permite avaliar a quantidade efetiva de perda de urina após a atividade desportiva, mas antes apenas a quantidade percebida pelas mulheres em estudo, o que poderá induzir a erro.

Foi igualmente obtido o feedback de algumas mulheres, que apesar de lhes ter sido solicitado, não procederam ao preenchimento do questionário, pois nunca tinham experienciado IU, logo não acharam pertinente a sua participação. Este facto limitou o número de participantes em estudo, podendo ter provocado possíveis viés nos resultados obtidos.

Identifica-se igualmente como limitação deste estudo científico, o limite temporal curto para a sua execução, tendo em conta o cariz académico do mesmo, o que acabou por influenciar o tamanho da amostra, que se revelou pequeno.

Todos estes factos limitaram então o tamanho da amostra, sendo que se considera que o período de colheita de dados deveria ter sido aumentado até perfazer uma amostra mais robusta.

Considera-se igualmente a possibilidade de existência de viés adicionais, pelo facto de não ser estudada a presença de antecedentes de saúde que possam afetar as variáveis em estudo, como são exemplo a ansiedade e a depressão. Estas condicionantes poderão influenciar as respostas no que se refere ao bem-estar. Este facto pode, portanto, ser apontado como uma limitação nos resultados obtidos no presente estudo. Assim, sugere-se que em estudos futuros sejam equacionadas estratégias que controlem estes fatores.

Pode considerar-se uma limitação do presente estudo o facto de se ter optado pela utilização do questionário ICIQ-SF, apesar do mesmo se encontrar validado para português, mas não para a população portuguesa. Foram vários os estudos científicos consultados que utilizam este instrumento, como forma de avaliar como a IU afeta a qualidade de vida da pessoa acometida. Por este motivo, foi considerada pertinente a sua utilização, de modo a ser possível efetuar comparações com estudos efetuados a nível internacional, onde a sua utilização é frequente. Para minimizar esta limitação, foi utilizado um instrumento adicional (o questionário KHQ) que faz uma avaliação do impacto da IU na saúde e qualidade de vida, tendo-se analisado a correlação entre as duas avaliações (tornando possível verificar a concordância de resultados). Na sequência deste estudo, considera-se que um processo de validação formal do instrumento deverá ser realizado.

Considera-se um ponto forte deste estudo o facto de ser um estudo de caracterização pioneiro na população portuguesa, com resultados relevantes para o conhecimento acerca desta temática que carece futura investigação.

Através da realização deste estudo de investigação, foi possível vislumbrar que esta problemática é, de facto, uma necessidade da população abordada, sendo que com o crescente número de mulheres praticantes dos mais variados desportos, reveste-se de extrema importância a consciencialização das mesmas no que respeita a presença IU na prática desportiva, bem como as medidas e práticas a adotar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IU é uma condição, que apesar de não ser ameaçadora de vida, poderá acarretar sentimentos nefastos e incapacitantes de constrangimento e ansiedade. Quando se fala de mulheres jovens e fisicamente ativas, esta disfunção não é expectável, e a sua presença poderá até levar ao abandono da prática desportiva por motivos de vergonha e embaraço.

A literatura atual já começa a reconhecer esta problemática como relevante de ser abordada e estudada, mas ainda existe um longo caminho a percorrer no que respeita a verificação da presença de IU nos diferentes desportos e de que modo terá impacto na performance desportiva das mulheres e consequentemente na sua saúde. O presente estudo de investigação teve como finalidade o de contribuir para o conhecimento sobre a presença de IUE na mulher praticante de halterofilismo, sendo um desporto em franca ascensão e reconhecido por provocar um aumento da pressão intra-abdominal, no decorrer da sua prática. Deste modo, conclui-se que foram obtidos resultados pertinentes para a população em estudo, bem como para os profissionais de saúde, visto ser agora possível, após a identificação desta necessidade, equacionar intervenções por parte do EEER, com vista a melhorar a prevenção, o diagnóstico e a reabilitação das mulheres desportistas, o que terá impacto na sua saúde, no seu dia-a-dia e no seu bem-estar.

Ao analisar os resultados apresentados no capítulo anterior, foi possível verificar a presença de IU numa percentagem elevada de mulheres praticantes de halterofilismo (58,6%), tendo sido confirmada a primeira hipótese (H1) deste estudo.

Foi possível concluir que existem diferenças na presença de IU entre grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas e clínicas, tendo-se verificado que as praticantes femininas de halterofilismo que apresentam IU têm mais idade, sendo estas em média 3,7 anos mais velhas do que as mulheres que não referem IU. Estes dados vêm ao encontro da hipótese (H2) formulada no início deste estudo de investigação.

As praticantes femininas de halterofilismo com filhos apresentam uma presença de IU mais elevada. Das 11 mulheres que referem ter filhos neste estudo, apenas 2 não apresentam IU. Verifica-se igualmente que todas as mulheres com mais do que um filho, manifestam queixas de perdas de urina. As mulheres com parto normal apresentam valores com maior expressão no que respeita a presença de IU, sendo que 8 das mulheres

que referem ter IU tiveram parto normal. Estes dados vão ao encontro da hipótese (H3) formulada anteriormente.

No que respeita a H4, esta não foi confirmada, sendo que não se verificou que a presença de IU seja mais elevada nas praticantes femininas de halterofilismo com infeções do trato urinário recorrentes, com 89,6% das mulheres a negarem esta ocorrência. No que diz respeito a cirurgias ginecológicas passadas, este dado não demonstrou ser valorizável, com apenas 13,8% das mulheres a afirmar já terem efetuado algum tipo de cirurgia.

Quando analisada outra questão do domínio da situação clínica, a obstipação, apenas 13,8% das mulheres mencionam ser obstipadas. Estes dados não confirmam a hipótese 5 formulada anteriormente para este estudo, que afirma que a presença de IU é mais elevada nas praticantes femininas de halterofilismo com obstipação.

No que se refere às mulheres com mais anos de prática desportiva, com treinos de maior duração e frequência, estas não demonstraram que a presença de IU seja mais elevada, ao contrário da hipótese (H6) formulada. Pelo contrário, a maioria de 64,7% das mulheres com IU são praticantes de halterofilismo há 3 ou menos anos. Apenas 29,4% das mulheres com IU realizam treinos com uma frequência semanal superior a 5 vezes.

Foi possível apurar que as mulheres com IU têm em consideração as questões da restrição nos seus hábitos de ingestão hídrica diários e a utilização de pensos higiénicos de proteção. Apesar disso, os valores não são expressivos, com menos de metade das mulheres com IU a utilizar estas medidas frequentemente. Isto vai contra o formulado pela a hipótese 7 para este estudo, sendo que 86,2% das mulheres afirmam nunca utilizar pensos higiénicos de proteção e apenas 17,2% afirmam limitar o aporte de líquidos antes dos treinos ou competições.

A presença de IU demonstrou estar associada ao bem-estar das praticantes femininas de halterofilismo, o que vem validar a última hipótese (H8) projetada para esta investigação. A maioria de 76,5% das mulheres referem não se sentir deprimidas devido à perda urinária. Por outro lado, esta condição faz com que 52,9% das mulheres se sintam nervosas ou ansiosas.

Este estudo poderá potencialmente servir de base para futuras investigações, que se preveem necessárias, de modo a ser possível comparar os resultados obtidos com outras

atletas praticantes de diferentes modalidades desportivas, o que permitirá perceber, ou não, as diferenças no que respeita a presença de IUE.

Existe ainda uma lacuna de conhecimento sobre o papel da atividade física extenuante na incidência de distúrbios do assoalho pélvico (Wikander et al., 2022), sendo que esta é uma temática que carece de futuro aprofundamento aos mais diversos níveis.

As relações passíveis de estudar a partir daqui são várias, sendo que ao investigar a presença de IU nos diversos desportos, o EEER poderá assumir um papel fundamental na definição de estratégias que vão ao encontro das necessidades reais desta população ao nível dos cuidados e promoção de saúde.

Sugere-se assim, a realização de posteriores estudos com amostras de dimensão superior, que permitam, para além da produção de resultados mais consistentes, a generalização dos mesmos.

No que respeita as implicações para a prática, tendo em conta os principais resultados deste estudo, surge a necessidade do EEER elaborar planos de reabilitação de modo a auxiliar a mulher praticante de desporto a melhorar a sua capacidade de prevenir, minimizar, ocultar ou conter as perdas de urina durante o treino e a competição. Deste modo, será mais propensa a permanência no desporto escolhido, bem como o melhorar do seu desempenho atlético.

Vislumbra-se igualmente uma grande oportunidade de atuação no que respeita a educação para a saúde, não só das mulheres, mas também dos seus treinadores. Tal como Wikander e colaboradores (2022) referem, é pouco provável que atletas e treinadores discutam a IU ou a função e o treino do assoalho pélvico. A nível prático, e como referem Bo & Nygaard (2020), a educação dirigida aos treinadores tem o potencial de melhorar a IU das atletas. É essencial que essa educação inclua estratégias para ajudar os treinadores a abordar adequadamente o tema da IU e a importância das suas atletas manterem um assoalho pélvico a funcionar de forma otimizada.

A nível futuro, e como forma de dar continuidade a este projeto de investigação, levanta-se como objetivo uma possível colaboração com a Federação de Halterofilismo de Portugal, de modo a criar um plano de prevenção e reabilitação da mulher atleta, bem como produzir atividade formativa na área de educação para a saúde relativa a IU, tanto para atletas como para os treinadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. B., Barra, A. A., Saltiel, F., Silva-Filho, A. L., Fonseca, A. M., & Figueiredo, E. M. (2015). Urinary incontinence and other pelvic floor dysfunctions in female athletes in Brazil: A cross-sectional study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *26*(9), 1109–1116. https://doi.org/10.1111/sms.12546

Álvarez-García, C., & Doğanay, M. (2022). The prevalence of urinary incontinence in female CrossFit practitioners: A systematic review and meta-analysis [La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres practicantes de CrossFit: revisión sistemática y metaanálisis]. *Archivos espanoles de urologia*, *75*(1), 48–59.

Araujo, M. P., Parmigiano, T. R., Negra, L. G. D., Torelli, L., Carvalho, C. G., Wo, L., Manito, A. C. A., Girão, M. J. B. C., & Sartori, M. G. F. (2015). Avaliação do assoalho pélvico de atletas: existe relação com a incontinência urinária?. *Revista Brasileira De Medicina Do Esporte*, *21*(6), 442-446. https://doi.org/10.1590/1517-869220152106140065

Araujo, M. P., Sartori, M. G. F., & Girão, M. J. B. C. (2017). Athletic Incontinence: Proposal of a New Term for a New Woman. Incontinência de atletas: proposta de novo termo para uma nova mulher. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, *39*(9), 441–442. https://doi.org/10.1055/s-0037-1605370

Avery, K., Donovan, J. & Abrams, P. (2001). Validation of a new questionnaire for incontinence: The International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). *Neurourology and Urodynamics, 20*(4), 510-511.

Bo, K. (2004). Urinary Incontinence, Pelvic Floor Dysfunction, Exercise and Sport. *Sports Med 34*(7), 451–464. https://doi.org/10.2165/00007256-200434070-00004

Bo, K. & Nygaard, I.E. (2020). Is physical activity good or bad for the female pelvic floor? A narrative review. *Sports Medicine 50*, 471–484. https://doi.org/10.1007/s40279-019-01243-1

Brennand, E., Ruiz-Mirazo, E., Tang, S., Kim-Fine, S., & Calgary Women's Pelvic Health Research Group. (2018). Urinary leakage during exercise: problematic activities, adaptive behaviors, and interest in treatment for physically active Canadian women. *International urogynecology journal*, *29*(4), 497–503. https://doi.org/10.1007/s00192-017-3409-1

Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2016). *Weightlifting. Encyclopedia Britannica.* https://www.britannica.com/sports/weightlifting

Cardoso, A. M. B., Lima, C. R. O. P., & Ferreira, C. W. S. (2018). Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. *European journal of sport science*, *18*(10), 1405–1412. https://doi.org/10.1080/17461391.2018.1496146

Carvalhais, A., Natal Jorge, R., & Bø, K. (2017). Performing high-level sport is strongly associated with urinary incontinence in elite athletes: a comparative study of 372 elite female athletes and 372 controls. *British journal of sports medicine*, *52*(24), 1586–1590. https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-097587

Casey, E. K., & Temme, K. (2017). Pelvic floor muscle function and urinary incontinence in the female athlete. *The Physician and sportsmedicine*, *45*(4), 399–407. https://doi.org/10.1080/00913847.2017.1372677

Da Roza, T., Brandão, S., Mascarenhas, T., Jorge, R. N., & Duarte, J. A. (2015). Volume of training and the ranking level are associated with the leakage of urine in young female trampolinists. *Clinical journal of sport medicine: official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, *25*(3), 270–275. https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000129

Da Silva, A. T., Da Silva, Y. P. & Furlanetto, M. P. (2021). Disfunções do assoalho pélvico em praticantes de Crossfit [Pelvic floor dysfunctions in Crossfit practitioners]. *Fisioterapia Brasil, 22*(2), 233-248. https://doi.org/10.33233/fb.v22i2.4480

Dobrowolski, S. L., Pudwell, J., & Harvey, M. A. (2020). Urinary incontinence among competitive rope-skipping athletes: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*, *31*(5), 881–886. https://doi.org/10.1007/s00192-019-04048-y

Dos Santos, K. M., Da Roza, T., da Silva, L. L., Wolpe, R. E., da Silva Honório, G. J., & Tonon da Luz, S. C. (2018). Female sexual function and urinary incontinence in nulliparous athletes: An exploratory study. *Physical therapy in sport: official journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Sports Medicine*, *33*, 21–26. https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2018.06.004

Eickmeyer, S. M. (2017). Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, *28*(3), 455–460. https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.003

Fernandes, A., Fitz F., Silva A., Filoni, E. & Filho, J.M. (2014). Evaluation of the Prevalence of Urinary Incontinence Symptoms in Adolescent Female Soccer Players and Their Impact Quality of Life. *Occup Environ Med, 71*(1), A59-60. https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102362.184

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.

Haro, F., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., Carvalho, P., & Costa, R. (2016). *Investigação em ciências sociais – guia prático do estudante*. Pactor – Edições de ciências sociais, forenses e da educação.

Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., Schaer, G. N., International Urogynecological Association, & International Continence Society (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and urodynamics*, *29*(1), 4–20. https://doi.org/10.1002/nau.20798

Hill, M. M., & Hill, A. (2016). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Sílabo Editora.

IWF International weightlifting federation. (2022). *Technical and competition rules & regulations*. Hungary editor Aján Tamás. https://iwf.sport/wp-content/uploads/downloads/2022/11/IWF-TCRR-2022.pdf

IWF International weightlifting federation. (2023). *Celebrating women in weightlifting: a journey of success!.* https://iwf.sport/2023/03/08/celebrating-women-in-weightlifting-a-journey-of-success/

Kelleher, C.J., Cardozo, L.D., Khullar, V. & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 104*, 1374-1379. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x

Khowailed, I.A., Pinjuv-Turney, J., Lu, C. & Lee, H. (2020). Stress Incontinence during Different High-Impact Exercises in Women: A Pilot Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(22), 8372. https://doi.org/10.3390/ijerph17228372

Leal, L. O., Santos, M. A., Freitas Santos, N. M., Braga, L. M., & Faria Nunes, K. C. (2020). Prevalência de incontinência urinária e perfil miccional de mulheres praticantes de Crossfit® Prevalence of urinary incontinence and voiding pattern of Crossfit® practicing women. *Fisioterapia Brasil, 21*(2), 197-203. https://doi.org/10.33233/fb.v21i2.3621 2020;21(2):197-203

Lopes, E., Apolinário, A., Barbosa, L., & Moretti, E. (2020). Frequency of urinary incontinence in women who practice crossfit: a cross-sectional study. *Fisioter Pesqui, 27*(3), 287-292. https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14289605.v1

Maia, M., Da Roza, T. & Mascarenhas, T. (2015). Female athlete pelvic floor – urogynecological overview O pavimento pélvico da mulher atleta – perspectiva uroginecológica. *Acta Obstet Ginecol Port, 9*(1), 56-64.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 1*(2), 42–48. https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409

Mattos Lourenco, T. R., Matsuoka, P. K., Baracat, E. C., & Haddad, J. M. (2018). Urinary incontinence in female athletes: a systematic review. *International urogynecology journal*, *29*(12), 1757–1763. https://doi.org/10.1007/s00192-018-3629-z

Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Almedina.

Moreno, T R P, Araujo, M P, Benayon, P C, Faroni, R P, Barsottini, C G N, & Sartori, M G F. (2022). Cuidado multidisciplinar de atletas olímpicas brasileiras: um estudo observacional. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, *28*(4), 281-285. Epub April 04, 2022. https://doi.org/10.1590/1517-8692202228042021_0306

Nygaard, I., Girts, T., Fultz, N. H., Kinchen, K., Pohl, G., & Sternfeld, B. (2005). Is urinary incontinence a barrier to exercise in women?. *Obstetrics and gynecology*, *106*(2), 307–314. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000168455.39156.0f

Nygaard, I. E., & Shaw, J. M. (2016). Physical activity and the pelvic floor. *American journal of obstetrics and gynecology*, *214*(2), 164–171. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.067

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Pires, T. F., Pires, P. M., Moreira, M. H., Gabriel, R. E. C. D., João, P. V., Viana, S. A., & Viana, R. A. (2020). Pelvic Floor Muscle Training in Female Athletes: A Randomized Controlled Pilot Study. *International journal of sports medicine*, *41*(4), 264–270. https://doi.org/10.1055/a-1073-7977

Pisani, G. K., de Oliveira Sato, T. & Carvalho, C. (2021). Pelvic floor dysfunctions and associated factors in female CrossFit practitioners: a cross-sectional study. *International Urogynecology Journal*, 32, 2975–2984. https://doi.org/10.1007/s00192-020-04581-1

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico.* Lidel.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2017). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (10ª ed.). Artmed.

Pordata. (2021). *Estatísticas sobre Portugal e Europa*. https://www.pordata.pt/portugal/praticantes+desportivos+federados+total+e+por+todas+as+federacoes+desportivas-2227

Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, II série, n.º 26.

Regulamento n.º 350/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, II série, n.º 119/2015: 16655-60.

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48.57). Lidel.

Rodrigues, S. (2011). *Estudo de Adaptação e Validação do King's Health Questionnaire a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço*. [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62295?locale=pt

Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy adaptation model and research. *Nursing science quarterly, 22*(3), 209–211. https://doi.org/10.1177/0894318409338692

Silva, M. F., Prado Costa, R., Oliveira, C. M. & Moreira, S. (2021). A Incontinência Urinária em Mulheres Praticantes de Exercício Recreativo: Um Estudo Transversal [Urinary Incontinence in Women Who Practice Recreational Exercise: A Cross-Sectional Study]. *Acta Med Port, 34*(11), 724-732. https://doi.org/10.20344/amp.14004

Tamanini, J. T. N., Dambros, M., D´Ancona, C. A. L., Palma, P. C. R. & Netto Jr, N. R. (2004). Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) [Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese]. *Rev. Saúde Pública, 38*(3), 438-444. https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015

Teixeira, R. V., Colla, C., Sbruzzi, G., Mallmann, A., & Paiva, L. L. (2018). Prevalence of urinary incontinence in female athletes: a systematic review with meta-analysis. *International urogynecology journal*, *29*(12), 1717–1725. https://doi.org/10.1007/s00192-018-3651-1

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social science & medicine (1982), 41*(10), 1403–1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k

Toprak Çelenay, S., Düşgün, E. S. & Değirmenderel, A. R. (2021). High-impacts Sport Athletes' Pelvic Floor Knowledge, Awareness, and Lower Urinary Tract

Symptoms: A Cross-Sectional Pilot Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences. 13*(3), 477-484. https://doi.org/10.5336/sportsci.2021-82598

Velázquez-Saornil, J., Méndez-Sánchez, E., Gómez-Sánchez, S., Sánchez-Milá, Z., Cortés-Llorente, E., Martín-Jiménez, A., Sánchez-Jiménez, E., & Campón-Chekroun, A. (2021). Observational Study on the Prevalence of Urinary Incontinence in Female Athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(11), 5591. https://doi.org/10.3390/ijerph18115591

Whitney, K. E., Holtzman, B., Cook, D., Bauer, S., Maffazioli, G. D. N., Parziale, A. L., & Ackerman, K. E. (2021). Low energy availability and impact sport participation as risk factors for urinary incontinence in female athletes. *Journal of pediatric urology*, *17*(3), 290.e1–290.e7. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2021.01.041

Wikander, L., Cross, D., & Gahreman, D. E. (2019). Prevalence of urinary incontinence in women powerlifters: a pilot study. *International urogynecology journal*, *30*(12), 2031–2039. https://doi.org/10.1007/s00192-019-03870-8

Wikander, L., Kirshbaum, M. N., Waheed, N., & Gahreman, D. E. (2021). Urinary Incontinence in Competitive Women Weightlifters. *Journal of strength and conditioning research*, *36*(11), 3130–3135. https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000004052

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da comissão de Ética da ESSSM

AM

António Mesquita Montes

Para: SARA MARISA ALMEIDA DUARTE

qua, 01/03/2023 08:34

Ex.mo(a) Sr.(a),

Sendo que V. Ex.a se encontra identificada como Investigador Principal, incumbe-me a Presidente da Comissão de Ética da ESSSM de informar que foi emitido um parecer favorável à realização do projeto de investigação.

Mais informo que, posteriormente, receberá um documento comprovativo com o respetivo parecer. Para efeitos de identificação deste parecer no estudo de investigação é suficiente mencionar o código CE2022/63.

Com os melhores cumprimentos,

Escola Superior Saúde Santa Maria

ANTÓNIO MESQUITA MONTES | PT, MSc, PhD

PROFESSOR ADJUNTO

Travessa Antero de Quental, 173 - 175 | 4049-024 Porto

+351 225 098 664 santamariasaude.pt

Antes de imprimir este documento, pense na sua responsabilidade com o Meio Ambiente.

Já imprimiu? Não envie para o lixo, utilize o verso como folha de rascunho!

APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário Sociodemográfico e Clínico

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO E SEU BEM-ESTAR

Tendo em conta que a incontinência urinária de esforço é definida como a queixa de perda de urina associada a esforços:

INFORMAÇÃO PESSOAL

A. Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

1) Idade: _____

2) Altura: _____ cm

3) Peso: ____ Kg

4) Atividade profissional: _____

5) Tem ou já teve incontinência urinária de esforço?

Sim___ Não___

6) Se sim, fez algum tratamento prévio para a correção da incontinência urinária?

Sim___ Não___

7) Tem infeções urinárias frequentemente?

Sim ___ Não____

8) Já fez alguma cirurgia ginecológica?

Sim ____ Não ____

9) Tem filhos? Sim ____ Não____

10) Se sim, indique tipo de parto e nº de filhos: _____

11) Tem problemas de obstipação (dificuldade em evacuar)?

Sim ___ Não ____

B. Questionário de caracterização a nível desportivo

1) Quantos litros de água bebe por dia?

__0, __1, __2, __3, __mais de 3

2) Restringe a ingestão de líquidos antes dos treinos ou competições?

Sim ___ Não ____

3) Quantos dias treina por semana?

__0, __1, __2, __3, __4, __5, __6, __7

4) Quantas horas tem em média o seu treino?

__0, __1, __2, __3, __mais de 3

5) Realiza treino bi-diário?

Sim ____ Não ____

6) Há quantos anos pratica halterofilismo? _____

7) Teve alguma paragem na sua prática de halterofilismo?

Sim ____ Não____

8) Utiliza algum penso durante os treinos?

Sim ___ Não ___

APÊNDICE II – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)

International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) adaptado para Português

ICIQ - SF

[redacted]

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

[redacted]

3. Com que freqüência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca	0
Uma vez por semana ou menos	1
Duas ou três vezes por semana	2
Uma vez ao dia	3
Diversas vezes ao dia	4
O tempo todo	5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

Nenhuma	0
Uma pequena quantidade	2
Uma moderada quantidade	4
Uma grande quantidade	6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interfere — Interfere muito

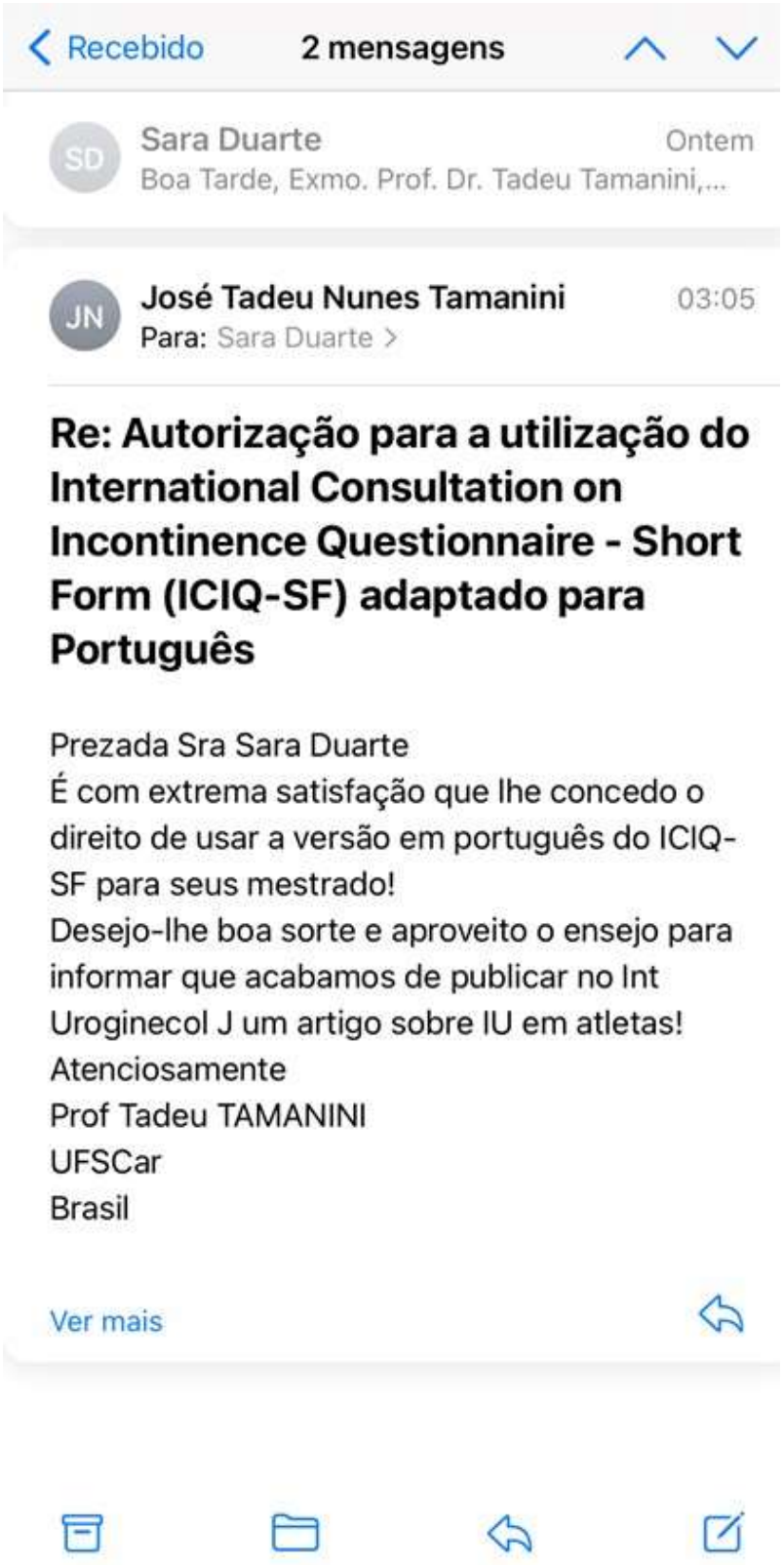
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde urina?
(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca	☐
Perco antes de chegar ao banheiro	☐
Perco quando tusso ou espiro	☐
Perco quando estou dormindo	☐
Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐
Perco sem razão óbvia	☐
Perco o tempo todo	☐

"Obrigado por você ter respondido às questões"

APÊNDICE III – Autorização do autor para a utilização do ICIQ-SF


Recebido
2 mensagens
SD
Sara Duarte
Ontem
Boa Tarde, Exmo. Prof. Dr. Tadeu Tamanini,...
JN
José Tadeu Nunes Tamanini
03:05
Para: Sara Duarte >
Re: Autorização para a utilização do International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) adaptado para Português
Prezada Sra Sara Duarte
É com extrema satisfação que lhe concedo o direito de usar a versão em português do ICIQ-SF para seus mestrado!
Desejo-lhe boa sorte e aproveito o ensejo para informar que acabamos de publicar no Int Uroginecol J um artigo sobre IU em atletas!
Atenciosamente
Prof Tadeu TAMANINI
UFSCar
Brasil
Ver mais

APÊNDICE IV – King’s Health Questionnaire (KHQ) adaptado para Português (Europeu)

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO E SEU BEM-ESTAR

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

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

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

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

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

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

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

Relações Pessoais	**Não aplicável**	**Nada**	**Um pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
5a. O seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?					
5b. O seu problema de bexiga afeta a sua vida sexual?					
5c. O seu problema de bexiga afeta a sua vida familiar?					

Emoções	**Nada**	**Um pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?				
6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?				
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?				

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

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

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

Muito obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

APÊNDICE V – Autorização do autor para a utilização do KHQ adaptado para Português (Europeu)

Recebido 2 mensagens

SD **Sara Duarte** segunda-feira
Boa Tarde, Exma Enfª Soraia Rodrigues,...

SR **Soraia Rodrigues** terça-feira
Para: Sara Duarte >

Re: Autorização para Utilização do King's Health Questionnaire adaptado e validado

Boa tarde Sara,

Espero que se encontre bem.

Tem a minha autorização para utilizar a escala *King's Health Questionnaire* traduzida e adaptada para português (europeu).

Desejo-lhe todo o sucesso no desenvolvimento do seu projeto.

Atenciosamente,

Soraia Nicola Rodrigues

Sara Duarte [redacted]
escreveu no dia segunda, 28/11/2022 à(s) 17:13:

Ver mais

APÊNDICE VI – Informação ao Participante e Consentimento Informado

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO E SEU BEM-ESTAR

CARO PARTICIPANTE,

Previamente à decisão de participar ou não no estudo em questão, deve compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua colaboração. Peço que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Qual é o Objetivo deste Estudo?

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Esta pesquisa tem como objetivo caraterizar a presença da incontinência urinária, e analisar a relação entre a incontinência urinária e o bem-estar das praticantes de halterofilismo.

Existem riscos nesta participação?

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a sua colaboração e autorização para o preenchimento do instrumento de avaliação composto por um questionário sociodemográfico, bom como dois questionários internacionais, adaptados para português, o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) e o King's Health Questionnaire (KHQ).

A quem é pedido para participar?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque tem idade superior a 18 anos, é praticante feminina de halterofilismo e pertencente à Federação Nacional de Halterofilismo.

Existem benefícios por participar?

Com a sua participação irá permitir novas possibilidades no campo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, sendo que a informação obtida neste estudo será indispensável para o desenvolvimento de novas competências, permitindo o delineamento de intervenções mais eficazes.

Quem terá acesso à minha informação?

Não será utilizado o seu nome em nenhum documento, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento da investigadora responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo.

A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais. Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

Quais são os meus direitos?

A sua participação no estudo é voluntária, podendo cessar a sua colaboração a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a Investigadora principal através do endereço eletrónico [redacted] ou através da morada institucional (Escola Superior de Saúde Santa Maria). Comprometo-me a responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

A Investigadora Responsável,

Sara Duarte

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER PRATICANTE DE HALTEROFILISMO E SEU BEM-ESTAR

Consentimento informado

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.
Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.
Li a informação mencionada na Secção de Informação ao Participante.
Entendo o significado desta informação.

Assim, estando informada e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto académico e científico.

- ○ Sim
- ○ Não