

Mestrado em Fisioterapia

Ramo Saúde Pélvica e da Mulher

15ª Edição

**Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados
Continuados em Lisboa: um estudo transversal**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em
Saúde Pélvica e da Mulher

Carolina Germano Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Daniela Sofia Albino Costa

Junho, 2026

Mestrado em Fisioterapia

Ramo Saúde Pélvica e da Mulher

15ª Edição

**Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados
Continuados em Lisboa: um estudo transversal**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em Fisioterapia
em Saúde Pélvica e da Mulher

Carolina Germano Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Daniela Sofia Albino Costa

Júri:

Presidente: Professora Doutora Cláudia Sofia Góis Ribeiro da Silva

Arguente: Professora Doutora Paula Clara Santos

Vogal: Professora Doutora Daniela Sofia Albino Costa

Junho, 2026

Agradecimentos

A presente dissertação representa não apenas um trabalho acadêmico, mas também um percurso de crescimento pessoal e profissional que não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas a quem muito agradeço.

À minha orientadora, professora Doutora Daniela Costa, agradeço pela orientação rigorosa, pela constante disponibilidade, partilha de conhecimento e pela ajuda na escrita desta dissertação.

À Professora Cristina Sá, agradeço pelas sugestões construtivas, incentivo e esclarecimento de dúvidas ao longo deste processo.

Aos meus pais e irmã, agradeço todo o amor, força e apoio incondicional em cada etapa da minha vida.

À minha avó, por acreditar sempre em mim e por me ter com ela em todas as suas orações.

Ao João, meu futuro marido, obrigada pela paciência, compreensão e por acreditar sempre em mim, mesmo quando eu duvidava.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, deixo um agradecimento especial por todo o apoio, motivação e por serem porto seguro nos momentos de maior pressão.

Por fim, às minhas amigas de mestrado, Carolina Morais, Gisela Gomes e Sofia Silva, por caminharem comigo, pelas partilhas, boa-disposição e espírito de entreajuda.

Resumo

Enquadramento teórico: A incontinência urinária (IU) é uma condição com elevada prevalência em adultos mais velhos, com impacto negativo na funcionalidade e qualidade de vida (QdV). Em contexto de internamento, especialmente em unidades de cuidados continuados e reabilitação, fatores como multimorbilidade, imobilização, cirurgias recentes e alterações funcionais podem aumentar o risco de IU. Apesar da relevância clínica, a investigação sobre a prevalência e os fatores clínicos associados à IU em Portugal nesta população permanece escassa. **Objetivos:** (1) determinar a proporção de pessoas com IU internadas numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) em Lisboa, (2) caracterizar os seus aspetos sociodemográficos e clínicos, (3) analisar a associação entre a QdV relacionada com a saúde e a IU e (4) explorar fatores clínicos associados à presença de IU. **Metodologia:** Este estudo observacional transversal incluiu 42 participantes internados no Instituto São João de Deus (ISJD) – Lisboa. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Barthel Modificada (EBM), o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form* - Versão Portuguesa (ICIQ-SF-VP), o *King's Health Questionnaire* (KHQ) e o *World Health Organization Quality of Life: Bref* (WHOQoL-BREF). Foi determinada a proporção de pessoas com e sem sintomas de IU. Estes dois subgrupos foram analisados através de análises descritivas, inferenciais e testes de regressão logística multivariada. O nível de significância considerado foi de $p < 0.05$. **Resultados:** A proporção de participantes com IU foi de 47.6%. A amostra era maioritariamente feminina (61.9%; $n=26$), com média de 80.0 anos e elevada multimorbilidade (83.3%; $n=35$). Não foram identificadas diferenças significativas entre IU e as variáveis sociodemográficas, clínicas ou dependência funcional entre os dois subgrupos. Entre as variáveis clínicas, apenas a não realização de cirurgia nos últimos três meses apresentou associação significativa multivariada com a presença de IU ($p=0.013$; OR=6.304; IC95%=1.464-27.148). **Conclusão:** Cerca de metade das pessoas admitidas nesta UCC reportou sintomas de IU. Estes resultados destacam a importância desta problemática, a necessidade de abordagens multidisciplinares em cuidados agudos e de reabilitação e de investigação futura com amostras maiores e estudos longitudinais.

Palavras-chave: incontinência urinária, fisioterapia, qualidade de vida, unidade de cuidados continuados

Abstract

Background: Urinary incontinence (UI) is a prevalent condition among older adults, with negative impacts on functional capacity and quality of life (QoL). In inpatient settings particularly in short-term care and rehabilitation units, factors such as multimorbidity, immobility, recent surgeries, and functional impairments may increase the risk of UI. Despite its clinical relevance, research on the prevalence and determinants of UI in this population in Portugal remains scarce. **Aims:** (1) to determine the proportion of inpatients with UI in a post-acute care unit in Lisbon; (2) to characterize their sociodemographic and clinical features; (3) to analyze the association between health-related QoL and UI; and (4) to explore clinical factors associated with the presence of UI. **Methodology:** This cross-sectional observational study included 42 participants admitted to Instituto São João de Deus in Lisbon. A sociodemographic and clinical questionnaire, the Modified Barthel Index, the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form, Portuguese Version (ICIQ-SF), the King's Health Questionnaire (KHQ), and the World Health Organization Quality of Life: Bref (WHOQoL-BREF) were administered. The proportion of people with and without UI symptoms was determined. These two subgroups were analyzed using descriptive and inferential analyses and multivariate logistic regression tests. The level of significance was $p < 0.05$. **Results:** The proportion of participants with UI was 47.6%. The sample was predominantly female (61.9%; $n=26$) with a mean age of 80.0 years and high multimorbidity (83.3%; $n=35$). No significant associations were identified between UI and sociodemographic, clinical or functional dependency variables. Among the clinical variables, only the absence of surgery performed within the preceding three months showed a significant and independent association with the presence of UI ($p=0.013$; OR=6.304; 95% CI: 1.464-27.148). **Conclusion:** Nearly half of the individuals admitted to this short-term care unit presented with symptoms of UI. These findings underscore the clinical relevance of this condition and reinforce the need for multidisciplinary approaches in acute and rehabilitation care settings, as well as for future research using larger samples and longitudinal study designs.

Keywords: urinary incontinence, physiotherapy, quality of life, post-acute care unit

Lista de abreviaturas

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
- ATA – Artroplastia Total da Anca
- AVD's – Atividades de Vida Diária
- ABVD's – Atividades Básicas de Vida Diária
- EBM – Escala de Barthel Modificada
- ESSA – Escola Superior de Saúde do Alcoitão
- EUA – *European Association of Urology*
- HTA – Hipertensão Arterial
- IC – Intervalo de Confiança
- ICIQ-UI-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*
- ICIQ-UI-SF-VP – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*, versão Portuguesa
- ICS – *International Continence Society*
- IMC – Índice de Massa Corporal
- ISJD – Instituto São João de Deus
- IU – Incontinência Urinária
- KHQ – *King's Health Questionnaire*
- KHQ-VP – *King's Health Questionnaire*, versão portuguesa
- MPP – Músculos do Pavimento Pélvico
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OR – *Odds Ratio*
- QdV – Qualidade de Vida
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
- UCC – Unidade de Cuidados Continuados
- WHOQoL-BREF – *World Health Organization Quality of Life: Bref*

Índice de tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra total (n=42) e comparação entre participantes com e sem sintomas de IU	16
Tabela 2: Características clínicas da amostra total (n=42) e comparação entre participantes com e sem sintomas de IU.....	19
Tabela 3: Descrição dos resultados e estatística descritiva do KHQ (n=20).....	20
Tabela 4: Grau de severidade e contextos de perdas de urina nos participantes com IU (n=20).....	21
Tabela 5: Modelo de regressão logística para a presença/ausência de IU com a QdV.....	22
Tabela 6: Modelo de regressão logística para a presença/ausência de IU com a cirurgia recente.....	23
Tabela 7: Agregação das variáveis categóricas para a inclusão na análise de regressão logística.....	55
Tabela 8: Resultados da análise univariada.....	56

Índice de figuras

Figura 1: Fluxograma de retenção da amostra.....	14
--	----

Índice

1. Enquadramento teórico.....	1
2. Metodologia	7
2.1 Considerações éticas.....	7
2.2 Participantes	7
2.2.1 Recrutamento da amostra e procedimentos.....	7
2.2.2 Critérios de inclusão	8
2.2.3 Critérios de exclusão	8
2.3 Variáveis e instrumentos	8
2.3.1 Definição de caso	8
2.3.2 Variáveis de interesse e instrumentos	8
3. Resultados.....	14
3.1 Caracterização da amostra	14
3.2 Resultados e estatística descritiva no grupo com sintomas de IU	20
3.3 Regressão logística	21
4. Discussão	24
5. Conclusão.....	34
6. Referências bibliográficas	35
7. Anexos.....	40
7.1 Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética da ESSA.....	40
7.2 Anexo 2 – Autorização da Comissão de Ética do ISJD - Lisboa	41
7.3 Anexo 3 – Declaração de consentimento informado	43
7.4 Anexo 4 – Questionário sociodemográfico e clínico	45
7.5 Anexo 5 – <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form</i> – Versão Portuguesa	46
7.6 Anexo 6 - <i>King's Health Questionnaire</i> – Versão Portuguesa.....	47
7.7 Anexo 7 – Escala de <i>Barthel</i> Modificada	50
7.8 Anexo 8 – <i>World Health Organization Quality of Life: Bref</i> – Versão Portuguesa ..	53
7.9 Anexo 9 – Tabela 7: Agregação das variáveis categóricas	55
7.10 Anexo 10 – Tabela 8: Resultados da análise univariada.....	56

1. Enquadramento teórico

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a proporção de pessoas com 60 ou mais anos está a crescer rapidamente em todos os países. Até 2030, estima-se que um em cada seis indivíduos terão 60 ou mais anos (World Health Organization, 2024). Em Portugal, o índice de envelhecimento, definido como o número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas com idade inferior a 15 anos, está a aumentar. Em 2024, este valor foi de 192.4 idosos por cada 100 jovens (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2025). A IU é considerada uma condição de saúde com elevada prevalência, especialmente em pessoas com mais de 60 anos, com impacto significativo a nível económico, social e ambiental (Bishop et al., 2025; Bø, 2020). Além disso, alguns autores defendem que a IU está associada a níveis inferiores de QdV (AlQuaiz et al., 2023; Krhut et al., 2018; Pizzol et al., 2021).

De acordo com a *International Continence Society* (ICS), IU é definida como qualquer perda involuntária de urina, sendo a disfunção do pavimento pélvico mais comum (Bernard Haylen, 2023; Bø, 2020). Pode ser classificada em três tipos: IU de esforço, IU de urgência e IU mista (Bø, 2020).

A IU de esforço caracteriza-se pela perda involuntária de urina que ocorre quando a pressão vesical supera a pressão uretral, em momentos em que se verifica um aumento da pressão intra-abdominal (Bø et al., 2024). Estão descritos na literatura dois mecanismos para a ocorrência de IU esforço: a deficiência do esfíncter interno e a hipermobilidade do colo vesical (Bø et al., 2024; EAU, 2025). No primeiro mecanismo, a fraqueza do esfíncter pode resultar do envelhecimento, trauma, cirurgia pélvica, radioterapia ou doenças do foro neurológico. Por sua vez, no segundo mecanismo, verifica-se a perda de suporte da rede que sustenta a uretra, que é constituída por ligamentos, músculos, fáscia e tendões, influenciando o efeito compressivo da uretra e consequentemente, a ocorrência de perdas de urina (Bø et al., 2024).

Na IU de urgência, a perda de urina é precedida ou acompanhada por uma sensação de urgência urinária, sendo esta definida como um desejo repentino e imperioso de urinar. A sua fisiopatologia ainda não é totalmente conhecida pelo que se destacam alguns mecanismos estudados. A bexiga hiperativa corresponde à ocorrência de contrações involuntárias do músculo detrusor (músculo liso da bexiga) durante a fase de armazenamento da urina, podendo resultar de causas neurogénicas, como lesões no sistema nervoso central ou ser idiopática, quando não se identifica um fator específico. Alterações nos mecanismos cerebrais responsáveis por inibir a micção, mais frequentes com o envelhecimento, reduzem o limiar de ativação dos reflexos de

esvaziamento, favorecendo episódios de urgência. Além disso, problemas no trato urinário, como infecções, cálculos renais ou vesicais e tumores, podem aumentar a sensibilidade dos reflexos miccionais, desencadeando sintomas mesmo com pequenas quantidades de urina. O stress crónico pode promover a sensitização do corno dorsal da medula através de estímulos nociceptivos provenientes das estruturas pélvicas, contribuindo para a sensação de urgência, dor pélvica e condições como cistite intersticial ou prostatite (Bø et al., 2024).

A IU mista caracteriza-se pela associação entre os sintomas característicos dos dois tipos de IU descritos anteriormente (Bø et al., 2024).

A nível mundial, a prevalência de IU é de 40.0% nos adultos. De acordo com os resultados do estudo de Bishop et al. (2025), cujo objetivo era avaliar a prevalência de IU em vários países da União Europeia, os dados apontam para valores de prevalência a variar entre 10.0% para os homens e 20.0% para as mulheres em Portugal (Bishop et al., 2025). O estudo de Manso et al. (2023), baseado num inquérito populacional a 10.465 mulheres em Portugal, identificou uma prevalência de IU de 9.9% para as mulheres, com valores crescentes com a idade (6.3% entre 18–39 anos e 40.8% entre 75–85 anos) (Manso et al., 2023). A prevalência de IU aumenta com a idade, estimando-se que 50.0 a 85.0% dos adultos mais velhos com mais de 65 anos que residem em lares ou instituições sofram desta patologia, prevendo-se um aumento da prevalência com o envelhecimento da população (Bo, Berghmans, Morkved, & Van Kampen, 2024; Farrés-Godayol et al., 2022). Em países europeus, como Alemanha e Espanha, verificam-se elevadas taxas de prevalência de IU para adultos mais velhos, de 62.5% e 66.0%, respetivamente (Farrés-Godayol et al., 2022; Suhr & Lahmann, 2018).

A IU está associada a fatores de risco que incluem: o sexo, a idade, obesidade com base no índice de massa corporal (IMC), a força e função dos músculos do pavimento pélvico (MPP), presença de comorbilidades e doenças do foro neurológico, incidência de infeções do trato urinário, antecedentes de cirurgia pélvica e prostática, paridade, tipo de parto e menopausa (Batmani et al. 2021; Bø et al., 2024; Tai et al., 2021). O sexo feminino é considerado um fator de risco para a ocorrência de sintomas de IU, explicado por alterações anatómicas, fisiológicas e hormonais (Bø et al., 2020). Em ambos os sexos, o envelhecimento está associado a alterações do trato urinário inferior, que incluem a diminuição da pressão máxima uretral e a redução da função vesical, aumentando o risco de IU. Adicionalmente, fatores como a atrofia dos tecidos moles no complexo do esfíncter uretral, a redução da vascularização e a diminuição do volume das fibras musculares estriadas do pavimento pélvico, características do processo de envelhecimento, contribuem para o desenvolvimento de IU (Wolden et al.,

2025). Além disso, alterações hormonais, especialmente nas mulheres após a menopausa, e outras comorbilidades associadas à idade também contribuem para o agravamento da condição (Batmani et al., 2021). Outro fator de risco para IU é a obesidade que pode estar associada ao enfraquecimento das estruturas de suporte da bexiga e ao aumento da pressão abdominal. A obesidade está também frequentemente associada a doenças metabólicas como *diabetes mellitus*, que afetam a função neurológica da bexiga e aumentam a prevalência de IU (Batmani et al., 2021). De acordo com o inquérito populacional realizado por Manso et al. (2023) em Portugal, a prevalência de IU é superior em pessoas com obesidade (Manso et al., 2023).

Quanto a outras comorbilidades, apesar de não ser considerado um fator de risco direto para IU, a hipertensão arterial (HTA) pode influenciar o fluxo sanguíneo, comprometendo a função eficaz da bexiga. Por outro lado, a utilização de anti-hipertensores pode aumentar a frequência urinária, agravando os sintomas (Batmani et al., 2021; Manso et al., 2023).

Relativamente aos antecedentes obstétricos e ginecológicos, a paridade e o tipo de parto são também fatores determinantes no risco de IU nas mulheres. Em particular, o parto vaginal pode provocar lesões nos músculos e nervos do pavimento pélvico. Os partos distócicos (em que se verifica dificuldade ou anormalidade no curso normal do parto, o qual exige intervenção dos profissionais de saúde) aumentam ainda mais o risco de desenvolvimento de IU e múltiplos partos podem potenciar o enfraquecimento do pavimento pélvico (Batmani et al., 2021). Além disso, as alterações hormonais e estruturais que ocorrem na menopausa estão associadas ao aumento da ocorrência de sintomas de IU (Yakit Ak & Şen, 2025). Quanto ao sexo masculino, as cirurgias prostáticas são consideradas fator de risco independente para a IU (Bø et al., 2024). Historial de cirurgia na região pélvica também está associado a aumento do risco de desenvolver IU (Batmani et al., 2021). Ainda, as infeções urinárias podem provocar sintomas transitórios de urgência e frequência urinária, podendo ser confundidas como IU. Por outro lado, a IU pode aumentar o risco de infeções do trato urinário, especialmente em pessoas que utilizam dispositivos descartáveis como estratégias de continência (Batmani et al., 2021).

A literacia em saúde é considerada um fator que parece desempenhar um papel crucial na identificação e tratamento da IU. A baixa literacia em saúde tem sido associada a maior estigma, atraso no diagnóstico e pior QdV (Batmani et al., 2021; Scharp et al., 2025). Segundo Batmani et al. (2021), numa revisão sistemática e meta-análise, com uma amostra total de 518.465 mulheres, a baixa escolaridade e educação estão associadas à presença de IU (Batmani et al., 2021). Um estudo realizado por

Manso et al. (2023) através de um inquérito populacional a 10.465 mulheres em Portugal, reconheceu que a prevalência de IU diminui com o aumento dos níveis de educação e com a melhoria das condições económicas (Manso et al., 2023). Um outro estudo transversal de Scharp et al. (2025) realizado com 38.311 mulheres residentes no domicílio com idade igual ou superior a 65 anos, avaliou quais os determinantes sociais da saúde com relação com a presença de IU. Concluíram que as circunstâncias económicas e as limitações no ambiente físico são os determinantes associados a maior *chance* da presença de IU (Scharp et al., 2025). Assim, circunstâncias como baixo nível de educação, maior desvantagem socioeconómica e condições habitacionais adversas parecem poder influenciar a avaliação e intervenção precoce dos sintomas de IU.

A IU representa um problema sério, com impacto profundo na QdV de muitas pessoas (Pizzol et al., 2021). Afeta não só a saúde física, como o bem-estar emocional, social e económico. O receio de episódios de perda involuntária de urina conduz muitas pessoas a evitar atividades sociais, profissionais e de lazer, promovendo o isolamento e a exclusão social. Além disso, a IU está frequentemente associada a sentimentos de vergonha, frustração e ansiedade. A vida sexual, por seu lado, pode também estar comprometida, afetando negativamente a autoestima e as relações interpessoais (AlQuaiz et al., 2023; Pizzol et al., 2021).

Acresce ainda o impacto económico relacionado com a necessidade de produtos de higiene, tratamentos e ausências laborais. Na União Europeia, a IU representou um impacto económico substancial no ano de 2023, refletindo-se em custos diretos para a saúde, custos indiretos relacionados com a perda de produtividade e o impacto nos cuidadores informais, e custos ambientais (Bishop et al., 2025). Segundo os mesmos autores, estima-se que o encargo económico aumente para 86.7 mil milhões de euros em 2030. Do ponto de vista ambiental, a incineração dos produtos de continência é responsável por níveis de poluição importantes (Bishop et al., 2025). Embora a IU não constitua uma condição potencialmente fatal, estes resultados destacam a necessidade de reconhecer o seu impacto económico, social e ambiental (Bishop et al., 2025; Bø, 2020). No entanto, segundo Bø (2020), a IU continua sub-diagnosticada e sub-tratada. Cerca de 75.0% das mulheres com IU não procuram tratamento e das que procuram, apenas 12.0% recebem cuidados de saúde. Esta realidade contribui para um impacto económico significativo, tanto para as utentes como para o sistema de saúde, refletindo a necessidade urgente de estratégias de sensibilização, diagnóstico precoce e acesso facilitado a intervenções eficazes (Bø, 2020; Urology, 2023).

A OMS define QdV como a perceção que um indivíduo tem da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos

seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO - World Health Organization, 2012). Estudos realizados em diferentes populações têm demonstrado que a IU está associada a piores níveis de QdV (AlQuaiz et al., 2023; Krhut et al., 2018; Pizzol et al., 2021). Em Portugal, num estudo de 2015, foram recolhidos dados sobre 505 mulheres da região de Coimbra que tenham tido sintomas de IU nos últimos 3 meses. A recolha foi realizada através de entrevista presencial, utilizando o KHQ e o ICIQ-SF-VP. Concluiu-se que esta condição de saúde tem um impacto significativo na QdV para esta amostra de mulheres com média de idades de 53.0 anos (Amaral et al., 2015). Uma pior perceção da QdV pode ser justificada pela vergonha sentida associada à presença dos sintomas de IU, conduzindo à alteração de hábitos e estilos de vida, como inatividade, imobilidade e ao comprometimento do desempenho nas atividades da vida diária (AVD's) (Farrés-Godayol et al., 2022).

Segundo as *guidelines* da *European Association of Urology* (EUA), a intervenção conservadora é considerada a primeira linha de abordagem para o tratamento de IU, no qual o papel do fisioterapeuta se destaca através de estratégias de educação e ensino aos cuidadores, intervenções nos estilos de vida e treino dos MPP (EUA, 2025). De acordo com a revisão sistemática de Matos et al. (2025), realizada em Portugal, o treino dos MPP é uma abordagem efetiva na diminuição das perdas de urina e na melhoria da força dos MPP de mulheres de qualquer faixa etária (Matos et al. 2025). Além disso, uma outra revisão sistemática de Radzimińska et al. (2018), reconhece a intervenção da fisioterapia como tendo efeitos positivos no impacto da QdV em indivíduos com mais de 65 anos com sintomas de IU (Radzimińska et al., 2018). Como tal, dado que a prevalência aumenta com o envelhecimento, a IU deve ser tida em conta como meta a minimizar nesta população.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, promovendo a autonomia dos indivíduos e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontram (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Os utentes podem aceder à RNCCI através de referenciação hospitalar, quando estão internados no Serviço Nacional de Saúde, ou pela comunidade, através das Unidades de Saúde Familiar e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Em casos identificados no domicílio ou noutras instituições, o contacto pode ser feito com a Unidade de Cuidados na Comunidade para sinalização e possível encaminhamento (ACSS, 2019). A RNCCI, na região de Lisboa, dispõe de aproximadamente 1000 camas em Unidades de

Convalescença e Unidades de Média Duração e Reabilitação, das quais 84.0% foram atribuídas a indivíduos com mais de 65 anos em 2019 (ACSS, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2021). A fisioterapia neste contexto tem como objetivos promover a autonomia e minimizar a dependência funcional (APF, 2019).

Pelo nosso conhecimento poucos estudos se têm debruçado sobre a prevalência e o impacto da IU em pessoas internadas em UCC em Portugal. Um estudo transversal realizado por Fontes & Botelho (2011), com 102 adultos mais velhos internados numa UCC na região do Algarve, avaliou a prevalência de IU e a associação de alguns fatores sociodemográficos. Concluíram que a prevalência variou entre 41.2% e 55.9% (Fontes, AP, Botelho MA, 2011). Um outro estudo realizado no Brasil, com 143 adultos mais velhos residentes em instituições de longa duração, reportou uma prevalência de 43.0% e destacou a relação estatisticamente significativa entre a IU e a capacidade funcional (Jerez Roig et al. 2015).

Este é o único estudo que avaliou a presença de IU e a associação com fatores sociodemográficos e clínicos em UCC na região de Lisboa. Estes dados seriam fundamentais para compreendermos o real impacto da IU em populações internadas em UCC, que frequentemente são casos complexos, com multimorbilidade e dependência funcional associados a idade avançada. Neste sentido, os resultados podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de avaliação e intervenção em fisioterapia direcionadas e específicas para este grupo de pessoas.

Assim, o presente estudo tem como objetivos: (1) determinar a proporção de indivíduos com sintomas de IU admitidos numa UCC em Lisboa, (2) caracterizar a população com sintomas de IU quanto à sua gravidade e perceção da QdV relacionada com a IU, (3) explorar a associação entre a QdV relacionada com a saúde e a presença de IU (4) e explorar a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos e a presença de IU.

2. Metodologia

O presente estudo é um estudo observacional transversal. O estudo teve um único momento de avaliação que consistiu na recolha de dados sociodemográficos e clínicos e na aplicação de instrumentos de medida no período compreendido entre 21 de março a 13 de agosto de 2025. Foram recrutados participantes internados no ISJD – Lisboa, provenientes do internamento na RNCCI em regime de Unidade de Convalescença e do internamento em Reabilitação Física.

2.1 Considerações éticas

Em outubro de 2024, o presente estudo foi submetido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), tendo sido validado (Anexo 1) e posteriormente, submetido à Comissão de Ética do ISJD que confirmou a sua viabilidade, tendo sido obtida a validação em março de 2025 (Anexo 2).

Todos os participantes do estudo obtiveram, antes da recolha de dados, informação sobre os objetivos do estudo, procedimentos e esclarecimentos adicionais, antes de assinarem o consentimento informado (Anexo 3).

No presente estudo foi garantida a proteção de dados, privacidade, anonimato e confidencialidade. Para proteger as informações pessoais dos participantes e manter a confiança e a integridade ética do estudo, apenas a investigadora principal teve acesso aos dados, não havendo acesso por terceiros em momento algum. Antes da análise dos dados, a base de dados foi anonimizada (sendo que a cada participante foi atribuído um código) e armazenada no *software* estatístico *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS). Os dados foram apresentados de forma agregada.

2.2 Participantes

2.2.1 Recrutamento da amostra e procedimentos

Os participantes deste estudo foram recrutados a partir da admissão no ISJD – Lisboa, que ocorre por lista de espera de colocação da RNCCI na região de Lisboa e Vale do Tejo para valência de unidade de convalescença ou por integração a título privado para reabilitação física, no período compreendido entre 21 de março a 13 de agosto de 2025. Através do acesso ao processo clínico de cada utente, normalmente referenciado para a equipa multidisciplinar, foram identificados potenciais participantes. Posteriormente, estes participantes foram abordados pela investigadora principal para lhes serem explicados os objetivos do estudo bem como, para serem convidados a participar. Nos casos em que o convite foi aceite, foi agendada uma sessão presencial no ginásio de fisioterapia do ISJD – Lisboa, para verificação dos critérios de inclusão e

exclusão e para início da recolha de dados, após preenchimento do consentimento informado (Anexo 3).

A elegibilidade dos participantes foi garantida através do cumprimento de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

2.2.2 Critérios de inclusão

No presente estudo foram incluídos adultos com mais de 18 anos, com um período de internamento no ISJD – Lisboa que aceitaram participar e assinaram o consentimento informado do estudo.

2.2.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos participantes com alterações cognitivas notórias, participantes com histórico de patologia neurológica (como por exemplo: acidente vascular cerebral e traumatismo crânio-encefálico), participantes que reportaram infeções urinárias recorrentes e que se encontravam algaliados no momento da recolha dos dados (P. Abrams et al., 2017).

2.3 Variáveis e instrumentos

2.3.1 Definição de caso

Da amostra total, os participantes foram divididos em dois subgrupos: com IU e sem IU. Considerou-se como caso de IU qualquer participante que no item 8 (“Bexiga/urinar”) da EBM tenha reportado uma resposta diferente de 10 pontos. O item 8 da EBM avalia a capacidade do indivíduo controlar a bexiga de forma autónoma, com recurso ou não a dispositivos de apoio, distinguindo diferentes níveis de dependência e presença de perdas urinárias, sendo graduado de 0 a 10 pontos (Araújo et al., 2007). No presente estudo todos os participantes que pontuaram 10 pontos no item “Bexiga/urinar” foram considerados pessoas sem IU, sendo que participantes cuja pontuação neste item foi diferente de 10 foram considerados pessoas com IU.

2.3.2 Variáveis de interesse e instrumentos

No momento da recolha de dados foi pedido aos participantes do estudo que preenchessem o questionário sociodemográfico e clínico e foram recolhidos os dados da EBM. Para os participantes que reportaram IU, foi ainda aplicado o questionário ICIQ-SF – VP e o KHQ. A todos os participantes foi solicitado o preenchimento do WHOQoL – BREF para avaliação da QdV.

Variáveis sociodemográficas

A todos os participantes do estudo foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo 4), desenvolvido pela equipa de investigadores deste estudo. Antes de ser utilizado, este instrumento foi revisto pela equipa de quatro fisioterapeutas do ISJD – Lisboa e foi aplicado como pré-teste a cinco pessoas a fim de melhorar e aperfeiçoar possíveis lacunas de compreensão linguística.

As variáveis aferidas pelo questionário sociodemográfico e clínico foram: idade; sexo; peso (Kg); altura (cm); presença ou não de HTA, *diabetes mellitus*, doença oncológica e doença neurológica; tipo de mobilidade; histórico de cirurgia pélvica e/ou uroginecológica; infeções urinárias recorrentes; educação e apoio familiar. Para participantes do sexo feminino também foi investigado o número de partos vaginais e cesarianas; se tiveram sintomas de IU durante a gravidez e/ou pós-parto e, em caso afirmativo, se estes sintomas ficaram resolvidos, assim como a idade em que atingiram a menopausa. Para participantes do sexo masculino foi avaliado se realizaram cirurgia à próstata e se tiveram sintomas de IU, e em caso afirmativo, se os sintomas ficaram resolvidos.

Variáveis clínicas relacionadas com a IU

A presença de sintomas de perda de urina (nas últimas quatro semanas), gravidade e tipo de IU foram avaliados através do ICIQ-SF – VP. Nos casos em que os participantes tiveram pontuação diferente de 10 no item 8 da EBM e respondido ao ICIQ-SF – VP, foi avaliado o impacto percebido das queixas de IU na vida diária, atividades sociais, bem-estar emocional e QdV através do KHQ.

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-SF) (Anexo 5) é um questionário simples de seis questões, que permite avaliar a presença de perdas de urina, a sua frequência, severidade e identificar a tipologia dessas mesmas perdas, tendo sido desenvolvido pelo ICS (Bernard Haylen, 2023). Foi validado para a população portuguesa por Guerra et al., (2023) e apresenta boas propriedades psicométricas (Guerra et al., 2023). Além disso, dada a brevidade no preenchimento, permite a sua utilização em contexto clínico e de investigação, potenciando a identificação de pessoas com sintomas de IU (Guerra et al., 2023).

A pontuação total é obtida pela soma das respostas a três itens específicos: a frequência da perda urinária (questão 3), a quantidade perdida (questão 4) e a interferência na vida quotidiana (questão 5). Assim, a pontuação varia entre 0 e 21 pontos, sendo que valores mais elevados correspondem a casos mais severos. A classificação habitual considera quatro níveis: incontinência ligeira (1–5 pontos),

moderada (6–12 pontos), severa (13–18 pontos) e muito severa (19–21 pontos) (Guerra et al., 2023). Os restantes itens da escala, que exploram as situações em que a perda ocorre (por exemplo, ao tossir, durante o sono ou antes de chegar à casa de banho), não contribuem para o cálculo do *score*, mas fornecem informações adicionais relevantes para a caracterização clínica da IU.

Relativamente às propriedades psicométricas, a confiabilidade, medida pela consistência interna e avaliada pelo α de *Cronbach* padronizado foi considerada satisfatória com valor de 0.85, revelando um bom grau de correlação entre as três perguntas utilizadas (3,4 e 5) (Guerra et al., 2023). O coeficiente de *Pearson* para as perguntas 3 e 4 foi de 0.88 e para as perguntas 4 e 5 foi de 0.82 indicando uma correlação forte positiva entre as mesmas. Por fim, quanto à fiabilidade, os resultados no teste-reteste demonstraram correlações intraclassas de 0.80 com $p < 0.001$, indicando uma excelente reprodutibilidade do instrumento (Guerra et al., 2023).

No sentido de avaliar a QdV relacionada com a IU foi aplicado o *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Anexo 6). É um questionário de autopreenchimento que pretende avaliar o impacto da IU na QdV e estado de saúde dos indivíduos (Frawley et al., 2021; P. Abrams et al., 2017; Tunn et al., 2019; EUA, 2023). Foi traduzido e validado para a população portuguesa por Viana et al. (2015) (Viana et al., 2015). Inclui 21 questões divididas por 9 domínios. Cada resposta é pontuada entre 1 e 4 (1-nada, 2-um pouco, 3-moderadamente, 4-muito ou 1-nunca, 2-às vezes, 3-frequentemente, 4-sempre), exceto o domínio perceção geral de saúde, cuja pontuação varia entre 1 e 5 (1-muito bom, 2-bom, 3-regular, 4-mau, 5-muito mau) e ao domínio relações pessoais, com uma pontuação que varia entre 0 e 4 (0-não aplicável, 1-nada, 2-um pouco, 3-moderadamente, 4-muito).

O KHQ é pontuado em cada uma das suas respostas, sendo os valores somados e avaliados por domínio. As pontuações variam entre 0 e 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QdV relacionada com aquele domínio (Viana et al., 2015).

De acordo com Viana et al. (2015), o KHQ tem adequadas propriedades psicométricas e validade de construto (Viana et al., 2015). Os valores de α de *Cronbach* variam entre 0.724 (sintomas urinários) e 0.912 (limitações pessoais e do dia-a-dia), mostrando que os itens da escala estão perfeitamente relacionados entre si. Quanto à fiabilidade, os resultados no teste-reteste demonstraram correlações intraclassas entre 0.916 para o domínio “limitações pessoais e vida diária” e de 0.975 para o domínio “bem-estar e relações sociais”, implicando uma concordância quase perfeita (Viana et al., 2015). A validade convergente foi demonstrada através da análise fatorial exploratória e correlações de *Pearson*, mostrando que todos os domínios da versão portuguesa do

KHQ se correlacionam significativamente com o *Positive Affect* e o *Negative Affect Schedule* (Viana et al., 2015). Por fim, a validade de critério foi testada pela correlação entre os domínios da KHQ e a medida de critério como por exemplo, as queixas clínicas. Verificou-se que existe uma correlação significativa entre sintomas urinários e frequência urinária, noctúria e enurese, e entre emoções, relações sociais e frequência urinária, noctúria e enurese, pelo que a presença de uma associação linear entre estas medidas suporta a validade de critério (Viana et al., 2015).

Variáveis clínicas relacionadas com a funcionalidade

Foi avaliado o grau de independência funcional através da Escala de Barthel Modificada (EBM) (Anexo 7). A EBM avalia dez atividades básicas da vida diária (ABVD's), permitindo quantificar o grau de independência funcional. Considera várias possibilidades para cada atividade, permitindo a quantificação da independência entre 0 pontos (dependência total) e 100 pontos (independência total). Segundo Araújo et al. (2007), o *score* total pode ser dividido em dependência total (0-20), dependência severa (20-40), dependência moderada (>40-60), dependência leve (>60-85) e independência (>85-100) (Araújo et al., 2007). É uma escala de fácil aplicação e interpretação e de baixo custo, que permite monitorizações longitudinais, sendo por isso, amplamente utilizada em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação física (Araújo et al., 2007). É considerado um instrumento válido, fiável e adequado para avaliar a autonomia funcional de adultos mais velhos portugueses. O estudo das propriedades psicométricas revelou uma consistência interna elevada ($\alpha=0.96$) e correlações item-total entre 0.66 e 0.93, indicando uma forte homogeneidade entre os itens. Verificou-se ainda validade convergente significativa com a Escala de *Lawton* e *Brody* ($r=0.84$, $p<0.01$) (Araújo et al., 2007). Além da pontuação total, deve ser também considerada a avaliação de cada atividade por ser diferente o peso de cada uma delas na dependência da pessoa.

Variável clínica relacionada com a percepção da QdV

A percepção da QdV relacionada com a saúde foi avaliada através da escala *World Health Organization Quality of Life: Bref – Versão Portuguesa* (WHOQoL – BREF) (Anexo 8), que tem como objetivo avaliar a percepção da QdV de adultos saudáveis ou com qualquer condição de saúde. Foi desenvolvido pela OMS a partir da versão longa do WHOQoL-100 e traduzido e validado para a população portuguesa por Serra et al. (2006) (Serra et al., 2006). Em 2021, Goes et al. (2021) avaliou as propriedades psicométricas para a população idosa em Portugal, tendo reconhecido a sua validade e confiabilidade (Goes et al., 2021).

É um questionário de fácil aplicação constituído por 26 itens divididos em 5 domínios: percepção geral da saúde, domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais e ambiente (Serra et al., 2006). O sistema de pontuação permite uma avaliação por domínios e através de um domínio geral. Tem 3 itens que devem ser invertidos (itens 3, 4, 26). O resultado é transformado numa escala de 0 a 100, sendo que a pontuação mais elevada corresponde a uma melhor percepção de QdV (Serra et al., 2006).

Relativamente às propriedades psicométricas, o WHOQoL – BREF apresenta valores de α de *Cronbach* que variam entre 0.76 e 0.83 mostrando que os itens da escala estão perfeitamente relacionados entre si. Quanto à validade convergente, os domínios e a pontuação final discriminam bem os indivíduos saudáveis, daqueles com patologia médica associada. Relativamente à validade de construto, a escala apresenta correlações estatisticamente significativas entre domínios e elevadas e significativas com o domínio geral da QdV. Por fim, quanto à fiabilidade, os resultados no teste-reteste demonstraram correlações intraclassas entre 0.70 e 0.88 (Serra et al., 2006).

2.4 Análise estatística

O tratamento e a análise dos dados foram realizados com o *software IBM SPSS Statistics*, versão 30.0. Numa fase inicial, procedeu-se à caracterização descritiva da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas através da análise de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo) para variáveis contínuas (Mâroco, 2021).

A normalidade das distribuições foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Nos casos em que este teste não confirmou normalidade, recorreu-se à análise da assimetria (*Skewness*) e da curtose (*Kurtosis*), adotando como referência os critérios de Kline (2016), segundo os quais valores de assimetria entre -3 e 3 e de curtose entre -7 e 7 indicam desvios pouco severos, permitindo a aplicação de testes paramétricos para amostras independentes (Kline, 2016). Assim, com base na resposta ao item 8 da EBM (“Bexiga/urinar”), a amostra foi dividida em dois grupos: participantes com IU vs. participantes sem IU. Para a comparação entre os dois grupos, foram aplicados testes de estatística inferencial consoante a natureza e distribuição das variáveis. Para variáveis contínuas com distribuição normal ou com desvios pouco severos à normalidade, utilizou-se o teste *t* de *Student* (*t*) para amostras independentes. Para variáveis ordinais, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney*. Nas comparações entre variáveis categóricas, aplicou-se o teste de *Qui-Quadrado de Pearson* (χ^2) ou o teste

exato de *Fisher*, sempre que as condições de aplicação do primeiro não estavam reunidas. Foi considerado o nível de significância de $p < 0.05$ em todas as análises estatísticas (Mâroco, 2021).

Adicionalmente, para avaliar a associação entre a QdV relacionada com a saúde e a relação de outras variáveis clínicas com a presença de IU, foi conduzida uma análise de regressão logística multivariada (Mâroco, 2021).

Neste sentido, as variáveis contínuas incluíram a QdV medida pela WHOQoL-BREF e a pontuação total da EBM. O sexo (feminino/masculino), o apoio familiar (sim/não), a multimorbilidade (0 ou 1 comorbilidades/ 2 ou mais comorbilidades) e cirurgia recente (sim/não) foram introduzidas como variáveis dicotómicas. Relativamente às variáveis idade, IMC, habilitações literárias e EBM, e de forma a assegurar o poder estatístico das associações e a precisão dos resultados, estas foram agregadas tendo em atenção o número reduzido de participantes nalgumas das suas subcategorias. Esta agregação foi efetuada de forma a criar subcategorias lógicas e conceptualmente adequadas e comparáveis com as utilizadas noutros estudos de prognóstico (Mâroco, 2021). A agregação apresentada em anexo (Anexo 9) será transversal na análise realizada em todos os *outcomes*.

Para averiguar a associação entre a presença de IU e a QdV desenvolveu-se um modelo de regressão logística multivariado, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas: “sexo”, “idade” e “IMC” como confundidores, uma vez que estão relacionados tanto com a QdV como com presença de IU (Jerez Roig et al., 2015; Pang et al., 2024). Um confundidor clínico é uma variável externa que está associada simultaneamente à exposição e ao *outcome* de interesse e que altera ou distorce a relação observada entre a exposição e o desfecho (VanderWeele & Shpitser, 2013).

Por outro lado, para averiguar a associação entre a presença de IU e outras variáveis clínicas relevantes, a análise decorreu em duas fases (Mâroco, 2021). Na primeira fase, foi realizada uma análise univariada, de forma a verificar que variáveis sociodemográficas e clínicas apresentavam associação estatisticamente significativa com o *outcome*. Para isto, e de forma a não excluir precocemente variáveis importantes para o modelo, foi considerado um nível de significância de $p < 0.25$ (Mâroco, 2021). Posteriormente, foram incluídas no modelo de regressão logística multivariado as variáveis com associação significativa. O número máximo de variáveis independentes incluídas no modelo teve em conta o n total, uma vez que para cada variável independente terá de existir um n de 10 participantes (Mâroco, 2021). Com esta análise foi possível perceber se a QdV relacionada com a saúde e a variável “cirurgia recente” estão associadas com a presença/ausência de IU, tendo em conta potenciais

confundidores. O nível de significância considerado foi de $p < 0.05$, com intervalo de confiança (IC) de 95.0% (Mâroco, 2021).

Para avaliar a qualidade dos modelos, e consequentemente a dimensão do efeito, foi utilizado o valor de R^2 de *Nagelkerke*. É uma medida estatística que indica a proporção da variação na variável dependente que é explicada pelas variáveis independentes. Este valor varia entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, melhor o ajuste dos dados (Mâroco, 2021).

3. Resultados

3.1 Caracterização da amostra

Como apresentado no fluxograma abaixo (figura 1), das 106 pessoas admitidas no ISJD – Lisboa entre março e agosto de 2025 foram incluídos 42 (39.6%) neste estudo. Foram excluídos 64 pessoas por não cumprirem os critérios de inclusão: 29 por apresentarem patologia neurológica (25 com diagnóstico de acidente vascular cerebral, 3 com diagnóstico de traumatismo crânio-encefálico e 1 com doença de Parkinson); 22 por apresentarem alterações cognitivas; 5 por apresentarem alterações cognitivas e patologia neurológica e 5 participantes por se encontrarem algaliados no momento da recolha. Três participantes recusaram participar e 2 não preencheram o questionário de QdV, tendo sido incluídos os restantes dados.

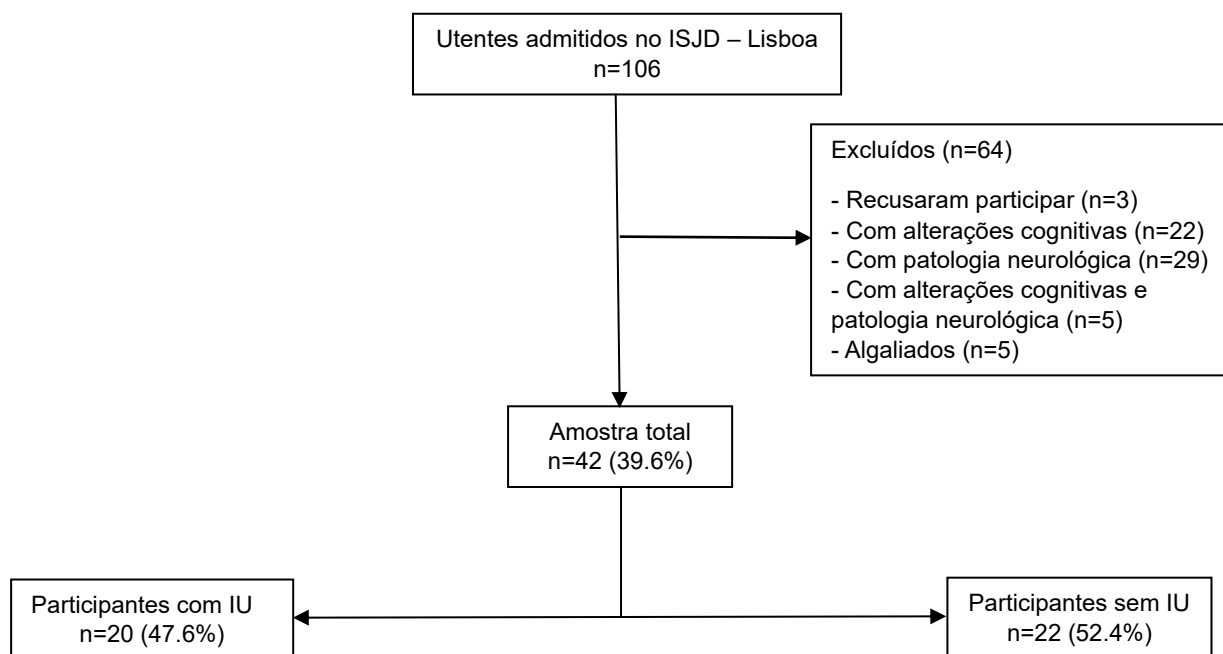


Figura 1: Fluxograma de retenção da amostra

Dos 42 participantes incluídos, 20 (47.6%) reportaram IU pela resposta com pontuação diferente de 10 no item 8 da EBM – “Bexiga/urinar”. A maioria dos

participantes incluídos reportaram ser do sexo feminino (61.9%, n=26) (Tabela 1). Na amostra total, a média de idades dos participantes foi de 80.00 ± 10.75 anos, a variar entre 56.0 e 95.0 anos. A maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 75.0 anos, sendo que 26.2% (n=11) estavam entre 75.0 e 84.0 anos e 40.5% (n=17) tinham 85.0 anos ou mais. Foi calculado o IMC, a partir do auto-reporte do peso e altura, apresentando na amostra total uma média de 23.93 ± 3.32 kg/m², sendo que 4.8% (n=2) tinham baixo peso (<18.5 kg/m²), 64.3% (n=27) tinham um IMC normativo (18.5-24.9 kg/m²), 27.5% (n=11) sobrepeso (25–29.9 kg/m²), 4.8% (n=2) obesidade grau I (30–34.9 kg/m²). Quanto à escolaridade, 38.1% (n=16) dos participantes reportaram ter o 4.º ano de escolaridade, 11.9% (n=5) o 9.º ano, 21.4% (n=9) tinham o 12.º ano e 28.6% (n=12) o ensino superior. A maioria dos participantes reportou ter apoio familiar (92.9%, n=39). A cirurgia ortopédica foi identificada como o principal motivo de admissão (47.6%, n=20), seguida da patologia cardíaca/respiratória (31.0%, n=13). Cerca de 9.5% (n=4) dos participantes foram admitidos por politraumatismo, 7.1% (n=3) admitidos por cirurgia abdominal e 4.8% (n=2) por patologia oncológica.

Comparando as características sociodemográficas dos grupos com e sem IU, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Tabela 1). Em relação ao sexo, apesar de se verificar uma proporção maior do feminino no grupo com IU (65.0%, n=13 vs. 59.1%, n=13) esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0.694$). A média de idades foi semelhante entre os dois grupos, situando-se nos 80.18 ± 10.55 anos nos participantes sem IU e 79.80 ± 11.23 anos nos participantes com IU, sem diferenças relevantes ($p=0.910$). A distribuição por classes etárias também não revelou diferenças expressivas. A maioria dos participantes que reportaram IU tinham entre 75.0 e 95.0 anos (70.0%, n=14). Relativamente ao IMC, a média foi ligeiramente superior no grupo com IU (24.57 ± 3.50 kg/m²) face ao grupo sem IU (23.35 ± 3.18 kg/m²) mas a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0.241$). Quanto à distribuição por categorias, ambos os grupos apresentaram maior frequência na categoria de IMC normativo (68.2%, n=15 e 60.0%, n=12, respetivamente), com presença de obesidade apenas entre os participantes com IU (10.0%, n=2). Verificou-se uma maior percentagem de indivíduos com ensino superior e ensino secundário nos dois grupos (45.5%, n=10 vs. 55.0%, n=11). Quanto ao apoio familiar, cerca de 85.0% (n=17) dos participantes com IU e 100% (n=22) do grupo sem IU reportaram ter esse suporte. Relativamente ao motivo de admissão, verificou-se uma maior proporção de participantes admitidos por cirurgia ortopédica (40.0%, n=8) e patologia cardíaca/respiratória (40.0%, n=8) no grupo com IU, mas sem significado estatístico.

Tabela 1– Características sociodemográficas da amostra total (n=42) e comparação entre participantes com e sem sintomas de IU

Categoria %(n)	Total (n=42)	IU – Não (n=22)	IU – Sim (n=20)	Valor p
Sexo				
Masculino	38.1 (16)	40.9 (9)	35.0 (7)	$\chi^2=0.155$ $p=0.694$
Feminino	61.9 (26)	59.1 (13)	65.0 (13)	
Idade				
Média±DP	80.00±10.75	80.18±10.55	79.80±11.23	$t=0.114$ $p=0.910$
(min–max)	56.00–95.00	58.00–94.00	56.00–95.00	
55–64 anos	9.5 (4)	4.5 (1)	15.0 (3)	
65–74 anos	23.8 (10)	31.8 (7)	15.0 (3)	
75–84 anos	26.2 (11)	22.7 (5)	30.0 (6)	
≥85 anos	40.5 (17)	40.9 (9)	40.0 (8)	
IMC				
Média ±DP	23.93±3.32	23.35±3.18	24.57±3.50	$t=-1.191$ $p=0.241$
(min–max)	18.0–31.2	18.4–29.0	14.10–40.60	
Baixo peso (<18,5)	4.8 (2)	4.5 (1)	5.0 (1)	
Peso normal (18.5–24.9)	64.3 (27)	68.2 (15)	60.0 (12)	
Sobrepeso (25–29.9)	26.2 (11)	27.3 (6)	25.0 (5)	
Obesidade Grau I (30–34.9)	4.8 (2)	0.0 (0)	10.0 (2)	
Habilitações				
4º ano	38.1 (16)	50.0 (11)	25.0 (5)	$U=193.00$ $p=0.476$
9º ano	11.9 (5)	4.5 (1)	20.0 (4)	
12º ano	21.4 (9)	13.6 (3)	30.0 (6)	
Licenciatura	28.6 (12)	31.8 (7)	25.0 (5)	
Apoio familiar	92.9 (39)	100.0 (22)	85.0 (17)	$p=0.099$
Motivo de admissão				
Patologia cardíaca/respiratória	31.0 (13)	22.7 (5)	40.0 (8)	$\chi^2=1.734$ $p=0.784$
Patologia oncológica	4.8 (2)	4.5 (1)	5.0 (1)	
Cirurgia abdominal	7.1 (3)	9.1 (2)	5.0 (1)	
Cirurgia ortopédica	47.6 (20)	54.5 (12)	40.0 (8)	
Politraumatismo	9.5 (4)	9.1 (2)	10.0 (2)	

Legenda: IU – Incontinência urinária; IMC – Índice de massa corporal; DP – Desvio padrão; χ^2 - teste de qui-quadrado de Spearman; t – teste de t de Student; U - teste de Mann-Whitney.

Relativamente às características clínicas (Tabela 2), a HTA foi a comorbilidade mais prevalente, presente em 54.8% (n=23) da amostra, sendo que a *diabetes mellitus* foi reportada por 28.6% (n=12) dos indivíduos e a doença oncológica por 16.7% (n=7) dos participantes. Cerca de 59.5% (n=25) dos participantes reportaram ter passado por uma cirurgia nos últimos 3 meses. Quanto à história prévia de algaliação, 26.2% (n=11) dos indivíduos relataram já ter sido submetidos a esse procedimento. A realização de radioterapia pélvica foi pouco frequente, ocorrendo em apenas 7.1% (n=3) da amostra, sendo que 35.7% (n=15) dos participantes tinham antecedentes de cirurgia pélvica. No que diz respeito à multimorbilidade, definida como a presença de duas ou mais doenças crônicas, esta foi identificada em 83.3% (n=35) da amostra. Entre as 26 participantes do sexo feminino, 47.6% (n=20) tinham filhos. Quanto ao tipo de parto, 17.5% (n=7) tinham tido partos por cesariana, enquanto 40.5% (n=17) tinham tido partos vaginais. A maioria tinha tido 1 a 2 partos vaginais (31.0%, n=13) ou 1 a 2 partos por cesariana (11.9%, n=5). Partos vaginais em número igual ou superior a três foram reportados por 7.1% (n=3) das participantes, e mais do que 3 cesarianas por 4.8% (n=2). Relativamente à

sintomatologia urinária durante a gravidez e o no pós-parto, nenhuma das participantes relatou perdas de urina nestes períodos. A maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária dos 50.0 aos 55.0 anos no momento de início da menopausa (33.3%, n=14) e apenas 9.5% (n=4) abaixo dos 45.0 anos. Entre os participantes do sexo masculino apenas 12.5% (n=2) relataram ter sido submetidos a prostatectomia. No total, 25.0% (n=2) dos homens que realizaram cirurgia relataram ter apresentado perdas urinárias no período pós-cirúrgico, as quais estavam resolvidas no momento da avaliação.

Relativamente à EBM, que avalia o grau de independência funcional em várias AVD's, a média da pontuação total foi de 68.21 ± 15.70 pontos, variando entre 29.00 e 98.00 pontos, sendo que 29.00 representa dependência severa e 98.00 independência total. Dois (4.8%) dos participantes reportaram dependência grave, 29.1% (n=12) dependência moderada, 47.6% (n=20) dependência leve e 19.0% (n=8) independência total. De acordo com item 8 da EBM, que avalia o controlo da micção, a maioria dos participantes (52.4%, n=22) reportou "controlo total e independente da bexiga", representando 10 pontos. Cerca de 38.1% (n=16) reportaram "ter perdas de urina ocasionais", o que equivale a 8 pontos, enquanto 9.5% (n=4) reportaram "necessidade de assistência à noite para ir à casa de banho" (5 pontos). No total, cerca de 47.6% (n=20) dos participantes reportaram ter sintomas de IU.

Relativamente à avaliação da QdV relacionada com a saúde, medida pelo WHOQoL-BREF, 40 participantes responderam ao questionário. Pontuações mais elevadas correspondem a uma melhor perceção de QdV (0-100). O domínio com menor pontuação média foi o domínio físico (40.80 ± 12.68 pontos). O domínio psicológico apresentou uma média de 59.58 ± 16.72 pontos. Já o domínio das relações sociais foi o mais bem pontuado, com uma média de 70.63 ± 14.49 pontos. No que diz respeito ao domínio ambiental, a média observada foi de 54.22 ± 8.11 pontos. O domínio geral da QdV e satisfação com a saúde apresentou uma média de 48.13 ± 17.35 pontos, indicativa de uma avaliação global moderada por parte dos participantes.

Na análise das características clínicas não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com e sem IU relativamente à presença de HTA ($p=0.554$), *diabetes mellitus* ($p=0.845$) ou doença oncológica ($p=1.000$). Em todas estas condições, a distribuição entre os grupos foi semelhante. Relativamente a antecedentes cirúrgicos, cerca de 77.3% (n=17) dos participantes sem IU e 40.0% (n=8) com IU foram submetidos a cirurgia nos últimos 3 meses, observando-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0.014$). As variáveis: história prévia de algaliação, administração de radioterapia ou cirurgia na região pélvica não revelaram diferenças relevantes entre grupos. Por fim, cerca de 85.0% (n=17) dos participantes com IU

reportaram ter duas ou mais comorbidades, não se verificando associação estatisticamente significativa ($p=1.000$).

A proporção de mulheres com filhos foi igual entre os grupos (76.9%, $n=10$ sem IU vs. 76.9%, $n=10$ com IU) sem diferenças estatisticamente significativas ($p=1.000$). Analisando apenas as participantes com filhos, verificou-se que no grupo sem IU houve uma maior frequência de mulheres com um ou dois partos vaginais (80.0%, $n=8$), comparando com 50.0% ($n=5$) no grupo com IU. Apesar desta diferença, não houve diferenças estatísticas ($p=0.284$). Quanto aos partos por cesariana, observou-se que 40.0% ($n=4$) das mulheres com IU a realizaram, comparando com 30.0% ($n=3$) no grupo sem IU, apesar da diferença não ter sido significativa ($p=0.473$). Quanto à idade da menopausa, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=1.000$). Em ambos os grupos, a distribuição foi semelhante, tendo a maioria das mulheres (53.8%, $n=7$) reportado o início da menopausa entre os 50.0 e os 55.0 anos.

A análise das características urológicas dos participantes do sexo masculino mostrou que apenas um participante em cada grupo (11.1%, $n=1$ vs. 14.3%, $n=1$) referiu já ter sido submetido a cirurgia à próstata, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($p=1.000$). Entre os homens operados, verificou-se que 25.0% ($n=1$) dos indivíduos em ambos os grupos apresentaram perdas urinárias no período pós-cirúrgico, sem diferenças significativas ($p=1.000$).

Relativamente à EBM, a maioria dos participantes apresenta dependência leve (54.5%, $n=12$ vs. 40.0%, $n=8$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0.256$). No grupo com IU, 9.1% ($n=2$) dos participantes têm dependência grave, 18.2% ($n=4$) têm dependência moderada e 18.2% ($n=2$) são independentes.

A análise comparativa da QdV segundo a WHOQoL-BREF, entre participantes com e sem IU, não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios avaliados. No domínio físico, observou-se uma discreta diferença nas médias (40.18±9.40 pontos no grupo sem IU vs. 41.43±15.52 pontos no grupo com IU, $p=0.760$). No domínio psicológico, os participantes sem IU apresentaram valores médios ligeiramente mais elevados (60.6±18.2 pontos) do que os com IU (58.5±15.5 pontos), mas sem significado estatístico ($p=0.699$). No domínio das relações sociais, os valores médios foram praticamente equivalentes entre os dois grupos (70.8±17.4 pontos vs. 70.4±11.3 pontos, $p=0.929$). Do mesmo modo, no domínio ambiental observaram-se médias próximas (54.8±8.0 pontos vs. 53.6±8.4 pontos com $p=0.632$). No domínio geral da QdV, as médias foram semelhantes entre os grupos (47.5±17.5 pontos vs. 48.8±17.6 pontos) com $p=0.823$.

Tabela 2– Características clínicas da amostra total (n=42) e comparação entre participantes com e sem sintomas de IU

Variável %(n)	Total (n=42)	IU – Não (n=22)	IU – Sim (n=20)	Valor p
Hipertensão arterial	54.8 (23)	59.1 (13)	50.0 (10)	$\chi^2=0.349$ $p=0.554$
Diabetes mellitus	28.6 (12)	27.3 (6)	30.0 (6)	$\chi^2=0.038$ $p=0.845$
Doença oncológica	16.7 (7)	18.2 (4)	15.0 (3)	$p=1.000$
Cirurgia recente	59.5 (25)	77.3 (17)	40.0 (8)	$\chi^2=6.04$ $p=0.014^*$
História prévia de algaliação	26.2 (11)	36.4 (8)	15.0 (3)	$p=0.166$
Radioterapia pélvica	7.1 (3)	4.5 (1)	10.0 (2)	$p=0.598$
Cirurgia pélvica	35.7 (15)	36.4 (8)	35.0 (7)	$\chi^2=0.08$ $p=1.000$
Perdas urinárias últimos 3 meses	47.6 (20)	0.0 (0)	100.0 (20)	$\chi^2=42.0$ $p<0.001$
Multimorbilidade				
Não	16.7 (7)	18.2 (4)	15.0 (3)	$\chi^2=0.076$
Sim (+/=2)	83.3 (35)	81.8 (18)	85.0 (17)	$p=1.000$
Tem filhos? **	76.9 (20)	76.9 (10)	76.9 (10)	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$
Nº partos vaginais**				
Nenhum	9.5 (4)	20.0 (2)	20.0 (2)	U=38.00
1-2	31.0 (13)	80.0 (8)	50.0 (5)	$p=0.284$
≥3	7.1 (3)	0.0 (0)	30.0 (3)	
Nº partos por cesariana**				
Nenhum	31.0 (13)	70.0 (7)	60.0 (6)	U=42.00
1-2	11.9 (5)	30.0 (3)	20.0 (2)	$p=0.473$
≥3	4.8 (2)	0.0 (0)	20.0 (2)	
Perdas de urina na gravidez**				
Não	100.0 (26)	100.0 (26)	0.0 (0)	–
Perdas de urina no pós-parto **				
Não	100.0 (26)	100.0 (26)	0.0 (0)	–
Idade da menopausa **				
Menopausa (<45A)	9.5 (4)	15.4 (2)	15.4 (2)	
Menopausa típica (45-49A)	19.0 (8)	30.8 (4)	30.8 (4)	U=84.50
Menopausa tardia (50-55A)	33.3 (14)	53.8 (7)	53.8 (7)	$p=1.000$
Prostatectomia ***				
Não	87.5 (14)	88.9 (8)	85.7 (6)	$p=1.000$
Perdas no pós-cirúrgico***				
Não	75.0 (6)	75.0 (3)	75.0 (3)	$p=1.000$
Perdas resolvidas ***	100.0 (2)	100.0 (1)	100.0 (1)	-
Item 8 da EBM				
5 pontos	9.5 (4)	0.0 (0)	20.0 (4)	$\chi^2=42.00$
8 pontos	38.1 (16)	0.0 (0)	80.0 (16)	$p<0.001$
10 pontos	52.4 (22)	100.0 (22)	0.0 (0)	
EBM – total				
Média±DP	68.21±15.70	69.01±16.77	67.25±14.80	
(min–max)	29.00-98.00	29.00-98.00	48.00-95.00	
Dependência severa (20-40)	4.8 (2)	9.1 (2)	0.0 (0)	
Dependência moderada (>40-60)	28.6 (12)	18.2 (4)	40.0 (8)	$\chi^2=4.047$
Dependência leve (>60-85)	47.6 (20)	54.5 (12)	40.0 (8)	$p=0.256$
Independência	19.0 (8)	18.2 (2)	20.0 (4)	

(>85-100)				
Domínios WHOQoL-BREF				
Físico	40.80 ± 12.68	40.18 ± 9.40	41.43 ± 15.52	t=-0.31 p=0.760
Psicológico	59.58 ± 16.72	60.63 ± 18.21	58.54 ± 15.50	t=0.39 p=0.699
Relações Sociais	70.63 ± 14.49	70.83 ± 17.42	70.42 ± 11.30	t=0.09 p=0.929
Ambiente	54.22 ± 8.11	54.84 ± 8.01	53.59 ± 8.38	t=0.48 p=0.632
Faceta Geral	48.13 ± 17.35	47.50 ± 17.49	48.75 ± 17.63	t=-0.23 p=0.823

Legenda: *Nível de significância $p < 0.05$. **As questões relativas a partos, gravidez e pós-parto foram respondidas apenas por mulheres com filhos ($n=20$). ***As questões relativas à próstata foram apenas respondidas por homens ($n=16$). Dois participantes não preencheram a WHOQoL-BREF. IU – Incontinência urinária; DP – Desvio padrão; EBM- Escala de Barthel Modificada; WHOQoL-BREF- World Health Organization Quality of Life: Bref. χ^2 - teste de qui-quadrado de Spearman; t – teste de t de Student; U - teste de Mann-Whitney.

3.2 Resultados e estatística descritiva no grupo com sintomas de IU

Relativamente ao grupo de participantes que reportaram IU ($n=20$), os resultados da QdV relacionada com a IU foram organizados por dimensões de acordo com a estrutura do questionário, apresentados na tabela 3. As pontuações variam entre 0 e 100, e quanto mais elevada for a pontuação obtida, pior é a QdV relacionada com cada domínio. O domínio “Medidas de gravidade dos sintomas” apresentou o valor médio mais elevado (66.3 ± 14.9 pontos). Também os domínios “Perceção geral de saúde” e “Impacto da IU” apresentaram valores médios elevados, 51.32 ± 28.23 e 45.00 ± 34.67 pontos, respetivamente. No domínio das “Relações pessoais”, as questões eram aplicáveis apenas a seis participantes, obtendo-se um valor médio de 22.22 ± 25.49 pontos. O domínio “Limitações físicas” apresentou a média mais baixa, de 16.67 ± 28.09 pontos.

Tabela 3 – Descrição dos resultados e estatística descritiva do KHQ ($n=20$)

Domínio do KHQ	Média	n	Mínimo - Máximo
Perceção geral de saúde	51.32±28.23	20	0.00 – 100.00
Impacto da IU	45.00±34.67	20	0.00 – 100.00
Limitações de atividades diárias	20.00±25.13	20	0.00 – 83.33
Limitações físicas	21.67±23.00	20	0.00 – 66.67
Limitações sociais	16.67±28.09	20	0.00 – 100.00
Relações pessoais	22.22±28.10	6	0.00 – 66.67
Emoções	22.22±25.49	20	0.00 – 100.00
Sono e disposição	18.33±20.87	20	0.00 – 66.67
Medidas de gravidade	66.33±14.90	20	40.00 – 86.67

Legenda: KHQ – King’s Health Questionnaire; IU – Incontinência urinária

Nesta sub-amostra ($n=20$), relativamente ao questionário ICIQ-SF-VP, que avalia a presença e severidade dos sintomas urinários, a média do score total foi de 11.45 ± 3.56 pontos com valores mínimo e máximo a variar entre 5.00 e 16.00, sendo

que valores mais elevados correspondem a maior gravidade da condição. A classificação da severidade revelou uma distribuição marcada por formas moderadas (50.0%, n=10) e severas (45.0%, n=9) de IU (Tabela 4). As situações mais frequentemente associadas à perda de urina foram “antes de chegar à casa de banho” (40.0%, n=8), ao “tossir ou espirrar” (40.0%, n=8) e “sem nenhuma razão óbvia” (35.0%, n=7). Desta forma, a IU mista é a mais frequente, ocorrendo em 50.0% (n=9) dos participantes com IU, sucedendo-se a IU de urgência em 33.3% (n=6) e IU de esforço em 16.7% (n=3) (Tabela 4).

Tabela 4 - Grau de severidade e contextos de perdas de urina nos participantes com IU (n=20)

Categoria	Variável %(n)	Grupo com IU (n=20)
Total ICIQ- SF	Ligeira (score 1-5)	5.0 (1)
	Moderado (score 6-12)	50.0 (10)
	Severa (score 13-18)	45.0 (9)
Situação de perda urinária	Perde urina antes de chegar à casa de banho	40.0 (8)
	Perde urina quando tosse ou espirra	40.0 (8)
	Perde urina durante o sono	30.0 (7)
	Perde urina quando faz exercício físico	25.0 (5)
	Perde urina quando terminou de urinar ou a vestir-se	10.0 (2)
	Perde urina sem nenhuma razão óbvia	35.0 (7)
	Perde urina o tempo todo	0.0 (0)

Legenda: ICIQ-SF - *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*. IU – *Incontinência urinária*

3.3 Regressão logística

No sentido de compreender que variáveis estão associadas com a presença de IU nesta população foram realizadas dois modelos de regressão logística. O primeiro (1) de forma a responder ao objetivo do estudo relacionado com a possível associação entre a presença de IU e a QdV, considerou potenciais confundidores como “sexo”, “idade” e “IMC”. O segundo modelo (2) corresponde a outro objetivo do estudo, sobre a associação entre outras variáveis avaliadas durante o internamento, tendo em conta os mesmos confundidores, e a presença ou ausência de IU, e teve em consideração a análise univariada realizada previamente, tendo sido incluídas no modelo as variáveis que demonstraram associação com o ter ou não ter IU para $p < 0.25$. Os dados da análise univariada dos potenciais fatores associados com a presença de IU encontram-se descritos em anexo (Anexo 10).

1) Modelo de regressão logística para testar a associação entre a QdV e a presença de IU

Para verificar a associação entre a percepção da QdV e a presença ou ausência de IU foi realizado um modelo de regressão logística, forçando as variáveis “sexo”, “idade” e “IMC” como confundidores e a QdV (domínio geral) medida pela WHOQoL-

BREF (Tabela 5). Na análise das variáveis individuais, nenhuma variável apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de IU ($p>0.05$).

Tabela 5 – Modelo de regressão logística para a presença/ausência de IU com a QdV

Variável	<i>p</i>	OR (IC 95%)
Sexo ^a (masculino)	0.301	0.471 (0.113 – 1.961)
IMC ^b (sobrepeso+obesidade)	0.219	1.149 (0.921 – 1.435)
Idade	0.981	1.001 (0.940 – 1.065)
WHOQoL-BREF: Domínio geral	0.718	1.007 (0.969 – 1.046)
Constante	0.333	0.032

Legenda: Classes de Referência – ^aSexo: feminino; ^bIMC: baixo peso+peso normal. OR – Odds ratio. IC 95% – Intervalo de confiança de 95%. Omnibus test of model coefficients: $\chi^2 (4) = 2.192$, $p=0.700$; R^2 de Nagelkerke = 0.071.

A análise de regressão logística mostrou que o modelo testado não foi globalmente significativo ($\chi^2(4) = 2.192$, $p=0.700$), indicando que as variáveis incluídas “sexo”, “idade”, “IMC” e “QdV” não aumentam ou diminuem as *chances* de presença de IU em pessoas internadas nesta UCC. O poder explicativo do modelo foi baixo, sugerindo que cerca de 7.1% (R^2 de Nagelkerke = 0.071) da variância na presença/ausência de IU pode ser explicada pelas variáveis incluídas.

2) Modelo de regressão logística para testar a associação entre outras variáveis clínicas e a presença de IU

No sentido de perceber se existe associação entre outras variáveis avaliadas durante o internamento e a presença ou ausência de IU, foi realizado um novo modelo de regressão logística com base nos resultados da análise univariada. De acordo com os testes de análise univariada (Anexo 10), a variável independente cirurgia recente ($p=0.017$) foi a única que revelou uma associação univariada estatisticamente significativa ($p<0.25$) com o desfecho. Assim, foi realizado um modelo de regressão logística para avaliar a associação entre a “cirurgia recente” e a presença ou ausência de IU, forçando as variáveis “sexo”, “idade” e “IMC” como confundidores (Tabela 6).

Na análise do modelo de regressão logística multivariada, apenas a variável “cirurgia recente” permaneceu associada ao desfecho ($p=0.013$, OR=6.304; IC95%=1.464–27.148). Ou seja, indivíduos que não passaram por cirurgia nos últimos 3 meses têm 6.3 vezes mais *chances* de ter sintomas de IU comparando com os que foram submetidos a cirurgia (Mâroco, 2021).

Tabela 6 – Modelo de regressão logística para a presença/ausência de IU com a cirurgia recente

Variável	p	OR (IC 95%)
Sexo ^a (masculino)	0.258	0.391 (0.077 – 1.990)
IMC ^b (sobrepeso+obesidade)	0.114	1.222 (0.953 – 1.566)
Idade	0.874	0.995 (0.932 – 1.062)
Cirurgia recente ^c (não)	0.013	6.304 (1.464 – 27.148)
Constante	0.193	0.008

Legenda: Classes de Referência – ^aSexo: feminino; ^bIMC: baixo peso+peso normal; ^cCirurgia recente: sim. OR – Odds ratio. IC 95% – Intervalo de confiança de 95%. Omnibus test of model coefficients: $\chi^2(4) = 9.362$, $p=0.053$; R^2 de Nagelkerke = 0.267.

A análise de regressão logística mostrou que o modelo testado, apesar de próximo de $p = 0.05$, não foi globalmente significativo ($\chi^2(4) = 9.362$, $p = 0.053$), indicando que, em conjunto, as variáveis preditoras não contribuem de forma significativa para a explicação da ocorrência de IU. O poder explicativo do modelo foi moderado, sugerindo que cerca de 26.7% (R^2 de Nagelkerke = 0.267) da variância na presença/ausência de IU pode ser explicada pelas variáveis incluídas na análise.

4. Discussão

Do nosso conhecimento este é dos únicos estudos em Portugal que investigou a proporção e as características da IU em pessoas internadas numa UCC e analisou a associação entre a presença de IU e a QdV relacionada com a saúde e outras variáveis sociodemográficas e clínicas.

Este estudo teve como objetivo determinar a proporção de pessoas com sintomas de IU internadas numa UCC em Lisboa. Verificou-se que quase metade das pessoas internadas reportou sintomas de IU. Estes achados são semelhantes aos do estudo transversal de Fontes & Botelho (2011), cujo objetivo era avaliar a prevalência de IU em adultos com mais de 65 anos com internamento anterior na RNCCI na região do Algarve. Os autores reportaram uma prevalência entre 41.2% e 55.9% numa amostra constituída por 102 participantes (Fontes, AP, Botelho MA, 2011). Um outro estudo transversal realizado em Espanha, incluiu 132 adultos mais velhos, com idade superior a 65 anos e com internamento numa estrutura residencial de longa duração. Jerez-Roig et al. (2023) reportaram uma taxa de prevalência superior (76.5%) ao encontrado. Contrariamente ao presente estudo, estes autores incluíram participantes com patologia do foro neurológico (Jerez-Roig et al., 2023). Um outro estudo de Jerez Roig et al. (2015) tinha como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à IU, bem como o seu impacto na QdV de idosos institucionalizados no Brasil. Foram incluídos 143 adultos com idade superior a 60 anos, internados em unidades de longa duração e com capacidade cognitiva mantida. Segundo os autores, a prevalência de IU foi de 43.0%, valor semelhante aos achados encontrados (Jerez Roig et al., 2015).

Com base na análise dos dados sociodemográficos, a amostra do presente estudo foi composta na sua maioria por participantes do sexo feminino (61.9%, n=26), com média de idades de 80.0 anos, com peso normal (64.3%, n=27) e com presença de multimorbilidade (83.3%, n=35). O estudo de Jerez Roig et al. (2015), demonstrou as mesmas características para o sexo feminino (79.0%, n=113 mulheres), idade (valor médio de 79.3 anos) e multimorbilidade (valor médio de 2.7 por participante), ainda que relativamente ao IMC, a maioria não tenha apresentado peso normal (30.1%, n= 43) (Jerez Roig et al., 2015). Também um estudo realizado na China, cujo objetivo era explorar a prevalência e os determinantes relacionados com a IU numa unidade de saúde com 551 participantes, demonstrou as mesmas características para sexo (67.0%, n=369 mulheres), idade (valor médio de 84.16 anos) e IMC normal (63.0%, n=347), ainda que não tenham incluído a multimorbilidade na análise (Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021). Estes resultados podem ser explicados pelo valor mais elevado da esperança

média de vida das mulheres em Portugal (83.96 anos), pela maior prevalência de multimorbilidade nos indivíduos mais velhos e nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Norte, Algarve e Alentejo, de acordo com os dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico sobre multimorbilidade em Portugal, e pelo facto de pessoas mais velhas requererem mais necessidades de internamento neste tipo de unidades de saúde (ACSS, 2019; Instituto Nacional de Estatística, 2025; Quinaz Romana et al., 2019). Assim, as características gerais da amostra em estudo parecem espelhar a população portuguesa.

Relativamente às habilitações literárias, na amostra em estudo, a maioria dos participantes tinha o 4º ano de escolaridade (38.1%, n=16), seguido de 28.6% (n=12) dos participantes com ensino superior. Contrariamente, de acordo com os estudos de Jerez Roig et al. (2015), Jerez Roig et al. (2023) e Pau Farrés-Godayol et al. (2022) que avaliaram a prevalência e os fatores associados à IU em diferentes amostras de adultos mais velhos institucionalizados, a maioria dos participantes tinha um baixo nível de escolaridade, essencialmente distribuídos entre iliteracia e o ensino básico, sendo que o ensino superior representava entre 3.0 a 11.0% do total da amostra (Jerez Roig et al. 2015; Jerez Roig et al., 2023; Pau Farrés-Godayol et al. 2022). Estas diferenças podem ser explicadas pelo maior nível de educação em zonas mais urbanizadas como Lisboa. Santos et al. (2022), no relatório sobre a “Caracterização da população idosa em Portugal”, refere que 51.6% dos idosos têm o 4º ano de escolaridade e 9.1% o ensino superior (Santos et al. 2022).

Com base na análise comparativa entre os grupos com e sem IU, nenhuma variável sociodemográfica apresentou diferenças estatisticamente significativas. Apesar de serem considerados fatores de risco para a ocorrência de IU, o “sexo”, a “idade” e o “IMC” não mostraram relação estatística entre os grupos (Jerez Roig et al., 2015; Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021; Batmani et al., 2021). Os dados mostram que, apesar da ausência de relação estatística, a maioria dos participantes que reportaram IU eram do sexo feminino (65.0%, n=13), com média de idades de 79.8 anos o que é suportado pelos resultados obtidos no estudo transversal de Jerez Roig et al. (2015) (Jerez Roig et al., 2015). Também Fontes & Botelho (2011), no estudo realizado na RNCCI no Algarve, descreveram a ausência de relação significativa entre a IU e as variáveis “sexo” e “idade” (Fontes, AP, Botelho MA, 2011). Relativamente ao “IMC”, apesar de não se verificar relação estatisticamente significativa, no grupo com IU o valor médio foi superior ao grupo sem IU (24.57 Kg/m² vs. 23.35 Kg/m²), com maior número de participantes com obesidade (10.0%, n=2 vs. 0.0%, n=0). Estes dados são suportados pelos resultados dos estudos de Batmani et al. (2021) e Fontes & Botelho (2011), segundo os quais o

“IMC” elevado é considerado um fator de risco para IU (Batmani et al., 2021; Fontes, AP, Botelho MA, 2011). A ausência de relação na amostra em estudo pode ser explicada por diversos fatores como o tamanho e homogeneidade da amostra, a categorização das variáveis e o facto dos dados terem sido obtidos por respostas auto-relatadas.

De acordo com a literatura, foram consideradas e avaliadas outras variáveis com possibilidade de influenciar a IU, nomeadamente: a multimorbilidade, a história prévia de algaliação, a radioterapia/cirurgia na região pélvica; nas participantes do sexo feminino, antecedentes obstétricos e ginecológicos, e nos do sexo masculino, os antecedentes prostáticos. Na análise entre grupos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma destas variáveis.

Relativamente à multimorbilidade, a maioria dos participantes nos dois grupos tem mais do que duas doenças crónicas, sem diferenças significativas. Também de acordo com os estudos de Fontes & Botelho (2011) e Pau Farrés-Godayol et al. (2022), a multimorbilidade não apresentou diferenças significativas entre os grupos, apesar de ser considerado um fator de risco para IU segundo Batmani et al. (2021) (Batmani et al., 2021; Fontes & Botelho, 2011; Pau Farrés-Godayol et al. 2022). Mais concretamente, a HTA foi a comorbilidade mais frequente nos dois grupos, sem diferenças estatisticamente significativas. Apesar de ser descrito por Pang et al. (2024), num estudo transversal realizado na China com 674 mulheres, que a HTA é um fator de risco independente para a IU, estes achados não se verificaram na amostra em estudo (Pang et al., 2024). Tal pode ter ocorrido por se estar a falar de populações com inúmeras patologias não relacionadas com a IU, pelo que alguns fatores de risco podem atenuar o impacto específico na IU.

Quanto à história prévia de algaliação, apesar de poder estar associada à ocorrência de sintomas de IU, de acordo com Wolden et al. (2025), que avaliou a prevalência de sintomas de IU em 288 participantes após cirurgia ortopédica com necessidade de algaliação, tal também não se verificou no presente estudo, sendo que apenas 3 participantes com IU reportaram historial de algaliação nos últimos 3 meses (Wolden et al., 2025).

Relativamente à história de cirurgia pélvica, também não se verificaram diferenças entre os dois grupos. Uma revisão sistemática de Batmani et al. (2021) concluiu que a cirurgia pélvica é um dos fatores significativamente associados a sintomas de IU em mulheres mais velhas (Batmani et al., 2021). No entanto, esta ausência de relação pode ser explicada pelo tamanho da amostra, pela ausência de informação sobre o tipo e tempo de cirurgia e pela multiplicidade dos fatores de risco. Quanto aos antecedentes obstétricos e ginecológicos, também não se verificaram

diferenças significativas entre os grupos. Um estudo transversal de Yakıt Ak e Şen (2025) realizado com 439 mulheres na menopausa teve como objetivo avaliar a prevalência de IU e a sua associação com outros fatores clínicos. Contrariamente aos resultados obtidos no presente estudo, os resultados destes autores mostram que a paridade e o ano de início da menopausa são considerados fatores de risco independentes para o desenvolvimento de IU (Yakıt Ak & Şen, 2025). Tal pode não ter-se verificado pelo tamanho reduzido da amostra em estudo e pela presença de outros fatores de risco associados que podem diluir o efeito da paridade e idade da menopausa nos sintomas de perda de urina.

Nos indivíduos do sexo masculino também não se verificaram diferenças relativamente aos antecedentes prostáticos, uma vez que apenas um participante em cada grupo referiu já ter sido submetido a prostatectomia. De acordo com a literatura, a IU após cirurgia à próstata é uma condição comum, decorrente de intervenções realizadas neste órgão pélvico (Breyer et al., 2024). Contudo, os estudos semelhantes de Fontes & Botelho (2011) e Jerez Roig et al. (2023) não incluíram a avaliação das variáveis relacionadas com a cirurgia à próstata, pelo que não é possível comparar os resultados encontrados.

Apesar de não terem sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no grupo com IU verificou-se um maior número de participantes com “dependência moderada” na EBM, o que significa que em média estas pessoas têm limitação moderada no seu estado funcional e no nível de autonomia nas AVD’s. Estes achados aproximam-se dos resultados obtidos num estudo observacional retrospectivo de Cardoso (2023), que concluiu que numa amostra de 290 participantes internados numa unidade de convalescença na região de Coimbra, a média da pontuação total da EBM foi de 63.35 pontos, sendo considerado um valor próximo de “dependência moderada” (Cardoso, 2023). Um outro estudo observacional realizado em Espanha, cujo objetivo era avaliar a prevalência e os fatores associados à IU numa unidade de saúde com 68 adultos mais velhos com uma média de idades de 83.6 anos, concluiu que a limitação nas AVD’s avaliada pela EBM pelo teste estatístico de *Mann–Whitney*, está estatisticamente relacionado com a presença de IU (Farrés-Godayol et al., 2022). Assim, níveis moderados de limitação funcional parecem estar relacionados com a ocorrência de IU. Outros autores defendem que, não só a limitação funcional está relacionada com a presença ou ausência de IU, como esta patologia pode ser um fator de risco para a diminuição da capacidade física em adultos mais velhos (Batmani et al., 2021).

De acordo com os resultados obtidos, os domínios do KHQ com pontuações mais elevadas e por isso, os mais afetados foram a “medida da gravidade dos sintomas”,

“a percepção geral de saúde” e o “impacto da IU”. Isto significa que a maioria dos participantes avalia a sua percepção de saúde como negativa, referem que os sintomas de IU afetam a sua rotina diária e que têm perdas de urina abundantes com necessidade de adotar medidas de proteção com mais frequência. Por outro lado, observaram-se pontuações mais baixas nos domínios das “relações pessoais” e das “limitações sociais”, sugerindo que a IU nesta amostra afetou mais fortemente o bem-estar físico e a percepção de saúde do que a dimensão social. Estes resultados são coerentes com a tendência observada na WHOQoL-BREF, indicando que, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, existe uma tendência de menor QdV física entre os participantes com IU. Tal padrão corrobora as observações de Batmani et al. (2021), que associaram a IU a limitações nas AVD's e ao declínio funcional, e de Farrés-Godayol et al. (2022), que reportaram piores níveis de QdV em indivíduos com IU, especialmente no domínio físico, numa mostra de 68 adultos mais velhos residentes numa unidade de saúde em Espanha (Batmani et al. 2021; Farrés-Godayol et al. 2022). Um outro estudo transversal, realizado por Güler Sönmez et al. (2024), teve como objetivo avaliar a prevalência e o impacto da IU numa amostra com 438 adultos. Em oposição ao presente estudo, os autores utilizaram a *Incontinence Quality of Life Scale* (I-QOL), um instrumento de medida utilizado para avaliar a QdV relacionada com a IU na população em geral, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a melhores níveis de QdV. Também estes autores reportaram piores níveis de QdV em indivíduos com sintomas de IU (Güler Sönmez et al., 2024).

A convergência dos resultados da WHOQoL-BREF e do KHQ reforça a ideia de que a IU impacta principalmente o bem-estar físico e a percepção de saúde, pelo que deve ser considerada como uma condição importante a incluir nos programas de intervenção da fisioterapia.

Relativamente à caracterização dos sintomas de perdas de urina reportadas, os resultados mostram predominância de IU moderada (50.0%, n=10) e severa (45.0%, n=9) com valor médio do *score* total de 11.45 pontos, bem como, do tipo de IU mista (50.0%, n=9), avaliado pelo ICIQ-SF-VP. Em contrapartida, os resultados dos estudos transversais de Farrés-Godayol et al. (2022) e Jerez Roig et al. (2015) mostram que o tipo de IU mais frequente é o de urgência, seguindo-se a IU mista e por fim, a de esforço. Além disso, observa-se uma distribuição equitativa entre participantes com IU ligeira, moderada e severa (Farrés-Godayol et al., 2022; Jerez Roig et al., 2015). Esta disparidade de resultados pode estar relacionada com o historial clínico mais complexo dos utentes internados, caracterizado por multimorbilidade, períodos de imobilidade e uso de medicação específica, que são fatores que influenciam os mecanismos de

controle vesical e, consequentemente, a frequência e severidade dos sintomas urinários (Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021; Pang et al., 2024; Wolden et al. 2025).

A literatura aponta consistentemente para uma relação negativa entre a IU e a QdV. Neste sentido, através de testes de regressão logística multivariada, foi analisada a possibilidade de existir relação entre a QdV e a presença de IU. Contudo, não se verificou uma associação significativa entre as duas variáveis nesta amostra de adultos mais velhos internados numa UCC em Lisboa, avaliado através da WHOQoL-BREF. Nesta população, a percepção da QdV tende a ser globalmente mais baixa devido à presença de comorbilidades, limitação funcional e dependência na AVD's, os quais podem atenuar o impacto específico da IU. Esta hipótese pode ser suportada por períodos prolongados de hospitalização e pelas condições associadas ao envelhecimento que podem diluir o efeito isolado da IU nos resultados como refere Farrés-Godayol et al. (2022) (Farrés-Godayol et al. 2022).

O último objetivo do estudo era perceber que outras variáveis clínicas podiam ter associação com a presença de IU nesta amostra. De acordo com os resultados dos testes de análise univariada, a cirurgia recente foi a única variável com associação estatisticamente significativa e independente com a presença/ausência de IU ($p=0.017$). No modelo de análise multivariada, a variável cirurgia recente manteve associação estatisticamente significativa ($p=0.013$), tendo em conta os confundidores “idade”, “sexo” e “IMC”. Indivíduos que não foram submetidos a cirurgia nos últimos três meses tiveram 6.3 vezes mais *chances* de apresentar IU comparando com indivíduos que foram submetidos a cirurgia. Contudo, estes resultados apontam numa direção contrária à literatura.

De acordo com a evidência, existe uma relação estabelecida entre a presença de sintomas de IU e a realização de cirurgia recente. A utilização de anestesia e de medicação específica no período pós-cirúrgico pode influenciar o correto funcionamento da bexiga (Wolden et al. 2025). Além disso, cirurgia na zona pélvica está associada a sintomas de IU em mulheres mais velhas e cirurgia à coluna vertebral é considerado um fator de risco independente para IU associada a lesões nervosas ou tecidulares próximas da bexiga que podem ocorrer durante a cirurgia (Batmani et al., 2021; Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021). Por outro lado, cirurgias ortopédicas podem também despoletar o aparecimento ou agravamento dos sintomas de IU, associado a períodos de imobilização no leito, e consequentemente, a atrofia muscular e comprometimento da oxigenação tecidual, podendo influenciar a correta função do detrusor e dos MPP (Arroyo-Huidobro et al., 2024; Wainwright et al. 2020).

Contrariamente ao descrito na literatura, nesta amostra, a não realização de cirurgia recente mostrou uma relação com resultado estatístico com a presença IU ($p=0.013$, $OR=6.304$; $IC95\%=1.464-27.148$). Este resultado poderá refletir a influência de fatores confundidores não incluídos no modelo de análise, como a funcionalidade e a mobilidade, ou diferenças no tipo e no *timing* das cirurgias consideradas que não foram avaliadas. Num estudo de coorte prospetivo realizado com 1468 mulheres idosas após fratura da anca, os autores identificaram a mobilidade comprometida ($OR= 2.56$; $IC95\%: 1.48-4.44$) como um dos fatores preditores independentes para o desenvolvimento de IU (Hellman-Bronstein et al., 2023). Além disso, trata-se de uma amostra com multimorbilidade, o que pode contribuir para a diluição do efeito específico da cirurgia na IU. Uma outra explicação para estes resultados poderá estar relacionada com o processo de recuperação funcional após a cirurgia. Todos os participantes estavam integrados em programas de reabilitação durante o internamento, o que poderá ter favorecido ganhos de mobilidade e funcionalidade capazes de atenuar alguns fatores associados à IU.

Posto isto, devido ao reduzido tamanho da amostra ($n=42$) e à amplitude do intervalo de confiança ($1.464-27.148$), que indica baixa precisão da estimativa, estes resultados devem ser interpretados com cautela e validados em estudos futuros com amostras de maiores dimensões, controlando um maior número de potenciais confundidores. Importa destacar que estudos que identificaram associações estatisticamente significativas entre a IU e variáveis clínicas como a cirurgia pélvica e cirurgia à anca em adultos mais velhos recorreram a amostras substancialmente superiores ($n>130$) (Hellman-Bronstein et al., 2023; Tai, Liu, Wang, & Tan, 2021).

Os resultados obtidos na regressão logística multivariada mostram ausência de associação entre a presença de IU e variáveis clínicas e sociodemográficas como o sexo, a idade, o IMC, as habilitações literárias, o apoio familiar, a multimorbilidade e a dependência funcional nesta amostra de utentes internados numa UCC de Lisboa. Contudo, a evidência sugere associações estatisticamente significativas entre a IU em populações de adultos mais velhos institucionalizados e fatores como doença cardiovascular, HTA, cirurgia pélvica, cirurgia à coluna vertebral, incapacidade funcional avaliada pela EBM, défice cognitivo, utilização de medicação anticolinérgica e risco de sarcopénia (Jerez-Roig et al., 2015; Jerez-Roig et al., 2024; Tai et al., 2021; Pang et al., 2024).

Para além dos estudos transversais, resultados de estudos longitudinais identificam outros fatores associados ao desenvolvimento e à progressão da IU. Um estudo de coorte longitudinal realizado na China com 36177 participantes avaliou o

impacto do estado de fragilidade basal e das suas alterações ao longo do tempo no risco de ocorrência de IU em adultos mais velhos. A fragilidade foi avaliada através do *Frailty Index*, que engloba indicadores relacionados com doenças crónicas, sintomas, incapacidade, função física e cognitiva, saúde mental e limitações nas AVD's. Os autores concluíram que a presença de fragilidade e o agravamento desse estado ao longo do tempo estão significativamente associados a um maior risco de IU, enquanto a melhoria ou reversão da fragilidade se associa a uma redução desse risco (Gan et al., 2025). Adicionalmente, um estudo de coorte longitudinal desenvolvido no Reino Unido com 8028 participantes, analisou a associação entre a IU e a QdV em adultos mais velhos ao longo de 10 anos. Os autores concluíram que a IU constitui um importante fator de risco para a deterioração da QdV (Veronese et al., 2022).

A ausência de associações estatisticamente significativas entre a IU e as variáveis analisadas neste estudo pode ser explicada pela relativa homogeneidade clínica dos utentes internados na UCC, caracterizada por dependência funcional, multimorbilidade e idade avançada, o que poderá ter reduzido a variabilidade necessária para evidenciar diferenças entre os grupos com e sem IU. Importa ainda considerar que algumas variáveis identificadas na literatura como fatores associados à IU, nomeadamente a capacidade cognitiva, a utilização de medicação anticolinérgica, a presença de sarcopénia, a história de cirurgia à coluna vertebral e o estado de fragilidade não foram avaliadas, o que poderá ter condicionado a identificação de fatores relevantes.

Em síntese, a IU está frequentemente associada a múltiplos fatores clínicos e funcionais. A natureza multifatorial desta condição de saúde reforça a importância de uma avaliação abrangente e multidisciplinar dos adultos mais velhos, particularmente em contextos de internamento, onde coexistem frequentemente vários fatores de risco.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O tamanho reduzido da amostra poderá ter influenciado a robustez estatística das análises, limitando a generalização dos resultados. Pode ter havido viés de seleção, uma vez que a exclusão de participantes de acordo com os critérios de seleção resultou numa amostra correspondente a 40.0% da população total internada, significando que esta amostra poderá não refletir a maioria das pessoas internadas nas UCC, nomeadamente os indivíduos com patologia neurológica. Além disso, o reduzido número de participantes limitou a categorização de algumas variáveis.

A recolha de dados foi realizada num período temporal limitado e num único local, o que poderá ter afetado a abrangência e a diversidade da amostra, bem como a generalização a outras populações ou realidades.

Por ser um estudo de natureza transversal não é possível estabelecer relações de causa-efeito entre a IU e as variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo apenas possível identificar associações. Estudos de natureza longitudinal serão necessários para aferir relações de causalidade.

A utilização de questionários de autopreenchimento como instrumento de recolha de dados poderá ter introduzido viés de resposta e de memória, sobretudo em questões de carácter mais sensível, como aquelas relacionadas com sintomas urinários ou com aspetos da perceção de saúde e funcionalidade. Através das respostas, os participantes podem refletir sobre certas conotações e perceções associadas à IU em detrimento da sua verdadeira perceção em relação à condição, influenciados por sentimentos de vergonha e ansiedade (AlQuaiz et al., 2023; Pizzol et al., 2021). Como tal, assume-se que algumas respostas possam ter sido dadas tendo em conta pressupostos socialmente aceites, ou serem distorcidas no intuito de atingir uma determinada direção com a resposta.

Relativamente à qualidade dos modelos de regressão logística, destaca-se que os modelos apresentados para a QdV e para a cirurgia recente mostraram ter um poder explicativo fraco e moderado, respetivamente. As conclusões devem ser assim interpretadas com cautela, pelo que será necessário a realização de estudos com maior número de participantes, no sentido de confirmar as associações observadas. No entanto, tendo em conta o número de participantes da amostra, os modelos testados possuíam o número de participantes adequado ao número de variáveis independentes incluídas na análise multivariada (Mâroco, 2021).

Os resultados do presente estudo evidenciam que a IU é uma condição altamente prevalente entre adultos mais velhos internados, associada a fatores clínicos e funcionais que comprometem a autonomia e a QdV.

Segundo a EAU (2025) e como descrito no livro publicado por Bø et al. (2024), o tratamento conservador é considerado a primeira linha de abordagem para o tratamento de IU, no qual o papel do fisioterapeuta se destaca através de estratégias de educação e ensino aos cuidadores, intervenções nos estilos de vida e treino dos MPP (Bø et al., 2014; EUA, 2025). Como tal, os achados deste estudo salientam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e integrada, na qual o fisioterapeuta deverá incluir a avaliação e tratamento da IU no seu plano de intervenção como estratégia para otimizar os cuidados de saúde prestados.

Recomenda-se que investigações futuras incluam amostras de maior dimensão, multicentro, bem como metodologias longitudinais que permitam estabelecer relações causais. Adicionalmente, seria importante a realização de estudos longitudinais para

avaliar a evolução dos sintomas de IU durante e após o internamento em unidades de saúde, e consequentemente, desenvolver estratégias de intervenção em fisioterapia direcionadas para a gestão da IU neste contexto.

5. Conclusão

O presente estudo permitiu estimar a proporção de pessoas com sintomas de IU internadas numa UCC em Lisboa, bem como caracterizar as suas características sociodemográficas e clínicas e analisar a relação entre a QdV relacionada com a saúde e outras variáveis com a presença de IU.

Os resultados demonstraram que quase metade dos participantes apresentavam sintomas de IU. A análise comparativa entre os indivíduos com e sem IU não revelou associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e níveis de dependência funcional avaliados pela EBM. Do mesmo modo, não foram identificadas diferenças significativas na QdV relacionada com a saúde avaliada pela WHOQoL-BREF, embora se tenha observado uma tendência para piores resultados no domínio físico entre os participantes, também verificado nos resultados do KHQ – VP.

Entre as variáveis analisadas através do método estatístico de regressão logística, apenas a ausência de cirurgia nos três meses anteriores ao internamento demonstrou ter associação estatisticamente significativa e independente com a presença de IU.

Em termos clínicos, os resultados deste estudo sustentam a relevância da fisioterapia, destacando a pertinência de uma abordagem multidisciplinar que inclua avaliação precoce, e consequentemente, a implementação de estratégias de educação e intervenção com o objetivo de diminuir os sintomas de IU, promover a funcionalidade e a melhoria da QdV.

Para investigações futuras, recomenda-se o desenvolvimento de estudos com amostras maiores, abordagens longitudinais que permitam acompanhar a evolução dos sintomas ao longo do internamento e após a alta, a inclusão de diferentes tipos de UCC e a inclusão de outras variáveis clínicas na análise. Seria igualmente pertinente avaliar o efeito de programas estruturados de fisioterapia direcionados para a IU, de modo a aprofundar a compreensão do impacto das intervenções na melhoria da continência e da QdV neste contexto.

Assim, apesar das limitações inerentes, este estudo contribui para uma melhor compreensão da IU em contexto de internamento em UCC, evidenciando a necessidade de intervenções direcionadas e de investigação adicional que permita consolidar estratégias de atuação nesta área.

6. Referências bibliográficas

ACSS. (2019). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Amaral, M. O. P., Coutinho, E. C., Nelas, P. A. A. B., Chaves, C. M. B., & Duarte, J. C. (2015). Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>

AlQuaiz, A. M., Kazi, A., AlYousefi, N., Alwatban, L., AlHabib, Y., & Turkistani, I. (2023). Urinary incontinence affects the quality of life and increases psychological distress and low self-esteem. *Healthcare*, 11, 1772. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121772>

Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.

Arroyo-Huidobro, M., López de la Fuente, J., Riera Pagespetit, M., Macho Perez, O., Roig Morera, J., Abelleira López, A. M., & Rodríguez-Molinero, A. (2024). Incidence of urinary incontinence after hip fracture surgery and associated risk factors: A prospective study. *BMC Geriatrics*, 24(3). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04597-4>

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2019). Documento de apoio à integração dos fisioterapeutas em cuidados continuados.

Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M., & Bokaei, S. (2021). Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03111-6>

Bernard Haylen. (2023). International Continence Society – Glossary. <https://www.ics.org/glossary/symptom/urinaryincontinence>

Bishop, C., Rodriguez-Cairol, F., Hagens, A., Bermudez, M. A., Van Kerrebroeck, P., & Collen, S. (2025). Prevalence, socioeconomic, and environmental costs of urinary

incontinence in the European Union. *European Urology*.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2025.05.025>

Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011>

Bø, K., Berghmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. (2024). Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier.

Breyer, B. N., Kim, S. K., Kirkby, E., Marianes, A., Vanni, A. J., & Westney, O. L. (2024). Updates to incontinence after prostate treatment: AUA/GURS/SUFU guideline (2024). *The Journal of Urology*, 212, 531–538. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000004088>

Cardoso, L. C. B. (2023). A funcionalidade como elemento preditor numa unidade de convalescença. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

EAU – European Association of Urology. (2023). EAU Guidelines. ISBN 978-94-92671-19-6.

EAU – European Association of Urology. (2025). EAU guidelines on management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms. ISBN 978-94-92671-29-5.

Farrés-Godayol, P., Jerez-Roig, J., Minobes-Molina, E., Yildirim, M., Molas-Tuneu, M., Escribà-Salvans, A., & Giné-Garriga, M. (2022). Urinary incontinence and its association with physical and psycho-cognitive factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031500>

Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. (2011). Incontinência urinária e funcionalidade: Um estudo exploratório numa população idosa. *Acta Urológica*, 28(2), 12–19.

Frawley, H., Shelly, B., Morin, M., Bernard, S., Bø, K., Digesu, G. A., ... Voelkl Guevara, J. (2021). An ICS report on terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourology and Urodynamics*, 40(5), 1217–1260. <https://doi.org/10.1002/nau.24658>

Gan X, Meng L, Cao S, Bai H, Li X (2025) Impact of frailty and its change on urinary incontinence: A longitudinal analysis from two prospective study of ageing. PLoS One 20(8): e0330062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330062>

Goes, M., Lopes, M., Marôco, J., Oliveira, H., & Fonseca, C. (2021). Propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF(PT) numa amostra de cidadãos idosos. Health and Quality of Life Outcomes, 19(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01783-z>

Güler Sönmez, T., Uğraş, E., Gül Şahin, E., Fidanci, I., Aksoy, H., & Ayhan Başer, D. (2024). The prevalence of incontinence and its impact on quality of life. Medicine, 103(52), e41108. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000041108>

Hellman-Bronstein, A. T., Luukkaala, T. H., Ala-Nissilä, S. S., Kujala, M. A., & Nuotio, M. S. (2023). *Urinary and double incontinence in older women with hip fracture: Risk of death and predictors of incident symptoms among survivors in a 1-year prospective cohort study. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 107, 104901. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104901>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). Tábuas de mortalidade para Portugal 2022–2024.

Jerez Roig, J., de Souza, D. L. B., & Lima, K. C. (2015). Urinary incontinence in institutionalized elderly: Prevalence and impact on quality of life. Fisioter. Mov., 28(3), 583–596. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.003.AO17>

Jerez-Roig, J., Farrés-Godayol, P., Yildirim, M., Escribà-Salvans, A., Moreno-Martin, P., Goutan-Roura, E., & Minobes-Molina, E. (2023). Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing homes. BMC Geriatrics, 23(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04748-1>

Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.). Guilford Press.

Krhut, J., Gärtner, M., Mokris, J., Horcicka, L., Svabik, K., Zachoval, R., ... Zvara, P. (2018). Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. Neurourology and Urodynamics, 37(6), 1925–1930. <https://doi.org/10.1002/nau.23568>

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.^a ed.). ReportNumber. ISBN 978-989-96763-7-4

Manso, M., Botelho, F., Bulhões, C., Cruz, F., & Pacheco-Figueiredo, L. (2023). Self-reported urinary incontinence in women is higher with increased age, lower educational level, lower income, number of comorbidities, and impairment of mental health: Results of a large, population-based, national survey in Portugal. Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature.

Matos, E., Pires, T., Santos, F., Pires, P., Viana, S., & Viana, R. (2025). Effects of physiotherapy on pelvic function and quality of life in women with urinary incontinence – a systematic review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(26), e36183

Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., & Veronese, N. (2021). Urinary incontinence and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 25–35, <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>

Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidade em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>

Radzimińska, A., Strączyńska, A., Weber-Rajek, M., Styczyńska, H., Strojek, K., & Piekorz, Z. (2018). The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review, 13, 957–965. <https://doi.org/10.2147/CIA.S160057>

Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e Saúde*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Scharp, D., Hobensack, M., Song, J., Intrator, O., Mohamed, N., Zhang, W., & Topaz, M. (2025). Adverse social determinants of health and urinary incontinence among older adult women. *JAMDA*. 10.1016/j.jamda.2025.105819

Serviço Nacional de Saúde. (2021). Cuidados Continuados. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>

Tai, H., Liu, S., Wang, H., & Tan, H. (2021). Determinants of urinary incontinence among the elderly. *Frontiers in Public Health*, 9, 788642. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.788642>

Tunn, R., Baessler, K., Knüpfer, S., & Hampel, C. (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(5), 71–80. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0406>

Urology – European Association of Urology. (2023). Annual economic burden of urinary incontinence. <https://uroweb.org/press-releases/>

VanderWeele, T. J., & Shpitser, I. (2013). On the definition of a confounder. *Annals of Statistics*, 41(1), 196–220. <https://doi.org/10.1214/12-AOS1058>

Veronese, N., Smith, L., Pizzol, D., Soysal, P., Maggi, S., Ilie, P.-C., Dominguez, L. J., & Barbagallo, M. (2022). *Urinary incontinence and quality of life: A longitudinal analysis from the English Longitudinal Study of Ageing*. *Maturitas*, 160, 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.01.010>

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip/knee replacement. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 3–19. DOI 10.1080/17453674.2019.1683790

Wolden, M., Khanna, S., New, C., et al. (2025). Urinary incontinence after total hip arthroplasty. *Cureus*, 17(4), e82590. <https://doi.org/10.7759/cureus.82590>

Yakit Ak, E., & Şen, M. A. (2025). Menopause, urinary incontinence prevalence and impact on healthy living. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 310, 113987. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2025.113987

7. Anexos

7.1 Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética da ESSA



COMISSÃO DE ÉTICA

(CE-ESSAlcoitão)

PROJETO N.º 20/2024-25

Na reunião de sete de janeiro de dois mil e vinte e cinco, a CE-ESSAlcoitão apreciou, do ponto de vista ético, os elementos submetidos pela investigadora principal. Após a apreciação, foi redigido o parecer que agora se apresenta.

TÍTULO DO PROJETO: Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Continuados em Lisboa: Estudo transversal

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carolina Germano Fernandes

ORIENTADOR: Daniela Sofia Albino Costa

PARECER: O projeto, apresentado no âmbito do Mestrado em Fisioterapia – Especialidade de Saúde Pélvica e da Mulher, tem como objetivos: 1) determinar qual a proporção de indivíduos admitidos numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) que apresentam sintomas de Incontinência Urinária (IU); 2) caracterizar a população com sintomas de IU quanto à sua gravidade e perceção da qualidade de vida relacionada com saúde; 3) verificar a correlação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e a presença de IU. A metodologia é adequada, sendo proposto um estudo observacional, descritivo e correlacional, de natureza transversal, com um único momento de avaliação de dados sociodemográficos e clínicos. Participarão neste estudo utentes admitidos numa UCCI em Lisboa, com idade igual ou superior a 18 anos, após recolhido o respetivo consentimento informado. O procedimento está bem explicitado, assim como os instrumentos mobilizados para a recolha de dados. As considerações éticas, potencialidades, potenciais riscos ou incómodos para os participantes são identificadas. O consentimento informado e esclarecido é assegurado. As informações recolhidas serão anonimizadas e não serão divulgadas. Estão também assegurados os direitos dos titulares dos dados nos termos da legislação RGPD vigente. A CE-ESSAlcoitão recomenda que os dados permaneçam armazenados de forma segura por um período de 5 anos, findo o qual serão eliminados.

Decisão da CE-ESSAlcoitão: Aprovado

O Presidente da CE-ESSAlcoitão



(Professor Doutor Jaime da Cunha Branco)

7.2 Anexo 2 – Autorização da Comissão de Ética do ISJD - Lisboa

COMISSÃO DE ÉTICA
INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Para: Direção do Instituto S. João de Deus

Porto, 21 de março de 2025

Assunto: Proposta de Investigação “Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Continuados em Lisboa: um estudo transversal”, de Carolina Germano Fernandes

Exmos. Srs.

A Comissão de Ética do Instituto S. João de Deus avaliou o pedido de parecer sobre o projeto de investigação intitulado “Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Continuados em Lisboa: um estudo transversal”.

Os objetivos do estudo são determinar qual a proporção de indivíduos admitidos numa UCCI na região de Lisboa com a valência de unidade de convalescença (UC), que apresentam sintomas de IU, (2) caracterizar a população com sintomas de IU quanto à sua gravidade e perceção da qualidade de vida relacionada com sintomas de IU e (3) verificar a correlação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e a presença de IU.

Estima-se uma amostra constituída por, pelo menos, 38 participantes. Os participantes serão recrutados através da admissão na UCCI, segundo a lista de espera de colocação da RNCCI em Lisboa. A investigadora, com o apoio da equipa de enfermagem, terá acesso ao processo clínico de cada participante, percebendo qual a sua pontuação no item 8 da Escala de Barthel Modificada. Posteriormente, será realizado um convite para a participação no estudo com a explicação dos seus objetivos. Caso o utente aceite participar no estudo será agendada uma sessão para recolha de dados e preenchimento dos questionários de avaliação. Na sessão presencial será assinado o consentimento informado e de seguida, preenchido o questionário de caracterização sociodemográfica e clínica. Posteriormente, serão preenchidos os seguintes questionários: *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-UI-SF)*, *King's Health Questionnaire (KHQ)* e o *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF)*.

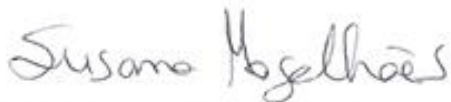
Os dados recolhidos no estudo serão pseudonimizados e, posteriormente, totalmente anonimizados e utilizados exclusivamente para fins académicos, de acordo com o regime legal de proteção de dados pessoais.

Foram anexados os Instrumentos de Recolha de Dados, bem como a Folha de Informação sobre o Estudo e o Formulário de Consentimento Informado.

Consideramos que os princípios éticos de investigação estão devidamente enquadrados no protocolo do estudo apresentado, pelo que propomos parecer favorável.

Sem outro assunto de momento, apresento os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética



Prof. Doutora Susana Magalhães

Comissão de Ética ISJD

7.3 Anexo 3 – Declaração de consentimento informado



Mestrado em Fisioterapia
Saúde Pélvica e da Mulher



Declaração de consentimento

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, a *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)

Designação do Estudo: Incontinência Urinária em pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Continuados em Lisboa: um estudo transversal

Caro(a) Sr.(a):

É convidado(a) a participar neste estudo enquadrado na Unidade Curricular Dissertação do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher, lecionado pela Escola Superior de Saúde de Alcoitão, a realizar pela discente Carolina Fernandes, sob orientação científica da Professora Doutora Daniela Costa.

Este estudo tem como objetivos determinar: (1) determinar qual a proporção de indivíduos admitidos numa UCCI na região de Lisboa que apresentam sintomas de IU, (2) caracterizar a população com sintomas de IU quanto à sua gravidade e perceção da qualidade de vida relacionada com sintomas de IU e (3) verificar a correlação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e a presença de IU.

Durante a participação no estudo ser-lhe-á solicitado o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfico e clínico e os seguintes questionários: *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-UI-SF), *King’s Health Questionnaire* (KHQ), o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF) e o item 8 da Escala de Barthel Modificada. O tempo total estimado para o preenchimento dos mesmos é inferior a 20 minutos.

Compreendo que a minha participação no estudo é completamente voluntária sendo que não são esperados quaisquer riscos ou implicações negativas ou positivas da minha participação. Terei igualmente o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo e poderei abandonar o mesmo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação e sem que isso reflita algum tipo de prejuízo ou penalização para mim.

Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato, ou seja, a equipa que analisa os dados

não tem acesso à minha identificação e a mesma só será usada pelos investigadores em caso de dúvida.

Estou igualmente consciente que as respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade da equipa de investigação, sempre apresentadas de forma agregada e nunca de forma individual. Sei que uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Para continuar, por favor selecione os itens abaixo:

Declaro que li e compreendi a informação facultada na ficha formativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores []

Declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral []

Assinatura do participante:

Nome: _____
____/____/____

Assinatura da investigadora:

____/____/____

Investigadora:

Carolina Fernandes

carolina.germano@isjd.pt

7.4 Anexo 4 – Questionário sociodemográfico e clínico

Questionário sociodemográfico e clínico

Data: ____/____/____

Sexo: _____ Idade: _____ Altura (m): _____ Peso (kg): _____

Tipo de mobilidade: ☐ Independente

☐ Marcha com auxiliares (ex: canadiana ou andarilho)

☐ Marcha sem auxiliares

☐ Dependente (ex: cadeira de rodas)

Habilitações literárias: _____

Apoio familiar: Sim ☐ Não ☐

Tem alguma da(s) seguinte(s) condições(s)? Se sim assinale com um X:

Hipertensão arterial ☐ Diabetes Mellitus ☐ Doença oncológica ☐

Doença neurológica ☐ Infecções urinárias recorrentes ☐

Cirurgia recente ☐ Anestesia recente ☐ História prévia de algaliação ☐

Tratamentos prévios de radioterapia ou cirurgia na região pélvica ☐

Teve perdas de urina nos últimos 3 meses? Sim ☐ Não ☐

Continuar a preencher no caso de ser mulher:

Tem filhos? _____

Nº partos vaginais: _____ Nº partos por cesariana: _____

Teve perdas de urina durante a gravidez e/ou no período pós-parto? _____

Em caso afirmativo, ficaram resolvidas? _____

Idade em que atingiu a menopausa? _____

Continuar a preencher no caso de ser homem:

Já realizou cirurgia à próstata? Sim ☐ Não ☐

Teve perdas de urina durante o pós-cirúrgico? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, ficaram resolvidas? _____

Obrigada pela sua participação.

7.5 Anexo 5 – International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form – Versão Portuguesa

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

Número inicial

ICIQ-UI SF

CONFIDENCIAL

DIA MÊS ANO

DATA de HOJE

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda. Ficariamos agradecidos se pudesse responder às seguintes perguntas, atendendo a como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1 Data de Nascimento:

DIA MÊS ANO

2 Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3 Com que frequência perde urina? (assinale uma opção)

Nunca ☐
 Uma vez por semana ou menos ☐
 Duas ou três vezes por semana ☐
 Uma vez ao dia ☐
 Diversas vezes ao dia ☐
 O tempo todo ☐

4 Que quantidade de urina perde normalmente (esteja a usar proteção ou não)? (assinale uma opção)

Nenhuma ☐
 Uma pequena quantidade ☐
 Uma moderada quantidade ☐
 Uma grande quantidade ☐

5 De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada muito

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

6. Quando é que perde urina? (Assinale todas as opções que se aplicam)

Nunca ☐
 Perco antes de chegar à casa de banho ☐
 Perco quando fusso ou espirro ☐
 Perco quando estou a dormir ☐
 Perco quando estou a fazer exercícios físicos ☐
 Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me ☐
 Perco sem razão óbvia ☐
 Perco o tempo todo ☐

Muito obrigado por ter respondido a estas perguntas

7.6 Anexo 6 – King's Health Questionnaire – Versão Portuguesa

King's Health Questionnaire adaptado para Português

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

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

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

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

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

4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?				
--	--	--	--	--

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

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

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

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

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

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

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

7.7 Anexo 7 – Escala de Barthel Modificada

Escala de Barthel Modificada	
	Ponderação
Higiene Pessoal	
O paciente é incapaz de fazer a higiene pessoal, é dependente em todos os aspectos	0
Assistência é requerida em todos os momentos da higiene pessoal.	1
Alguma assistência é requerida em um ou mais momentos da higiene pessoal.	3
O paciente é capaz de efectuar a sua própria higiene pessoal mas requer a mínima assistência antes e/ou após a operação	4
O paciente lava as suas mãos, face, cabelo, dentes e faz a barba. Um paciente do sexo masculino pode usar qualquer tipo de gilete mas deve inserir a lâmina, ou retirar-la da gilete sem ajuda, assim como retirar-la da gaveta ou armário. Um paciente do sexo feminino deve aplicar a sua própria maquilhagem, se utilizar, mas não necessita de auxílio a pentear ou entrelaçar o seu cabelo.	5
Tomar Banho	
Total dependência enquanto toma banho.	0
Assistência é requerida em todos os momentos do banho.	1
Assistência é requerida quer na transferência para o duche/banheira ou quer lavar ou secar incluindo incapacidade de completar a tarefa devido à sua condição ou doença, etc.	3
Supervisão é requerida para segurança, no ajustar da temperatura da água ou na transferência.	4
O paciente pode usar uma banheira, um duche ou tomar um banho completo de esponja. O paciente deve ser capaz de fazer todos os passos seja qual for o método empregue sem que outra pessoa esteja presente.	5
Alimentação	
Dependente total na alimentação.	0
Pode manipular um dispositivo de alimentação, usualmente uma colher, mas necessita que alguém dê assistência activa durante a refeição	2
Capaz de alimentar-se sem supervisão. Assistência é requerida em tarefas associadas, como colocar leite/açúcar no chá, sal, pimenta, espalhar manteiga, voltar um prato ou qualquer outra actividade.	5
Independente na alimentação com treino anterior, excepto no cortar da carne, abrir pacotes de leite, tapar jarro, etc. A presença de outra pessoa não é requerida.	8
O paciente pode alimentar-se a uma mesa ou com um tabuleiro quando alguém coloca a comida ao seu alcance. O paciente deve pôr um dispositivo de assistência se necessário, cortar a comida, usar sal ou pimenta, espalhar manteiga, etc.	10
Fora e Dentro WC/Toalete	
Total dependência na casa de banho/toalete	0
Assistência requerida em todos os momentos da toalete	2
Assistência pode ser requerida no manuseio da roupa, transferências ou lavar as mãos	5
Supervisão pode ser requerida para segurança na toalete normal. Uma pia pode ser utilizada à noite mas necessita de ajuda para esvaziar ou limpar.	8

O paciente é capaz de sair ou entrar da casa de banho, apertar e desapertar as roupas, prevenir o sujar das roupas e usar papel higiénico sem auxílio. Se necessário o paciente pode utilizar uma pia, uma tina ou urinol à noite, mas deve ser capaz de vaza-lo e limpá-lo.	10
--	----

Escadas	
O paciente é incapaz de utilizar as escadas	0
Assistência é requerida em todos os momentos, durante a utilização das escadas, incluindo assistência com meios auxiliares	2
O paciente é capaz de subir/descer mas é incapaz de transportar auxiliares de marcha, e necessita de supervisão e assistência	5
Geralmente nenhuma assistência é requerida. Em certos momentos supervisão é requerida para a segurança aliada à rigidez matinal, dificuldade na respiração, etc.	8
O paciente é capaz de subir/descer um lance de escadas em segurança sem auxílio ou supervisão. O paciente é capaz de utilizar o corrimão, apoios, ou canadianas quando necessário e é capaz de transportar esses auxiliares à medida que ele/ela desce ou sobe.	10

Vestir	
O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e é incapaz de participar nesta actividade	0
O paciente é capaz de participar em alguns momentos embora dependente no vestir.	2
Assistência é necessária em vestir e/ou remover alguma roupa.	5
Apenas mínima ajuda é requerida com a roupa de apertar, botões, feixes, cintos, sapatos, etc.	8
O paciente é capaz de pôr, remover e apertar a roupa, dar laços nos atacadores dos sapatos, colocá-los, apertá-los, remover cintas/coletes, suspensórios, como é pedido.	10

Intestinos / Defecação	
O Paciente é incontinente	0
O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada, e com técnicas de facilitação dos movimentos intestinais.	2
O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue utilizar técnicas de facilitação, ou limpar-se sem auxílio tendo frequentes perdas. Assistência é requerida com os auxiliares de incontinência como fraldas, etc.	5
O paciente pode requerer supervisão, como uso de supositórios, ou clister e têm perdas ocasionais.	8
O paciente pode controlar os intestinos e não tem perdas, pode usar supositórios, ou utilizar clister quando necessário.	10

Bexiga /Urinar	
O paciente é dependente enquanto urina, é incontinente, ou têm um catéter	0
O paciente é incontinente, mas é capaz de assistir com aplicação de um dispositivo interno ou externo.	2
O paciente está geralmente seco durante o dia, mas à noite necessita de alguma assistência com os dispositivos	5

O paciente está geralmente seco durante o dia ou noite, mas pode ter perdas ocasionais ou necessita de mínima assistência com dispositivos internos ou externos	8
O paciente é capaz de controlar a bexiga durante o dia ou noite e/ou é independente com dispositivos internos ou externos	10

Transferência Cadeira/cama	
Incapaz de participar na transferência. Dois indivíduos auxiliares são requeridos para transferir o paciente com ou sem dispositivo mecânico	0
Capaz de participar mas com a máxima assistência de outra pessoa, requerida em alguns momentos da transferência.	3
A transferência requer a assistência de outra pessoa. A assistência pode ser requerida em alguns momentos da transferência	8
A presença de outra pessoa é requerida como medida preventiva, ou para providenciar supervisão como segurança	12
O paciente pode seguramente aproximar-se da cama numa cadeira de rodas, tirar os braços da cadeira de rodas, levantar os apoios dos pés, transferir-se com segurança para a cama, deitar-se, voltar à posição de sentado num dos lados da cama, alterar a posição da cadeira de rodas, voltar a transferir-se para a cadeira de rodas em segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da sua actividade.	15

Deambulação	
Dependente na deambulação.*	0
Presença constante de um ou mais assistentes é requerida durante a deambulação.	3
Assistência é requerida com meios auxiliares e/ou a sua manipulação. Um indivíduo é requerido para oferecer assistência.	8
O paciente é independente na deambulação mas incapaz de andar 50 metros sem auxílio, supervisão requerida para a protecção ou segurança em situações difíceis.	12
O paciente deve ser capaz de utilizar canadianas se necessário, colocar e retirar as canadianas, assumir a posição de pé, sentar-se e colocar estes auxiliares de marcha na posição correcta para voltar a utilizar. O paciente deve ser capaz de usar canadianas, bengalas ou andarilhos e caminhar 50 metros sem auxílio ou supervisão.	15

*Manuseio de Cadeira de Rodas (Alternativa à deambulação)	
Dependente na condução da cadeira de rodas.	0
O paciente pode andar pequenas distâncias numa superfície regularmente plana, mas necessita de assistência para todos os outros passos na utilização da cadeira de rodas.	1
Presença de um indivíduo é necessária, assistência é requerida para manipular a cadeira de rodas colocando-a ao pé de uma mesa, cama, etc.	3
O paciente pode conduzir sozinho a cadeira de rodas por uma duração razoável em terreno regular. Mínima assistência pode ser requerida em "curvas apertadas".	4

7.8 Anexo 8 – World Health Organization Quality of Life: Bref – Versão Portuguesa

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

7.9 Anexo 9 – Tabela 7: Agregação das variáveis categóricas

Tabela 7 – Agregação das variáveis categóricas para a inclusão na análise de regressão logística

Variável	Sub-categoria	Frequência Absoluta	Agregação	Frequência Absoluta Agregada
Idade	55–64 anos	4	55-74 anos	14
	65–74 anos	10		
	75–84 anos	11	75-84 anos	11
	≥85 anos	15	+ 85 anos	15
IMC	Baixo Peso	2	Baixo Peso + Peso Normal	27
	Peso Normal	25		
	Sobrepeso	11	Sobrepeso + Obesidade	13
	Obesidade	2		
Habilitações Literárias	4º ano	14	4º-9º ano	18
	9º ano	75		
	12º ano	9	12º ano	9
	Licenciatura	12	Licenciatura	13
Escala de Barthel Modificada	Dependência grave (20-40)	2	Dependência grave + moderada	14
	Dependência moderada (>40-60)	12		
	Dependência leve (>60-85)	20	Dependência leve	20
	Independência (>85-100)	8	Independência	8

Legenda: IMC – Índice de massa corporal.

7.10 Anexo 10 – Tabela 8: Resultados da análise univariada

Tabela 8 – Resultados da análise univariada

Variável independente	<i>p</i>
Sexo ^a	0.519
Idade	0.858
IMC ^b :	0.736
Tipo de mobilidade ^c : Independente	0.548
Tipo de mobilidade ^c : Dependente	0.544
Tipo de mobilidade ^c : Auxiliares de marcha	0.789
Habilitações literárias ^d : 4º-9º ano	0.533
Habilitações literárias ^d : 12º ano	0.925
Habilitações literárias ^d : Licenciatura	0.346
Apoio familiar ^e	0.999
Multimorbilidade ^f	0.678
Cirurgia recente^g	0.017
	0.753 (Físico)
	0.691 (Psicológico)
	0.927 (Sociais)
	0.623 (Ambiente)
	0.818 (Geral)
EBM: Dependência grave + moderada ^h	0.612
EBM: Dependência leve ^h	0.327
EBM: Independência ^h	0.746

Legenda: IMC – Índice de massa corporal; WHOQoL-BREF - World Health Organization Quality of Life: Bref; EBM – Escala de Barthel Modificada. Classes de Referência – ^aSexo: feminino; ^bIMC: baixo peso + peso normal; ^cTipo de mobilidade: dependente; ^dHabilitações literárias: licenciatura; ^eApoio familiar: sim; ^fMultimorbilidade: sim; ^gCirurgia recente: sim; EBM: ^hdependência leve.