

A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA: REEDUCAÇÃO UROGINECOLÓGICA NA PROMOÇÃO DE AUTO-ESTIMA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Rui Viana*, Sara Viana** e Clarinda Festas***

Resumo

Durante os últimos anos tem havido um interesse crescente relativamente às consequências da Incontinência Urinária (IU) na Mulher, nomeadamente ao nível dos componentes psicossociais.

Objectivo: Este estudo teve como objectivo investigar a relação dos níveis de auto-estima (AE) em Mulheres com IU que não realizaram Fisioterapia – Reeducação Uroginecológica (RUG) comparativamente com as que realizaram Fisioterapia – RUG.

Métodos: Efectuou-se um estudo comparativo a uma amostra de 113 Mulheres diagnosticadas com IU retiradas da população do departamento de Uroginecologia do Serviço de Medicina

Física e Reabilitação do Hospital de São João, aplicando-se para o efeito o questionário “The Rosenberg Self-Esteem Scale” (RSES). Na análise estatística, foi utilizado o teste paramétrico teste-t para duas amostras independentes para comparação das médias.

Resultados: Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, relativamente à AE, entre o grupo de Mulheres com IU que não realizaram Fisioterapia – RUG e o grupo de Mulheres que realizaram Fisioterapia – RUG.

Conclusões: Pode-se concluir que a Fisioterapia – RUG influencia favoravelmente a promoção de AE em Mulheres com IU.

Os resultados apresentados são animadores no sentido de prosseguir nalguns aspectos também eles relevantes na investigação dos efeitos da Fisioterapia – RUG no nível intra e interpessoal da Mulher com IU.

Palavras-chave: Auto-estima; Incontinência urinária; Mulheres; Fisioterapia; Reeducação uroginecológica.

* Fisioterapeuta do Hospital de São João, Mestrando do Mestrado de Psicologia do Idoso da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto (ano lectivo 2004/2006).

** Fisioterapeuta do Hospital de São João, Mestrando do Mestrado de Psicologia do Idoso da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto (ano lectivo 2004/2006).

*** Fisioterapeuta do Hospital de São João, Mestre em Ciências do Desporto (Actividade Física para a Terceira Idade) da Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) na Mulher representa uma situação de elevada prevalência e de grande impacto físico, psíquico e social, constituindo um problema de Saúde Pública⁽¹⁻⁸⁾.

A Sociedade Internacional para a Continência define IU como uma condição na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social e/ou higiénico e que pode ser objectivamente demonstrado⁽⁹⁾.

Uma das maiores repercussões da IU situa-se ao nível dos componentes psicossociais da Mulher^(3,8,10-12), reflectindo-se fundamentalmente na perda da Auto-Estima (AE)^(7,10,11,13-18).

Os estudos acerca da AE têm vindo a ocupar uma posição central nos domínios da Saúde e Bem-Estar e tem merecido as reflexões de numerosos investigadores⁽¹⁹⁻²⁵⁾. Uma das razões para tal interesse é o importante papel mediador que a AE assume no comportamento psicológico, social e físico do indivíduo^(10,14,23,24,26,27).

A AE refere-se aos processos de auto-atribuição e de comparação social, salientando o valor pessoal, centralizado nas normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e interpessoal⁽²⁸⁾, estando-lhe inerente a sensação de bem-estar^(24,29).

Vários autores^(21,28,30-33) definem a AE como a componente ou o processo de avaliação do próprio auto-conceito social e físico. O auto-conceito desempenha um papel preponderante a nível individual, uma vez que a ele se ligam motivos, necessidades, atitudes, personalidade e relações⁽³⁴⁾.

Brown⁽¹⁹⁾, 1993, encontra uma relação forte entre a identidade e a AE. Assim, quanto mais os indivíduos valorizarem as suas capacidades, maior probabilidade

têm de se superar a si mesmos, elevando deste modo a sua AE Global.

Parece então evidente que quando se fala de AE, subentende-se a existência de uma avaliação pessoal e subjectiva que o indivíduo possui acerca de si próprio, em relação às suas próprias capacidades, sendo expressa aos outros em palavras e atitudes^(24,35), e que decorrem atribuições de positivo ou de negativo, perante os aspectos considerados relevantes da sua identidade^(25,36-40). A AE encontra-se, deste modo, associada aos fenómenos de compensação ou de descompensação emocional do indivíduo⁽⁴¹⁾, sendo entendida como uma auto-percepção hierárquica e multifactorial^(37,38), resultantes da observação de nós próprios que variam com as situações, regras, *feedbacks*, acontecimentos e com as apreciações dos outros^(21,24,41).

O estudo da AE desempenha um preponderante papel quer a nível individual quer a nível colectivo, pois ajuda a compreender a consistência e coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal e a relação que o ser humano estabelece com o meio ambiente^(43,44).

O impacto da IU na Mulher é muito significativo, estando associado a pudor e embaraço, isolamento e perda de independência^(3,7,14,45-50), e em que a concomitante perda involuntária de urina (incapacidade) influencia a função psicossocial da Mulher, na restrição da sua participação social, ameaçando o seu estado geral e bem-estar^(8,11,45,49-55).

Os autores que se dedicam à investigação na área do tratamento da IU da Mulher, são unânimes em afirmar que a Fisioterapia – Reeducação Uroginecológica (RUG) deve ser considerada como tratamento de primeira eleição⁽⁵⁶⁻⁶⁸⁾.

A intervenção do Fisioterapeuta nesta área incluindo a percepção e interpretação do meio cultural que envolve as relações, a personalidade e os comportamentos na Mulher com IU e da sua circunstância, vai de encontro à satisfação de necessidades específicas desta, constituindo-se como um pólo de interacção, inserido no conjunto de abordagens terapêuticas.

A RUG representa as respostas individuais aos efeitos físicos, emocionais e sociais, que a IU produz na vida diária. Além do bem-estar físico, inclui percepções de bem-estar emocional, de satisfação e AE^(10,13,15,68,69).

A relevância da intervenção da Fisioterapia – RUG na vida das Mulheres com IU é significativa e efectiva pelo seu papel fulcral na reabilitação funcional, cognitiva, emocional e psicossocial, contribuindo assim para a promoção da sua AE^(10,51,52,69-73).

A AE da Mulher é, de facto, a expressão simbólica paradigmática da intervenção em Fisioterapia – RUG favorecedora dos sistemas internos da Mulher, das relações e dos seus projectos.

A RUG significa, para o tratamento da IU o espectro das expressões possíveis da prática da intervenção, promotora de bem-estar a favor da Mulher.

2. OBJECTIVOS

O estudo em questão tem como objectivo geral investigar a relação dos níveis de AE em Mulheres com IU que não realizaram Fisioterapia – RUG e as que realizaram Fisioterapia – RUG, e como objectivos específicos investigar a AE, segundo a Idade, Estado civil, Habilitações literá-

rias, Profissão, Actividades de tempos livres, e investigar a relação dos níveis de AE das Mulheres que ainda apresentavam IU entre o grupo de Mulheres que não realizaram Fisioterapia – RUG e as que realizaram Fisioterapia – RUG.

3. MÉTODOS

3.1. Amostra

De uma população de 167 mulheres diagnosticadas com IU, que recorreram ao departamento de Uroginecologia do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de São João no período de Maio de 1997 a Outubro de 2002, foi retirada uma amostra de 113 Mulheres (n=113), com uma média de idade de 53,19, com idades compreendidas entre 28 e 79 anos. Foram constituídos dois grupos independentes, um constituído pelas Mulheres que não tinham realizado Fisioterapia – RUG, encontrando-se a aguardar, sendo denominado por grupo AF (n=34) e outro grupo pelas Mulheres que já tinham realizado Fisioterapia – RUG, sendo denominado por grupo DF (n=79).

Foi construído um inquérito pelo investigador sobre alguns aspectos de ordem sociocultural no sentido de caracterizar a amostra.

Esta amostra obedeceu a alguns critérios de inclusão e exclusão, como sendo:

- Critérios de inclusão: Mulheres com IU.
- Critérios de exclusão: Mulheres com IU internadas no Hospital de São João; Mulheres com IU com patologias graves e perturbações psiquiátricas clinicamente diagnosticadas; Mulheres com IU que não realiza-

ram pelo menos dez tratamentos de Fisioterapia – RUG.

O tipo de estudo realizado foi um estudo descritivo transversal.

O grupo AF apresentava idades compreendidas entre os 34 e 79 anos com uma média de $56,47 \pm 12,19$ e o grupo DF entre os 28 e 78 anos com uma média de $51,77 \pm 11,29$. Contudo, no sentido de facilitar o tratamento e análise dos dados, estes foram agrupados em três classes

etárias: 28-44 anos, 45-64 anos e 65-79 anos. A amostra encontra-se caracterizada no Quadro I.

3.2. Instrumento

Para a avaliação da AE global aplicou-se o questionário "The Rosenberg Self-Esteem Scale" – Escala de Auto-Estima Global para Adultos de Rosenberg, versão traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Faria & Silva⁽⁷⁵⁾,

QUADRO I – TABELA DE FREQUÊNCIAS E PERCENTAGENS PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

		AF		DF	
	Variáveis	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Estado civil	Solteira	0	0	1	13
	Casada	29	85,3	72	91,2
	Divorciada	1	2,9	1	1,4
	Víuva	4	11,8	5	6,4
	Total	34	100,0	79	100,0
Habilitações Literárias	Ensino Básico	26	76,5	47	59,5
	Ensino Secundário	3	8,8	19	24,1
	Curso Superior	1	2,9	10	12,7
	Curso Profissional	0	0	0	0
	Analfabetos	4	11,8	3	3,7
	Total	34	100,0	79	100,0
Profissão	Científicos, Técnicos e Artísticos	2	5,9	12	15,2
	Quadros Sup. Administ. e Pessoal Administ.	4	11,8	11	13,9
	Pessoal de Comércio e Vendedores	2	5,9	11	13,9
	Serv. de Prot. e Seg.,				
	Serv. Domésticos	4	11,8	10	12,7
	Agricultores	1	2,9	1	1,3
	Trab. da Prod., Industr. e de Transportes	6	17,6	16	20,3
	S/ Profissão	15	44,1	18	22,7
	Total	34	100,0	79	100,0
Actividades tempos livres	Sim	22	64,7	61	77,2
	Não	12	35,3	18	22,8
	Total	34	100,0	79	100,0

1999. As suas propriedades psicométricas foram validadas e feitas comparações com demais estudos, quer por diferentes autores estrangeiros, como Rogers & Evans⁽⁷⁶⁾, 1993, e Rosenberg⁽²¹⁾, 1979, quer por autores portugueses, como Lopes⁽⁷⁷⁾, 1996; Baptista⁽²⁶⁾, 1995; Silva⁽⁷⁸⁾, 1995 e Vasconcelos⁽⁷⁹⁾, 1995 e, os resultados obtidos apresentaram-se satisfatórios, o que justifica a sua utilização neste estudo.

A RSES desenvolvida por Rosenberg⁽²⁰⁾, 1965, é uma das primeiras medidas do conceito global do “Eu”, sendo impulsionadora da avaliação moderna do auto-conceito, como sendo uma organização de partes e componentes organizados hierarquicamente e interrelacionados de modo complexo.

A RSES é uma medida unidimensional, constituída por 10 itens que avaliam a AE global, sendo estes subdivididos em 5 itens, indicadores de atitudes positivas e outros 5 itens, indicadores de atitudes negativas, cada um deles com diferentes categorias de resposta que, e como refere Melnick & Morkerjee⁽⁸⁰⁾, 1991, registam as atitudes globais acerca do *self*. Os itens negativos e positivos não foram apresentados consecutivamente para tornar a estrutura da escala menos transparente, reduzindo o viés de resposta direccionada.

Para cada questão existem seis possibilidades de resposta: A – “Concordo totalmente”, B – “Concordo”, C – “Concordo parcialmente”, D – “Discordo parcialmente”, E – “Discordo” e F – “Discordo totalmente”. A cotação dos itens negativos foi invertida. Os scores obtidos variam entre 10 e 60. Assim, quanto mais elevados forem os resultados obtidos maior é a AE global das Mulheres.

A RSES continua a ser muito usada, devido à sua brevidade e facilidade de uti-

lização, sendo considerada um marco histórico no campo da avaliação da AE⁽⁸¹⁾. Segundo Sonstroem & Potts⁽⁸²⁾, 1996, a RSES é considerada um dos melhores instrumentos na avaliação da AE global.

3.3. Procedimentos

Procedeu-se à recolha de dados no período de Julho a Outubro de 2002, através da aplicação do questionário RSES. Foram enviados 167 questionários pelo correio com os respectivos envelopes resposta, dos quais se obtiveram 113.

As 113 Mulheres com diagnóstico de IU foram divididas em dois grupos: o grupo de Mulheres que não realizaram Fisioterapia – RUG, sendo denominado por AF, com 34 elementos e o grupo de Mulheres que realizaram Fisioterapia – RUG, denominado por DF, com 79 elementos.

É de referir que, o conjunto de cada questionário era constituído por uma breve explicação do objectivo geral do estudo e do procedimento de preenchimento, por uma declaração de consentimento informado e pelo respectivo reenvio.

3.4. Ética

O estudo foi autorizado por deliberação do Conselho de Administração do Hospital São João e aprovado pela Comissão de Ética do mesmo. Obteve-se o consentimento das Mulheres para participar no estudo através do preenchimento voluntário do questionário e da declaração de consentimento informado, considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000).

3.5. Estatística

Na análise estatística foram definidas como variáveis independentes a Fisioterapia – RUG e a IU e como variável dependente a AE. O registo de dados e todo o tratamento estatístico foram efectuados no programa informático Statistic Package for Social Sciences (SPSS), na versão 10.0 para Windows procedendo-se à análise descritiva dos dados obtendo-se médias, desvios-padrão, frequências e percentagens.

Procedeu-se à análise exploratória dos dados usando o teste Kolmogorov-Smirnov para se verificar a normalidade das variáveis e para se verificar a presença ou não de *outliers*.

Na estatística indutiva utilizou-se o teste paramétrico teste-t para comparação das médias dos dois grupos independentes.

Os valores de significância para a variável AE, segundo sugestão de Hill⁽⁸³⁾, 2000, foram considerados estatisticamente significativos para $p \leq 0,10$, pelo facto de se tratar de questionários subjectivos e de interpretações múltiplas. Para as restantes variáveis, os valores de significância considerados estatisticamente significativos foram para $p \leq 0,05$.

4. RESULTADOS

Através do teste da normalidade Kolmogorov-Smimov, obteve-se a presença de distribuição normal da variável dependente da amostra.

Relativamente à AE das Mulheres deste estudo, pode-se observar que com uma média de $35,65 \pm 9,20$ para o grupo AF (n=34) e uma média de $51,85 \pm 6,46$ para o grupo DF (n=79), obteve-se um valor de $p=0,000$, verificando-se desta forma a exis-

tência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Gráfico I).

Em relação à AE das Mulheres que apresentavam ainda IU, o grupo AF (n=34) apresentou uma média de $35,65 \pm 9,20$ e o grupo DF (n=8) de $43,88 \pm 5,03$, tendo-se obtido um valor de $p=0,020$, verificando-se assim diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Gráfico II).

Quanto à AE das Mulheres que já não apresentavam IU, apenas se pôde observar a presença de média para o grupo DT (n=71), $52,75 \pm 5,99$.

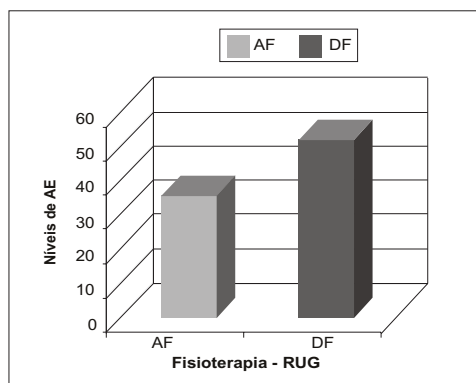


Gráfico I – Fisioterapia RUG.

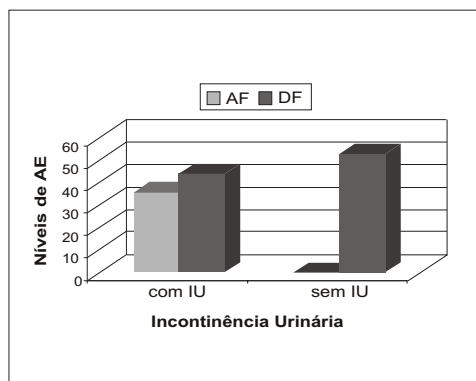


Gráfico II – Incontinência urinária.

No que diz respeito à idade, quando comparada a AE entre o grupo AF e o grupo DF, observa-se que na classe etária de 28-44 anos, o grupo AF ($n=7$) apresentava uma média de $32,00 \pm 11,70$ e o grupo DF ($n=22$) de $52,73 \pm 6,17$, tendo-se obtido um valor de $p=0,000$, verificando-se dessa forma diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos; na classe etária de 45-64 anos, o grupo AF ($n=18$) apresentava uma média de $35,28 \pm 7,84$ e o grupo DF ($n=46$) de $51,09 \pm 6,63$, tendo-se obtido um $p=0,000$, verificando-se assim diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos; na classe etária de 65-78 anos, o grupo AF ($n=9$) apresentava uma média de $39,22 \pm 9,46$ e grupo DF ($n=11$) de $53,27 \pm 6,42$, tendo-se obtido um $p=0,000$, verificando-se novamente diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Gráfico III).

Verificou-se que, relativamente ao estado civil, as Mulheres casadas do grupo AF ($n=29$) apresentavam uma média de $35,55 \pm 9,40$ e do grupo DF ($n=72$) uma média de $52,10 \pm 6,31$, obtendo-se um valor de $p=0,000$, verificando-se assim diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Gráfico IV). Relativamente aos estados civis solteiro, viúvo e divorciado não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Em relação às habilitações literárias, observou-se que, para o ensino básico o grupo AF ($n=26$) apresentava uma média de $34,42 \pm 8,34$ e o grupo DF ($n=47$) de $50,96 \pm 6,49$, obtendo-se um $p=0,000$, verificando-se assim diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos; para o ensino secundário o grupo AF ($n=3$) apresentava uma média de $41,33 \pm 15,89$ e o grupo DF ($n=19$) de $53,05 \pm 5,26$, obtendo-se um $p=0,015$, verificando-se desta

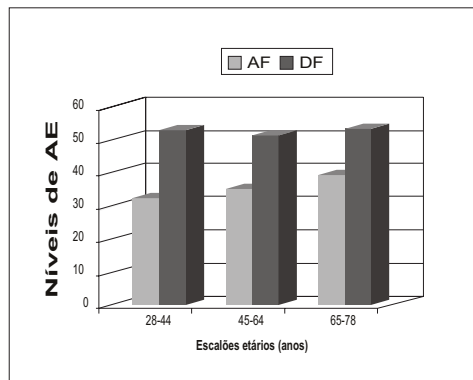


Gráfico III – Escalões etários (anos).

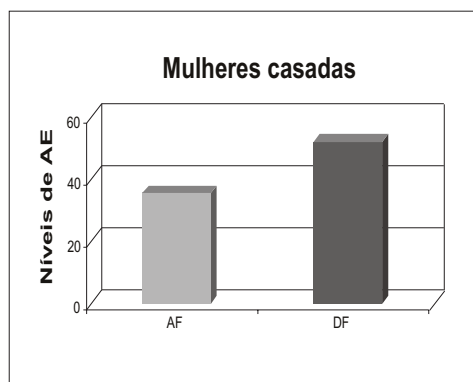


Gráfico IV – Mulheres casadas.

forma diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos e para o ensino superior o grupo AF ($n=1$) apresentou apenas uma média de 48,00 e o grupo DF ($n=10$) de $56,30 \pm 4,22$, obtendo-se um $p=0,093$, verificando-se assim diferenças estatisticamente significativas (Gráfico V). Verificou-se ainda que, para as analfabetas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Quanto à profissão, observou-se, para os quadros superiores administrativos e pessoal administrativo uma média de $37,75 \pm 14,82$ para o grupo AF ($n=4$) e de $54,36 \pm 4,43$ para o grupo DF ($n=11$), ten-

do-se obtido um valor de $p=0,004$, verificando-se desta forma diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos; para os serviços de protecção e segurança e serviços domésticos observou-se uma média de $36,00 \pm 3,16$ para o grupo AF ($n=4$) e de $51,10 \pm 5,72$ para o grupo DF ($n=10$), tendo-se obtido um valor de $p=0,000$, verificando-se assim diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos; para os trabalhos de produção, industriais e de transporte observou-se uma média de $33,00 \pm 5,40$ para o grupo AF ($n=6$) e de $48,69 \pm 7,85$ para o grupo DF ($n=16$), tendo-se obtido um valor de $p=0,000$, verificando-se também diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos; para as Mulheres sem profissão, observou-se uma média de $34,87 \pm 9,64$ para o grupo AF ($n=15$) e de $48,78 \pm 9,64$ para o grupo DF ($n=18$), tendo-se obtido um valor de $p=0,000$, verificando-se novamente diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Gráfico VI). Em relação aos científicos, técnicos e artísticos; pessoal de comércio e vendedores; e agricultores não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à prática de actividades dos tempos livres, o grupo AF ($n=22$) apresentou uma média de $35,77 \pm 10,07$ e o grupo DF ($n=61$) de $52,84 \pm 6,24$, tendo-se obtido um $p=0,000$, verificando-se desta forma diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Relativamente à não prática de actividades dos tempos livres, o grupo AF ($n=12$) apresentou uma média de $35,42 \pm 7,77$ e o grupo DF ($n=18$) de $48,50 \pm 6,22$, tendo-se obtido um $p=0,000$, verificando-se também diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Gráfico VII).

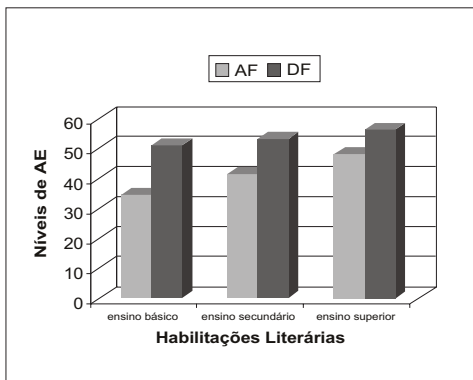


Gráfico V – Habilitações literárias.

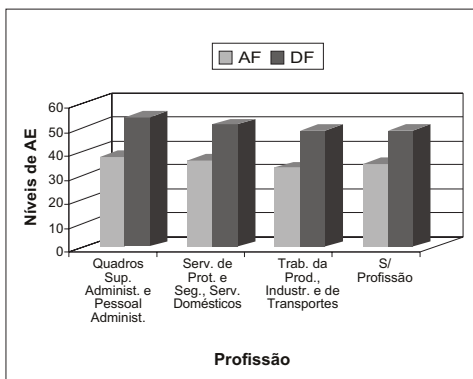


Gráfico VI – Profissão.

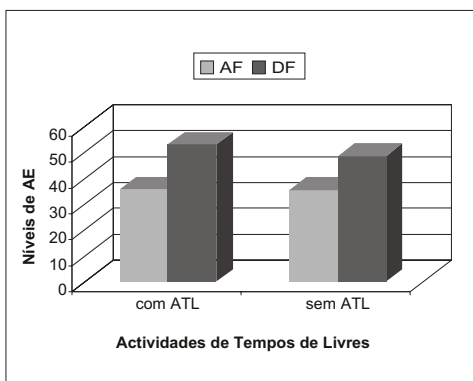


Gráfico VII – Actividades de tempos livres.

5. DISCUSSÃO

Em Fisioterapia – RUG, investigar e projectar um estudo na área da IU da Mulher, relativamente à sua influência sobre a AE, como foi o propósito deste estudo, implica um planeamento de abordagens, cada uma das quais envolvendo processos aplicáveis em função dos contextos e da individualidade de cada Mulher.

Na conduta desta conceptualização, este estudo debruçou-se na análise comparativa da AE de Mulheres com diagnóstico de IU que realizaram a Fisioterapia – RUG (grupo DF) e das que ainda não tinham realizado (grupo AF), tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas, relativamente à AE entre os dois referidos grupos, ou seja, as Mulheres do grupo DF apresentavam melhores níveis de AE comparativamente com as Mulheres do grupo AF.

A interpretação dos resultados realizada permitiu assim, confirmar questões iniciais nesta investigação e que tinham sido suscitadas pela prática profissional e revisão bibliográfica, onde nesta última, os resultados corroborados por determinados autores^(10,14,15,51,52,69-73,84,85) revelaram que a Fisioterapia – RUG influencia a promoção dos níveis de AE em Mulheres com IU, sendo esses resultados coincidentes com os obtidos neste estudo.

É ainda de realçar que, relativamente à AE, as Mulheres pertencentes ao grupo DF (n=8) que ainda apresentavam IU, possuíam contudo, melhores níveis de AE quando comparadas com as Mulheres com IU pertencentes ao grupo AF (n=34), resultados esses que vão de encontro aos estudos realizados por autores^(10,13,51,69)

que defendem que a Fisioterapia – RUG influencia a AE em Mulheres com IU.

Não esquecendo que a AE é um constructo multidimensional dependente de vários domínios, e que numa dimensão quotidiana, as coordenadas culturais e ambientais de contexto de vida biológica e afectiva, próprias da pessoa humana, têm as suas repercussões no desenvolvimento psíquico, físico e social das Mulheres com IU^(3,8,12,14), achou-se pertinente investigar possíveis comparações entre as variáveis AE, Fisioterapia – RUG e IU e as variáveis Idade, Estado civil, Habilitações literárias, Profissão e Actividades de tempos livres.

É de realçar que, independentemente da idade, as Mulheres pertencentes ao grupo DF apresentavam sempre uma média de AE superior, quando comparadas com o grupo AF; facto este que, mais uma vez pode evidenciar a influência favorável da Fisioterapia – RUG na promoção de AE das Mulheres, independentemente da classe etária à qual pertencem^(48,59,66).

Os resultados obtidos evidenciaram, também, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade cronológica e a AE, resultados esses convergentes com estudos efectuados em Portugal, que apontam para a ausência de associação entre a idade cronológica e AE global^(26,37,77).

Embora se tenha verificado que existiam diferenças estatisticamente significativas para Mulheres casadas; com um grau de escolaridade de ensino básico, secundário e superior; pertencentes aos quadros superiores administrativos e pessoal administrativo, aos serviços de protecção e serviços domésticos, aos trabalhos de pro-

dução, industriais e de transportes; às Mulheres sem profissão, e às praticantes ou não de actividades de tempos livres, não é possível extrapolar para possíveis conclusões, uma vez que em toda a pesquisa bibliográfica efectuada, não foram encontrados autores que relacionassem especificamente essas variáveis com as variáveis AE, Fisioterapia – RUG, IU. Não obstante, poder-se-á pressupor que, o facto de as Mulheres serem casadas, ou seja, terem em princípio uma estrutura familiar, conferindo-lhes influência de pares, hábitos familiares e rede de suporte social, influenciará o seu conceito de qualidade de vida envolvendo o bem-estar psíquico e físico, as percepções de bem-estar, a satisfação pessoal e a AE, pressuposto este já defendido pelos autores Bowling⁽⁸⁶⁾, 1991; Steptoe & Wardle⁽⁸⁷⁾, 1996; Conner & Norman⁽⁸⁸⁾, 1996. No entanto, relativamente às habilitações literárias, à profissão e às Actividades de tempos livres, os estudos desses mesmos autores revelaram conclusões contrárias às obtidas neste estudo, pois, segundo os mesmos, um melhor nível sociocultural; um estatuto profissional que confira melhores recursos socioeconómicos e a prática de Actividades de tempos livres que permita uma melhor expressão emocional e física, podem traduzir-se, assim, em satisfação pessoal e bem-estar.

No essencial, este estudo confirma as conclusões a que se tem chegado por várias investigações feitas nesta área, sendo de realçar os aspectos psicossociais da IU focados na revisão bibliográfica e que, devem constituir matéria privilegiada no desenvolvimento curricular em Fisioterapia da Saúde da Mulher que, a par de ou-

tros conteúdos, que confirmam competências instrumentais e cognitivas, devem ser transponíveis para as áreas de intervenção do Fisioterapeuta, de forma a comportar uma dimensão acção, uma dimensão investigação e uma dimensão formação.

6. CONCLUSÕES

Após a realização deste estudo e face ao objectivo nele proposto, pode concluir-se que a Fisioterapia – RUG influencia favoravelmente a promoção da AE em Mulheres com IU, pois quando comparado o grupo de Mulheres com IU que não tinham realizado a Fisioterapia – RUG (AF), com o grupo de Mulheres que já a tinham realizado (DF), obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à AE, ou seja, no grupo das mulheres que já tinham realizado a Fisioterapia – RUG (AF), os níveis de AE eram mais elevados.

Paralelamente a um domínio progressivo da manifestação da IU, os Fisioterapeutas devem mostrar-se cada vez mais sensíveis à criação de oportunidades de prevenir, não só as perturbações físicas, mas também e sobretudo, as psicológicas e emocionais, que resultam da condição IU. Deste modo a evolução de um conceito de Saúde voltado para o bem-estar e baseado numa atenção muito especial sobre o comportamento das Mulheres com IU e dos Fisioterapeutas terá que implicar, nos próximos anos uma dedicação de equipa à problemática da investigação desta área.

Esta realidade terá de ser encarada

sempre que forem transmitidas, no contexto da IU as relações das Mulheres, de modo a fazer prevalecer os conceitos de consciencialização para a Saúde e a fazer aceitar, pela comunidade, inequivocamente, a IU como uma condição possível de se tratar, no sentido da promoção de Saúde e consequentemente na promoção da AE da Mulher.

Sugere-se de futuro um estudo no qual a AE seja avaliada de uma forma longitudinal e que paralelamente ao instrumento que foi aplicado, seja usado outro que avalie o auto-conceito e a auto-imagem.

Abstract

For the last years has been an increasing interest about the consequences related with the urinary incontinence with special attention to the psychosocial components by these problems.

Objective: The purpose of this study was to investigate the relationship between the self-esteem levels in women with the urinary incontinence who don't effectuate physiotherapy – re-education urogynecologic compared with the patients who effectuate physiotherapy – re-education urogynecologic.

Method: It was done a comparative study to one sample of 113 women with urinary incontinence diagnosis of the urogynecologic department of the physic and rehabilitation medicine service of Hospital S. João population, and also was applied "The Rosenberg Self-Esteem Scale" (RSES). In the statistic analysis, it was used a parametric test (test t) for two independents samples to compare the average.

Results: It proves to be true significative statistic differences, relating to self-esteem, on the group of women with urinary incontinence diagnosis that don't effectuate physiotherapy and the group of women effectuate physiotherapy – re-education urogynecologic.

Conclusion: With this study allow us to conclude that physiotherapy – re-education urogynecologic has a favourable influence on the self-esteem promotion in women with urinary incontinence.

The results from this study are encouraging in the way to proceed in some aspects also relevant in the investigation of physiotherapy – reeducation urogynecologic at the intra and interpersonal level of the women with urinary incontinence.

Key-words: Self-Esteem; Urinary Incontinence; Women; Physiotherapy; Re-education Urogynecologic.

BIBLIOGRAFIA

1. Barros H, Mateus P, Natividade P. Prevalência e gravidade de incontinência urinária em mulheres do Porto. *Arquivos de Medicina* 1999; 13 Suppl 5: 16-19.
2. Dias JA. Incontinência urinária e bexiga hiperactiva – Prevalência e distribuição na população Portuguesa, apresentado no Curso de Incontinência Urinária no Instituto de Ed. Médica nos dias 25, 26 e 27 de Março de 1999 (artigo no prelo).
3. Mascarenhas T, Coelho R. Quality of life and psychological factors of urinary incontinence. In: Appell RA, Boucier AP, La Torre, F. *Pelvic floor dysfunction – Investigations & Conservative treatment*. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale 1999; 423-427.
4. Simeonova Z et al. The Prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(6): 546-551.
5. Berghmans LCM et al. Conservative treatment of urge urinary incontinence women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU International* 2000; 85: 254-263.
6. Diokno AC. Epidemiology of urinary incontinence. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2001; 56A(1): M3-M4.
7. Stanhope M, Lancaster J. Problemas e abordagens de saúde à família e ao indivíduo. In: *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 1ª ed. Lisboa: Lusociência; 1999. P. 602-615.
8. Steeman E, Defever M. Urinary incontinence among elderly persons who live at home. *Nursing Clinics of North America* 1998; 33(3): 441-55.

9. Kelleher C. Epidemiology and classification of urinary incontinence. In: Cardozo L, editors. *Urogynecology*. Philadelphia: Churchill Livingstone; 1997; P.3-23.
10. Ashworth PD, Hagan MT. Some social consequences of non-compliance with pelvic floor exercises. *Physiotherapy* 1993; 79: 465-471.
11. Wyman J. The "costs" of urinary incontinence. *European Urology* 1997; 32 Suppl 2: 13-19.
12. Wyman JF, et al. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 1987; 70(3): 378-81.
13. O' Donnell P. Incontinence in the elderly. In: Appell RA, Bourcier AP, La Torre F. *Pelvic floor dysfunction - Investigations & conservative treatment*. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale 1999: 85 - 91.
14. Mahony C. The impact of continence problems on self-esteem. *Nursing Times* 1997; 93(52): 58-60.
15. Lagro-Jansen T, Smits A, Van Weel C. Urinary incontinence in women and the effects their lives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1992; 10(3): 211-16.
16. Heller BR, Whitehead WE, Johnson LD. Incontinence. *Journal of Gerontological Nursing* 1989; 15(5): 16-23.
17. Ashworth PD, Hagan MT. The meaning of incontinence: a qualitative study of non - geriatric urinary incontinence sufferers. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18(9): 1415-23.
18. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community - analysis of a MORI poll. *British Journal of Urology* 1993; 306(6881): 832-4.
19. Brown J. Self-esteem and self evaluation: is feeling is believing. In JS. Editors. *Psychological perspectives on self - the self in social perspective*. New Jersey: Erlbaum Associates Publisher 1993; 27-71.
20. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. New York: Princeton University Press; 1965.
21. Rosenberg M. *Conceiving the self*. New York: Basic Books; 1979.
22. Rosenberg M. *Conceiving the self* (reedition). Florida: Kruger Publishing Company; 1986.
23. Baumeister R. Prefácio do livro *Self-esteem, the puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press; 1993.
24. Fox KR, editors. *The physical self - from motivation to well being*. England: Human Kinetics; 1997.
25. Pelham BW, Swann SB. From self - conceptions to self - worth on the sources and structure of global self - esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(4): 672-680.
26. Baptista PMF. *Satisfação com a imagem corporal e auto-estima. Estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física*. Dissertação apresentada para provas de mestrado no ramo de Ciências do Desporto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Edição do Autor; 1995.
27. Hines S, Groves D. Sports competition and its influence on self-esteem development. *Adolescence* 1989; 34: 861-2.
28. Vaz Serra A. A Importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica* 1986; 7 (2): 57 - 66.
29. Campell J. Self-esteem and clarity of self - concept. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 3: 538-549.
30. Weiss MR. Self-esteem and achievement in children's sport and physical activity. In: Gould D, Weiss MR, editors. *Advances in Pediatric Sport Sciences*. Champaign: Human Kinetics Publishers, Inc.; 1987; 2: 87-120.
31. Weiss MR. Psychological effects of intensive sport participation on children and youth: self-esteem and motivation. In: Cahill BR, Pearl A J editors. *Intensive Participation in Children's Sports*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers; 1993, P.39-70.
32. Fleming JS, Courtney BE. The dimensionality of self - esteem II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 46(2): 404-421.
33. McMartin J. *Personality Psychology - student centered approach identity and self-esteem*. London: Sage Publications 1995; 96-117.
34. Bruce A. *Handbook of self-concept: developmental, social, and clinical considerations*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1996. P. 1-209, 374-420.
35. Blascovich J, Tomaka J. Measures of self-esteem. In: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS, editors. *Measures of personality and social psychological attitudes*. 30th ed. Ann Arbor: Institute Social Research; 1993. P. 115-160.
36. Rosenberg M. et al. Global self- esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review* 1995; 60: 141-156.
37. Abrantes HMN. *Satisfação com a imagem corporal, auto-estima e actividade física. Estudo comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos*. Dissertação apresentada para provas de mestrado no ramo de Ciências do Desporto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Edição do Autor; 1998.
38. Berghmans LCM, et al. Physiotherapeutic management for genuine stress incontinence. In Appell RA, Bourcier AP, La Torre F. *Pelvic floor dysfunction - Investigations & Conservative treatment*. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale 1999: 351-367.
39. Hines S, Groves D. Sports competition and its influence on self-esteem development. *Adolescence* 1989; 34: 861-2.
40. Godin P, Leval N. Self-esteem and achievement in sport. *Actas do 8º Congresso Mundial de Psicologia Desportiva, Psicologia do Desporto: uma perspectiva integrada* 1993; p.558-61.
41. Vaz Serra A. Auto-Conceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica* 1987; 8(3): 143-146.
42. Tesser A, Campell J. Self definition: the impact of the relative performance and similarity of others. *Social Psychology Quarterly* 1980; 43: 341-347.
43. Jetten J, Branscombe NR, Spears R. On being peripheral: effects of identity insecurity on personal and collective self-esteem. *European Journal of Social Psychology* 2002; 32: 105-123.
44. Luhtanen R, Crocker J. A collective self-esteem scale: self evaluation of one's social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1992; 18(3): 302-318.
45. Bo K, et al. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises electrical stimulation, vaginal cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in woman. *BMJ* 1999; 318: 487-493.
46. Bo K. Physical activity, fitness and bladder control. In Bouchard et al. *Physical activity, fitness and health*. Human Kinetics Publish 1994.
47. Bo K, et al. Long-term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. *Obstetrics and Gynecology* 1996; 87(2): 261-4.
48. Samuelsson E, et al. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years - Prevalence, well - being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 74-80.
49. Maggi S, et al. Prevalence rate of urinary incontinence in community - dwelling elderly individuals: the Veneto study. *Journal of Gerontology Medical Sciences* 2001; 56A(1): M14-M18.
50. Sengler J, Minaire P. Epidémiologie et conséquences psycho-sociales de l'incontinence urinaire. *La Revue du Practicien* (Paris) 1995; 45: 281-4.
51. Berghmans LCM, et al. Physiotherapeutic management for genuine stress incontinence. In Appell RA, Bourcier AP, La Torre F. *Pelvic floor dysfunction - Investigations & Conservative treatment*. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale 1999: 351-367.
52. Berghmans LCM, et al. Guidelines for the physiotherapeutic management of genuine stress incontinence. *Physical Therapy Reviews* 1998; 3: 133-147.
53. Bo K. Reproducibility of instruments designed to measure subjective evaluation of female stress urinary incontinence. *Scand. J Urol Nephrol* 1994; 28: 97-100.
54. Iglesias FJ, et al. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2000; 55 (4): M207-M214.
55. Costa P, Mottet N. Assessing the impact of urinary incontinence in a female population. *Eur Urol* 1997; 32 (Suppl 2): 25-27.
56. Bourcier AP. Physical therapy for female pelvic floor disorders. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 1994; 6(4):331-5.
57. Datillo J. A long term study of patient outcomes with pelvic muscle re-education for urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2001; 28(4): 199-205.
58. Unsworth J. Stress incontinence: treatment using pelvic floor re-education. *Br J Nurs* 1995; 4(6):323-4, 326-7.
59. Høltedahl K, et al. A population based, randomised, controlled trial of conservative treatment for urinary incontinence in Women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77:671-677.
60. Weinberger MW, et al. Long-term efficacy of nonsurgical urinary incontinence treatment in elderly women. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1999; 54A(3): M117-M121.
61. Bo K, et al. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine

- stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:598-603.
62. Dugonon P, et al. Reeducação de l'incontinence urinaire. *La Revue du Practicien* (Paris) 1995; 45: 322-7.
 63. Alewijnse D, et al. Predictors of intention to adhere to physiotherapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res* 2001; 16(2): 173-86.
 64. Cammu H, et al. A 10-years follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *British Journal of Urology Int* 2000; 85(6): 655-8.
 65. Truijen G, et al. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: who will benefit? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12(6): 386-90.
 66. Bidmead J, Cardozo L. Pelvic floor changes in the older woman. *British Journal of Urology* 1998; 82(Suppl 1): 18-25.
 67. Bo K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence. An exercise physiology perspective. *International Urogynecology Journal* 1995; 6: 282-291.
 68. Sengler J. Rééducation de la personne âgée incontinence. In: Serment G. *Prise en charge pratique de l'incontinence urinaire*. Marseille: Santé Communication; 1998. P. 201-4.
 69. Bourcier AP. Aims of pelvic floor rehabilitation, selection of patients. In Appell RA, Bourcier AP, La Torre F. *Pelvic floor dysfunction – Investigations & Conservative treatment*. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale 1999: 201-217.
 70. Carrière B. Fitness for the pelvic floor. Thieme. New York 2002: 2.
 71. Serra Llosa L. Fisioterapia perineal. In: Casado, J. S. & González, M. R. *Tratado de Reeducação en Urogineproctologia*. Espanha: Abbott Urologia; 1997. P. 263-292.
 72. Seim A, et al. Management in general practice significantly reduced incontinence. *Quality of Life Research* 1997; 6: 257-67.
 73. Naughton M, Wyman J. Quality of Life geriatric patients with lower urinary tract dysfunction. *American Journal of the Medical Sciences* 1997; 314(4): 219-27.
 74. Marchand H. *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
 75. Faria L, Silva S. Efeitos do exercício na promoção do auto-conceito. 1999 (artigo no prelo da *Psychologica*).
 76. Rogers M, Evans W. Changes in skeletal muscle with training. *Exercise and Sport Science Reviews* 1993; 21: 65-102.
 77. Lopes DNF. *Aptidão física e auto-estima: um estudo em adultos idosos dos dois sexos do concelho de Matosinhos envolvidos em actividades físicas regulares*. Dissertação apresentada para provas de mestrado no ramo de Ciências do Desporto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Edição do Autor; 1996.
 78. Silva SML. *Efeitos da actividade física na promoção do auto – conceito: dimensão física, social e de auto-estima global*. Dissertação apresentada para provas de mestrado no ramo de Ciências do Desporto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Edição do Autor; 1996.
 79. Vasconcelos O. *A imagem corporal no período peripubertário. Comparação de três grupos étnicos numa perspectiva biocultural*. Dissertação apresentada para provas de doutoramento no ramo de Ciências do Desporto, especialidade de Antropologia do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto: Porto. Edição do Autor; 1995.
 80. Melnick M, Morkerjee S. Effects of advanced weight training on body - cathexis and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills* 1991; 72: 1335-1345.
 81. Kech LK, Bracken BA. Self-concept instrumentation: A historical and evaluative review. In: Bracken BA, editors. *Handbook of self-concept. Developmental, social and clinical considerations*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1996. P. 91-170.
 82. Sonstroem JR, Potts SA. Life adjustment correlates of physical self – concepts. *Medicine and Science in sports and exercise* 1996; 28(5): 619-625.
 83. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.; 2000.
 84. Fonda D, Woodward M, D'Astoli M, Chin WF. Sustained improvement of subjective quality of life in older community-dwelling people after treatment of urinary incontinence. *Age Ageing* 1995; 24: 283-86.
 85. Rosenzweig BA, et al. Stress incontinence in women – Psychological status before and after treatment. *J Reprod Med* 1991; 36: 835-38.
 86. Bowling A. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press; 1991.
 87. Steptoe A, Wardle J. The European health and behaviour survey: the development of an international study in health psychology. *Psychology of Health* 1996; 11: 49-73.
 88. Conner M, Norman P. The role of social cognition in health behaviours. In: Norman P, editors. *Predicting health behaviours: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press; 1996. P. 1-22.

