**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Incontinência urinária no climatério: prevalência,
fatores associados e impacto na qualidade de vida**

Máyra Cecilia Dellú

**São Paulo
2015**

Incontinência urinária no climatério: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida

Máyra Cecilia Dellú

Tese apresentada ao Programade Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Aldrighi.

Versão corrigida

**São Paulo
2015**

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, em especial aos meus pais Duílio e Célia, ao meu amor Eduardo, e aos meus filhos, Emanuelle e João Felipe que com muito carinho, apoio e compreensão não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me mantém com força e fé para seguir, ilumina meus caminhos e me conduz nos difíceis momentos desta jornada.

À Universidade de Taubaté pelo apoio financeiro e logístico para concretização deste sonho.

À FAPESP pelo financiamento desta pesquisa.

Ao meu orientador Professor Doutor José Mendes Aldrighi pela oportunidade, confiança, paciência, dedicação, ensinamentos acadêmicos éticos e momentos desafiadores que me fizeram crescer como pesquisadora.

À querida Professora Doutora Maria Regina Alves Cardoso que com delicadeza, sabedoria e otimismo me ajudou a vencer obstáculos, principalmente os estatísticos, fazendo tudo parecer mais leve e simples. Pessoa e profissional fascinante.

À Professora Doutora Ana Carolina Basso Schmitt por tantos anos de convivência aprendizado e amizade.

Aos meus amados pais Célia e Duílio Santos agradeço eternamente por todas as possibilidades de continuar meus estudos, mostrando-me que absolutamente nada é impossível quando se tem objetivos de vida. Exemplos de amor, sabedoria, dedicação e persistência.

Ao meu amor Eduardo Dellú com quem partilho minha vida e de quem sempre senti segurança por sua compreensão, auxílio e paciência que me permitiram seguir com tranquilidade e sensatez na correria desses anos.

Aos meus filhos Emanuelle Dellú e João Felipe Dellú, bênção divina em minha vida, que foram privados do meu tempo em vários momentos, meu carinho e amor.

Às minhas companheiras fiéis de pós-graduação Elaine Pereira e Wendry Paixão. Elementos fundamentais de união, cumplicidade, amizade e superação coletiva e contínua.

À minha amiga Karla Cavalcante que dividiu comigo as angústias, me ajudou a renovar a fé em momentos difíceis desse processo, estendeu a mão em momentos de desespero e torceu pela finalização dessa etapa.

À minha amiga Wendry Paixão pelo incentivo, carinho, momentos de entusiasmo, apoio e, sobretudo, pela grande amizade.

À minha querida amiga e Professora Doutora Elaine Bicudo pelo primor na correção do texto em inglês.

À entrevistadora Priscila Paixão, em nome da qual agradeço toda a equipe de campo, essencial, guerreira, perseverante, ativa e desbravadora nesta pesquisa.

Às minhas colegas de trabalho, em especial as minhas parceiras Érika Flauzino e Luciana Camargo pelo suporte pessoal e profissional no percurso acadêmico.

À minha prima Patrícia Santos e aluna Juliana Bauman pelo apoio prático na digitação e conferência do trabalho.

A professora Tereza Cristina Camargo pela gentileza na correção da redação e ortografia do trabalho.

Aos funcionários da FSP/USP em especial a Renilda, Carmen e Larapela atenção, colaboração e acolhimento.

À Secretária de Saúde de Pindamonhangaba, Dra Sandra Tutihashi, em nome da qual agradeço a Secretaria de Saúde e as Equipes de Saúde da Família do município pela aceitação e suporte logístico à pesquisa.

À enfermeira Veraniza do Prado e a assessora Marilda Ozier pelo elo entre as Equipes de Saúde da Família e as pesquisadoras.

À Dra Shirley Abreu, em nome da qual agradeço a equipe do Laboratório de Análises Clínicas pela coleta e análise das amostras sanguíneas.

Às mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família, voluntárias da pesquisa, que confiaram sua história de saúde a nós e nos permitiram avançar cientificamente. Meu respeito e gratidão!

Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer.

Albert Einstein

RESUMO

DELLÚ, MC. **Incontinência urinária no climatério: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida.** [Tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução - A saúde da mulher no climatério tem sido amplamente investigada e discutida, não só pelas repercussões clínicas que afetam a vida das mulheres, mas também pelo significativo impacto para a saúde pública. A literatura brasileira é escassa em inquéritos populacionais sobre a incontinência urinária (IU) no climatério que, apesar de não expor as mulheres a risco, promove significativo impacto sobre a qualidade de vida que pode estender-se para as atividades da vida diária, prática de exercício, função sexual e relações interpessoais. **Objetivo** - Estimar a prevalência e identificar os possíveis fatores associados à IU e ao impacto da perda urinária em mulheres climatéricas. **Método** - Por meio de amostragem aleatória estratificada foram selecionadas 1200 mulheres, entre 35 a 72 anos, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Pindamonhangaba - SP, 2014. As variáveis dependentes foram a IU e o impacto da perda urinária - pesquisadas por meio do ICIQ-SF e KHQ - e as independentes - fatores epidemiológicos e clínicos - investigadas por meio de inquérito populacional, medidas antropométricas, coleta de sangue e urina. **Resultados** - Participaram do estudo 998 mulheres com média de 51,9 anos (DP=8,8 anos). As mulheres com IU tinham em média 52,8 (DP=9,2 anos), estavam na menopausa (62,5%), eram casadas (87,5%), católicas (48,9%) e declararam-se negras ou pardas (47,2%). A média da idade da menopausa das mulheres com IU foi de 47,3 anos (DP=5,8 anos). A prevalência de IU foi de 20,4% (IC_{95%}: 17,8% - 23,1%). Os fatores associados à IU foram perda urinária na gestação ($p<0,001$) e no pós-parto ($p<0,001$), prolapso genital ($p<0,001$), estresse ($p=0,001$), depressão ($p=0,002$) e obesidade ($p=0,006$). O impacto da IU foi relatado pela maioria das mulheres, sendo o aspecto social o mais impactado pelos diferentes tipos de incontinência. A frequência das perdas urinárias ($p=0,005$), o uso de protetor ($p=0,011$) e o controle da ingesta líquida ($p=0,038$) foram os maiores incômodos. **Conclusão** - A prevalência de IU foi semelhante à encontrada em outros estudos. Os fatores associados à gênese da IU foram a perda urinária na gestação e no pós-parto, o prolapso genital e a obesidade e as consequências foram a depressão e o estresse. A qualidade de vida sofreu interferência negativa para os aspectos sociais e medidas de gravidade nas mulheres com IU. Ao impacto da IU associaram-se a frequência das perdas urinárias, o uso de protetor e o controle da ingesta de líquido.

Palavras chave: prevalência, incontinência urinária, climatério, qualidade de vida.

ABSTRACT

DELLÚ, MC. **Urinary incontinence in climacteric: prevalence, associated factors and the impact on quality of life.** [Tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015. Portuguese.

Introduction - Women's health during climacteric has been widely investigated and discussed not only due to the clinical repercussions affecting women's lives, but also due to the significant impact on public health. The Brazilian literature is sparse in population surveys of urinary incontinence (UI) in climacteric. While not exposing women to risks, significant impact on quality of life can extend to the activities of daily living, exercise practice, sexual function and interpersonal relationships. **Objective** - To estimate the prevalence and identify associated factors with UI and with the impact of urinary loss in climacteric women. **Method** - In stratified random sample 1200 women between 35 to 72 years of age were selected. They were enrolled in the Family Health Strategy of the municipality of Pindamonhangaba - SP, 2014. The dependent variables were the UI and the impact of urinary loss - researched through the ICIQ -SF and KHQ. The independent ones were epidemiological and clinical factors, investigated through population survey, anthropometric measurements, blood and urine sampling. **Results** - The study included 998 women with a mean of 51.9 years (SD=8.8 years). Women with UI averaged 52.8 years (SD=9.2 years), were in menopause (62.5%), married (87.5%) and Catholic (48.9%), 47.2% declared themselves black or brown. The average age of menopause of women with UI was 47.3 years (SD=5.8 years). The prevalence of UI was 20.4% (CI_{95%}: 17.8% - 23.1%). The factors associated with UI were urinary loss during pregnancy ($p<0.001$) and after delivery ($p<0.001$), genital prolapse ($p<0.001$), stress ($p=0.001$), depression ($p=0.002$), and obesity ($p=0.006$). The impact of incontinence was reported by the majority of women, with the social aspect being the most affected by the different types of incontinence. The greatest inconveniences were the rate of loss ($p=0.005$), pad use ($p=0.011$) and control of fluid intake ($p=0.038$). **Conclusion** - The prevalence of UI was similar in other studies. The associated factors with the genesis of UI were urinary loss during pregnancy and after delivery, genital prolapse and obesity and the consequences were depression and stress. Quality of life suffered negative interference with social impact and severity measures in women with UI. The impact of IU was associated with frequency of urinary incontinence, pad use and control fluid intake.

Key words: prevalence, urinary incontinence, climacteric, quality of life.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	21
3 HIPÓTESES	22
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	23
4.1 LOCAL, POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA	24
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	25
4.4 PROCEDIMENTO DE CAMPO	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	30
5 RESULTADOS	31
5.1 ABRANGÊNCIA DO ESTUDO	31
5.2 PERFIL DA AMOSTRA PROSAPIN II E DAS MULHERES COM IU	32
5.2.1 Perfil sociodemográfico	32
5.2.2 História obstétrica	34
5.2.3 História ginecológica	34
5.2.4 Dados antropométricos	35
5.2.5 Concentração sérica e urina	36
5.2.6 Morbidades e uso de medicamentos	38
5.2.7 Hábitos de vida	40
5.3 PREVALÊNCIA DE IU	41
5.4 FATORES ASSOCIADOS À IU	42
5.5 QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES COM IU	45
5.6 FATORES ASSOCIADOS AO IMPACTO DA IU	48
6 DISCUSSÃO	53
7 CONCLUSÕES	62
8 REFERÊNCIAS	63

APÊNDICES	77
APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA	77
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
APÊNDICE C - CADERNO DE VARIÁVEIS	80
APÊNDICE D - ROTEIRO ANTROPOMETRIA PROSAPIN II	90
ANEXOS	91
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – PROSAPIN II	91
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – IU	94
ANEXO C - ICIQ – SF	95
ANEXO D - ICIQ-OAB	96
ANEXO E - KHQ	97
ANEXO F - ICIQ-VS	101
CURRÍCULO LATTES	104

Lista de tabelas

Tabela 1 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo as características sociodemográficas, Pindamonhangaba, 2014.	33
Tabela 2 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo a história obstétrica, Pindamonhangaba, 2014.	34
Tabela 3 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo a história ginecológica, Pindamonhangaba, 2014.	35
Tabela 4 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo as características antropométricas, Pindamonhangaba, 2014.	36
Tabela 5 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo a concentração sérica, Pindamonhangaba, 2014.	37
Tabela 6 - Dados laboratoriais de urina de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, Pindamonhangaba, 2014.	38
Tabela 7 - Prevalência das morbidades de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, Pindamonhangaba, 2014..	39
Tabela 8 - Perfil das mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo hábitos de vida, Pindamonhangaba, 2014.	40
Tabela 9 - Associação da IU com o perfil sociodemográfico das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.	42
Tabela 10 - Associação da IU com o perfil sociodemográfico, história ginecológica e obstétrica das mulheres do PROSAPIN II, pindamonhangaba, 2014.	43
Tabela 11 - Associação da IU com as morbidades das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.	44
Tabela 12 - Associação da IU com o uso de medicamento das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.	45
Tabela 13 - Modelo de regressão logística entre a IU e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.	45
Tabela 14 - Distribuição do escore da qualidade de vida das mulheres com IU, segundo os domínios KHQ, Pindamonhangaba, 2014.	46

Tabela 15 - Associação dos tipos de perda urinária com os diferentes domínios do KHQ das mulheres com IU, Pindamonhangaba, 2014.	47
Tabela 16 - Distribuição das mulheres com IU, segundo a frequência das perdas, quantidade perdida e impacto pelo ICIQ-SF, Pindamonhangaba, 2014.	48
Tabela 17 - Associação do impacto da IU com os fatores clínicos e medidas de gravidade, segundo ICIQ-SF, Pindamonhangaba, 2014.	50
Tabela 18 - Associação do impacto da IU com os fatores clínicos e medidas de gravidade, segundo KHQ, Pindamonhangaba, 2014.	51
Tabela 19 - Modelo de regressão logística dos fatores relacionados a IU que impactam a vida das mulheres, segundo o ICIQ-SF, Pindamonhangaba, 2014.	52
Tabela 20 - Modelo de regressão logística dos fatores relacionados a IU que impactam a vida das mulheres, segundo o KHQ, Pindamonhangaba, 2014.	52

Lista de figuras

Figura 1 - Fluxograma do planejamento do início do estudo.	27
Figura 2 - Fluxograma da Etapa I da coleta de dados.	28
Figura 3 - Fluxograma da Etapa II da coleta de dados.	28
Figura 4 - Fluxograma da Etapa III da coleta de dados.	29
Figura 5 - Fluxograma da abrangência do estudo.	31
Figura 6 - Prevalência de IU e seus subtipos crônicos nas mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.	41
Figura 7 -Distribuição da frequência dos sintomas urinários das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.	42
Figura 8 - Distribuição das mulheres com IU, segundo o impacto pelo ICIQ-SF e KHQ.	49
Figura 9 - Posição corporal para medida da estatura.	85
Figura 10 - Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.	86
Figura 11 - Posição da fita métrica para mensuração da circunferência do quadril.	86
Figura 12 - Valores de referencia para o exame de primeira urina da manhã.	89

Siglas utilizadas

ACS's	Agentes Comunitários de Saúde
DP	Desvio Padrão
EQS	Escore de Questões Sexuais
EQV	Escore para Qualidade de Vida
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESV	Escore de Sintomas Vaginais
ICIQ-OAB	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder</i>
ICIQ – SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
ICIQ-VS	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Vaginal Symptoms</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária por esforço
IUGA	<i>International Urogynecological Association</i>
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária por Urgência
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
PROSAPIN	Projeto de Saúde de Pindamonhangaba
SBH	Síndrome da Bexiga Hiperativa
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TH	Terapia Hormonal
USF	Unidades de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher no climatério tem sido amplamente investigada e discutida, não só pelas repercussões clínicas que afetam a qualidade de vida (QV) das mulheres, mas também pelo significativo impacto para a saúde pública.

O climatério é uma fase de vida da mulher decorrente da exaustão folicular ovariana, com consequente redução na produção de estrogênios e que pode resultar em sintomas desconfortáveis, como fogachos, distúrbios de humor, insônia, atrofia cutâneo mucosa e incontinência urinária (IU), além de sérios agravos à saúde como doenças cardiovasculares e osteoporose (MISHRA et al., 2010; ALDRIGHI et al., 2005)

Segundo a classificação didática de Notelovitz et al. (1988), o climatério tem início aos 35 e término aos 65 anos e se caracteriza por um progressivo quadro de hipoestrogenismo (ALDRIGHI et al., 2002). Um evento clinicamente característico desse período é a menopausa, última menstruação da vida da mulher, cujo diagnóstico é firmado após amenorréia em 12 meses consecutivos (NAMS, 2004).

Entretanto, como esse conceito de Notelovitz não era aceito universalmente, Gracia et al. (2005), após inúmeras investigações clínico-laboratoriais, concluíram que as alterações no ciclo menstrual que comumente ocorrem no climatério poderiam ser usadas como marcadoras de seu início, bem como de sua progressão, uma vez que elas se correlacionavam nitidamente com a concentração dos hormônios ovarianos mensurados diariamente.

A partir daí, introduziu-se o conceito de envelhecimento ovariano (*Penn Ovarian Aging Study*), processo contínuo de consumo folicular, que foi dividido em estágios, cada um com típicas alterações menstruais, o que permitiu que fosse estabelecido o diagnóstico clínico de cada estágio, a partir dessas mudanças no padrão menstrual.

Assim, os cinco estágios do envelhecimento ovariano propostos por Gracia et al. (2005) foram: fetal, infantil, reprodutivo, transição menopausal e pós-menopausa, sendo esses dois últimos correspondentes ao período do climatério referido inicialmente por Notelovitz.

O estágio reprodutivo tem início na menarca e se estende até os 36-37 anos, momento que começa o estágio da transição menopausal. Este último refere-se ao período de tempo em que ocorrem alterações endócrinas e com consequente variações na duração do ciclo menstrual. Tem início com o aparecimento de sutis irregularidades menstruais e termina como fim do período menstrual. Após amenorréia de 12 meses consecutivos estabelece-se a menopausa – última menstruação da vida da mulher – cujo diagnóstico é sempre retrospectivo e reflete a perda da função ovariana (NAMS, 2004). O estágio da pós-menopausa tem seu início a partir da menopausa e término no final da vida.

Segundo a Sociedade Norte Americana de Menopausa (2014) há, nesse período, a síndrome geniturinária definida como o conjunto de sintomas e sinais associados à diminuição nos níveis de estrogênio e outros esteróides sexuais que envolvem alterações dos grandes e pequenos lábios, clitóris, vestíbulo/intróito, vagina, uretra e bexiga. A síndrome pode incluir, mas não está limitada aos sintomas genitais de secura, ardor e irritação; sintomas sexuais de falta de lubrificação, desconforto ou dor, além do comprometimento da função sexual. Sintomas urinários como os de urgência, IU, disúria e infecção urinária de repetição também podem ser experimentados na menopausa. Essa síndrome pode ter um efeito negativo sobre a QV e estender-se para as atividades da vida diária, exercício, a função sexual e as relações interpessoais (SHIFREN e GASS, 2014).

A IU é um ponto chave também destacado pela Sociedade que afirma que aproximadamente 50% das mulheres de meia-idade relatam o problema, mas a vergonha e a falta de consciência sobre as opções de tratamento e prevenção da disfunção levam muitas mulheres a deixarem de procurá-los (SHIFREN e GASS, 2014).

Consoante a *International Urogynecological Association* (IUGA) e *International Continence Society* (ICS), IU é a “queixa de perda involuntária de urina” (HAYLEN et al., 2010), objetivamente demonstrável (ABRAMS et al., 2002), podendo resultar em problemas de ordem social ou de higiene e repercutir na saúde física, psicológica, ocupacional, doméstica e sexual; é ainda de alta morbidade, estressante e debilitante (TAMANINI et al., 2003; FELDNER JUNIOR et al., 2002). Exibe alta prevalência nos estágios da transição menopausal e pós-menopausa (SHAKHATREH e MAS’AD,

2006) e alcança cifras de até 73% em idosos (PASTORE et al., 2007; STENBERG et al., 1996).

Apesar da IU não expor a vida das mulheres a risco, promove significativo impacto sobre a QV (RETT et al., 2007) - maior do que o provocado por doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial (ROBLES, 2006). O impacto negativo da IU na QV de mulheres de meia idade é frequentemente apresentado pela literatura (LEGENDRE et al., 2014; PÉREZ-LÓPEZ et al., 2012; FIRDOLAS et al., 2012; RISS e KARGL, 2011). Ademais, para controlar o desconforto social e higiênico que gera o medo da perda urinária e a preocupação com o odor de urina, algumas estratégias são utilizadas como: o uso de protetores (absorventes), banhos e trocas de roupas íntimas com maior frequência e diminuição da ingestão hídrica (SALEH et al., 2005), principalmente quando o problema já está mais acentuado.

CrITÉRIOS de diagnóstico e derivação de mulheres com IU atendidas na atenção primária à saúde foram descritas em documento de consenso na Espanha (BERMUDEZ, 2013). Entretanto, as características da IU que mais incomodam ou se relacionam à gravidade dessa condição percebida pelas mulheres e que poderiam indicar critérios para a identificação dos insucessos de tratamento da atenção primária ainda não estão adequadamente analisadas na literatura.

Além disso, há uma inquietante repercussão econômica aos sistemas de saúde, como se depreende dos custos no Brasil em 2014, cujo gasto total com morbidades hospitalares em mulheres de 30 a 59 anos foi de aproximadamente R\$2.364 bilhões. Cerca de R\$ 183 milhões deste total foram dispendidos com doenças do aparelho geniturinário, sendo que 45% do total foi gasto na região sudeste. Cirurgias de prolapso genital feminino, uma das causas de IU inclusas do Capítulo da CID-10, geraram um custo de R\$ 15,8 milhões (8,7%) no referido ano (BRASIL, 2015).

As estimativas de prevalência de IU variam consideravelmente, oscilando entre 12% a 51%, a depender do conceito de IU, método usados, critérios de inclusão como faixa etária, etnias e o tipo de incontinência estudado (REBASSA et al., 2013; AHMED et al., 2013; HUNSKAAR et al., 2003; HAILLOT et al., 2002; HANNESTAD et al., 2000).

Quanto ao conceito dos diferentes tipos de IU, Haylen et al. (2010) apresentaram documento de consenso da terminologia das disfunções do assoalho pélvico. A incontinência urinária de esforço (IUE) é a perda urinária concomitante a situações de esforço como tossir, espirrar e realizar atividades físicas. A incontinência urinária por urgência (IUU) é a perda urinária posterior ao desejo miccional imperioso e repentino e de difícil adiamento. A incontinência urinária mista (IUM), por sua vez, é a adição das duas situações acima descritas. Os autores também descrevem a Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) que inclui a urgência urinária geralmente acompanhada de aumento da frequência urinária e noctúria, com ou sem IUU, na ausência de infecção do trato urinário ou outra doença aparente.

Considerando a IU de maneira geral, estima-se que sua incidência anual na Europa seja entre 5 a 10% durante a menopausa. Em Londres, um estudo de coorte acompanhou anualmente durante sete anos 1.211 mulheres entre 48 e 59 anos e verificou que mulheres na perimenopausa têm 1,39 chance maior de desenvolver IU (LEGENDRE et al., 2012).

Para mulheres idosas, essa situação torna-se ainda mais grave, pois se associa ao fim de sua vida produtiva, falta de controle do seu corpo, rejeição da sociedade e parentes, além da dependência de familiares. O convívio social deixa de ser prazeroso e passa a se caracterizar como algo tímido e desconfortante (FREDERICO et al., 2007).

Análise da prevalência e fatores associados à IU entre idosos no Município de São Paulo constatou prevalência de IU de 26,2%, identificando como fatores associados a depressão, o sexo, a idade avançada e a limitação funcional (TAMANINI et al., 2009).

No Brasil, dados sobre prevalência de IU em mulheres de meia idade em geral se relacionam com a IUE e mostram valores entre 8 a 48% (SACOMORI et al., 2013; MACHADO et al., 2013; SANTOS e SANTOS, 2010; BORBA et al., 2008; HIGA e LOPES, 2005; FELDNER JUNIOR et al., 2002; MOLLER et al., 2000; MENDONÇA et al., 1997). Possivelmente, nessa faixa etária, a IU justifica-se pelo hipostrogenismo, provavelmente o responsável pela instalação de prolapsos genitais e alterações urinárias após a menopausa (SARTORI et al., 1999).

O primeiro inquérito domiciliar sobre IU no Brasil foi conduzido por Guarisi et al. (2001a) que, ao estudarem a prevalência de IUE e os fatores associados em 456 mulheres climatéricas (45 a 60 anos) na cidade de Campinas - SP, constataram IUE de 35%, na faixa etária de 45 a 49 anos, 34,7% na de 50 a 54 anos e 29,3% na de 55 a 60 anos, além de mostrarem que a incidência da IU na mulher aumenta com a idade e atinge 25% das mulheres após a menopausa e que somente 59% delas procuravam cuidado, pois acreditavam que tal sintoma não merecia atenção.

Em 2010 um estudo populacional com 336 mulheres acima de 20 anos no município de Dourados – MS encontrou prevalência de 21,4% para IUE, a qual se associou à histerectomia e ao aumento de peso. As mulheres portadoras de IUE desse estudo consideraram muito grave o comprometimento da afecção na QV (GOMES e SILVA, 2010).

Em 2012, Machado et al. investigaram multimorbidades em 377 mulheres de 40 a 65 anos em Campinas-SP e encontraram prevalência IU de 23,2%. Também no município de Campinas, em 2014, 622 mulheres com 50 anos ou mais foram estudadas e a IU apresentou-se em 52,3% delas (REIGOTA et al., 2014).

Em São Luís do Maranhão um estudo de conglomerado domiciliar foi realizado em 2012 com 1.180 mulheres climatéricas e encontrou prevalência de 15,3% da IUE, porém este tipo de IU não foi associado a nenhum dos dados sociodemográficos e ginecológicos avaliados (BRITO et al., 2012).

Também outros fatores de risco estão relacionados à IU e mostram-se diferentes a depender do tipo de incontinência. Assim, o progredir da idade, o diabetes, as infecções do trato urinário associam-se à IUU (BROWN et al., 1999), mas a relação da idade com a IUU não é clara. Possíveis explicações estariam nas mudanças vasculares e nervosas que afetam os mecanismos de controle da bexiga.

Na IUE, os fatores de risco relacionados em geral são a raça branca, o aumento do índice de massa corpórea (IMC) e relação cintura-quadril que também são citados como predisponentes à IUM. Entre outros fatores de risco comumente descritos e associados ao desenvolvimento de IU destacam-se o parto vaginal devido aos danos na musculatura e inervação locais, partos traumáticos com o uso de fórceps e/ou episiotomias, multiparidade, gravidez em idade avançada, além do tabagismo e da menopausa (SENSOY et al., 2013; PÉREZ-LÓPEZ et al., 2012; DIVANI et al., 2011; SUBAK et al., 2009a; FERNANDO e SULTAN, 2004; SZE et al.,

2002; FAÚNDES et al., 2001). Na Suécia, uma coorte de dez anos observou quase cem mil mulheres para identificar o risco da IUE e a realização de cirurgia de prolapso genital entre as que realizaram somente parto vaginal comparadas aquelas com cesariana exclusiva. Os autores identificaram que mulheres com partos vaginais exclusivamente tem 2,9 vezes a chance de apresentar IUE e cirurgia de prolapso genital. (LEIJONHUFVUD et al., 2011).

Curiosamente, a perda de urina, que afeta negativamente a vida de muitas mulheres (CHUN et al., 2011) e gera um problema de saúde pública, não é relatada por grande porcentagem delas e a disfunção só pode ser detectada por meio de investigação objetiva (GUARISI et al., 2001b). Poucas são as informações publicadas do porquê desse fato, mas a não consideração do sinal e sintoma “incontinência urinária” como uma situação anormal (EL-AZAB e SHAABAN, 2010) e as baixas expectativas sobre os benefícios dos tratamentos são algumas das possíveis explicações para as mulheres não procurarem ajuda médica (TEUNISSEN et al., 2005). Nos EUA somente 25% das mulheres incontinentes procuraram tratamento para o problema e se observou que o nível de tolerância delas para essa condição incômoda é bastante grande (VAN GEELEN et al., 2000).

Sensoy et al. (2013) em estudo transversal investigaram 1050 mulheres entre 20 e 80 anos e identificaram que, embora 95,5% delas tivessem relatado impacto negativo da IU na sua QV, 64,7% não receberam nenhum cuidado para o problema, principalmente pela idade avançada, pelo constrangimento em relatar o desconforto e em ser examinada, além de não o considerar um problema relevante.

Essa baixa procura por tratamento sugere a necessidade de mais informações a respeito desse agravo e mais atenção às providências nos cuidados com a saúde (SENSOY et al., 2013; MOURÃO et al., 2008), confirmando os achados de Guarisi et al. (2001b) que relataram falta de informação em todos os grupos socioeconômicos e em todas as idades. Por isso, o diagnóstico e tratamento da IU devem ser incentivados por parte dos profissionais de saúde.

Nos últimos anos a terapêutica clínica, como exercícios específicos para o assoalho pélvico, treinamento comportamental, estimulação elétrica superficial entre outras condutas para o tratamento da IU, vem ganhando maior destaque, em decorrência dos seus excelentes resultados, dos raros efeitos colaterais e da diminuição dos custos hospitalares (CAMARGO, 2002). Entretanto, muitas mulheres

ainda mantêm o errado conceito de que a IU e seus sintomas são condições inerentes ao envelhecimento (SHAW et al., 2007; HORROCKS et al., 2004) e acabam por se adaptar à situação incômoda da perda urinária involuntária.

Dessa forma, pode-se observar que, com relação à IU, muitas pesquisas têm verificado sua prevalência e investigado o impacto do envelhecimento ovariano e da idade no seu determinismo (ZHU et al., 2010); porém, no tocante à eclosão da IU e sua relação com condições clínicas das mulheres, ainda existem vazios que merecem ser avaliados. Ademais, no Brasil, escassos são os estudos populacionais por inquérito domiciliar que analisaram a prevalência, os fatores associados e o impacto da IU na vida das mulheres climatéricas.

Assim, frente a essas lacunas e o significativo impacto da IU em termos de Saúde Pública, motivamo-nos a estudar tais aspectos.

2 OBJETIVOS

- Estimar a prevalência de IU em mulheres no climatério.
- Identificar os possíveis fatores associados à IU.
- Avaliar a qualidade de vida das mulheres no climatério com IU.
- Identificar os possíveis fatores associados ao impacto da IU.

3 HIPÓTESES

- Espera-se que a prevalência de IU apresente-se alta no município de Pindamonhangaba uma vez que não há intervenção coletiva na rede assistencial básica.
- Fatores obstétricos como gestação, paridade, uso de fórceps e episiotomia; fatores ginecológicos como menopausa, infecções urinárias recorrentes e cirurgias; fatores clínicos como resistência insulínica, obesidade e hipovitaminose D estão associados a gênese da IU.
- A IU no climatério interfere negativamente em todos os aspectos da qualidade de vida da mulher.
- A frequência e a quantidade perdida são os fatores que mais impactam a IU.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

O PROSAPIN – Projeto da Saúde de Pindamonhangaba – teve início em janeiro de 2005, após o acordo de cooperação técnica científica entre a FSP/USP e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pindamonhangaba e foi reafirmado em 2014 entre as partes (Apêndice A).

O PROSAPIN I intitulado “Avaliação epidemiológica e clínica das mulheres no climatério da Estratégia de Saúde da Família de Pindamonhangaba/SP” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP Protocolo 1776. Essa parceria tecnocientífica possibilitou a formação de uma plataforma de pesquisa para esta e futuras pesquisas. O PROSAPIN I usou instrumentos validados para coleta de dados e contou com pessoal capacitado para o trabalho de campo. Houve controle de qualidade rigoroso e uso de métodos estatísticos adequados.

O PROSAPIN II, estudo analítico transversal (HULLEY, 2003) realizado em 2014, incluiu mulheres entre 35 a 72 anos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP sob parecer 312.957 (Anexo A).

O presente estudo investigou a IU no tocante à saúde das mulheres no climatério por meio de questionários específicos e validados para o português. Esta pesquisa pretendeu ampliar o conhecimento sobre essa disfunção geniturinária, considerando sua prevalência, os fatores associados e seu impacto na QV.

Este projeto de pesquisa seguiu todas as diretrizes elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde, presentes na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP sob protocolo 107.529 (Anexo B).

As participantes foram instruídas quanto a todos os procedimentos a serem realizados, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a participação como voluntária no estudo (Apêndice B). Aquelas que não sabiam ler tiveram seu termo lido por uma entrevistadora e a assinatura por impressão digital.

4.1 LOCAL, POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

Esta investigação foi conduzida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Pindamonhangaba - SP. A cidade situa-se na região central do Vale do Paraíba, leste do Estado de São Paulo. No último censo demográfico (2010) a população do município era de 154.082, sendo 79.712 mulheres (IBGE, 2013).

Segundo dados da Secretaria de Saúde, o município contava com uma rede assistencial básica composta de 21 equipes de Saúde da Família com cobertura de 39,9% (BRASIL, 2014).

A amostra do estudo PROSAPIN II foi probabilística e selecionada usando o procedimento de amostragem sistemática. Para a seleção da amostra, o sistema de referência foi constituído de todas mulheres entre 35 a 65 anos, cadastradas na ESF de Pindamonhangaba, no período da transição menopausal e pós-menopausa (ALDRIGHI et al., 2005), inicialmente ordenadas de acordo com a idade e com a unidade de saúde à qual elas estavam inscritas. Foram sorteadas 1200 mulheres, das quais participaram também as mulheres do PROSAPIN I acrescida da nova onda. Assim, formou-se a população de referência, composta por 9.202 mulheres de 35 a 72 anos. Todas as participantes antigas compuseram a nova amostra (657) e foram sorteadas 543 novas participantes, respeitando uma partilha proporcional.

Para caracterizar que a amostra do PROSAPIN II foi suficiente para responder os objetivos propostos desta pesquisa, foi também realizado o cálculo amostral específico para este estudo. Para tanto, a amostra atual levou em consideração a menor prevalência estimada dentre todas as variáveis do PROSAPIN I que correspondeu à IU com 17,3%. Assim, para um erro máximo de 5% em 95% das possíveis amostras, foi necessário incluir 275 mulheres no estudo.

$$n_0 = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{0,173 \cdot 0,827 \cdot 1,96^2}{0,05^2}$$

$$n \sim 213 \text{ mulheres}$$

$$n_{0\sim 220} = n = n_0 / 0,80 = n \sim 275 \text{ mulheres}$$

Dessa forma, o número de mulheres da amostra da plataforma foi suficiente para fornecer informações para este estudo.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Foram incluídas mulheres de 35 a 72 anos cadastradas na ESF do município de Pindamonhangaba – SP, Brasil.
- Foram excluídas usuárias que por algum motivo de cognição não conseguiram responder ao questionário, aquelas que mudaram de endereço ou foram a óbito.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis dependentes estudadas foram a IU e o impacto da IU e as independentes foram os dados sociodemográficos, as histórias obstétrica e ginecológica, as morbidades, os hábitos de vida, o uso de medicamentos e as medidas de gravidade da IU.

A variável IU foi investigada por meio do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (Anexo C) que avalia a presença e as possíveis situações da perda involuntária de urina e o impacto da IU sobre a QV no último mês (TAMANINI et al., 2004). O ICIQ-SF é composto por quatro itens: (1) frequência de IU; (2) volume; (3) impacto da IU na vida diária (“0” nenhum, “1 a 3” leve, “4 a 6” moderado, “7 a 9” grave, “10” muito grave); (4) sintomas urinários (TAMANINI et al., 2006).

O escore do ICIQ-SF varia de 0 a 21, sendo consideradas incontinentes todas as mulheres que apresentaram perda urinária involuntária pelo menos uma vez na última semana, cujo escore total foi igual ou maior que 1. Para analisar quais são os fatores que se associam ao impacto da IU por este questionário, as respostas da questão três foram categorizadas em “sem impacto” a pontuação 0 e “com impacto” a pontuação de 1 a 10.

Outro questionário utilizado foi o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB) (PEREIRA et al., 2010) (Anexo D) com alta capacidade psicométrica para avaliar especificamente a SBH, composto de seis questões específicas sobre os sintomas miccionais. Para análise dos resultados, foram somados os valores correspondentes das questões que investigam os

sintomas, obtendo um total de 0 a 16 pontos. Quanto maior o valor encontrado, maior o comprometimento. Para efeito de análise, foi considerada a presença de SBH a pontuação acima de oito, correspondente a mediana do escore do ICIQ-OAB.

O *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Anexo E), por sua vez, é um questionário que avalia influência da IU nos diferentes domínios a saber: atividades diárias, física e social, relações pessoais, emocional, sono e disposição, medidas de gravidade e percepção de saúde (TAMANINI et al., 2003). O KHQ é pontuado independentemente por cada um de seus domínios e não há escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QV relacionada àquele domínio. Para descrição dos domínios, os escores de cada um deles foi categorizado pela pontuação segundo os quartis a saber: 0 – sem interferência; 1 a 25 – leve; 26 a 50 – moderada; 51 a 75 – grave; 76 a 100 – muito grave. Para avaliar o impacto da IU na vida das mulheres foi considerada a questão deste instrumento que diz “quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta a sua vida” e cujas possibilidades de respostas incluem “nem um pouco”, “um pouco”, “moderadamente” e “muito”. Para analisar quais são os fatores que se associam ao impacto da IU, as respostas desta questão foram categorizadas em “sem impacto” quando respondidas como “nem um pouco” e “com impacto” quando “um pouco, moderadamente e muito”.

A frequência do prolapso genital e dos sintomas vaginais foi investigada pelo *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Vaginal Symptoms* (ICIQ-VS) (TAMANINI et al., 2008) (Anexo F).

As variáveis independentes encontram-se descritas no Caderno de Variáveis (Apêndice C).

4.4 PROCEDIMENTO DE CAMPO

Inicialmente, o projeto de pesquisa do PROSAPIN II foi submetido à FAPESP para obtenção de financiamentos. A coleta de campo seguiu a mesma logística do PROSAPIN I, após a aprovação do Comitê de Ética.

Uma reunião entre os pesquisadores do PROSAPIN II, os gestores da SMS de Pindamonhangaba e os gestores das 21 Unidades de Saúde da Família (USF) foi realizada para apresentação do projeto e da logística do estudo.

Os convites para as mulheres foram entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), que os recebiam com uma semana de antecedência e que aproveitavam as visitas domiciliares para isso, segundo orientação da SMS.

Figura 1 - Fluxograma do planejamento do início do estudo.

- Etapa I:

Em data agendada, os pesquisadores se dirigiam até a USF no período da manhã com as equipes 1 de entrevista (formada por alunas e ex-alunas do curso de fisioterapia da Fundação Universitária Vida Cristã – Faculdade de Pindamonhangaba) e 2 de antropometria (formada por alunas do curso de fisioterapia da Fundação Universitária Vida Cristã – Faculdade de Pindamonhangaba e alunas do curso técnico de enfermagem da Escola Tableau de Pindamonhangaba). As mulheres que compareceram na Unidade, primeiro eram direcionadas para as medidas antropométricas e posteriormente para a entrevista.

Com o roteiro de coleta, primeiramente foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após a aceitação em continuar a participar da investigação com a assinatura, as mulheres foram questionadas sobre as condições clínicas e os hábitos de vida e tomadas as medidas antropométricas. Esse procedimento também foi realizado nas coletas em domicílio.

Para aquelas que não puderam comparecer na USF no período da manhã foram feitas buscas domiciliares no período da tarde, viabilizadas pelo fornecimento dos endereços pela equipe de Saúde da Família. Participaram dessa busca as equipes 1 e 2 (entrevista e antropometria).

Figura 2 - Fluxograma da Etapa I da coleta de dados.

- Etapa II:

Após visitar todas as 21 USF's nas datas agendadas, adotou-se o sistema de busca domiciliar nos dois períodos. Na visita, a mulher recebia um recipiente para coleta da urina, bem como orientações de como colhê-la, além de orientações para um jejum de 8 horas e a procura pelo Laboratório de Análises Clínicas do Município de Pindamonhangaba (equipe 3) para levar a urina e fazer o exame de sangue.

Figura 3 - Fluxograma da Etapa II da coleta de dados.

- Etapa III:

Para as mulheres que ainda não tinham realizado o exame de sangue e urina, foi feito pela equipe de pesquisadores agendamento por telefone para coleta domiciliar no período da manhã (equipe 3). O contato por telefone foi possível pela liberação ao acesso do cadastro geral das participantes. No período da tarde, foram feitas buscas das mulheres que ainda não tinham sido encontradas para entrevista e antropometria.

Figura 4 - Fluxograma da Etapa III da coleta de dados.

A equipe 1 (de entrevistadoras) foi habilitada e treinada para entrevistar as mulheres por meio de questionário eletrônico. A coleta foi realizada em um tablet, marca *ASUS* com sistema *Android* 6.2. As informações foram colhidas pelo *Open Data Kit* (ODK), um pacote de ferramentas que permite a coleta e envio de dados a um servidor on-line com dispositivos móveis *Android*, mesmo sem conexão à Internet ou serviço de telefonia móvel, substituindo formulários tradicionais em papel por formulários eletrônicos que permitem o *upload* de texto. A elaboração do questionário eletrônico foi realizada pelos pesquisadores com base em questionários validados. A construção eletrônica foi por meio de uma planilha do Microsoft Excel.

A equipe 2 (da antropometria) foi capacitada e calibrada para avaliar as medidas antropométricas (circunferência abdominal, quadril e pescoço, altura e peso). Para o treinamento da aferição da pressão arterial, os coordenadores de campo treinaram a equipe da antropometria de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010). As medidas foram anotadas em modelo de ficha anexa (Apêndice D).

O sangue para análise bioquímica foi colhido por uma funcionária habilitada do Laboratório Municipal de Análises Clínicas de Pindamonhangaba que se deslocou para a USF correspondente à moradia da voluntária ou no domicílio da mesma, junto com uma das coordenadoras do PROSAPIN II. Cada tubo de sangue recebeu rótulo nominal prévio, que foi levado para análise no Laboratório Municipal.

Toda coleta de dados foi acompanhada por coordenadores de campo (pesquisadores do PROSAPIN II - alunas de doutorado da FSP/USP) e diariamente foi feita a conferência das informações colhidas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi construído um banco de dados, no Programa *Microsoft Office Excel 2008*, para armazenar os dados coletados.

Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. As distribuições de frequências foram apresentadas por meio de tabelas e gráficos. Medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas. Foram estimadas as prevalências com os respectivos intervalos de confiança de 95% para a IU e seus diferentes tipos e para as morbidades das mulheres no climatério. Análises bivariadas foram conduzidas para identificar possíveis fatores associados às variáveis dependentes. Modelo de regressão logística múltipla para a IU e para o impacto da IU foi construído para estimar o peso líquido de cada variável independente (após o ajuste para as outras variáveis do modelo e possíveis fatores de confusão).

5 RESULTADOS

5.1 ABRANGÊNCIA DO ESTUDO

Das 1200 mulheres sorteadas, 202 não foram incluídas devido a mudança de endereço e/ou município sem o conhecimento do destino pelas equipes, problemas de cognição, fala ou escuta que as impossibilitaram de responder ao questionário adequadamente e óbito. Assim, a amostra deste estudo foi composta por 998 mulheres de 35 a 72 anos cadastradas nas 21 equipes de Saúde da Família do Município de Pindamonhangaba, com uma perda de 9,7%. A figura 5 apresenta o fluxograma da abrangência do estudo.

Figura 5 - Fluxograma da abrangência do estudo.

Quanto à distribuição espacial das mulheres estudadas segundo o tipo de USF, 84,4% tinham como unidade de referência na atenção básica USF urbanas, 8,0% rural e 7,6% mista.

5.2 PERFIL DA AMOSTRA PROSAPIN II E DAS MULHERES COM IU

5.2.1 Perfil sociodemográfico

A média de idade da amostra PROSAPIN II foi de 51,9 anos (DP=8,8 anos) e das com IU, 52,8 anos (DP= 9,2 anos).

O perfil sociodemográfico das mulheres pode ser observado na tabela 1. Houve maior proporção das mulheres com 55 anos ou mais, casadas e católicas para ambos os grupos apresentados. Quanto à cor, houve pequena diferença, as mulheres da amostra PROSAPIN II declararam-se brancas (48,7%) e as da amostra com IU, negras ou pardas (47,2%).

Com relação à educação formal, mais de um terço tinha até a quarta série e mais da metade estudou até seis anos. No que se refere à ocupação, mais da metade trabalhava (51,1%), principalmente em serviços domésticos (66,8%). Somente 3,5% eram aposentadas ou pensionistas. Ganhavam até um salário mínimo 45,0% delas. Das mulheres com IU, ressalta-se que um número menor, porém mais que o dobro da amostra total, eram aposentadas ou pensionistas (9,1%).

Tabela 1 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo as características sociodemográficas, Pindamonhangaba, 2014.

Variáveis Sociodemográficas		Amostra			
		Geral		Com IU*	
		n=901	%	n=184	%
Idade (anos)	35 – 44	206	22,8	40	21,7
	45 – 54	341	37,9	62	33,7
	55 e +	354	39,3	82	44,6
Estado civil	Casada/ com companheiro	760	84,4	161	87,5
	Separada / Divorciada/Viúva	141	15,6	23	12,5
Cor/ raça	Branca	439	48,7	80	43,5
	Parda e Preta	425	47,2	102	47,2
	Outras	37	4,1	2	4,1
Religião	Católica	521	57,8	90	48,9
	Evangélica	336	37,7	85	46,2
	Outras	25	2,8	4	2,2
	Sem religião	19	2,1	4	2,2
Escolaridade	Não concluiu a 1ªserie	16	1,8	6	3,3
	Até 4ªserie e alfabetização de adultos	327	36,3	77	41,8
	De 5ª a 8ªserie	253	28,1	53	28,8
	Ensino médio a pósgraduação	253	28,1	43	23,4
Anos de estudo	1 – 6	452	53,1	109	60,9
	7 ou mais	400	46,9	70	39,1
Renda pessoal em sm**	Até 1	219	45,0	49	48,5
	Mais de 1	268	55,0	51	51,5
Renda familiar em sm**	Até 2	404	44,8	87	47,2
	Maior de 2	477	52,9	95	52,2

* IU: incontinência urinária; **sm: salário mínimo (R\$724,00). Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devida à ausência de respostas.

5.2.2 História obstétrica

Quanto à história obstétrica, os dados foram apresentados na tabela 2. A maioria engravidou pelo menos uma vez. Nas mulheres com IU, a incontinência durante a gestação e o parto vaginal com fórceps foi o dobro da amostra total. Destaca-se que a IU no pós parto foi três vezes mais frequente que nas mulheres do PROSAPIN II.

Tabela 2- Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo a história obstétrica, Pindamonhangaba, 2014.

História obstétrica		Amostra			
		Geral		Com IU*	
		n=901	%	n=184	%
Gestação	Sim	852	94,6	182	98,9
	Não	49	5,4	2	1,1
Uso de fórceps	Sim	121	14,2	29	15,9
	Não	727	85,3	153	84,1
Episiotomia	Sim	422	49,5	96	52,7
	Não	421	49,4	84	46,2
Se cesariana, entrou em trabalho de parto	Sim	196	23,0	48	26,4
	Não	655	77,0	134	73,6
Aborto	Sim	252	29,7	69	37,9
	Não	596	70,3	113	62,1
*IU na gestação	Sim	107	12,7	52	28,6
	Não	738	87,3	130	71,4
Trimestre Gestacional com *IU	Primeiro	17	16,7	7	13,5
	Segundo	30	46,1	20	38,5
	Terceiro	55	53,9	25	48,1
*IU pósparto	Sim	32	3,8	20	11,3
	Não	807	96,2	157	88,7
Via de Parto do maior bebe	Vaginal	226	26,6	52	28,6
	Vaginal com fórceps	36	4,2	15	8,2
	Vaginal com episiotomia	203	23,9	38	20,9
	Cesariana	375	44,1	75	41,2
	Não sabe	10	1,2	2	1,1

*IU: incontinência urinária. Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devida à ausência de respostas.

5.2.3 História ginecológica

Quanto à história ginecológica, a tabela 3 apresenta o status menopausal e do uso de terapia hormonal (TH). Em torno de um terço delas realizaram cirurgia ginecológica. Maior parte de ambos os grupos estudados estavam na menopausa e

fizeram amenorréia permanente com 49 anos ou mais. Poucas mulheres relataram o uso atual de TH para esta fase.

Tabela 3 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo a história ginecológica, Pindamonhangaba, 2014.

História ginecológica		Amostra			
		Geral		Com IU*	
		n=901	%	n=184	%
Cirurgia ginecológica	Sim	259	28,7	70	38,0
	Não	640	71,0	114	62,0
Menopausa	Sim	535	59,4	115	62,5
	Não	364	40,4	69	37,5
Idade da menopausa (anos)	Ate 48 anos	230	43,0	53	46,1
	49 ou mais	294	55,0	61	53,0
Uso de **TH	Sim	88	9,8	21	11,4
	Não	809	90,2	163	88,6
**TH atualmente	Sim	10	11,4	3	14,3
	Não	78	88,6	18	85,7

*IU: incontinência urinária. **TH: terapia hormonal. Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devida à ausência de respostas.

Quanto aos sintomas climatéricos, a maioria das mulheres, inclusive das com IU, relatou a presença dos sintomas climatéricos (95,1%), com intensidade leve a moderada.

5.2.4 Dados antropométricos

A tabela 4 apresenta os dados antropométricos. A média da cintura abdominal foi de 93,8 cm (DP=13,2 cm). Foram consideradas com sobrepeso e obesidade 77,9% delas.

Das mulheres com IU, observou-se que 72,5% apresentaram cintura abdominal maior que 88 cm, cuja média foi de 97,3 cm (DP=14,4 cm), mostrando-se maior que a das mulheres da amostra PROSAPIN II. Com IMC > 24,9Kg/m² estavam 82,4% delas.

Tabela 4 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo as características antropométricas, Pindamonhangaba, 2014.

Antropometria		Amostra			
		Mulheres PROSAPIN II		Com IU*	
		n=898	%	n=182	%
Cintura abdominal	Até 87cm	298	33,2	50	27,5
	88 ou mais	600	66,8	132	72,5
**IMC	Normal	199	22,1	32	16,6
	Sobrepeso	341	38,0	57	31,3
	Obeso	358	39,9	93	51,1

*IU: incontinência urinária.**IMC: índice de massa corpórea. Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devida à ausência de respostas.

5.2.5 Concentração sérica e urina

A frequência de triglicérides maior que 150 mg/dL, HDL colesterol de até 50 mg/dL, colesterol total acima de 200 mg/dL e glicemia de jejum de 110 mg/dL ou mais foi proporcional em ambos os grupos, mostrando valores discretamente maiores para as mulheres com IU. O cortisol sanguíneo mostrou baixa distribuição relativa em ambas as populações e com hipovitaminose D estavam menos de um terço das mulheres.

Tabela 5 - Perfil de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo a concentração sérica, Pindamonhangaba, 2014.

Concentração sérica		Amostra			
		Geral		Com IU*	
		n=682	%	n=138	%
Triglicérides	Até 150 mg/dL	465	68,2	90	68,2
	Maior de 150 mg/dL	217	31,8	48	31,8
**HDL colesterol	Até 50 mg/dL	263	38,6	54	39,1
	Maior de 50 mg/dL	419	61,4	84	60,9
Colesterol total	Até 200 mg/dL	380	55,7	75	54,4
	Maior de 200 mg/dL	302	44,3	63	45,6
Glicemia de jejum	Até 110 mg/dL	531	77,9	102	73,2
	Maior de 110 mg/dL	151	22,1	36	26,1
Cortisol	Até 25,0 µg/dl	611	89,6	116	84,1
	Maior de 25,0 µg/dl	71	10,4	22	15,9
Vitamina D	Até 20 ng/dl	185	27,1	41	29,7
	Maior de 20 ng/dl	497	72,9	97	70,3

*IU: incontinência urinária.**HDL: High Density Lipoproteins.

O exame de urina está apresentado na tabela 6. Em ambos os grupos descritos, a maioria das mulheres não apresentou proteinúria (98,1%), glicosúria (95,7%) e o PH estava entre 5,5 e 6,5 (97,8%), considerados normais. Com infecção urinária no momento da coleta estavam 32,6% da amostra PROSAPIN e 32,8% da amostra com IU.

Tabela 6 - Dados laboratoriais de urina de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, Pindamonhangaba, 2014.

Urina		Amostra			
		Geral		Com IU*	
		n=669	%	n=137	%
Aspecto	Turvo	116	17,3	27	19,7
	Levemente turvo	553	82,7	110	80,3
Infecção urinária	Sim	218	32,6	45	32,8
	Não	451	67,4	92	67,2
Bactérias	Abundantes	51	7,6	10	7,3
	Moderadas	35	5,2	8	5,8
	Raras	583	87,2	119	86,9

*IU: incontinência urinária.

5.2.6 Morbidades e uso de medicamentos

Nas mulheres com IU todas as morbididades mensuradas no estudo apresentaram prevalência maior, com destaque para o estresse (82,6%), a depressão (73,9%) e a obesidade (51,1%) e os sintomas vaginais (38,6%). A prevalência de prolapso genital foi três vezes mais frequente nas mulheres com IU (tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência das morbidades de todas as mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, Pindamonhangaba, 2014.

Morbidades	Amostra			
	Geral		Com IU*	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sintomas músculoesqueléticos	74,8	71,9 – 77,6	89,7	85,2 – 94,1
Estresse (**ISS-LIPP)	60,9	57,7 – 64,1	82,6	77,0 – 88,1
Depressão	49,6	46,3 – 52,8	73,9	67,5 – 80,3
Resistência insulínica	67,6	64,0 – 71,1	73,9	66,4 – 81,3
Disfunção sexual	69,4	65,5 – 73,1	71,2	63,1 – 79,2
Prolapso genital	8,4	6,6 – 10,2	23,9	17,7 – 30,1
Sintomas vaginais	21,5	18,8 – 24,1	38,6	31,5 – 45,7
Ansiedade	43,2	39,9 – 46,4	66,3	59,4 – 73,1
Hipertensão arterial	62,4	59,2 – 65,6	63,7	56,6 – 70,7
Síndrome da apnéia obstrutiva do sono	60,6	57,3 – 63,7	61,4	54,4 – 68,5
Síndrome metabólica	46,4	42,7 – 50,0	55,2	46,9 – 63,4
Obesidade	39,9	36,6 – 43,0	51,1	43,7 – 58,4
Insônia	21,1	18,4 – 23,7	22,8	16,7 – 28,9

*IU: incontinência urinária. **ISS-LIPP: *Inventário de Sintomas de Estresse*.

O uso de medicamentos foi frequente (70,6%), sendo que 38,8% de todas as mulheres analisadas usavam até dois medicamentos e 29,6%, três ou mais. Os medicamentos mais utilizados eram anti-hipertensivos (39,2%), diuréticos (16,2%), hipoglicemiantes (13,7%) e antiulceroso (9,4%). Medicamentos que interferem no funcionamento vesical como os anti-hipertensivos, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos e antivertiginosos, com possível aumento dos sintomas urinários, eram utilizados por 48,4% delas.

5.2.7 Hábitos de vida

Ambos os grupos estudados foram considerados ativos em suas atividades diárias. Poucas mulheres eram fumantes (17,0%) e bebiam (14,1%). O consumo adequado de fibras e gorduras nas duas populações foi baixo e a ingesta de cafeína alta (tabela 8).

Tabela 8- Perfil das mulheres do PROSAPIN II e das mulheres com IU, segundo hábitos de vida, Pindamonhangaba, 2014.

Hábitos de vida		Amostra			
		Geral		Com IU*	
		n=901	%	n=184	%
Hábitos alimentares					
Consumo crítico de gorduras	Sim	712	79,0	151	82,1
	Não	189	21,0	33	17,9
Consumo adequado de fibras	Sim	88	9,8	20	10,9
	Não	815	90,5	164	89,1
Ingestão de alimentos com cafeína	Sim	877	95,3	182	98,9
	Não	24	2,7	2	1,1
Frequência alta de bebidas com cafeína	Sim	807	89,5	168	91,3
	Não	87	9,7	16	8,7
Atividade física habitual					
Prática	Sedentário	115	15,0	19	11,5
	Ativo	652	85,0	147	88,5
Tabagismo					
Fumante	Sim	153	17,0	37	20,1
	Não	739	82,1	147	79,9
Etilismo					
Bebe atualmente	Sim	127	14,1	27	14,7
	Não	764	84,9	156	84,8
Doses das mulheres que bebem	Binge	71	55,9	21	77,8
	Não binge	56	44,09	6	22,2

*IU: incontinência urinária. Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devida à ausência de respostas.

5.3 PREVALÊNCIA DE IU

A prevalência da IU foi de 20,4% (IC_{95%}: 17,8% - 23,1%). A idade de início da IU foi em média 48 anos (DP=10,8 anos) nas mulheres estudadas, variando de 20 a 70 anos.

A figura 6 apresenta a prevalência de IU e seus subtipos crônicos. O mais frequente deles foi a IUM (19,2%).

Figura 6 - Prevalência de IU e seus subtipos crônicos nas mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.

Dos sintomas urinários, a noctúria foi o mais referido pelas mulheres estudadas (75,2%), seguido por aumento da frequência urinária diurna (38,6%) e urgência (32,6%) (figura 7).

Figura 7 - Distribuição da frequência dos sintomas urinários das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.

5.4 FATORES ASSOCIADOS À IU

Dos fatores sociodemográficos, apenas a cor associou-se positivamente com a IU ($p=0,036$). Associação inversa foi observada para a escolaridade acima do ensino médio ($p=0,036$) e possuir sete ou mais anos de estudo ($p=0,019$). A idade não se mostrou associada à disfunção pesquisada (tabela 9).

Tabela 9 - Associação da IU com o perfil sociodemográfico das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.

Dados sociodemográficos		IU*	
		**OR (IC _{95%})	P
Idade em anos	35 – 45	1	
	45 – 54	0,91 (0,58 – 1,42)	0,699
	55 +	1,24 (0,81 – 1,90)	0,314
Escolaridade	Ensino médio ou mais	0,80 (0,65 – 0,98)	0,036
Anos de estudo	7 anos ou mais	0,66 (0,47 – 0,93)	0,019
Cor	Preta e parda	1,41 (1,02 – 1,95)	0,036

*IU: incontinência urinária. **OR: odds ratio; IC_{95%}: intervalo de confiança.

A tabela 10 apresenta as associações da IU com a história ginecológica e obstétrica. Foram associadas positivamente à IU a perda urinária gestacional ($p=0,000$) e após o parto ($p=0,000$), três ou mais gestações ($p=0,001$), o relato de aborto ($p=0,007$) e o peso maior de 3,5Kg do maior recém nascido ($p=0,015$). Da história ginecológica associaram-se positivamente, a infecção urinária recorrente ($p=0,000$), cirurgia ginecológica ($p=0,002$) e a história familiar de IU (0,017). A contracepção atual foi identificada com tendência de proteção para a IU ($p=0,017$). Não houve associação significativa da paridade, da via de parto, do uso de fórceps ou da realização de episiotomia e da menopausa com a IU.

Tabela 10 - Associação da IU com o perfil sociodemográfico, história ginecológica e obstétrica das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.

História Obstétrica e Ginecológica		IU	
História obstétrica	**OR (IC _{95%})	P	
Três ou mais gestações	1,92 (1,30 – 2,82)	0,001	
Partos vaginais	1,04 (0,73 – 1,48)	0,787	
Uso de fórceps	1,18 (0,74 – 1,85)	0,474	
Realizou episiotomia	1,18 (0,85 – 1,64)	0,313	
Aborto	1,61 (1,14 – 2,27)	0,007	
Mais de 3,5Kg de peso do maior *RN	1,52 (1,08 – 2,13)	0,015	
*IU na gestação	4,41 (2,88 – 6,74)	0,000	
*IU pós-parto	6,90 (3,30 – 14,41)	0,000	
Parto vaginal do maior ***RN	1,16 (0,83 – 1,62)	0,365	
História ginecológica			
Contracepção atual	0,45 (0,23 – 0,86)	0,017	
Cirurgia ginecológica	1,70 (1,21 – 2,39)	0,002	
História familiar de *IU	1,71 (1,10 – 2,66)	0,017	
Infecção urinária recorrente	4,40 (2,26 – 8,58)	0,000	
Menopausa	1,16 (0,83 – 1,62)	0,365	

*IU: incontinência urinária. **OR: *oddsratio*; IC_{95%}: intervalo de confiança. ***RN: recém nascido.

A tabela 11 descreve as morbidades associadas a IU. Mostraram relação positiva a presença de sintomas climatéricos de moderado ($p=0,004$) a grave ($p=0,001$), de prolapso genital ($p=0,000$) e de sintomas vaginais ($p=0,000$), de depressão ($p=0,000$) e de ansiedade ($p=0,000$), ambas independentemente da

gravidade ou intensidade. Também se associaram à IU a presença de estresse percebido ($p=0,000$) e medido ($p=0,024$), sintomas músculo esqueléticos ($p=0,000$), além de resistência insulínica pelo *LAP index* ($p=0,030$), síndrome metabólica ($p=0,025$) e obesidade ($p=0,008$).

Tabela 11 - Associação da IU com as morbidades das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.

Morbidades		IU*	
		**OR (IC_{95%})	P
Sintomas climatéricos	Leve	3,88 (0,92 – 16,34)	0,064
	Moderado	8,48 (2,00 – 35,91)	0,004
	Intenso	13,78 (3,00 – 63,10)	0,001
Prolapso genital		3,92 (2,79 – 5,51)	0,000
Sintomas vaginais		2,57 (1,84 – 3,60)	0,000
Depressão	Leve	2,58 (1,68 – 3,97)	0,000
	Moderada	4,35 (2,74 – 6,91)	0,000
	Intensa	6,46 (3,81 – 10,94)	0,000
Ansiedade	Leve	2,20 (1,43 – 3,37)	0,000
	Moderada	4,75 (3,01 – 7,51)	0,000
	Grave	4,58 (2,71 – 7,72)	0,000
Estresse	*** (ISS-LIPP) Presente	3,81 (2,53 – 5,74)	0,000
	(cortisol sanguíneo) Maior que 25,0 µg/dl	1,86 (1,08 – 3,21)	0,024
Hipovitaminose D	Abaixo de 20 ng/dl	1,16 (0,76 – 1,75)	0,478
Sintomas músculo esqueléticos	Presente	0,28 (0,17 – 0,46)	0,000
Resistência insulínica	**** LAP index $\geq 34,5$	1,55 (1,04 – 2,31)	0,030
Síndrome metabólica	***** NCEP-ATPIII	1,52 (1,05 – 2,20)	0,025
Obesidade	Sobrepeso	1,04 (0,63 – 1,68)	0,841
	Obeso	1,83 (1,17 – 2,86)	0,008

*IU: incontinência urinária. **OR: odds ratio; IC_{95%}: intervalo de confiança. *** (ISS-LIPP): Inventário de Sintomas de Estresse. **** LAP index: Lipid Accumulation Product. ***** NCEP-ATPIII: Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults.

O uso de medicamentos também foi associado à IU, principalmente quando igual ou maior que 3 medicamentos ($p=0,000$) e com aqueles que podem influenciar no funcionamento vesical ($p=0,012$).

Tabela 12 - Associação da IU com o uso de medicamento das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.

Medicamentos		IU	
		OR (IC _{95%})	P
Medicamentos que interferem na *IU		1,51 (1,09 – 2,10)	0,012
Quantidade de medicamentos	Até 2	1,47 (0,96 – 2,24)	0,074
	De 3 a 5	2,21 (1,41 – 3,47)	0,000
	6 ou mais	2,18 (1,08 – 4,38)	0,028

OR: *oddsratio*; IC_{95%}: intervalo de confiança. *IU: incontinência urinária.

As variáveis associadas à eclosão da IU foram a perda urinária na gestação e no pós-parto, a prolapso genital e a obesidade, além do estresse e da depressão. Menopausa não se mostrou associada com significância estatística à IU, embora tenha sido usada para ajustar o modelo (tabela 13).

Tabela 13 - Modelo de regressão logística entre a IU e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres do PROSAPIN II, Pindamonhangaba, 2014.

	IU*		
	OR	(IC _{95%})	P
Menopausa	1,24	0,84 – 1,82	0,268
*IU gestação	2,58	1,59 – 4,18	0,000
*IU pós-parto	5,66	2,45 – 13,09	0,000
Prolapso genital	2,53	1,71 – 3,75	0,000
Estresse	2,34	1,43 – 3,84	0,001
Depressão	1,96	1,28 – 3,01	0,002
Obesidade	1,68	1,15 – 2,43	0,006

*IU: incontinência urinária. **OR: *odds ratio*; IC_{95%}: intervalo de confiança.

5.5 QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES COM IU

A maioria das mulheres com IU (95,2%) descreveu a saúde de regular a muito ruim. A tabela 14 mostra a distribuição da interferência da disfunção segundo o KHQ. Com exceção do impacto da IU e medidas de gravidade, as maiores frequências de respostas positivas estão nas mulheres que, embora apresentem IU, não relatam a influência do problema em suas atividades de vida diária, físicas e sociais, nas suas relações pessoais, emoções, sono e disposição.

Ressalta-se que o impacto da IU e as medidas de gravidade foram considerados pelo menos de moderada interferência por 36,6% e 33,9% das mulheres, respectivamente.

Tabela 14 - Distribuição do escore da qualidade de vida das mulheres com IU, segundo os domínios KHQ, Pindamonhangaba, 2014.

Domínios do KHQ*	Nenhuma n (%)	Escore			
		Leve n (%)	Moderada n (%)	Grave n (%)	Muito grave n (%)
Impacto da **IU	58 (31,2)	---	68 (36,6)	28 (15,1)	32 (17,2)
Limitações da atividade diária	78 (41,9)	25 (13,4)	48 (28,8)	13 (7,0)	22 (11,8)
Limitações físicas	91 (48,9)	18 (9,7)	41 (22,0)	7 (3,4)	29 (15,6)
Limitações sociais	111 (59,7)	25 (13,5)	27 (14,5)	7 (3,8)	16 (8,6)
Relações pessoais	150 (81,1)	4 (2,2)	13 (7,0)	6 (3,2)	12 (6,5)
Emoções	72 (38,7)	43 (23,1)	32 (17,2)	14 (7,5)	25 (13,4)
Sono e disposição	84 (45,2)	21 (11,3)	55 (29,6)	8 (4,3)	18 (9,7)
Medidas de gravidade	22 (11,8)	47 (25,3)	63 (33,9)	37 (19,9)	17 (9,1)

*KHQ: King's Health Questinnaire. **IU: incontinência urinária.

A associação de cada um dos domínios do KHQ com os diferentes tipos crônicos de IU mostrou que o aspecto de vida mais influenciado pelos diferentes sintomas foi a limitação social (IUU: $p=0,008$; IUE: $p=0,029$; SBH: $p=0,015$). A IUU afeta com significância o domínio que trata das limitações físicas ($p=0,045$) e sociais ($0,008$). A IUE e a SBH interferem nas atividades diárias ($p=0,010$; $p=0,014$, respectivamente) e sociais ($p=0,029$; $p=0,015$, respectivamente). A IUM, por sua vez, não se associou a nenhum dos domínios do KHQ (tabela 15).

Tabela 15 - Associação dos tipos de perda urinária com os diferentes domínios do KHQ das mulheres com IU, Pindamonhangaba, 2014.

Domínios do KHQ*	Tipos de incontinência							
	IUU		*IUE		*****IUM		*****SBH	
	OR (IC _{95%})	P	OR (IC _{95%})	P	OR (IC _{95%})	P	OR (IC _{95%})	P
Percepção da saúde	1,20 (0,28 – 4,98)	0,800	1,04 (0,20 – 5,23)	0,907	2,33 (0,26 – 20,73)	0,447	—	—
Impacto da **IU	1,10 (0,56 – 2,17)	0,768	1,24 (0,59 – 2,61)	0,557	0,53 (0,11 – 2,60)	0,439	5,57 (1,32 – 23,43)	0,019
Limitações da atividade diária	1,68 (0,88 – 3,17)	0,110	2,55 (1,24 – 5,23)	0,010	0,91 (0,25 – 3,37)	0,899	5,31 (1,40 – 20,03)	0,014
Limitações físicas	1,99 (1,01 – 3,92)	0,045	1,77 (0,83 – 3,75)	0,136	1,61 (0,40 – 6,45)	0,498	0,62 (0,19 – 2,04)	0,436
Limitações sociais	2,55 (1,27 – 5,12)	0,008	2,40 (1,09 – 5,28)	0,029	1,01 (0,27 – 3,72)	0,983	4,64 (1,35 – 15,90)	0,015
Relações pessoais	1,88 (0,76 – 4,61)	0,167	1,08 (0,43 – 2,71)	0,862	0,92 (0,18 – 4,58)	0,939	1,33 (0,35 – 4,96)	0,668
Emoções	1,65 (0,87 – 3,14)	0,122	1,39 (0,68 – 2,82)	0,358	1,62 (0,45 – 5,83)	0,455	1,85 (0,57 – 6,04)	0,304
Sono e disposição	1,38 (0,73 – 2,61)	0,308	1,45 (0,72 – 2,93)	0,294	0,8 (0,21 – 2,93)	0,736	2,32 (0,69 – 7,79)	0,173
Medidas de gravidade	1,42 (0,55 – 3,61)	0,459	1,43 (0,52 – 3,94)	0,485	—	—	2,71 (0,48 – 15,10)	0,254

*KHQ: King's Health Questinnaire. ***IU: incontinência urinária. ***IUU: incontinência urinária por urgência.

****IUE: incontinência urinária por esforço. *****IUM: incontinência urinária mista. *****SBH: síndrome da bexiga hiperativa.

O escore do ICIQ-SF variou de 3 a 21 pontos, com média de 11,4 pontos (DP=5,5 pontos). A maioria das mulheres com IU referiu impacto muito grave dessa disfunção (57,6%). Cerca de 35,0% delas perdiam urina diariamente ou diversas vezes ao dia, relatando inclusive, no último mês, perda urinária o tempo todo. Em relação a quantidade perdida, 28,5% perdiam de moderada a grande quantidade de urina (tabela 16).

Tabela 16- Distribuição das mulheres com IU, segundo a frequência das perdas, quantidade perdida e impacto pelo ICIQ-SF, Pindamonhangaba, 2014.

ICIQ-SF*		n	%
Frequência das perdas urinárias	<1x/semana	85	46,2
	2-3x/semana	36	19,6
	1x/dia	20	10,9
	Diversas vezes/dia	26	14,1
	Tempo todo	17	9,2
Quantidade das perdas urinárias	Pequena	133	71,5
	Moderada	35	18,8
	Grande	18	9,7
Impacto da *IU	Nenhum	1	0,7
	Leve	9	6,3
	Moderado	25	17,4
	Grave	26	18,1
	Muito grave	83	57,6

*ICIQ-SF: international consultation on incontinence questionnaire – short form. **IU: incontinência urinária.

A maioria das mulheres com IU percebeu o problema após a menopausa (53,2%) e 25,3% vivem com ele há cerca de 5 anos ou mais. Em menos de 1 ano, 59,4% das mulheres buscaram ajuda médica para IU e 9,4% demoraram mais de 9 anos para procurar cuidado. O motivo mais frequente da não procura por ajuda profissional foi ter vergonha (28,3%), seguido por não se preocupar com o incômodo (27,5%) e acreditar que a IU faz parte do envelhecimento (14,2%). Apenas, 15,6% (29 mulheres) realizaram algum tipo de tratamento, sendo o medicamentoso o mais frequente (62,1%).

5.6 FATORES ASSOCIADOS AO IMPACTO DA IU

A figura 8 apresenta o impacto da IU segundo os questionários ICIQ-SF e KHQ.

Figura 8 -Distribuição das mulheres com IU, segundo o impacto pelo ICIQ-SF e KHQ.

IU: incontinência urinária. ICIQ-SF: international consultation on incontinence questionnaire – short form. KHQ: King's health questionnaire.

A tabela 17 mostra a associação dos fatores clínicos e medidas de gravidade com o impacto da IU segundo ICIQ-SF. A associação foi positiva para: tempo de perda urinária maior de 1 ano ($p=0,001$), frequência das perdas diárias de urina ($p=0,003$), perda de moderada a grande quantidade de urina ($p=0,007$), uso de algum tipo de protetor ($p=0,012$), controle da ingestão líquida ($p=0,024$) e uso de medicamentos que interferem no funcionamento vesical ($p=0,034$).

Tabela 17 - Associação do impacto da IU com os fatores clínicos e medidas de gravidade, segundo ICIQ-SF, Pindamonhangaba, 2014.

		Impacto da IU**	
		*OR (IC _{95%})	P
Medicamentos que interferem na **IU		2,34 (1,6 – 5,18)	0,034
Tempo de perda urinária maior de 1 ano		3,97 (1,77 – 8,92)	0,001
Tipos de **IU			
***IUE		1,92 (0,88 – 4,20)	0,098
****IUU		1,92 (0,94 – 3,91)	0,070
*****IUM		1,39 (0,34 – 5,62)	0,644
*****SBH		4,75 (0,90 – 25,03)	0,066
Medidas de gravidade			
Frequência da *IU	Diária ou varias x/dia	3,92 (1,58 – 9,72)	0,003
Quantidade perdida	Moderada a grande	3,92 (1,45 – 10,66)	0,007
Uso de protetor		2,70 (1,23 – 5,89)	0,012
Quantidade de uso diário	3 unidades/dia ou +	2,11 (0,49 – 8,95)	0,309
Controlar de ingesta líquida		2,39 (1,12 – 5,10)	0,024
Trocar roupa íntima molhada		0,44 (0,16 – 1,21)	0,112

*OR: odds ratio; IC_{95%}: intervalo de confiança. **IU: incontinência urinária. ***IUE: incontinência urinária por esforço. ****IUU: incontinência urinária por urgência. *****IUM: incontinência urinária mista. *****SBH: síndrome da bexiga hiperativa. ICIQ-SF: international consultation on incontinence questionnaire – short form.

Para o impacto da IU segundo o KHQ, a associação foi positiva para: uso de algum tipo de protetor (p=0,000), inclusive se a troca diária for igual ou maior a três vezes (p=0,040); a troca da roupa íntima molhada (p=0,000); controle da ingesta líquida (p=0,001); frequência das perdas urinárias de 2 a 3 vezes por semana (p=0,003) ou diariamente (p=0,000); moderada a grande quantidade de urina perdida (p=0,006); perda urinária há mais de 1 ano (p=0,008) e presença de SBH (p= 0,019) (tabela 18).

Tabela 18 - Associação do impacto da IU com os fatores clínicos e medidas de gravidade, segundo KHQ, Pindamonhangaba, 2014.

		Impacto da IU**	
		*OR (IC _{95%})	P
Medicamentos que interferem na **IU		1,64 (0,87 – 3,09)	0,120
Tempo de perda urinária maior de 1 ano		2,38 (1,24 – 4,56)	0,008
Tipos de **IU			
***IUE		1,20 (0,56 – 2,57)	0,629
****IUU		1,12 (0,57 – 2,20)	0,738
*****IUM		0,54 (0,11 – 2,63)	0,446
*****SBH		5,57 (1,32 – 23,43)	0,019
Medidas de gravidade			
Frequencia da *IU	2 a 3x/semana	4,44 (1,67 – 11,77)	0,003
	Diária ou varias x/dia	4,20 (1,93 – 9,14)	0,000
Quantidade perdida	Moderada a grande	3,24 (1,41 – 7,46)	0,006
Uso de protetor		4,48 (2,08 – 9,64)	0,000
Quantidade de uso diário	3 unidades/dia ou +	9,30 (1,10 – 77,95)	0,040
Controlar de ingesta líquida		3,15 (1,55 – 6,39)	0,001
Trocar roupa íntima molhada		3,97 (1,87 – 8,40)	0,000

*OR: *oddsratio*; IC_{95%}: intervalo de confiança. **IU: incontinência urinária. ***IUE: incontinência urinária por esforço.****IUU: incontinência urinária por urgência. *****IUM: incontinência urinária mista. *****SBH: síndrome da bexiga hiperativa. KHQ: King's health questionnaire.

As tabelas 19 e 20 apresentam os modelos de regressão logística múltipla para os fatores que impactam a vida das mulheres com IU segundo os questionários ICIQ-SF e KHQ, respectivamente. É possível observar que a frequência das perdas, o uso de protetor e o controle da ingesta líquida são os fatores que impactam a vida das mulheres por ambos questionários. Pelo ICIQ-SF a troca da roupa íntima quando molhada foi observada como fator de proteção para o impacto da IU. Os sintomas urinários, os diferentes tipos de perda de urina, o tempo da presença dessa disfunção e o uso de medicamentos que interferem no funcionamento vesical não se mantiveram na análise de regressão como fatores que impactam a vida das mulheres.

Tabela 19 - Modelo de regressão logística dos fatores relacionados a IU que impactam a vida das mulheres, segundo o ICIQ-SF, Pindamonhangaba, 2014.

	OR	(IC_{95%})	p
Trocar roupa íntima molhada	0,18	0,05 – 0,56	0,003
Perder urina diariamente ou varias vezes ao dia	4,02	1,52 – 10,63	0,005
Usar protetor	2,99	1,28 – 6,96	0,011
Controlar ingesta líquida	2,39	1,05 – 5,45	0,038

OR: odds ratio; IC_{95%}: intervalo de confiança. IU: incontinência urinária.

Tabela 20 - Modelo de regressão logística dos fatores relacionados a IU que impactam a vida das mulheres, segundo o KHQ, Pindamonhangaba, 2014.

	OR	(IC_{95%})	p
Usar de protetor	3,53	1,57 – 7,93	0,002
Perder urina 2 a 3 vezes por semana ou mais	3,63	1,31 – 10,04	0,013
Controlar ingesta líquida	2,30	1,06 – 4,96	0,033

OR: odds ratio; IC_{95%}: intervalo de confiança. IU: incontinência urinária.

6 DISCUSSÃO

A perda involuntária de urina apresenta expressivo impacto sobre a qualidade de vida das mulheres afetadas e é responsável pelo alto custo emocional, social e econômico. A IU é considerada um relevante problema para a saúde pública dada sua abrangência, apesar de ainda oculta nas políticas públicas.

Um número significativo de estudos avaliou a prevalência de IU e dos fatores associados e grande é a variabilidade dos dados obtidos. Tal fato se deve aos diferentes métodos aplicados, tipos de IU investigados e populações analisadas (VIRTUOSO et al., 2015; AHMED et al., 2013; SENSOY et al., 2013; FINDIK et al., 2012; CHMAJ-WIERZCHOWSKA et al., 2012; BERLEZI et al., 2011; MISHRA et al., 2010; TAMANINI et al., 2009; GUARISI et al., 2001).

A prevalência de IU por nós obtida foi de 20,4%, que se assemelhou à maioria dos outros estudos análogos quanto ao tamanho amostral e faixa etária estudadas, e que variou de 25% a 51%. (AHMED et al., 2013; SENSOY et al., 2013; EBBERSEN et al., 2013; WAETJEN et al., 2007). Somente o estudo de Mishra et al. (2010) apresentou prevalência menor e atingiu 11%.

No Brasil a literatura é escassa em investigações quanto a dados epidemiológicos da IU e em geral relacionam-se ao tipo crônico específico da IUE, cuja prevalência varia de 15% a 35% (MACHADO et al., 2012; BRITO et al., 2012; GOMES e SILVA, 2010; GUARISI et al., 2001a). Nesta pesquisa a IUE atingiu 15,9% das mulheres climatéricas e foi semelhante aos achados populacionais de BRITO et al. (2012).

No tocante aos fatores associados à IU, a literatura é controversa e frequentemente a IU associa-se com dados sociodemográficos como idade, escolaridade e raça; com fatores obstétricos como gestação, multiparidade, via de parto, peso do recém-nascido; com os ginecológicos como cirurgias ginecológicas e *status* menopausal e com morbidades como diabetes mellitus e obesidade (LIU et al., 2014; AHMED et al., 2013; EBBERSEN et al., 2013; SENSOY et al., 2013; MISHRA et al. 2010; GOMES e SILVA, 2010; WAETJEN et al., 2007).

A análise bivariada efetuada no nosso estudo mostrou associação positiva com escolaridade, cor da pele, gestação, cirurgia ginecológica, que não se confirmaram na

regressão logística, embora Guarisi et al.(2001) e Brito et al. (2012) também não encontraram associação da IU com os fatores socioeconômicos e reprodutivos.

Nossos resultados mostraram que a IU em mulheres climatéricas se associou a queixas de perda urinária durante a gestação e após o parto e também a distopia vaginal, depressão, estresse e obesidade.

Em relação à IU na gestação, apesar de o mecanismo da disfunção pélvica não estar completamente esclarecido, acredita-se que iniciar a gestação com sobrepeso ou obesidade (HERNANDEZ et al., 2013) e ganhar peso adicional inerente a gestação pode redundar em IU pela sequência de tensão, estiramento, enfraquecimento dos tecidos do assoalho pélvico (WAETJEN et al., 2007), aumento da pressão intra-abdominal e disfunção do nervo pudendo (SUBAK et al., 2009a).

Além disso, o crescimento uterino aliado às mudanças endócrinas, como o incremento da progesterona, redução da relaxina e do colágeno podem contribuir na redução da força muscular de suporte e da função esfinteriana local (SANGSAWANG, 2014). Ademais, a via de parto pode determinar diferentes graus de lesão muscular, nervosa e do tecido conjuntivo, com consequente perda involuntária de urina e maior risco de distopia genital ao longo da vida (RITCHER et al., 2007).

Apesar de as evidências mostrarem que as disfunções do assoalho pélvico decorram, em parte, das modificações determinadas pela gestação e parto (SCARPA et al., 2006; VAN BRUMMEN et al., 2006; TORRISI et al., 2012; DIETZ e SCHIERLITZ, 2005), nosso estudo não confirmou essa associação e sinalizou que somente a perda involuntária de urina durante e após o parto se associou a maior prevalência da IU. Liang et al. (2007) admitem que os ajustes estruturais musculoesqueléticos da gestação e as alterações anatômicas e funcionais do assoalho pélvico que ocorrem durante o período expulsivo do parto podem regredir gradualmente, podendo se recompor ao estado pré-gravídico, com restauração parcial ou completa do mecanismo da continência urinária.

Hilde et al. (2013), por sua vez, relatam que após o parto vaginal ocorre redução do tônus vaginal, da força e resistência da musculatura de assoalho pélvico, além do que nas puérperas continentas, o assoalho se mostrou mais reforçado do que nas com IU no mesmo período. A perda involuntária de urina pode ocorrer entre dois e doze meses após o parto (BURGIO et al., 2003), persistir por longos anos (SCARPA et al., 2008) e ser independente da via de parto (VIKTRUP et al., 2006).

Apesar de o preciso mecanismo dos ajustes fisiológicos após o parto ainda permanecer duvidoso, é importante que se tenha uma adequada compreensão dos distúrbios urinários desse período, com o intuito de se propor estratégias preventivas para reduzir seu impacto na qualidade de vida (BOZKURT et al., 2014; SCARPA et al., 2008). No nosso entender devemos pensar em intervenções precoces, ainda no pré-natal, visando à preservação da função do assoalho pélvico no climatério.

A disfunção do assoalho pélvico é um processo complexo, multifatorial, que compromete a qualidade de vida; de incidência crescente devido ao aumento da expectativa de vida, e de alto custo (DE LANCEY et al. 2005; BOZKURT et al., 2014), inclui uma ampla gama de manifestações clínicas, como incontinência urinária e anal, bexiga hiperativa, prolapso de órgãos pélvicos e distúrbios sexuais.

Nosso estudo mostrou nítida associação entre IU e a distopia genital, resultado similar ao obtido por outros estudos (ESPUÑA-PONS et al., 2014; LAMERS et al., 2012; LAWRENCE et al., 2008, PAULS et al., 2007).

A distopia genital representa uma herniação do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal para o canal vaginal (RODRIGUES et al., 2009). Trata-se de agravo comum nas mulheres multíparas e de idade mais avançada; decorre do relaxamento das estruturas do assoalho pélvico causado tanto pela deficiência estrogênica, como pelo processo do envelhecimento e resulta na incapacidade de manter os órgãos pélvicos em sua posição normal (MARINKOVIC e STANTON, 2004).

A maioria das mulheres com IU no presente estudo eram multíparas, estavam na menopausa, pariram por via vaginal e tinham média de idade de 52,8 anos. Apesar de todos esses fatores poderem contribuir no determinismo da IU, ao se fazer uma análise estatística pela regressão logística múltipla, constatamos que somente a gestação e paridade não se associaram a IU.

A maioria dos estudos concorda que a obesidade compromete o controle esfinteriano e provoca a IU. Nossos resultados mostram que cerca de 40% das mulheres com IU apresentavam $IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$, achados que se assemelham aos obtidos por outros estudos (PALMA et al., 2014; CHMAJ-WIERZCHOWSKA et al., 2012, SUBAK et al., 2009a; LÓPEZ et al., 2009, MISHRA et al., 2008).

Mulheres com IMC muito elevado (HUNSKAAR, 2008; SUBAK et al., 2002) e com ganho de peso na menopausa (TOWNSEND et al., 2007) apresentam risco de IU muito maior e, quando ocorre a perda de peso logo se instala a redução no risco

da disfunção esfincteriana (SUBAK et al., 2009b), com diminuição do incômodo social e melhora da QV (MCDERMOTT et al., 2012).

Os mecanismos fisiopatológicos envolvem possivelmente fatores mecânicos e/ou neuroendócrinos causados pelo excesso de peso. A sequência explicativa seria obesidade, maior pressão intra-abdominal, aumento da pressão intravesical, elevação da tensão muscular do assoalho pélvico, alterações nas estruturas músculo-ligamentares e na mobilidade uretral, estímulo à resposta aferente da bexiga ao sistema nervoso central e eclosão dos sintomas urinários como urgência, frequência e, provavelmente, incontinência (HUNSKAAR, 2008; DALLOSO et al., 2003; SUBAK et al., 2002).

As condições emocionais associadas à IU no nosso estudo - estresse e depressão -, certamente decorrem do constrangimento e isolamento social pela perda urinária (BRITTAİN e SHAW, 2007).

A angústia causada pela perda involuntária de urina associa-se ao medo da mulher ser percebida com a roupa molhada ou de exalar odor de urina. Como resultado desse episódio constrangedor e da insegurança contínua de passar por esta condição não esperada no adulto, instala-se um quadro psicológico que limita a QV, composto de ansiedade, isolamento social, depressão e estresse (CARVALHO et al., 2010).

A expressiva interferência da IU na qualidade de vida de suas portadoras depende do tipo de incontinência, da percepção individual do problema, da idade e da concepção de qualidade de vida em si (HIGA et al., 2008; HIGA et al., 2010; DEDICAÇÃO et al., 2008; HOWARD e STEGGALL, 2010). Laurenti (2003) acrescenta que viver com qualidade não significa sobreviver por longos períodos com o problema, pois, quase sempre, há limitações diárias com prejuízos da participação em várias atividades.

Nossos achados referentes ao KHQ coincidem com os da literatura e mostram que as mulheres com IU percebem a interferência negativa da disfunção na sua saúde de maneira geral e no impacto sobre sua qualidade de vida, porém não a consideram como um problema, na maioria dos aspectos investigados, como por exemplo as atividades de vida diária, física e social, nas suas relações pessoais, sono e disposição. Quando os domínios do KHQ foram associados aos diferentes tipos crônicos de IU, observou-se que a limitação social foi a mais influenciada e relatada; frequentemente a IUU juntamente com a IUE é apresentada como o sintoma urinário

que mais interfere no dia a dia das mulheres, estando associado à pior qualidade de vida (GUARISI et al., 2001; COYNE et al., 2003; LOPES e HIGA, 2006). Entretanto, análise estatística por meio da regressão logística no nosso estudo contrariou os dados da literatura, pois nenhum desses tipos ou sintomas urinários se manteve associado ao impacto da IU, apesar de terem sido os mais prevalentes nesta pesquisa. Assim, pode-se depreender que não são os diferentes tipos crônicos que impactam a vida das mulheres com IU.

Acrescenta-se que, segundo o ICIQ-SF, cerca de um terço das mulheres perdiam urina de uma a diversas vezes ao dia e de moderada a grande quantidade perdida, sendo estes fatores considerados de grande impacto pela maioria delas. No entanto, a maioria das mulheres com IU só percebeu o problema após a menopausa e um quarto delas ainda permaneceram com ele por cinco anos ou mais. Relataram que entre os fatores que impactam a QV estavam a frequência das perdas urinárias, o uso de protetor para a incontinência, a necessidade de trocar a roupa íntima e o controle da ingestão de líquidos.

Sobre estes pontos observados no estudo, merecem ser considerados dois aspectos: a percepção das mulheres sobre o problema da incontinência e o entendimento que fazem a respeito da sua qualidade de vida.

Em 1995, criado pela Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL Group definiu o termo QV como a percepção do indivíduo de sua posição dentro do contexto da cultura e dos valores em que vive, incluindo os objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dessa maneira, assume-se que a avaliação da QV inclui preceitos que envolve uma elaboração subjetiva, multidimensional e é composta por elementos positivos e negativos (FLECK, 2003; MINAYO, 2000).

Há uma perspectiva teórica para explicar esta relação chamada de “interacionismo simbólico” que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos, no caso a IU, e as outras pessoas com as quais interagem e, como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas. Isto envolve atitudes internas e externas centradas na compreensão da realidade e da necessidade do ajuste social (CARVALHO et al., 2010).

Assim, as mulheres que vivenciam a IU imprimem em suas atitudes frente ao problema a expectativa de serem notadas pelo constrangimento de perder urina com frequência, pelo controle da ingestão de líquidos, além do uso de estratégias de proteção para a IU, como o uso de absorventes e troca de roupa íntima. Todos esses

fatores foram observados no presente estudo como impactantes na qualidade de vida das mulheres, nos dois questionários aplicados. O controle de líquidos ingeridos durante o dia e o uso de protetores são estratégias paliativas em decorrência da frequência aumentada das perdas e, possivelmente da quantidade perdida, pois deixam as mulheres suscetíveis a interferências negativas na sua saúde física, emocional e social e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Muitas mulheres não procuraram cuidados médicos e os motivos mais frequentes foram ter vergonha, não se preocupar com o incômodo e acreditar que a IU faz parte do envelhecimento. O difícil acesso ao serviço de saúde e o desinteresse do profissional de saúde pela queixa do problema foi também relado por um número menor de mulheres, porém merecem destaque.

Todos os motivos descritos justificam a demora em buscar cuidado para a IU e agravar o problema. Para Shakhathreh e Mas'ad (2006), ainda que esta condição seja comum, intolerante e custosa entre as mulheres no climatério, sua ocorrência é frequentemente desvalorizada, principalmente quando o incômodo causado pela incontinência é considerado pequeno. Assim, mulheres incontinentes sentem-se constrangidas em relatar seu problema a um profissional, omitem o fato aos familiares e, em geral, sofrem em silêncio (MENEZES et al., 2012; HIGA et al., 2011; LOPES e HIGA, 2006; GUARISI et al., 2001a).

Fatores culturais, familiares e pessoais como o retraimento, aliado ao desconhecimento de possibilidades terapêuticas podem explicar a demora em buscar assistência adequada ao problema (HIGA et al., 2008) e ao ajuste de comportamentos para adaptar-se às inconveniências da perda urinária (SALEH, 2005; ABREU et al., 2007). Entretanto, neste estudo, não foi encontrada evidencia de que o baixo nível socioeconômico e educacional das mulheres influenciasse no impacto à qualidade de vida.

Para Borba et al. (2008), quando a mulher percebe que a perda urinária não é uma condição normal, ela assume atitudes estratégicas para lidar com as situações determinadas pelos sintomas urinários e vivencia um turbilhão de emoções e sentimentos solitários por longo período.

Assim, entende-se que a qualidade de vida das mulheres no climatério com IU está comprometida e ao termos constatado por meio desse inquérito populacional, é fundamental que reflitamos sobre nosso papel de agentes de saúde frente a esse

agravo, propondo estratégias de rastreamento precoce por meio de instrumentos padronizados, junto às unidades de atenção básica.

Diante disto, cabe-nos discutir nossa vivência com os questionários por nós aplicados neste estudo. A recomendação é de que questionários previamente validados e com evidências claras de sua qualidade sejam utilizados em investigações científicas sobre a qualidade de vida (PINTO-NETO e CONDE, 2008). Como orientação para a decisão correta, o instrumento deve ser simples, de fácil aplicação e compreensão e com tempo de aplicação apropriado (FAYERS e HAYS, 2005).

Tanto o ICIQ-SF quanto o KHQ são instrumentos específicos ao rastreamento e avaliação da qualidade de vida para IU, respectivamente. Foram vertidos e validados ao português ambos com sensibilidade e especificidade semelhantes (TAMANINI et al., 2003; TAMANINI et al., 2004; ESPUÑA PONS et al., 2007). Neste estudo, o ICIQ-SF identificou as mulheres com IU e o KHQ avaliou a QV daquelas que apresentaram IU. Contudo, ambos mostravam uma questão relacionada à perturbação do problema na vida das mulheres e permitiram identificar os possíveis fatores associados ao impacto.

O impacto desta afecção foi dado pela percepção das mulheres do problema, cuja pontuação é subjetiva. Os parâmetros clínicos por elas relatados podem ser considerados como pontos determinantes tanto para avaliar o grau do impacto da IU como também da sua evolução como resultado de intervenções precoces, simples, básicas e de baixo custo, embora específicas, na atenção primária à saúde.

Diante do exposto, notamos que ao aplicarmos os dois questionários para identificar a IU, o impacto sobre a qualidade de vida foi semelhante, além de ter podido compará-los em mulheres climatéricas.

Espuña Pons et al. (2007) consideram que o ICIQ-SF é um questionário breve, de fácil aplicação e de avaliação rápida sobre o impacto da IU na rotina diária das mulheres, sendo indicado como o questionário específico para uso nos serviços.

O KHQ, por sua vez, é mais amplo e específico do ponto de vista da avaliação da QV, inclui as medidas de gravidade e é comumente utilizado (VIJ et al., 2014; SRIKRISHNA et al., 2010; CÓRCOLES et al., 2008; DEDICAÇÃO et al., 2008). Todavia, não resulta num único score, mas por domínios o que dificulta sua análise global. Nesse sentido, sua aplicação seria mais adequada em acompanhamentos e avaliações especializados.

Embora o ICIQ-SF e o KHQ mensurem o problema, as informações que cada um contém se complementam. Por isso, após ter aplicado os dois no presente estudo, nossa proposta é a de elaborar um novo questionário contendo questões chaves que reunissem a investigação dos sintomas urinários característicos dos diferentes tipos crônicos de IU, da frequência, bem como da quantidade das perdas urinárias e das medidas de gravidade. Sua aplicação poderia ser validada especialmente para a atenção básica como forma de identificação precoce do problema e avaliação de intervenções ainda neste nível de complexidade. Os fatores que impactam a IU poderiam emergir como marcadores de melhora ou não da perda involuntária de urina e sugeridos como possíveis critérios de referenciamento à especialidade, quando não resolvidos na atenção primária à saúde.

Assim, o presente estudo emerge como uma atualização de referencial epidemiológico na literatura brasileira para direcionamento de intervenções ainda na atenção primária à saúde, visto que foi conduzido em uma cidade de porte médio do interior do estado. A magnitude do problema apresentado e a representatividade da população estudada refletem as características sociodemográficas e clínicas de uma grande proporção de mulheres que vivem em cidades de pequeno e médio porte do Estado de São Paulo e do Brasil. Há de se considerar que em 2014 a ESF cobriu em média 59,8% da população brasileira (BRASIL, 2015) e quase a totalidade dos municípios brasileiros (95%) são de pequeno e médio porte (IBGE, 2010).

Acrescenta-se que ter conhecimento desses resultados certamente permitirá adequada conduta dos serviços de saúde frente às necessidades e expectativas individuais, o que poderá beneficiar a aderência do paciente e o sucesso da intervenção terapêutica ainda na atenção primária à saúde.

Outro ponto importante para destacar foi a população estudada. A falta de informação sobre o problema e das possíveis formas de tratamento poderiam interferir negativamente na percepção do problema, além de se associarem a IU. Entretanto, os achados deste estudo não confirmaram estas possibilidades provavelmente porque a população analisada era de baixa renda e baixa escolaridade.

Além desta condição populacional, os demais fatores clássicos como idade, número de gestação e parto, via de parto, uso de episiotomia e fórceps, peso do recém-nascido, menopausa, cirurgia ginecológica, resistência insulínica e distúrbios do sono não se associaram a IU. Isto assume especial importância para esclarecer a relação dos fatores obstétricos à ocorrência da IU e reforça que os partos naturais

podem ser incentivados entre as mulheres. Ademais, a IU não é parte natural diretamente oriunda do processo do envelhecimento, nem mesmo do hipoestrogenismo decorrente da falência ovariana.

Há de se apresentar como possível limitação do estudo a amplitude do questionário de investigação. É possível que as respostas das entrevistadas tenham sofrido interferência deste fator. Todavia, para conhecer de maneira abrangente a saúde das mulheres climatéricas na realidade de seus domicílios fez-se necessário este método.

Diante deste contexto, apesar de a IU ser considerada um problema de saúde pública, pela alta prevalência e significativo impacto na vida das mulheres, ainda não se reconhece de maneira ampla a possibilidade de abordá-la preventivamente na atenção básica.

E, cada vez mais o conhecimento das condições de saúde da população, seus determinantes e tendências constituem elemento de fundamental importância para o campo da Saúde Coletiva.

Por fim, pode-se assumir que o conhecimento do entendimento das mulheres sobre sua própria qualidade de vida relacionada à IU junto aos dados epidemiológicos investigados contribui para traçar estratégias adequadas de intervenção coletiva na atenção primária à saúde.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo realizado em mulheres no climatério pertencentes ao PROSAPIN II permitiu concluir que:

- A prevalência de IU foi inferior porém semelhante a encontrada na maioria dos estudos análogos.
- Os fatores associados à gênese da IU foram a perda urinária na gestação e no pós-parto, a prolapso genital e a obesidade. E, à sua consequência, a depressão e o estresse.
- O aspecto social da qualidade de vida das mulheres no climatério foi o mais influenciado pelos diferentes tipos de IU.
- As medidas de gravidade como o uso de protetor, o controle de ingesta e a frequência das perdas urinárias associaram-se positivamente ao impacto da IU.

8 REFERÊNCIAS

Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual-versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med*. 2006;63:477-482.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van KP, Victor A, Wein A. The standardization of terminology in lower tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003; 61(1):37-49.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van KP, Victor A, Wein A. The standardization of terminology in lower tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 2002;187:116-126.

Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev Bras Fisioterapia*. 2007. Nov-Dez; 11(6):429-36.

Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the cage in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004;57:30–39.

Ahmed HM, Osman VA, Al ASK, Al TNG. Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of kurdish women. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2013;13:269-74.

Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas no climatério. *Rev Bras Med*. 2002;59:15-21.

Aldrighi JM, Alecrin IN, Oliveira PR, Shinomata HO. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51:51-53.

Alves H, Marques AC, Ramos SP, Maartins LAN, Laranjeira RR. Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;3:139-143.

Aranha RN, Faerstein E, Azevedo GM. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. *Cad Saúde Pública*. 2004;1:100-108.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010/ABESO- 3.ed. 2009.

Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck anxiety checklist. Unpublished manuscript, University Pennsylvania, 1985.

Berlezi EM Fiorin AAM, Bilibio PVF, Kirchner RM, Oliveira KR. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de

medicação anti-hipertensiva. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.14 no.3 Rio de Janeiro 2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000300002>.

Bermúdez FJB, Olmo JMC, Fuertes ME, Ledesma AF, Garcia JMM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. Aten Primaria. 2013; 45:263-273.

Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Barreto SSM, Johns MS. Portuguese-language version of the Epworth Sleepiness Scale: validation for use in Brazil. J Bras Pneumol. 2009;35:877-883.

Bezerra LRPS, Oliveira E, Bortolini MAT, Hamerski MG, Baracat EC, Sartori MGF, et al. Comparação entre as terminologias padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o prolapso pélvico feminino. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(6):441-7.

Biaggio AMB, Natalicio L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço Estado. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. Texto Contexto Enfermagem. 2008;17:527-535.

Bozkurt M, Yumru AE, Sahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2014; 53: 452-458.

Brasil. Departamento de Atención Básica. Sistema de Informação da Atención Básica (SIAB). 2014. [acesso realizado em 07 de maio de 2015]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde (TABNET). Epidemiológicas e morbidades. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Doenças do aparelho geniturinário [internet]. Prolapso genital feminino, 2014 [acesso em 30 abril 2015]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2013; DOU 12: 59.

Brasil. Ministério da Saúde. Demográficas e Socioeconômicas [internet]. 2003 [acesso em 02 abr 2014]. Disponível em www.datasus.gov.br

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego: Classificação Brasileira de Ocupações [internet]. 2002 [acesso em 16 jun 2011]. Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf.htm>

Brito LG, Brito LM, Chein MB, Malheiros ES, Duarte TB, Pinto-Neto AM. Stress urinary incontinence in climacteric women in a Northeastern Brazilian municipality: a household survey. Int Urogynecol J. 2012 May;23(5):639-45..

Brittain KR, Shaw C. The social consequences of living with and dealing with incontinence: a carers perspective. Soc Sci Med. 2007 Sep; 65(6):1274-83.

Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence Of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;94:66-70.

Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright 11. KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol*. 2003;102(6):1291-8.

Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989; 28:193-213.

Camargo ALM. Cinesioterapia do assoalho pélvico em mulheres com incontinência Urinária de Esforço [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Interacionismo simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2010, 30 (1): 146-161.

Chmaj-WierzchowskaK, Pięta B, Kotecka M, Michalak M,Sajdak S, Opala T. Three most important etiological factors of occurrence of stress urinary incontinence in nulliparous pre-and postmenopausal Polish women. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2012; 19(3):581-585.

ChunJY, Min KS, Kang DI. A Study Assessing the Quality of Life Related to Voiding Symptoms and Sexual Functions in Menopausal Women. *Korean J Urol*. 2011;52:858-864.

Córcoles MB, Sánchez AS, Bachs JMFG, Moreno MJ. The quality of life of persons with urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2008;32:202-10.

Coury HJC. Programa auto-instrucional para o controle de Desconfortos posturais em indivíduos que trabalham sentados [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1995.

Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *B J U International*. 2003; 92:731 – 735.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Dallosso HM, et al., The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003;92(1):69-77.

Dedicação AC, Haddad M, Saldanha MÊS, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2009; 13 (2):116-122.

DeLancey JOL. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1488-95.

Dietz HP, Schierlitz L. Pelvic floor trauma in childbirth – myth or reality? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005;45(1):3-11.

Divani AA, Majidi S, Barret AM, Noorbaloochi S, Luft A. Consequences of Stroke in Community-Dwelling Elderly The Health and Retirement Study, 1998 to 2008. *Stroke*. 2011;4:1821-825.

Dontas I.A, Yiannakopoulos CK. Risk factors and prevention of osteoporosis: related fractures. *J Musc Neuronal Interact*. 2007;3:268-72.

Ebbesen MH, Hannestad YS, Midthjell K, Hunskaar S. Diabetes and urinary incontinence – prevalence data from Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007 Oct;86(10):1256-62.

El-Azab AS, Shaaban OM. Measuring the barriers against seeking consultation for urinary incontinence among Middle Eastern women. *BMC Women's Health* [internet]. 2010 [acesso em nov 2011];10:3. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/10/3>

España-Pons M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Mora NA. Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse in women seeking care for pelvic floor problems. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2014; 177:141–145.

España Pons M, Castro Díaz D, Carbonell C, Dilla T. A comparison of the ICIQ-UI Short Form and the King's Health Questionnaire as assessment tools for female urinary incontinence. *Actas Urol Esp*. 2007;31:502-51.

España Pons M, Puig Clota M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urológicas Españolas* julio/agosto.2006

Faúndes A, Guarisi T, Neto AMP. The risk of urinary incontinence of parous women who delivered only by cesarean section. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;72:41-46.

Fayers P, Hays R. Assessing quality of life in clinical trials. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.9

Feldner PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF. Valor da Queixa Clínica e Exame Físico no Diagnóstico da Incontinência Urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 200; 24(2):87-91.

Fernando RJ, Sultan AH. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Current Obstetrics & Gynecology*. 2004;14:320-326.

Findik AB, Unluer NA, Sahin E, Bozkurt OF, Karakaya J, Unsal A. Urinary Incontinence in Women and Its Relationwith Pregnancy, Mode of Delivery, Connective Tissue Disease and Other Factors. *Adv Clin Exp Med* 2012; 21(2):207–213.

Firdolas F, Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y. Effect of urinary incontinence and its subtypes on quality of life of women in Eastern Turkey. *Urology*. 2012;80.

Fleck MPA, Chachamovicha E, Trentini CM. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):793-9.

Florindo AA, Latorre MRDO, Jaime PC, Tanaka T, Zerbini CAF. Metodologia para a avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. *Rev SaúdePública*. 2004;38:307-314.

Florindo AA, Latorre MRDO. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. *Rev Bras Med Esporte*. 2003; 9:129-135.

Frederico BR, Madeira JS, Queiroz CB. A implementação da escola de reeducação do assoalho pélvico na incontinência urinária como estratégia de melhora da qualidade de vida da mulher das unidades de saúde da família de Campo Redondo em São Pedro Aldeia/RJ [internet]. Rio de Janeiro; 2007 [acesso em 13 mar 2011]. Disponível em: <http://www.gate.com.br/fisioweb>

Geelen JMV, Weijer PHMV, Arnolds H. The Urogenital symptoms and resulting discomfort in non-institutionalized Dutch women aged 50-75 years. *International Urogynecology Journal*. 2000;11:9-14.

Gomes GV, Silva GD. Incontinência urinária de esforço emmulheres pertencentes ao programa de saúde da família de dourados (MS).*Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56:649-54.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996:453-457.

Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, Langan E, Kapoor S, Nelson DB. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the changes of the menopause transition. *Menopause*. 2005;12:128-35.

Guarisi T, Neto AMP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Públ*. 2001a;35:428-435.

Guarisi T, Neto AMP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001b;23:439-443.

Haillot PO, Bruyere F, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *British Journal Urology International*. 2002; 89:61-66.

Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar SA. Community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPICONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53:1150-1157.

Hernández RRV, Aranda ER, Aznar CT. Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: A pending challenge. *Midwifery*. 2013 (29):e123–e129.

Howard F, Steggall M. Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *Br J Nurs*. 2010 Jun 24-Jul 7;19(12):742-9.

Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21:5–26.

Higa R, Chvatal VLS, Lopes MHBM, Turato ER. The Meanings of Silence in Brazilian Women With Urinary Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011; 38(5): 565-568.

Higa R, Rivorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHM, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto contexto –enferm*. 2010; 19 (4): 627-35.

Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92.

Higa R, Lopes MHBM, Turato ER. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008 julho-agosto; 16(4)

Higa R, Lopes MHBM. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm*. 2005;58:422-428.

Higa R, Lopes MHBM. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):213-6.

Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, et al. Impact of childbirth and mode of delivery on vaginal resting pressure and on pelvic floor muscle strength and endurance. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:50.e1-7.

Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Family Practice*. 2004;21:689–696.

Hulley SB. Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Hunskar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008;27(8):749–57

Hunskar S, Burgio K, Diokono A, Herzog R, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*. 2003;62:16-23.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico [internet]. 2010 [acesso em 2abr 2013]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Indicadores Sociais Municipais 2010 [acesso em 7 maio 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006475711142011571416899473.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Grandes Regiões e Unidades da Federação: Esperança de vida ao nascer segundo projeção populacional: 1980, 1991-2030 - Ambos os sexos. Brasil.[acesso em 03 de maio de 2015]. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000243.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de Mortalidade [internet]. 2009 [acesso em 3jul 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009>

Junior PCF, Bezerra, RPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24:87-91.

Junior PCF, Bezerra, RPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Correlação entre a pressão de perda à manobra de valsalva e a pressão máxima de fechamento uretral com a história clínica em mulheres com incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24:433-438.

Kahn HS. The lipid accumulation product performs better than the body mass index for recognizing cardiovascular risk: a population-based comparison. *BCM CardiovascDisord*. 2005;5.

Kupperman HS, Blatt MHG. Menopausal indice. *J ClinEndocrinol*. 1953;13:688-694.

Lammers K], Fütterer JJ, Prokop M, Vierhout ME., Kluivers KB. Diagnosing pubovisceral avulsions: a systematic review of the clinical relevance of a prevalent anatomical defect. *Int Urogynecol J* (2012) 23:1653–1664

Laurente R. A mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(4): 349-66.

Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Luber KM. Prevalence and cooccurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol* 2008;111(3):678–85.

Legendre G, Fritel X, Ringa V, Lesavre M, Fernandez H. Urinary incontinence and menopause. *Prog Urol*. 2012;22:615-621.

Legendre G, Ringa V, Panjo H, Zins M, Fritel X. Incidence and remission of urinary incontinence at midlife: a cohort study. *BJOG*. 2014 Jul 24.

Leijonhufvud A, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:70.e 1-6.

Liang CC, Tseng LH, Horng SG, Lin IW, Chang SD. Pelvic organ prolapse quantification system scores with obstetric parameters and lower urinary tract symptoms in primiparae postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(5):537-41.

Lipp MEN. Inventário de Sintomas de *stress* para adultos de LIPP (ISSL). São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2000.

Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Wu DL. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *Int J Clin Exp Med* 2014;7(3):686-696.

Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40:34-41.

López M, Ortiz AP, Vargas R. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association with Body Mass Index among Women in Puerto Rico. *Journal of Women's Health*. 2009 ; 18 (10): 1609-14.

Machado VSS, Valadares AL, Paiva LSC, Moraes SS, Neto AMP. Aging, obesity, and multimorbidity in women 50 years or older: a population-based study. *Menopause*. 2013;20:818-24.

Machado VSS, Valadares AL, Paiva LSC, Moraes SS, Neto AMP. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. *Menopause*. 2012;19:569-75.

Marinkovic SP, Stanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. *J Urol*. 2004;171(3):1021-8.

Matsudo SM, Araújo TL, Matsudo VKR, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Saúde*. 2001; 10:5-18.

McDermott CD, Terry CL, Mattar SG, Hale DS. Female Pelvic Floor Symptoms Before and After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2012; 22:1244–1250.

Mendonça M, Reirs RV, Macedo CBMS, Barbosa KSR. Prevalência da queixa de

incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. 1997;107:153-155.

Menezes GMD, Pinto FJM, Silva FAA, Castro ME, Medeiros CRB. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33:100-8.

Minayo MC. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5(1) :7-18.

Mishra GD, Cardozo L, Kuh D. Menopausal transition and the risk of urinary incontinence: results from a British prospective cohort. *BJU Int*. 2010;106:1170-5.

Mishra GD, Hardy R, Cardozo L, Kuh D. Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle aged women: results from a British prospective cohort. *Int J Obes (Lond)*. 2008 September ; 32(9): 1415–1422.

Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *ObstetGynecol*. 2000;96:446-51.

Mourão FAG, Lopes LN, Vasconcellos NPC, Almeida MBA. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. *ActaFisiatr*. 2008;15:170-175.

North American Menopause Society (NAMS). Menopause practice: a clinician's guide. USA:NAMS, 2004.

National Heart Institute (NHI). Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *Jama*. 2001;285:2486-97.

Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med*. 1999;131:485-91.

Notelovitz M. Climateric medicine and science: a societal need. In: Notelovitz M. *The Climateric in Perspective*. Press. 1988:19-21.

Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. *Braz. J. MédBiol Res*. 2001;34:203-210.

Okun ML, Kravitz HM, Sowers MF, Mooul DE, Buysse DJ, Hall M. Psychometric Evaluation of the Insomnia Symptom Questionnaire: a self-report measure to identify chronic insomnia. *J.Clin Sleep Med*. 2009;5:41-51.

Palma T, Raimondi M, Souto S, Fozzatti C, Palma P, Riccetto C. Correlation between body mass index and overactive bladder symptoms in pre-menopausal women. *Rev Assoc Med Bras* 2014; 60(2):111-117.

- Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, Siddighi S, Kleeman SD, Dryfhout V, et al. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(6):622-27.
- Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* October 2003, Vol. 110, pp. 927–933.
- Park HS, Oh SW, Cho SI, Cho IWH, Kim YS. The metabolic syndrome and associated lifestyle factors among South Korean adults. *International Journal Epidemiol*. 2004;328-336.
- Pastore LM, Kighlinger RS, Hullfish K. Vaginal symptoms and urinary incontinence in elderly women. *Geriatrics*. 2007;62:12-16.
- Pereira SB, Thiel RRC, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC, Herrmann V, Palma P. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32:273-8.
- Pérez-López FR, Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Monterrosa-Castro A. Urinary incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the Cervantes Scale. *Maturitas*. 2012; 73: 369-372.
- Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;3:307-312.
- Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(11):535-6.
- Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Maturitas*. 2014 (79): 349–354.
- Reaven GM. Banting lecture 1988: Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988;37:1595-607.
- Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, Navarro M, Ribot MM, Llobera J. Grupo de Estudio de la Incontinencia Urinaria en Mallorca. Urinary incontinence in Mallorcan women: prevalence and quality of life. *Actas Urol Esp*. 2013;37:354-61.
- Reigota RB, Pedro AO, Machado VSS, Paiva LC, Neto AMP. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourol Urodyn*. Oct, 2014

Rett MT, Simões JA, Herrmann MSCG, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29:134-140.

Richter HE, Nygaard I, Burgio KL, Handa VL, Fitzgerald MP, Wren P, et al. Lower urinary tract symptoms, quality of life and pelvic organ prolapse: irritative bladder and obstructive voiding symptoms in women planning to undergo abdominal sacrocolpopexy for advanced pelvic organ prolapse. *J Urol.* 2007;178(3 Pt 1):965-9.

Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas.* 2011; 68:137-42.

Robinson D, Tooze-Hobson P, Cardozo L. The effect of hormones on the lower urinary tract. *Menopause Int.* 2013; Dec;19(4):155-62.

Robles JE. La incontinencia urinaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2006;29:219-231.

Rodrigues AM, Oliveira LM, Martins KF, DelRoy CA, Sartori MGF, Girão MJBC, Castro RA. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(1):17-21.

Sacomori C, Negri NB, Cardoso FL. Urinary incontinence in women undergoing Pap smear test: socio-demographic and behavioral factors. *Cad Saude Publica.* 2013;29(6):1251-9.

Saleh N, Bener A, Khenyab N, Mansori ZA, Muraikhi AA. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? *Maturitas.* 2005;50:58-65.

Santos CRS, Santos VLCG. Prevalence of Urinary Incontinence in a Random Sample of the Urban Population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18:903-10.

Sartori JP, Kawakami FT, Sartori MGF, Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR. Distúrbios Urinários no Climatério: Avaliação Clínica e Urodinâmica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1999;21:77-81.

Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Jul;178:27-34.

Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(7):355-9.

Scarpa KP, Herrmann V, Palma PC, Ricetto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(3):219-23.

Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci.* 2013;29:818-22.

Shakhatreh FM, Mas'ad D. Menopausal symptoms and health problems of women aged 50-65 years in southern Jordan. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society.* 2006;9:305-11.

Shaw C, Atwell C, Wood F, Brittain K, Williams KA. Qualitative study of the assessment and treatment of incontinence in primary care. *Family Practice.* 2007;24:461–467.

Shifren JL, Gass ML. NAMS Recommendations for ClinicalCare of MidlifeWomen Working Group The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause.* 2014;21:1038-62.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* -Abril 2007 :88 [supl. I].

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Ver Bras Hipertensão.* 2010;17:5-6.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Vitamina D e Diabetes Mellitus tipo I. 2012. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbd>.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Departamento de Hipertensão Arterial. IV Diretrizes Brasileiras de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Revista Brasileira de Hipertensão.* 2010;17.

Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Jornal Brasileiro de Nefrologia.* 2006;1 -41.

Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the stats – trait anxiety inventory consulting psychologist press. Palo Alto; 1970.

Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. A longitudinal study of patient and surgeon goal achievement 2 years after surgery following pelvic floor dysfunction surgery. *BJOG* 2010;117:1504–1511.

Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U, Cnattingius S. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. *Maturitas.* 1996;24:31-6.

Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and Urinary Incontinence: Epidemiology and Clinical Research Update. *J Urol.* 2009a;182:2-7.

Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, Richter HE, Myers D, Burgio KL, Gorin AA, Macer J, Kusek JW, Grady D. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *New England Journal of Medicine.* 2009b; 360: 481–490.

Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown JS. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13:40–3.

Sze EHM, Jones WP, Ferguson JL, Barker CD, Dolezal JM. Prevalence of urinary incontinence symptoms among black, white and hispanic women. *ObstetricsandGynecology*. 2002;99:572-575.

Szejnfeld VL. Composição e organização do osso e remodelação óssea. Osteoporose: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Sarvier; 2000.

Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad. Saúde Pública*. 2009;5:1756-1762.

Tamanini JT, Almeida FG, Girotti ME, Riccetto CL, Palma PC, Rios LA. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapsed. *IntUrogynecol J PelvicFloorDysfunct*. 2008;19:1385-1391.

Tamanini, JTN; Mauad LMQ, Auler AMBAP. Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres Atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. *BoletimEpidemiológicoPaulista*. 2006;3.

Tamanini JTM, Dambros M, D’Ancona CAL, Palma PCR, Junior NRN. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ – SF). *Revista de Saúde Pública*. 2004;3:438-444.

Tamanini JTN, D’Ancona CAL, Botega NJ, Junior NRN. Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Revista de Saúde Pública*. 2003;37:203-11.

Teunissen D, Weel CV, Janssen TL. Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behavior. *British Journal of General Practice*. 2005;55:776-782.

The North American Menopause Society (NAMS). Menopause practice: a clinician’s guide. USA;2004.

Torrise G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, Ettore G.A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 160 (2012) 110–115.

Townsend MK, Danforth KN, Lifford KL, et al. Incidence and remission of urinary incontinence in middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007;197:167e1–5e.

Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int.* 2006;97(2):296-300.

Van Geelen JM, Van de Weijer PHM, ARNOLDS HT. Urogenital symptoms and resulting discomfort in non-institutionalized Dutch women aged 50-75 years. *International Urogynecology Journal.* 2000; 11: 9-14.

Vij M, Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Quality assurance in quality of life assessment--measuring the validity of the King's Health Questionnaire. *Int Urogynecol J.* 2014 Aug;25(8):1133-5.

Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):248-54.

Virtuoso JF, Menezes EC, Mazo GZ. Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres idosas praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015; 37(2):82-6.

Waetjen EL, Liao S, Johnson WO, Sampsel CM, Sternfield B, Harlow SD, Gold EB. Factors Associated with Prevalent and Incident Urinary Incontinence in a Cohort of Midlife Women: A Longitudinal Analysis of Data for the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Epidemiol* 2007;165:309–318

Wiltgen D, Benedetto IG, Mastella LS, Spritzer PM. Lipid accumulation product index: a reliable marker of cardiovascular risk in polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction.* 2009;1:1-6.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) -WHOQOL Group. Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 1995;41(10):1.403-1.409.

World Health Organization. Defining the problem of overweight and obesity. In: World Health Organization. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation.* Geneva; 2000: 241-243.

Zhu L, Lang J, Liu C, Xu T, Liu XC, Li L, Wong F. Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. *Int Urogynecol J.* 2010:589-593.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 - sala 218 - Cerqueira Cesar CEP: 01246-904 São
Paulo/SP
Tel: (11) 3061.7149 Fax: (11) 3061.7834

CARTA DE ANUÊNCIA

No mês de janeiro de 2005 foi firmado um Acordo de Cooperação Técnico Científico entre o Departamento Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, representado pelo Professor Associado José Mendes Aldrighi e a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, representada por Ana Maria Figueiredo de Souza.

Este acordo autorizou a criação do Projeto de Saúde de Pindamonhangaba (PROSAPIN) que tem por objetivo investigar a saúde de mulheres inscritas na Saúde da Família de Pindamonhangaba / SP e gerar conhecimento científico por meio de dissertações, teses e publicações em anais e revistas científicas.

Para os devidos fins, esta carta reafirma o acordo de cooperação feito em 2005.

Dra. Sandra Maria Carneiro Tutihasi
Secretária de Saúde de Pindamonhangaba

São Paulo, 28 de julho de 2014.

Dr. José Mendes Aldrighi
Coordenador do PROSAPIN

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: PROJETO DE SAÚDE DE PINDAMONHANGABA - FASE II (PROSAPIN - 2014)

Pesquisadores responsáveis: Professor Associado Dr. José Mendes Aldrichi e Professora Titular Maria Regina Alves Cardoso, docentes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Este estudo é a continuação de um projeto chamado “Projeto de Saúde de Pindamonhangaba- (PROSAPIN)”, iniciado no ano de 2007 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) com o protocolo número 1776. No período entre outubro de 2007 e janeiro de 2008 você pode ter participado do PROSAPIN assinando um documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respondendo uma entrevista e permitindo a medida do seu peso, altura, circunferência da barriga e do quadril e realizando um exame de sangue. **Agora em 2014 o PROSAPIN terá uma segunda etapa e você está sendo convidada a participar.** Sua participação é de grande importância, pois permitirá comparar os resultados dos estudos de 2007 e 2014, e avaliar como a saúde das mulheres de Pindamonhangaba evoluiu em sete anos. Esta comparação dos resultados só será possível caso você aceite participar desta nova etapa e permita a utilização das informações coletadas no PROSAPIN de 2007.

O aceite para participar do PROSAPIN de 2014 e a permissão para utilizar as informações anteriores só serão válidos mediante a assinatura deste novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caso você não tenha participado do PROSAPIN em 2007, saiba que seu nome foi sorteado para você participar da nova fase do projeto em 2014. Desta forma, convidamos você a fazer parte deste estudo, caso aceite, deverá assinar este Termo de Consentimento para formalizar sua participação.

O PROSAPIN de 2014 tem várias partes, a primeira delas é estudar seus hábitos de vida e possíveis doenças.

Para isso será necessário realizar os seguintes procedimentos: uma **entrevista** com perguntas sobre seus dados pessoais (idade, estado civil, escolaridade, renda e profissão), a presença de alguma doença física ou psicológica (dores no corpo, problemas de sono, perda de urina, ansiedade, depressão e estresse) e seus hábitos de vida (tipo de alimentação, prática de exercícios e consumo de álcool e cigarro). Também serão realizadas **medidas** da sua pressão, peso, altura, circunferência da barriga e pescoço; **exame de sangue** para ver a quantidade de gordura, açúcar, gordura com açúcar e hormônio cortisol; **exame de urina**, e por último, se necessário, um **exame do sono** que será realizado durante a noite na sua casa para ver se existe o problema de paradas respiratórias enquanto você dorme.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também pede permissão para a utilização do sangue armazenado em futuras análises.

Em seguida você será convidada para participar de uma prática de exercício chamada Tai Chi Pai Lin e de Meditação na Unidade de Saúde perto da sua casa durante três meses. Além disso, você poderá ser convidada também para receber orientações para melhorar o sono e os sintomas urinários, caso apresente problemas de sono ou perda de urina sem querer.

Os riscos são mínimos, mas existe a possibilidade de constrangimento com algumas perguntas íntimas ou com a impossibilidade de utilizar a balança e a fita métrica que são padronizadas para o estudo (150 Kg e 150 cm respectivamente), entretanto, as perguntas têm a possibilidade de não serem respondidas. Durante a coleta de sangue pode acontecer algum desconforto durante a penetração da agulha, contudo, a equipe que fará este trabalho é especializada e experiente, e o material todo descartável impedindo contaminações. Se você aceitar praticar o Tai Chi Pai Lin, pode ser que aconteça alguma lesão leve se o exercício for realizado de forma incorreta, entretanto, é um método simples, muito fácil e seguro. Caso você precise fazer o exame do sono, o aparelho que será utilizado é bem leve e pequeno, mas, pode ocorrer algum

incômodo na posição de dormir. Por último, se você participar da terapia para mulheres que perdem urina, você poderá ser encorajada a utilizar um dispositivo para ser colocado dentro da vagina (cones ou absorventes internos), estes são estéreis, leves e confortáveis, de uso individual para ser colocado em casa com privacidade, a fim de fazer exercícios com os músculos que ajudam a segurar a urina, no entanto, talvez você possa se sentir tímida e se recusar a usar.

O benefício pessoal para você está ligado a uma melhor qualidade de vida, uma vez que, constatando a presença destes problemas você receberá assistência de profissionais especializados junto a equipe da Unidade de Saúde de Família. No final desses três meses, faremos a mesma avaliação inicial descrita anteriormente.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dos dados do questionário serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou informação que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, você poderá procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, ou os pesquisadores responsáveis Prof. Dr. José Mendes Aldrighi pelo telefone (11) 3061-7703 e Profª. Dra. Maria Regina Alves Cardoso pelos telefones (11) 99834-2020.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores responsáveis Dr. José Mendes Aldrighi e Dra. Maria Regina Alves Cardoso certificam-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão pagos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a estudante Érika Flauzino que mora na cidade de Pindamonhangaba pelo telefone (12) 9761-4369, com os professores citados acima ou, com Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura da Participante	Data
Nome	Assinatura da Pesquisadora	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

APÊNDICE C – CADERNO DE VARIÁVEIS

Será usado um questionário composto pelos seguintes blocos:

- **Bloco SD (Dados sócio-demográficos):** idade, escolaridade, religião e estado civil de acordo com o censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cor da pele autodeclarada, ocupação segundo o Ministério do Trabalho - Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2011), renda familiar e rendimento mensal familiar *per capita* (IBGE, 2011).
- **Bloco HO (História obstétrica):** número de gestações, partos, abortos; via do parto de acordo com os critérios de GUARISI et al. (2001a); uso de fórceps, episiotomia e peso do maior recém-nascido (SALEH et al., 2005); IU na gestação e no pós-parto.
- **Bloco HG (História ginecológica):** serão levantados dados segundo Aranha et al. (2004) sobre a idade da menarca e da menopausa, regularidade menstrual, uso de terapia de reposição hormonal, última menstruação da vida da mulher. Quando a amenorréia for de 12 ou mais meses consecutivos define-se a menopausa (NAMS, 2004).
- **Bloco FS (Função sexual feminina):** será investigada pelo *Quociente Sexual – Versão Feminina*, o QS-F (ABDO, 2006).
- **Bloco HMP (História de morbidade pessoal):** relato de hipertensão arterial, diabetes, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, síndrome de ovários policísticos, doença hepática gordurosa não alcoólica, osteoartrite, mieloma, hipotireoidismo, hipertireoidismo e hiperuricemia.
- **Bloco HMF (História de morbidade familiar):** hipertensão arterial, diabetes e doença cardiovascular, de acordo com a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SBH, 2011).
- **Bloco UM (Uso de medicamentos):** nome do medicamento, dosagem, prescrição médica.
- **Bloco M (Morbidades):** síndrome metabólica, resistência insulínica, hipertensão arterial, depressão, ansiedade, estresse, apneia obstrutiva do sono, sonolência, qualidade do sono, insônia, incontinência urinária, prolapso genital, sintomas vaginais, função sexual, sintomas músculo esqueléticos e quedas.
- **Bloco MA (Medidas antropométricas):** peso corporal, altura, circunferência abdominal (PARK et al., 2004), circunferência do quadril (WHO, 2000).
- **Bloco HA (Hábitos de vida):** atividade física, consumo de álcool, uso de tabaco e hábitos alimentares.
- **Bloco DL (Dados laboratoriais):** exame de sangue para avaliação de hemograma completo, triglicérides, colesterol total, colesterol frações, glicemia de jejum, transaminase glutâmico oxaloacética (TGO), transaminase glutâmico pirúvica (TGP), gama glutamiltransferase (GGT),

creatinina, proteína C reativa (PCR), tireotrofina (TSH), tiroxina (T4 livre) e cortisol; além de exame de urina tipo I.

Quanto às morbidades:

Síndrome metabólica: medida de acordo com os protocolos do *Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults* - NCEP-ATPIII (NHI-NCEP, 2001). Será considerada Síndrome Metabólica, quando pelo menos 3 dos 5 itens estiverem alterados: concentrações séricas de colesterol de alta densidade $<50\text{mg/dL}$; cintura abdominal $>88\text{cm}$; concentrações séricas de triglicerídeos $\geq 150\text{mg/dL}$; pressão arterial $\geq 130\text{mmHg}$ para a sistólica ou 85mmHg para a diastólica e glicemia de jejum $\geq 110\text{mg/dL}$. A I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SBH, 2010) recomenda a mesma definição.

Resistência insulínica: A síndrome metabólica também é conhecida como Síndrome de Resistência à Insulina (REAVEN e BANTING, 1988; DEFRONZO e FERRANINI, 1991), assim é importante avaliar a sensibilidade à insulina *in vivo*. O método diagnóstico de resistência insulínica utilizado foi o *LAP index* (*Lipid Accumulation Product*), considerado fiel marcador do risco cardiovascular em adultos (KAHN, 2005). O *LAP index* para mulheres é expresso pela fórmula: $[\text{circunferência abdominal (cm)} - 58] \times \text{triglicerídeos (mmol/L)}$, sendo de fácil uso em grandes populações. Valores iguais ou superiores a 34,5 correlacionam-se com alta sensibilidade e especificidade com o HOMA IR (WILTGEN et al., 2009). O HOMA (*Homeostasis model assessment*) é um modelo matemático que prediz a sensibilidade insulínica pelas medidas de concentrações séricas de glicemia e da insulina no jejum e tem boa correlação com padrão-ouro: o método do *clamp* euglicêmico hiperinsulinêmico (REAVEN; BANTING, 1988; SBC, 2007).

Hipertensão arterial sistêmica: aferida segundo a recomendação da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010), com o aparelho calibrado, de braço, digital e automático *MicroLife*, testado e validado pela *British Hypertension Society*. Será considerada, como a pressão arterial final, a média das 2 últimas. Será considerada hipertensa a mulher com pressão sistólica $\geq 130\text{mmHg}$ e diastólica $\geq 85\text{mmHg}$, segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SBC, 2010).

Depressão: investigada por meio do *Inventário de Depressão de Beck* (BDI), que foi validado para o português por Gorenstein e Andrade (1996). É uma escala psicométrica, aceita internacionalmente, que mede a intensidade da depressão. O inventário consiste em 21 questões que abordam os sintomas e atitudes depressivas, cuja intensidade varia de 0 a

3. Cada categoria contém quatro alternativas que mostram o nível de depressão. A soma de pontos permite rastrear a existência e a intensidade de uma depressão. A pontuação de 0 a 9 pontos é considerada ausência ou sintomas mínimos; de 10 a 18 sugere depressão leve, ou seja, de acordo com o inventário disforia; de 19 a 29 depressão moderada e 30 ou mais pontos depressão severa.

Ansiedade: avaliada por meio de dois questionários. O *Inventario de Ansiedade Traço– Estado (Stait-Trait Anxiety Inventory- IDATE)* que foi desenvolvido por Spielberget al. (1970) e traduzido e validado por Biaggio e Natalício (1979) para a população brasileira. Trata-se de um inventario de auto-avaliação composto por 2 escalas paralelas elaboradas para medir os conceitos Ansiedade Traço (IDATE-T) e Ansiedade Estado (IDATE-E). Sendo cada uma constituída de 20 questões, que indicam a intensidade naquele momento (IDATE-E) ou a freqüência com que ocorrem (IDATE-T) por meio de uma escala de 4 pontos(1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.O *Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)*, versão em português validada por Cunha (2001), é uma escala sintomática que mensura a gravidade dos sintomas da ansiedade. Classifica os sintomas da ansiedade como: mínimo, leve, moderado ou grave. Uma escala sintomática, que mensura a gravidade dos sintomas da ansiedade, sendo composta por 21 itens, com quatro opções de respostas, classificando os sintomas da ansiedade como: mínimo de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63. O BAI foi elaborado para não só medir ansiedade, mas, formulado para que se evitasse confusão com a depressão. O questionário também apresenta alta confiabilidade, elevada consistência interna e validade moderada, tanto para pacientes psiquiátricos, como para amostras de população geral (BECK, STEER e BROWN, 1985).

Estresse: avaliado pelo *Inventário de Sintomas de Estresse (ISS-LIPP)*, que foi validado por Lipp e Guevara e visa identificar sintomas físicos e psicológicos do *stress*, bem como sua fase (LIPP, 2000). A aplicação do ISS-LIPP pode ser executada por qualquer pessoa, porém sua correção e interpretação devem sempre ser realizadas por um psicólogo. O Inventário é composto por 3 grupos de questões que abrigam os sintomas experimentados nas últimas 24 horas (fase I: alerta), na última semana (fase II: resistência) no ultimo mês (fase III: exaustão).

Apnéia obstrutiva do sono: investigada pelo *Questionáriode Berlin* (NETZER et al., 1999) que foi traduzido para o português pelos pesquisadores responsáveis pelo presente estudo. O questionário é composto por 10 questões e suas informações são divididas em 3 categorias. Se duas das três categorias forem positivas será considerada com características sugestivas de apnéia.

Sonolência: pesquisada por meio da *Escala de sonolência de Epwort* (JOHN, 1991), que foi validada para o português por Bertolazi e que quantifica a possibilidade de um

indivíduo cochilar durante 8 situações rotineiras.

Qualidade do sono: investigada por meio do *Questionário de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – PSQI* (BUYSSE, 1989), validado para o português por Bertolazi et al. (2009) e que avalia a ocorrência de um sono ruim.

Insônia: O instrumento utilizado para a pesquisa da insônia foi o Questionário de Sintomas de Insônia (ISQ) (OKUN et al., 2009), traduzido pelos pesquisadores e que verifica no último mês a presença de sintomas relacionados à insônia, bem como a persistência e a interferência destes sintomas nas atividades do dia-dia. Possui 13 questões e classifica o indivíduo em presença de insônia ou ausência de insônia. As questões 1,2 e 5 determinam presença, frequência e duração dos sintomas e as questões de 6 a 13 identificam as consequências diurnas. Se a resposta para pelo menos uma das três questões (1,2 e 5) foi frequentemente ou sempre, o critério sintoma foi considerado SIM. Se a resposta para pelo menos uma das três questões (1,2 e 5) foi maior do que 4 semanas, o critério duração foi considerado SIM. Se a resposta para pelo menos uma das questões de 6 a 13 foi bastante ou muito, o critério consequências diurnas foi considerado “sim”. Desta forma, foram classificados com presença de insônia os indivíduos que apresentaram sim para todos os critérios acima e com ausência de insônia os que apresentaram “não” para um ou mais critérios.

Incontinência urinária: classificada por meio do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ - SF)*, validado para o português por Tamanini et al. (2004), que avalia a presença de incontinência urinária e frequência da perda no último mês. A qualidade de vida das incontinentes será avaliada pelo *King's Health Questionnaire (KHQ)*, validado para o português por Tamanini et al. (2003). Para avaliação da Bexiga Hiperativa foi usado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB)*, validado para o português por Pereira et al. (2010).

Prolapso genital e sintomas vaginais: As disfunções do assoalho pélvico e vagina foram investigadas pelo *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Vaginal Symptoms (ICIQ-VS)* (TAMANINI et al., 2008) que avalia uma série de sintomas de disfunção do assoalho pélvico, intestino e vagina, juntamente com questões sexuais.

Função sexual: investigada por meio do *Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)*, um instrumento de fácil compreensão, que avalia vários domínios da função sexual feminina (ABDO, 2006). Analisa a função sexual e pode auxiliar no diagnóstico da Disfunção Sexual Feminina. Sua avaliação abrange vários domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos). Apresenta linguagem acessível podendo ser utilizado para estratificação de pacientes em estudos clínicos ou observacionais. Possui dez questões que avaliam as fases do ciclo de resposta sexual e outros domínios: desejo e interesse sexual; preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro; conforto; orgasmo e satisfação. Cada questão é respondida numa escala que varia

de 0 a 5 e o escore obtido é multiplicado por dois, resultando em uma soma entre 0 e 100. Os valores maiores indicam melhor desempenho/ satisfação sexual.

Obesidade: avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir da divisão da peso corporal pela estatura elevada ao quadrado (kg/m^2). De acordo com a ABESO (2009), o IMC é estratificado em: baixo peso ($\text{IMC} < 18,5$), peso normal ($18,5-24,9$), sobrepeso ($\geq 25,0$), pré-obeso ($25,0-29,9$), obeso I ($30,0-34,9$), obeso II ($35,0-39,9$) e obeso III ($\text{IMC} \geq 40$).

Sintomas do climatério: foram investigados pelo *Índice Menopausal de Kupperman* que foi criado pelos médicos alemães Kupperman e Blatt (1953) e passou a ser usado como referência por médicos para avaliar os sintomas climatéricos das pacientes. Permite uma avaliação quantitativa global da ocorrência de sintomas. O índice classifica a síndrome climatérica como sendo de intensidade leve, moderada ou intensa. As respostas para cada sintoma investigado seguem a seguinte escala de escores: 0 (ausência de sintomas); 1 (sintomas leves); 2 (sintomas moderados) e 3 (sintomas intensos). Para o cálculo do escore total, os sintomas pesquisados apresentam pesos diferenciados, nos quais as ondas de calor (fogachos) assumem maior relevância (peso 4), parestesia, insônia e nervosismo um valor intermediário (peso 2) e os demais sintomas, como depressão, vertigens, fadiga, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbido, peso 1 (um). Multiplicando a intensidade do sintoma pelo respectivo fator de conversão e, em seguida, fazendo a soma dos resultados obtidos, alcança-se uma pontuação capaz de classificar a síndrome climatérica. Considerou-se síndrome climatérica de intensidade leve a pontuação até 19, moderada entre 20 e 35 e intensa maior que 35.

Sintomas músculo esqueléticos: foi usada a parte geral do *Questionário Nórdico*. A versão brasileira deste instrumento foi traduzida e validada por Pinheiro et al. (2002), apresentando confiabilidade variando de 0,88 a 1 segundo o coeficiente de Kappa. Inclui também questões sobre presença de dores musculoesqueléticas nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias, bem como indaga sobre limitações e procura por profissional da área da saúde. Assim, complementando o instrumento de desconforto musculoesquelético, os sintomas serão caracterizados quanto à intensidade, frequência, duração e estado de acordo com Coury (1995). O *Questionário de Roland-Morris* foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Nusbaum et al. (2001) e consiste de 24 perguntas sobre a incapacidade causada pela dor lombar. Os itens são pontuados como zero ou 1 (não ou sim) e o total varia de 0 (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave), informando sobre a interferência das dores nas costas nas atividades da vida diária e da vida prática do paciente, que são assinalados se presentes.

Quanto às medidas antropométricas:

O **peso** foi mensurado em quilo utilizando a balança portátil SECA omega870 digital e resistente para pesar pessoas. A balança é de fácil transporte, mantém a calibração com mudanças de local, tem capacidade de 150 quilogramas com divisão 1 quilograma e mede 300 x 45 x 310 mm. Para a medida, solicitou-se à mulher que vestisse roupas leves e subisse na balança sem sapatos, com pés paralelos, com peso distribuído em ambos os pés e braços relaxados ao lado do corpo. O procedimento foi realizado duas vezes e medidas de peso superior à precisão de calibragem da balança foram refeitas, o ideal é não apresentar diferenças entre as leituras.

A **altura** foi medida com auxílio do antropômetro SECA 206 numa parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés. A mulher permaneceu em pé, com roupas leves, sem sapatos, os pés ficaram paralelos e com o peso distribuído em ambos. Os pés foram posicionados encostados na parede e voltados para frente, braços ao longo do corpo relaxados, calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e região do occipital encostados na superfície vertical da parede e cabeça no plano de Frankfurt (Plano de Frankfurt: margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do condutor auditivo externo estão em uma mesma linha horizontal), conforme figura 1. A leitura da medida foi realizada duas vezes. Medidas de estatura superior a quatro milímetros foram refeitas, o ideal considerado foi a diferença entre as leituras de até dois milímetros.

Figura 9 - Posição corporal para medida da estatura.

O **índice de massa corporal (IMC)** é o produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado (P/A^2). O critério diagnóstico utilizado foi o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação de população adulta e idosa (WHO, 1997): magreza grave ($IMC < 16,0$), magreza moderada ($16,0-16,9$), magreza leve ($17,0-18,4$), adequado ($18,5-24,9$), sobrepeso ($25,0-29,9$), obesidade I ($30,0-39,9$) e obesidade II ($IMC \geq 40$). Com esta classificação as mulheres foram categorizadas em: Baixo Peso a Normal ($16,0-24,9$), sobrepeso ($25,0-29,9$), obeso ($30,0 > 40,0$).

A **circunferência abdominal** foi mensurada pela fita métrica milimetrada inelástica. Foi utilizado o ponto médio entre a última costela e a crista íliaca diretamente sobre a pele (PARK et al, 2004). Para tanto, foi solicitado que a mulher ficasse em pé ereta com o abdômen relaxado e os braços estendidos ao longo do corpo. Localizou-se a última costela

no final da inspiração e a crista do íliaco, medida a distância entre os dois pontos e calculado o ponto médio. A fita foi colocada horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio, de modo a ficar alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão (figura 2). Aplicou-se tensão à fita para ajustar firmemente em torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

Figura 10 - Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.

A medida da circunferência abdominal foi feita duas vezes e quando superior a um centímetro e meio foram refeitas, sendo o ideal considerado uma diferença entre as leituras de até meio centímetro.

A **circunferência do quadril** foi mensurada segundo os pontos determinados pela OMS (WHO, 2000). A técnica consistiu em marcar o trocânter maior do lado direito e mensurar do lado esquerdo. Houve o cuidado para que a fita permaneça alinhada em plano horizontal, paralelo ao chão (figura 3), de modo a ajustar-se firmemente em torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

Figura 11 - Posição da fita métrica para mensuração da circunferência do quadril

Quanto aos hábitos de vida:

Atividade física habitual: identificada pelo *Questionário Internacional de Atividade Física - versão curta* (IPAQ-CURTO), que é uma ferramenta válida e reprodutível em 12 países incluindo o Brasil, traduzido para o português e validado por Matsudo et al. (2001). O instrumento consta de 5 perguntas relacionadas às atividades físicas realizadas na última semana por pelo menos 10 minutos contínuos anterior à aplicação do questionário. A atividade física é classificada de acordo com a orientação do próprio IPAQ, que divide e conceitua as categorias em: Sedentário = Não realiza nenhuma atividade física por pelo

menos 10 minutos contínuos durante a semana; Insuficientemente Ativo = Consiste em classificar os indivíduos que praticam atividades físicas por pelo menos 10 minutos contínuos por semana, porém de maneira insuficiente para ser classificado como ativos. Para classificar os indivíduos nesse critério, são somadas a duração e a frequência dos diferentes tipos de atividades (caminhadas + moderada + vigorosa). Essa categoria divide-se em dois grupos: Insuficientemente Ativo A = Realiza 10 minutos contínuos de atividade física, seguindo pelo menos um dos critérios citados: frequência – 5 dias/semana ou duração – 150 minutos/semana; Insuficientemente Ativo B = Não atinge nenhum dos critérios da recomendação citada nos indivíduos insuficientemente ativos A; Ativo = Cumpre as seguintes recomendações: a) atividade física vigorosa – ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos/sessão; b) moderada ou caminhada – ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos/sessão; c) qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 min/semana; Muito Ativo = Cumpre as seguintes recomendações: a) vigorosa – ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão; b) vigorosa – ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 min/sessão + moderada e ou caminhada ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão.

Consumo de álcool: foi investigado pelo questionário *HABLAS – “Hispanic Americans baseline alcohol survey”* desenvolvido pela equipe do Prof. Dr. Raul Caetano, da Universidade do Texas (EUA). Traduzido e adaptado para a população brasileira, pela equipe do Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, para o desenvolvimento do I Levantamento de Padrões de Consumo de Álcool pela População Brasileira. É composto frequência e quantidade de bebidas alcoólicas separadas por tipos de bebida (cerveja, vinhos, destilados e bebidas “ice”); idade de início; número de doses ao dia e maiores doses na vida; número de vezes em que bebeu 5 ou mais doses; dirigir alcoolizado; efeitos prejudiciais do beber; problemas com o álcool; uso nocivo/dependência do álcool de acordo com a CID-10; apoio a políticas públicas.

Tabagismo: foi questionado o contato com o fumo (considerando experimentadoras as mulheres que tiveram contato com mais de cinco maços ou 100 cigarros), número de cigarros por dia e número de dias na semana para as fumantes e a intenção de parar de fumar (ALVES et al., 2005).

Hábitos alimentares: foi investigado por meio de questionário de *Block Secreening Questinnaire*, validado por Block et al. (2000) que quantifica rapidamente o consumo de gorduras e fibras alimentares no ultimo ano, pontuando o consumo de alimentos que contem gorduras e fibras pela frequência semanal. Foi considerado consume crítico de gordura - o consumo 3 ou mais vezes por semana de qualquer um dos alimentos considerados gordurosos; consume adequado de fibras– o consumo de pelo menos 4 dos alimentos ricos em fibras, 5 ou mais vezes por semana; ingestão de alimentos com cafeína– o relato do consumo de qualquer alimento rico em cafeína; e frequência alta de ingestão de bebidas com cafeína - o consumo de bebidas a base de cafeína, 5 vezes por semana ou mais.

Quanto aos dados laboratoriais:

Dados laboratoriais– sangue: foram obtidos por meio de uma amostra sanguínea coletada com agulha a vácuo de 25 x 0,7 mm, siliconizada, biseltrifacetado a laser, estéril, calibre 22G; e armazenada em um tubo de coleta a vácuo com sistema de segurança em PET, tamanho 13 x 75 mm, estéril, descartável, incolor, com EDTA-K3, volume 4ml, tampa siliconizada e capa protetora na cor roxa; e também em outro tubo a vácuo com sistema de segurança PET, tamanho 16 x 100 mm, estéril, descartável, incolor, com ativador de coágulo e gel separador, volume 8ml, com tampa siliconizada, capa protetora na cor vermelha e rolha amarela, sem aresta. Estes produtos são da marca Vacuette e do fabricante GreinerBio-One. Todos os exames laboratoriais usarão KIT's de marca Roche Diagnóstica e serão analisados pelos equipamentos COBAS 6.000, E 170 também da Roche e pelo equipamento ABX Pentra DF 120 da marca Horiba.

Os exames realizados e os valores de referência para mulheres adultas estão descritos abaixo:

- **Triglicerídeos:** A avaliação dos níveis séricos dos triglicerídeos é utilizada como marcador para risco cardiovascular. Valor de referência: < 150 mg/dl (SBC, 2007).
- **Colesterol total e frações:** O colesterol total (CT) é a soma do colesterol de alta densidade (High DensityLipoproteins = HDL), do colesterol de baixa densidade (LowDensityLipoproteins = LDL) e do colesterol de muita baixa densidade (VeryLowDensityLipoproteins = VLDL) que é a quinta parte do valor dos triglicerídeos. Este exame é utilizado como um marcador para risco cardiovascular e seus valores de referência para mulheres são: CT < 200 mg/dl, HDL > 50mg/dl e LDL < 160 mg/dl (SBC, 2007).
- **Glicose:** O exame de glicose avalia os níveis séricos de glicose no sangue e é utilizado para o rastreamento da diabetes mellitus. Valor de referência: < 100 mg/dl (SBD, 2009).
- **Vitamina D:** O exame de sangue para avaliar os níveis circulantes de vitamina D tem por objetivo rastrear sua deficiência, uma vez que pequenas quantidades desta vitamina estão associadas ao aparecimento da osteoporose, da diabetes mellitus e de doenças cardiovasculares. Valor de referência: > 20 ng/dl (SBD, 2012).

Dados laboratoriais – urina:A urina tipo I é um exame de rastreamento que avalia as características físicas da urina. Determina o pH, detecta presença e quantidade de proteína, glicose, corpos cetônicos, bilirrubina, urobilinogênio, hemoglobina, nitritos sanguíneos e hemácias, além de avaliar os sedimentos para células sanguíneas, cilindros, cristais e células

epiteliais. Seus principais objetivos são: verificação rápida de doenças renais e do tractogenito-urinário, alterações do metabolismo dos hidratos de carbono (diabetes mellitus), doenças hepáticas e doenças hemolíticas. Além do reconhecimento precoce de doenças, como as infecções do trato urinário ou a diabetes, que permite ao médico iniciar o tratamento mais cedo possível evitando complicações mais graves(SBN, 2006). O exame de urina foi realizado com as tiras COMBUR da marca Roche. Os valores de referencia utilizados encontram-se na figura abaixo:

Figura 12 - Valores de referencia para o exame de primeira urina da manhã.

Ph (1ª urina da manhã)	5 - 6
Leucócitos - intervalo de referencia	Menor que 10 Leu/ μ l
Zona cinzenta	De 10 - 20 Leu/ μ l
Proteínas - albuminas	< 2 mg/dl
Glucose (1ª urina da manhã)	< 20 mg/dl

APÊNDICE D – ROTEIRO ANTROPOMETRIA

ROTEIRO DE COLETA DOS DADOS – ANTROPOMETRIA

Data da coleta: ____ / ____ / ____

1. USF	_____ (nome e micro área)	
Coloque o n. de registro da entrevistada	_____	
RG da entrevistada	_____	
2. Peso	_____ Kg	_____ Kg
3. Estatura	_____ m	_____ m
4. Pressão arterial	1ª. _____ mmHg 2ª. _____ mmHg 3ª. _____ mmHg	
5. Circunferência abdominal	_____ cm	_____ cm
6. Circunferência quadril	_____ cm	_____ cm
7. Circunferência do pescoço	_____ cm	_____ cm

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – PROSAPIN II

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Projeto de Saúde de Pindamonhangaba - fase II (PROSAPIN - 2012)

Pesquisador: José Mendes Aldrighi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11373713.9.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 312.957

Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:

Os estágios da transição menopausal e pós-menopausa fazem parte do envelhecimento ovariano chamado de climatério, período dos 35 aos 65 anos. Estes estágios caracterizam-se por alterações hormonais, sendo a principal o hipotestosteronismo, que acarreta sintomas desconfortáveis como incontinência urinária e distúrbios do sono além de agravos à saúde. Para diminuir o custo e o número de mulheres que necessitariam de tratamentos, a promoção da saúde por meio das Práticas Integrativas Corporais ou Mentais é uma estratégia que garante a melhora nas condições clínicas e hábitos de vida. Assim, esta pesquisa busca identificar os benefícios destas práticas em população de mulheres climatéricas estudada no ano de 2007 na cidade de Pindamonhangaba-SP e identificada como portadora de uma série de agravos. Agregada a prática corporal, a Terapia do Sono e a Reeducação Urofuncional também são intervenções propostas para nova etapa em 2012 diante das associações encontradas com os agravos. Método: Estudo transversal seguido por intervenção a ser realizado na Estratégia Saúde da Família de Pindamonhangaba-SP com 1.200 mulheres de 35 a 65 anos selecionadas probabilisticamente. Na amostra estarão todas as mulheres do estudo de 2007 acrescidas das sorteadas por ordem de idade e ESF proporcionalmente até 1.200. Serão investigadas informações sócio-demográficas, ginecológicas, morbididades, hábitos de vida e uso medicamentos. Será realizada entrevista; poligrafia respiratória no domicílio, medidas antropométricas, coleta de sangue e saliva. Após o estudo transversal todas

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7742

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 312.957

as participantes serão convidadas participar da intervenção que envolve a prática de Tai Chi Pai Lin e Meditação. As mulheres identificadas com incontinência urinária serão convidadas a participar de um programa de Reeducação Urofuncional e aquelas com distúrbios do sono a Terapia do Sono.

As intervenções serão aplicadas durante três meses por equipes treinadas. Após esse período as participantes serão reavaliadas e estimuladas a dar continuidade destas práticas em casa. Outra reavaliação será feita após mais três meses para avaliar a autonomia do cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Estimar a prevalência das condições clínicas e dos hábitos de vida das mulheres no climatério acompanhadas pela Saúde da Família de Pindamonhangaba, SP; - Estudar a tendência, em cinco anos (2007 a 2012), das condições socioeconômicas, hábitos de vida e condições clínicas de mulheres no climatério acompanhadas pela Saúde da Família de Pindamonhangaba.

Objetivo Secundário:

- Descrever os benefícios do uso das terapias mente-corpo (Tai Chi Pai Lin e Meditação), incorporadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria 971/06), nos hábitos de vida e nas condições clínicas dessas mulheres; - Estimar o impacto da reeducação urofuncional na incontinência urinária e da terapia do sono sobre os distúrbios do sono das mulheres no climatério.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos: 1) com relação ao questionário: existem perguntas íntimas, entretanto, todas têm a possibilidade de não serem respondidas; 2) com relação à antropometria: pode acontecer de alguma participante apresentar obesidade mórbida e não conseguir ter suas medidas mensuradas pela fita métrica e balança disponível para o estudo; 3) com relação à coleta de sangue: algum desconforto durante a coleta devido à penetração da agulha, contudo, a equipe que fará este trabalho é especializada e experiente, e o material todo descartável impedindo contaminações; 4) com relação à prática do Tai Chi Pai Lin: possíveis lesões leves podem ocorrer com a prática, entretanto, é um método simples, fácil e seguro; 5) com relação à poligrafia domiciliar: embora seja um aparelho bem pequeno e leve, pode ocorrer algum incômodo no posicionamento para dormir; 6) com relação à Reeducação Urofuncional: pode ocorrer timidez de algumas mulheres ao serem encorajadas a utilizar um dispositivo intra-vaginal (cones ou absorventes internos), mesmo sendo estes estéreis, leves e confortáveis.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7742

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 312.957

Benefícios: Mapear as condições de saúde e hábitos de vida como estratégia de planejamento para a gestão local e propiciar uma multiplicação e continuidade das práticas corporais e meditativas para as mulheres da cidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está adequada e o tema é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há inconsistência com relação aos indivíduos que serão alvo das intervenções.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
Claudio Leone
(Coordenador)

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – IU

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PROJETO DE PESQUISA

Título: QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO COM QUEIXA CLÍNICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E VAGINA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01216212.2.0000.5421

Pesquisador: Márya Cecília Dellú

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 107.529

Data da Relatoria: 20/07/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como tema de estudo a perda de urina e as disfunções do assoalho pélvico e da vagina que afetam negativamente a vida de muitas mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida em mulheres no climatério com queixa de IU, cadastradas nas Unidade de Saúde da Família no Município de Pindamonhangaba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informa que "a participação é voluntária e não oferece risco a saúde das mulheres do estudo"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível e importante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi reformulado conforme a recomendação da primeira relatoria do CEP.

Recomendações:

nada mais a considerar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Amaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7742 E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Considerações Finais a critério do CEP:

SÃO PAULO, 26 de Setembro de 2012

Assinado por:
Claudio Leone

ANEXO C - ICIQ – SF

INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta) Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS .	
Com que frequência você perde urina? (apenas uma resposta)	Nunca.....0 Uma vez por semana ou menos.....1 Duas ou três vezes por semana.....2 Uma vez ao dia.....3 Diversas vezes ao dia 4 O tempo todo.....5 NS/NR..... 99
Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (apenas uma resposta)	Nenhuma.....0 Uma pequena quantidade 1 Uma moderada quantidade.....2 Uma grande quantidade.....3 NS/NR..... 99
Em geral quanto que perder urina interfere na sua vida diária? (0 não interfere e 10 interfere muito)	pontos NS/NR..... 99
Quando você perde urina? (Marcar todas as alternativas que se aplicam a entrevistada)	Nunca.....1 Perco antes de chegar ao banheiro.....2 Perco quando tusso ou espirro.....3 Perco quando estou fazendo atividades físicas.....4 Perco quando estou dormindo.....5 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo.....6 Perco sem razão óbvia 7 Perco o tempo todo.....8 NS/NR..... 99

ANEXO D - ICIQ-OAB

Muitas pessoas sofrem com sintomas urinários. Estamos tentando descobrir quantas pessoas tem sintomas urinários e quanto isso incomoda (durante as ultimas 4 semanas).	
Quantas vezes você urina durante o dia?	☐ 1 a 6 vezes.....0 ☐ 7 a 8 vezes.....1 ☐ 9 a 10 vezes.....2 ☐ 11 a 12 vezes.....3 ☐ 13 vezes ou mais.....4
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Durante a noite, quantas vezes, em média, você tem que se levantar para urinar?	☐ nenhuma vez.....0 ☐ 1 vez.....1 ☐ 2 vezes.....2 ☐ 3 vezes.....3 ☐ 4 vezes ou mais.....4
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você precisa se apressar para chegar ao banheiro para urinar?	☐ nunca.....0 ☐ poucas vezes.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maioria das vezes.....3 ☐ sempre.....4
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você perde urina antes de chegar ao banheiro?	☐ nunca.....0 ☐ poucas vezes.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maioria das vezes.....3 ☐ sempre.....4
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos

ANEXO E - KHQ

Como você descreveria sua saúde no momento?	Muito boa.....1 Boa.....2 Regular.....3 Ruim.....4 Muito ruim.....5 NS/ NR.....99
Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?	Não tem IU.....6 Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Da lista abaixo, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente. Exclua os problemas que não se aplicam a você. Quanto que os problemas afetam você?	
a. FREQUÊNCIA (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
b. NOCTÚRIA (levantar à noite para urinar)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
c. URGÊNCIA (um forte desejo de urinar e difícil de segurar)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
d. URGE-INCONTINÊNCIA (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
e. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc.)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
f. ENURESE NOTURNA (urinar na cama, à noite, durante o sono)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
g. INCONTINÊNCIA DURANTE RELAÇÃO SEXUAL (perda urinária durante relação sexual)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2

	Muito.....3 NS/ NR.....99
h. INFECÇÕES URINÁRIAS FREQUENTES (mais que duas/ano)	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
i.DOR NA BEXIGA	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
j. DIFICULDADE PARA URINAR	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
k. VOCÊ TEM ALGUMA OUTRA QUEIXA? QUAL? _____	Não tem6 Um pouco.....1 Moderadamente.....2 Muito.....3 NS/ NR.....99
A seguir, estão algumas das 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	
Quanto o seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc...?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Quanto o seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Limitações físicas e sociais	
Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc...?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Seu problema de bexiga afeta suas viagens?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Seu problema de bexiga limita sua vida social?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2

	Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Relações Pessoais	
Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?	Não tenho parceiro.....6 Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?	Não tenho vida sexual.....6 Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?	Não tenho família.....6 Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Emoções	
Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?	Nem um pouco.....1 Um pouco.....2 Moderadamente.....3 Muito.....4 NS/ NR.....99
Sono e disposição.	
Seu problema de bexiga afeta seu sono?	Nunca.....1 Às vezes.....2 Frequentemente.....3 O tempo todo.....4 NS/ NR.....99
	Nunca.....1

Você se sente esgotada ou cansada?	Às vezes.....2 Frequentemente.....3 O tempo todo.....4 NS/ NR.....99
Medidas de gravidade.	
Você faz algumas das seguintes coisas? E se faz, quanto?	
Você usa forros ou absorventes para se manter seca?	Nunca.....1 Às vezes.....2 Frequentemente.....3 O tempo todo.....4 NS/ NR.....99
Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?	Nunca.....1 Às vezes.....2 Frequentemente.....3 O tempo todo.....4 NS/ NR.....99
Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?	Nunca.....1 Às vezes.....2 Frequentemente.....3 O tempo todo.....4 NS/ NR.....99
Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?	Nunca.....1 Às vezes.....2 Frequentemente.....3 O tempo todo.....4 NS/ NR.....99
Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?	Nunca.....1 Às vezes.....2 Frequentemente.....3 O tempo todo.....4 NS/ NR.....99
Muito obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão.	

ANEXO F - ICIQ-VS

Sintomas Vaginais. Muitas pessoas sofrem com sintomas vaginais. Estamos tentando descobrir quantas pessoas tem sintomas vaginais e quanto isso incomoda, pensando em como tem passado nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS	
Você percebe uma dor em pressão ou peso no seu abdômem inferior (pé da barriga)?	☐ nunca.....0 ☐ ocasionalmente.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maior parte do tempo.....3 ☐ o tempo todo.....4 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você percebe que sua vagina está dolorida?	☐ nunca.....0 ☐ ocasionalmente.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maior parte do tempo.....3 ☐ o tempo todo.....4 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você sente que tem uma redução da sensibilidade ou amortecimento na sua vagina ou em volta dela?	☐ de jeito nenhum.....0 ☐ muito pouco.....1 ☐ moderadamente.....2 ☐ muito.....3 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Prolapso. Muitas pessoas apresentam prolapsos (bexiga caída, útero baixo) que pode piorar quando em pé ou fazendo força e geralmente, melhoram, ao se deitar e relaxar. Estamos tentando descobrir quantas pessoas tem prolapso e quanto isso incomoda, pensando em como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS	
Você sente sua vagina muito frouxa ou larga?	☐ de jeito nenhum.....0 ☐ muito pouco.....1 ☐ moderadamente.....2 ☐ muito.....3 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você percebe um "caroço" ou uma "bola" descendo na sua vagina?	☐ nunca.....0 ☐ ocasionalmente.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maior parte do tempo.....3 ☐ o tempo todo.....4 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você percebe um "caroço" ou uma "bola" descendo na sua vagina de forma que você possa senti-la ou vê-la fora dela?	☐ nunca.....0 ☐ ocasionalmente.....1 ☐ às vezes.....2

	☐ na maior parte do tempo.....3 ☐ o tempo todo.....4 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você sente que sua vagina é muito seca?	☐ nunca.....0 ☐ ocasionalmente.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maior parte do tempo.....3 ☐ o tempo todo.....4 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você tem que colocar o dedo na sua vagina para ajudar a evacuar (fazer cocô)?	☐ nunca.....0 ☐ ocasionalmente.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maior parte do tempo.....3 ☐ o tempo todo.....4 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você sente sua vagina muito apertada?	☐ nunca.....0 ☐ ocasionalmente.....1 ☐ às vezes.....2 ☐ na maior parte do tempo.....3 ☐ o tempo todo.....4 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Questões sexuais. Muitas pessoas apresentam prolapso (bexiga caída, útero baixo) e sintomas vaginais tem dificuldade em ter relações sexuais. Estamos tentando descobrir quantas pessoas que tem prolapso e sintomas vaginais sofrem com isto. Ficaríamos agradecidos se pudesse responder as próximas questões, pensando em como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS .	
Atualmente você tem vida sexual? Se NÃO vá para a ultima questão	☐ sim1 ☐ não, por causa dos meus sintomas vaginais.....2 ☐ não por outros motivos.....3 ☐ NS88 ☐ NR.....99
Seu problema de vagina interfere na sua vida sexual?	☐ de jeito nenhum.....0 ☐ muito pouco.....1 ☐ moderadamente.....2 ☐ muito.....3 ☐ NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Você sente que seu relacionamento com seu parceiro é afetado pelos sintomas vaginais?	☐ de jeito nenhum.....0 ☐ muito pouco.....1 ☐ moderadamente.....2

	() muito.....3 () NS/NR.....99
O quanto isso incomoda você? (0 não incomoda 10 incomoda muito)	 pontos
Quanto você acha que sua vida sexual tem sido prejudicada pelos seus sintomas vaginais?	 pontos
Em geral, quanto seu sintomas vaginais interferem na sua vida diária?	 pontos

CURRICULO LATTES

17/05/2015

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Máya Cecilia Dellu)

Máya Cecilia Dellu

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8227552966779496>
 Última atualização do currículo em 17/12/2014

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Mogi das Cruzes (1998) e mestrado em Ciências Biológicas pela Universidade do Vale do Paraíba (2005). Especialista em fisiologia do Exercício pela Universidade Federal de São Paulo (2000) e em Saúde Pública pela Universidade de Taubaté (2006). Atualmente é professora assistente II da Universidade de Taubaté e doutoranda em Saúde Pública pela USP. Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Saúde da Mulher e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: disfunções do assoalho pélvico, linfedema e Programa de Saúde da Família. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Máya Cecilia Dellu
Nome em citações bibliográficas DELLU, M. C.; Mayra Cecilia Dellu

Endereço

Endereço Profissional Universidade de Taubaté, Reitoria, Departamento de Fisioterapia.
 Rua Pasquá Pastorelli, 30
 Pastorelli
 12030560 - Taubaté, SP - Brasil
 Telefone: (012) 36254287

Formação acadêmica/titulação

2011 Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: Qualidade de vida de mulheres climatéricas com queixa clínica de incontinência urinária e disfunções do assoalho pélvico e vagina,
 Orientador: José Mendes Aldrighi.
 Bolsista do(a): Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.
 Palavras-chave: incontinência urinária; saúde da mulher.
 Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais; Atividades de atenção à saúde humana.

2003 - 2005 Mestrado em Ciências Biológicas (Conceito CAPES 3).
 Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, Brasil.
 Título: Estudo da prevalência de sintomas urinários e fatores associados em funcionárias administrativas e docentes da Universidade do vale do Paraíba - São José dos Campos / São Paulo, Ano de Obtenção: 2005.
 Orientador: Patrícia Mara Danella Zácara.
 Palavras-chave: prevalência; incontinência urinária; sintomas urinários; fatores associados.
 Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
 Setores de atividade: Saúde Humana; Cuidado À Saúde das Pessoas.

2011 - 2012 Especialização em Saúde da Mulher na Climatério. (Carga Horária: 360h).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

17/05/2015

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (José Mendes Aldrighi)

José Mendes Aldrighi

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9288664060952694>
Última atualização do currículo em 28/04/2015

Professor Titular, Diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (DOGI) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Chefe da Clínica de Endocrinologia, Climatério e Anticoncepção DOGI/FCMSCSP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Doutorado em Ginecologia pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)/ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Graduação em Medicina na FCMSCSP. Livre-Docente, Professor Associado 3 do Departamento de Saúde Materno Infantil, Professor e Coordenador de Pós Graduação em Saúde da Mulher no Climatério da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Editor de 3 livros sobre saúde da mulher. Participou de mais de 300 bancas julgadoras. Ex-Professor de Pós Graduação, Fundador e Coordenador da Área de Ginecologia do NEPCOM Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Coração da Mulher do InCor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Ex-Professor de Pós-Graduação na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP). Pesquisador nas áreas de Saúde da mulher no Climatério; Sistema cardiovascular, hormônios e mulher; Obesidade, resistência insulínica e câncer. Doença cardiovascular e síndrome dos ovários policísticos. Foi Presidente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina e Presidente do Centro LatinoAmericano Salud y Mujer. Premiado 26 vezes por mérito científico, tendo recebido a Ordem do Mérito Médico da Presidência da República Federativa do Brasil e Ordem do Mérito Comunitário da Polícia Militar do Estado de São Paulo, além de condecorações internacionais. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	José Mendes Aldrighi
Nome em citações bibliográficas	ALDRIGHI, J. M.;ALDRIGHI, JOSÉ MENDES;ALDRIGHI, JOSÉ MENDES

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617703 URL da Homepage: http://
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1985 - 1987	Doutorado em Medicina (Ginecologia) (Conceito CAPES 5). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Contraceptivos hormonais orais trifásicos: repercussões sobre o colesterol, triglicerídeos, lipoproteínas e apoproteínas usuárias acima de 35 anos, Ano de obtenção: 1987. Orientador: Geraldo Rodrigues de Lima.
--------------------	--