

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

Fernanda Paluszkiewicz Dullius

INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES CLIMATÉRICAS

Montes Claros, MG

2016

Fernanda Paluszkiewicz Dullius

INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES
CLIMATÉRICAS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Josiane Santos Brant Rocha

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Daniela Araújo Veloso Popoff

Montes Claros, MG

2016

D883i Dullius, Fernanda Paluszkiewicz.
Incontinência urinária e fatores associados em mulheres climatéricas
[manuscrito] / Fernanda Paluszkiewicz Dullius. – 2016.
87 f. il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em
Saúde/PPGCPS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Josiane Santos Brant Rocha.

Coorientadora: Profa. Dra. Daniela Araújo Veloso Popoff

1. Urina – Incontinência – Mulheres - Pesquisa. 2. Climatério – Pesquisa –
Montes Claros (MG). 3. Programa de saúde da família (Brasil) I. Rocha, Josiane
Santos Brant. II. Popoff, Daniela Araújo Veloso. III. Universidade Estadual de
Montes Claros. IV. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Tôrres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Almeida

Pró-reitor de Pós Graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-Sensu: Ildenílson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenador Adjunto: Maísa Tavares de Souza Leite



CANDIDATA: FERNANDA PALUSZKIEWICZ DULLIUS

TÍTULO DO TRABALHO: "Incontinência urinária e fatores associados em mulheres climatéricas"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

BANCA (TITULARES)

PROFª. DRª. JOSIANE SANTOS BRANT ROCHA (ORIENTADORA/PRESIDENTE)
PROFª. DRª. DANIELA ARAÚJO VELOSO POPOFF (COORDINADORA)
PROF. DR. CARLOS EDUARDO MENDES D'ANGELIS
PROFª DRª LUIZA AUGUSTA ROSA ROSSI BARBOSA

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROFª DRª. ROSÂNGELA LOPES MIRANDA RODRIGUES
PROFª. DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

Aos meus filhos, Henrique e Artur, por me mostrarem o verdadeiro sentido da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido, Zandonai Miranda, pelo amor, paciência e estímulo na busca das minhas realizações. Acima de tudo obrigada por ter proporcionado minha melhor experiência de vida – ser mãe.

Aos meus pais, Luiz Fernando Dullius e Solange Maria Paluszkiewicz, pelo amor incondicional e por terem me dado, desde a infância, a oportunidade de aprender e me aperfeiçoar pessoal e profissionalmente.

À Dra. Josiane Santos Brant Rocha, minha orientadora, pela compreensão, disponibilidade e carinho que teve comigo desde o primeiro momento que nos conhecemos. Obrigada pelos ensinamentos e por tornar esse trabalho possível.

À Coorientadora, Daniela Araújo Veloso Popoff, pelas contribuições.

À Ronilson Ferreira Freitas e Alanna Fernandes Paraíso, sem os quais a execução desse trabalho seria impossível.

À Unimontes e aos docentes da pós-graduação, os quais ofereceram as aulas por mim assistidas;

À Profa. Msc. Vivianne Margareth Chaves Pereira Reis e Profa. Dra. Marise Fagundes Silveira, pelas discussões e ajuda na aplicação das técnicas de estatística.

À Secretaria Municipal da Saúde de Montes Claros, pelo apoio logístico e por nos permitir realizar essa pesquisa.

Às Estratégias de Saúde da Família de Montes Claros, pela receptividade e por nos facilitar a coleta dos dados.

Às mulheres, participantes deste estudo, pois sem esta valiosa cooperação o presente trabalho não poderia ser desenvolvido.

A todos que me ajudaram e contribuíram para a realização dessa pesquisa, meu sincero, muito obrigada.

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.

(Frederick Herzberg)

RESUMO

Investigar a prevalência e fatores associados à incontinência urinária (IU) em mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Realizou-se um estudo transversal analítico, incluindo 874 mulheres de 40 a 65 anos, selecionadas por processo de amostragem probabilística, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015, pertencentes ao município de Montes Claros/MG, Brasil. Utilizou-se um questionário estruturado e pré-testado, que incluiu características sociodemográficas, hábitos de vida, medidas antropométricas e fatores clínicos e obstétricos e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF™) para coleta dos dados. Mensurações antropométricas como o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Circunferência Abdominal (CA) foram obtidas usando equipamentos e técnicas padrões. Utilizou-se a análise descritiva e associações brutas através do teste qui-quadrado, adotando ($p \leq 0,25$). No modelo final foi feito a análise de regressão logística binária, com nível de significância de ($p \leq 0,05$). A prevalência de IU referida foi (22,5%). Após análise ajustada, as chances de ter IU referiram-se às variáveis: mulheres sem companheiro (OR 1,38 IC 95% 0,97-1,99), comparado com mulheres com companheiro, sedentária/irregularmente ativa (OR 2,14 IC 95% 1,17-3,93) comparado a ativa/ muito ativa, tabagistas (OR 1,79 IC 95% 1,05 – 3,03), sobrepeso (OR 1,30 IC 95% 0,80-2,10), obesas (OR 1,92 IC 95% 1,21-3,09), e com sintomas intensos do climatério (OR 2,52 IC 1,48-4,29) quando comparadas aos sintomas moderados e leves, ter realizado episiotomia (OR 1,47 IC 95% 1,03-2,12) e ter cisto no ovário (OR 1,71 IC 95% 1,11-2,64) quando comparadas as que não tiveram. É possível concluir que presença de fatores modificáveis como ser sedentária, fumante, obesa, apresentar sintomas intensos do climatério, ter realizado episiotomia e a presença de cisto no ovário estiveram associadas com a IU. Pesquisas que abordem a temática em grupos populacionais com maior vulnerabilidade são fundamentais para o melhor esclarecimento da doença, considerada uma das grandes síndromes geriátricas de evolução crônica e benigna.

Palavras-chave: Prevalência; Incontinência Urinária; Climatério.

ABSTRACT

To investigate the prevalence and factors associated with urinary incontinence (UI) in climacteric women assisted by the teams of the Family Health Strategy (FHS). We conducted a cross-sectional analytical study including 874 women aged 40 to 65, selected by probabilistic sampling process, from August 2014 to August 2015, belonging to the municipality of Montes Claros/MG, Brazil. We used a structured, pre-tested questionnaire that included demographic characteristics, lifestyle habits, anthropometric measurements and clinical and obstetrical factors and the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF™) for data collection. Anthropometric measurements such as body mass index (BMI) and Waist Circumference (AC) were obtained using equipment and technical standards. We used descriptive analysis and gross associations using the chi-square test, adopting ($p \leq 0,25$). In the final model was made the analysis of binary logistic regression, with significance level ($p \leq 0,05$). The prevalence of UI that was (22,5%). After adjustment, the odds of having UI referred to the variables: unmarried women (OR 1,38 95% CI 0,97 to 1,99) compared with women with a partner, sedentary/irregularly active (OR 2,14 95% CI 1,17 to 3,93) compared to active / very active smokers (OR 1,79 95% CI 1,05 to 3,03), overweight (OR 1,30 95% CI 0,80 to 2 10), obese (OR 1,92 95% CI 1,21 to 3,09), and with intense climacteric symptoms (OR 2,52 CI 1,48 to 4,29) when compared to moderate and mild symptoms, have performed episiotomy (OR 1,47 95% CI 1,03 to 2,12) and have ovarian cyst (OR 1,71 95% CI 1,11 to 2,64) when compared to those who did not. It was concluded that the presence of modifiable factors such as being sedentary, smoking, overweight, present severe symptoms of menopause, have made episiotomy and the presence of ovarian cyst were associated with UI. Research that addresses the issue in population groups at highest risk are fundamental to improve understanding of the disease, considered one of the major geriatric syndromes and chronic benign.

Keywords: Climacteric; Urinary Incontinence; Risk Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Circunferência Abdominal
CID/OMS	Classificação Internacional de Doenças/Organização Mundial de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doença Cardiovascular
ERF	Escore de Risco Global de Framingham
ESFs	Estratégias de Saúde da Família
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIQ-SF™	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
MG	Minas Gerais
NCEP-ATP	<i>National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Conceito de Climatério.....	16
2.1.1 Alterações Fisiológicas.....	17
2.1.2 Acometimentos.....	18
2.2 Anatomia do Trato Urinário e Alterações Decorrentes do Envelhecimento.....	20
2.3 Características Clínicas e Classificação da Incontinência Urinária.....	21
2.3.1 Sinais e sintomas da Incontinência Urinária.....	23
2.3.2 Diagnóstico da Incontinência Urinária.....	24
2.3.4 Fatores predisponentes da Incontinência Urinária.....	25
2.4 Estudos Relacionados à Prevalência de Incontinência Urinária em Mulheres Climatéricas.....	26
2.5 Instrumentos de Avaliação da Incontinência Urinária.....	28
2.6 Estratégia Saúde da Família.....	29
3 OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo Geral.....	30
3.2 Objetivos Específicos.....	30
4.METODOLOGIA.....	31
4.1 Apresentação do Estudo.....	31
4.2 Delineamentos do Estudo.....	31
4.3 Caracterização do Local do Estudo.....	31
4.4 População.....	32
4.4.1 Critérios de Inclusão.....	32
4.4.2 Critérios de Não inclusão.....	32
4.5 Amostragem.....	32
4.6 Instrumentos e Procedimentos.....	33
4.6.1 Avaliação Sociodemográfica.....	33
4.6.2 Hábitos de Vida.....	34
4.6.3 Medidas Antropométricas.....	35
4.6.3.1 Índice de Massa Corporal.....	35
4.6.3.2 Circunferência Abdominal.....	35
4.6.4 Avaliação da Incontinência Urinária.....	35

4.6.5 Fatores Clínicos e Obstétricos.....	36
4.7 Análises dos Dados.....	38
4.8 Ética da Pesquisa.....	38
5 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	40
5.1 Artigo 1	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
6.1 Limitações do Estudo.....	57
7 PERSPECTIVAS FUTURAS.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	70
ANEXOS.....	76

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por uma fase de transformação na pirâmide etária, com características semelhantes aos países europeus (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Na transição demográfica atual, há um número cada vez maior de idosos e redução de crianças e adolescentes. Este novo comportamento da estrutura etária brasileira tem feito com que, pela primeira vez na história do Brasil, uma maior parcela da população seja adulta e em idade ativa (DOLL; RAMOS; BUAES, 2015). Por essa razão, a pirâmide etária deixa de ser predominantemente jovem para iniciar um processo progressivo de envelhecimento (ALVES; CAVENAGHI, 2012).

Ainda nesse contexto, o número de idosos no Brasil triplicou no ano de 2010 em relação ao ano de 1960 (SILVA *et al.*, 2014). Dados do DATASUS (2007) apontam que a população feminina brasileira em 2007 totalizou mais de 98 milhões, sendo que aproximadamente 27 milhões se constituem na faixa etária entre 40 a 65 anos, período em que ocorre o climatério (BRASIL, 2008).

Nos últimos anos, o climatério passou a ser estudado devido ao aumento da expectativa de vida dessa população (VIDAL *et al.*, 2012; LEITE *et al.*, 2012; GARCIA; GONÇALVES; BRIGAGÃO, 2013; MALHEIROS *et al.*, 2014), uma vez que esta fase da vida compreende um período relativamente longo, representando o equivalente ao período da vida reprodutiva (MIRANDA *et al.*, 2014; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2014).

As alterações hormonais que surgem com o avançar da idade, sobretudo no climatério, desencadeiam uma queda hormonal, comprometendo a função do trato urinário inferior, que pode desencadear a IU (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013), sendo reconhecida como uma das grandes síndromes geriátricas. A mulher com incontinência esfincteriana sofre limitação de sua participação social, em virtude da insegurança gerada pela perda do controle miccional (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A assistência à mulher climatérica é algo diferencial e imprescindível para o cuidado com a saúde feminina mundial (MALHEIROS *et al.*, 2014). Entender os multifatores que rodeiam essa população e a realidade em que vivem é fundamental. Diante da escassez de estudos sobre o tema desta pesquisa na literatura (BENOIT *et al.*, 2015; BERLEZI *et al.*, 2009; CARRARA *et al.*, 2014; LIAPIS *et al.*, 2010), este se torna relevante visto que existe elevada prevalência da IU na população climatérica

(MENEZES *et al.*, 2012), e os achados deste estudo poderão contribuir para que a prevenção e elaboração de estratégias de educação e tratamento multidisciplinares sejam incorporados aos serviços de atenção básica à saúde, a fim de minimizar a prevalência dessa patologia melhorando a qualidade de vida das mulheres climatéricas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito de Climatério

O termo “climatério”, derivado do grego *Klimater* (ponto crítico), é comumente usado como sinônimo de menopausa, porém esta última é uma fase pontual, uma vez que representa a cessação permanente das menstruações (FREITAS *et al.*, 2016; GONÇALVES; MERIGHI, 2009; POLISSENI *et al.*, 2009). É caracterizado como o período transitório da vida reprodutiva para não reprodutiva e não um processo patológico, o qual apresenta uma duração variável. Inicia-se a partir da quarta década e finaliza com a senilidade aos 65 anos, quando a mulher é considerada idosa (HOFFMANN *et al.*, 2015; POLISSENI *et al.*, 2009).

A fase do climatério compreende o período que começa pela passagem do ciclo ovulatório, potencialmente fértil, para um período de falência ovariana, causando uma diminuição na secreção de estradiol, trazendo como consequência o fim do ciclo menstrual, período conhecido como menopausa (ALDRIGHI *et al.*, 2002; DE LORENZI *et al.*, 2009; SPEZZIA; CALVOSO JÚNIOR, 2013).

A redução dos níveis de hormônios ovarianos que marca o climatério pode ocorrer de forma natural ou ser induzida através de processo cirúrgico, quimioterapia ou radiação (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2006). A menopausa induzida é definida como a cessação da menstruação após intervenção cirúrgica de ambos os ovários (com ou sem histerectomia) ou ablação iatrogênica de suas funções (quimioterapia ou radioterapia). Nos casos em que é feito a histerectomia simples, a função dos ovários das mulheres é conservada e pode persistir por vários anos após a cirurgia. A menopausa natural ocorre após 12 meses consecutivos de amenorréia permanente, sem causa patológica ou fisiológica reconhecida (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2006).

A Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC, 2013) divide o climatério em: pré, peri e pós-menopausa. Sendo que a pré-menopausa inicia-se, em geral, após os 40 anos, em mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao que tiveram durante sua vida reprodutiva, associado a uma diminuição da fertilidade.

A perimenopausa é o termo usado para denominar a fase que demarca o fim da vida reprodutiva feminina (SILVA *et al.*, 2015). Pode ser definida como o período de tempo próximo da menopausa onde as alterações hormonais tornam-se mais intensas,

gerando um encurtamento ou alongamento dos ciclos menstruais, além daqueles considerados normais (SOBRAC, 2013). Surge habitualmente por volta dos 45 anos de idade e deve-se à diminuição de estrogênios circulantes (RIBEIRO *et al.*, 2015). Para a SOBRAC (2013), deve incluir o período imediatamente antes da menopausa, quando os sistemas endócrinos, biológicos e características clínicas começam a aproximar da menopausa.

A menopausa é uma sinalização da perda da função folicular ovariana que compõe um importante marco no climatério, equivalendo-se à cessação permanente dos ciclos menstruais, que somente é assim reconhecida depois de passados 12 meses de estado de amenorreia. A pós-menopausa começa um ano após o último período menstrual e é subdividida, por sua vez, em precoce, intervalo de até cinco anos da última menstruação, ou tardia, quando superior a cinco anos (NAMS, 2010).

2.1.1 Alterações fisiológicas

Ao longo do climatério, verifica-se uma diminuição gradual da produção de estrogênio pelos ovários (SPEZZIA; CALVOSO JÚNIOR, 2013). Este hormônio participa de inúmeros processos biológicos e a redução da sua concentração tem implicações graves para o organismo, como alterações no sistema cardiovascular, cerebral, cutâneo, geniturinário, modificação do apetite e do humor, problemas ósseos e vasomotores (CONTE *et al.*, 2014). A diminuição de estrogênio ocorre de forma progressiva ao longo de 12 meses. Gradativamente graças ao hipoestrogenismo surgem os sintomas tais como: sudorese noturna, ondas de calor, secura vaginal, enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, dispareunia, insônia, que são característicos na fase climatérica (ANTUNES; MARCELINO; AGUIAR, 2003; MISHRA; DEVANSHI, 2011; SASSOON *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015; SPEZZIA; CALVOSO JÚNIOR, 2013). E ainda, estudos recentes deixam claro que, neste período, as mulheres estão mais suscetíveis a relatarem também ansiedade e depressão, devido à redução da secreção de endorfinas cerebrais decorrentes da diminuição dos níveis hormonais (CABRAL *et al.*, 2012; DE LORENZI *et al.*, 2005; MOREIRA *et al.*, 2016).

No período de climatério, o hipoestrogenismo faz com que o epitélio do trato genital se torne mais delgado e frágil. Na vulva, ocorre decréscimo na secreção das glândulas sudoríparas, sebáceas e atrofia das glândulas de Bartholin, o que vai favorecer a secura e o estreitamento da vagina, reduzindo, portanto em larga escala sua rugosidade

e elasticidade. O hipoestrogenismo promove ainda a redução do colágeno cutâneo e alterações na distribuição de gordura, causando mudanças na configuração corporal, o que, por sua vez, afetaria a autoimagem feminina, favorecendo a uma menor autoestima e, indiretamente, a perda do desejo sexual (CABRAL *et al.*, 2012).

Além das alterações ginecológicas no período do climatério, é comum também as alterações fisiológicas decorrentes da redução estrogênica, gerando assim sinais e sintomas que estão intrinsecamente relacionados à qualidade de vida (LUCENA *et al.*, 2014; PARDINI, 2007), os quais resultarão em mudanças significativas na sua rotina e estilo de vida. Além disso, essa gama de mudanças leva a uma fragilidade emocional que deve ser percebida pelos profissionais da saúde e entender a mulher sob uma visão holística (CABRAL *et al.*, 2012; LUCENA *et al.*, 2014; ROCHA *et al.*, 2014).

A mulher quando enfrenta a “síndrome climatérica” além de atravessar um momento de desequilíbrio hormonal, atravessa também um desequilíbrio no conjunto de fatores biopsicossocial (CARDOSO; CAMARGO, 2015). Nessa fase transitória, ocorrem alterações fisiológicas que implicam diretamente na qualidade de vida da mulher. As alterações na fisiologia do ciclo ovariano são uma das primeiras evidências da ocorrência da menopausa, já que a mulher nasce com um número pré-determinado de folículos que será utilizado ao longo da sua vida (FREBASGO, 1995). Mas com a atresia ovariana e a não ovulação esse número é reduzido durante o climatério (ALDRIGHI *et al.*, 2002).

Dessa forma, o ciclo menstrual da mulher se torna cada vez mais irregular e as menstruações ficam esparsas até cessarem completamente na menopausa (OLIVEIRA; COSTA, 2015; VALENÇA; GERMANDO, 2010). Nesse período, os níveis de gonadotrofinas aumentam acima do normal, mas não conseguem elevar os níveis de estrogênio na mulher. A queda dos estrogênios produz hipotrofia em órgãos como a hipófise, útero e mamas, o que acarreta no aumento da ansiedade, da fadiga, da diminuição da força muscular e redução da calcificação dos ossos (PATRIZI, 2006).

As manifestações clínicas principais incluem as neurogênicas, psicogênicas, metabólicas, mamárias, urogenitais, osteoarticulares e do sistema tegumentar (SANTOS *et al.*, 2007).

2.1.2 Acometimentos

O envelhecimento biológico é um processo complexo caracterizado por mudanças moleculares e fisiológicas relacionadas à idade. Este fenômeno inicialmente era observado nos países desenvolvidos, atualmente acomete o Brasil, país em desenvolvimento (SILVA *et al.*, 2012). Projeções da OMS, aponta que entre 1990 e 2025, o número de idosos aumentará entre sete e oito vezes em vários países da América Latina, África e Ásia (COSTA *et al.*, 2000). Nos anos entre 1980 e 2000, a proporção de brasileiros com mais de 60 anos aumentou de 6,1% para 8,6%, devendo chegar a 14% até 2025, o que representará uma das maiores populações de idosos no mundo (CAMPOLINA *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2000; RAMOS *et al.*, 2007).

Este rápido e acentuado envelhecimento da população suscita grande desafio social, político e econômico, pois significa maiores custos e gastos médico-sociais, necessidade de suporte familiar e comunitário. Além disso, há maior probabilidade de cuidados de longa duração em função da maior ocorrência de doenças como a IU nessa fase da vida (KNORST *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o climatério se torna uma fase da vida de importante relevância, pois é nesse período que a incidência de doenças crônicas não transmissíveis aumenta, sendo responsáveis por um índice de mortalidade de 53% (FEBRASGO, 2010). É sabido que com o aumento progressivo da expectativa de vida na população brasileira, o número de mulheres na meia idade tende a aumentar cada vez mais, sobretudo quando a Incontinência Urinária (IU) torna-se mais prevalente, sendo considerado um sinal de alarme para fragilidade e, na velhice, está associada com risco aumentado de declínio funcional (SIMEONOVA *et al.*, 1999).

A IU é uma afecção que acomete milhões de pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, com maior prevalência no sexo feminino, principalmente na fase do climatério e pós-menopausa (PRADO; LIMA; MOTA, 2013), sendo que uma em cada quatro mulheres com idade entre 40 e 59 anos já vivenciou um episódio desta condição. Nos Estados Unidos, 13 milhões de adultos apresentam IU e, deste total, 85% são mulheres (CORNÉLIO *et al.*, 2012).

As mulheres são duas vezes mais propensas do que os homens a vivenciar a IU. A literatura aponta que apesar da alta prevalência dessa patologia, esta problemática é muitas vezes negligenciada ao nível da saúde uroginecológica da mulher, tanto pelas próprias, quanto pelos profissionais de saúde, quer por desprezo ou por insensibilidade, desconhecendo-se a sua verdadeira extensão e impacto (FARIA *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2015; JEREZ-ROIG; SOUZA; LIMA, 2013). Muitos casos não

são diagnosticados, devido as pacientes não buscarem acesso aos serviços de saúde para tratamento por acreditarem que a IU seja uma condição fisiológica decorrente do processo de envelhecimento (SIMEONOVA *et al.*, 1999).

2.2 Anatomia do Trato Urinário e alterações decorrentes do envelhecimento

O sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. É responsável por filtrar o sangue e, em seguida, produzir, transportar, armazenar e excretar urina de forma descontínua (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014).

Em formato ovalado, os rins situam-se no retroperitônio, posterior ao abdome, um de cada lado da coluna vertebral, no nível das vértebras torácicas XII a lombares III. Têm coloração marrom-avermelhada e medem cerca de 10 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2,5 cm de espessura. Superiormente, os rins têm relação com o diafragma. Inferiormente, as faces posteriores do rim estão próximas ao músculo psoas maior (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014). Os ureteres por sua vez, são dois tubos musculares pelos quais contrações peristálticas carregam a urina em seu trajeto dos rins até a bexiga. Possui 25 a 30 cm de comprimento, de paredes espessas e estreitas, são contínuos superiormente com a pelve renal em forma de funil (STANDRING *et al.*, 2010).

A bexiga se constitui de uma víscera oca com fortes paredes musculares e altamente distensível. É um reservatório temporário de urina com tamanho, formato, posição e relações variáveis de acordo com seu conteúdo e com o estado das vísceras adjacentes (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014). Quando vazia, a bexiga localiza-se inteiramente na pelve menor, mas quando se distende, expande-se antero-superiormente na cavidade abdominal. A bexiga vazia possui formato tetraédrico e apresenta um fundo, um colo, um ápice, uma face superior e duas faces ínfero-laterais (STANDRING *et al.*, 2010). A uretra, tem tamanho variável, sendo a feminina, com cerca de 4 cm de comprimento e 6 mm de diâmetro, segue seu trajeto do óstio interno, na bexiga, até o óstio externo, situado no vestíbulo da vagina, diretamente anterior ao óstio da vagina (MOORE; DALLEY; AGUR, 2014).

Durante o processo de envelhecimento, Freitas *et al.*, (2013) analisaram que o sistema urinário apresenta algumas modificações. A partir da quarta década de vida, o rim sofre diminuição do seu peso, redução da área e do ritmo de filtração glomerular e,

consequentemente, das suas funções fisiológicas. A atrofia da uretra, com enfraquecimento da musculatura pélvica associado à perda de elasticidade uretral e do colo vesical, favorecem o aumento de frequência, urgência urinária e a IU (SANTOS; BIANCHI, 2014).

O envelhecimento da bexiga pode resultar no desarranjo do delicado equilíbrio entre o músculo estriado (voluntário) e liso (autônomo), controlado pela ação simpática, que contribui para o relaxamento e capacidade de armazenamento vesical, e o parassimpático, responsável pela contração da bexiga e expulsão da urina (FREITAS *et al.*, 2013), desencadeando repercussões que ultrapassam a esfera biológica do indivíduo, causando limitações de âmbito social, profissional e psíquico, devido à alterações próprias e extravesicais (FREITAS *et al.*, 2013). Ainda conforme o mesmo autor, órgão comprometido pelo envelhecimento é a uretra, que apresenta nas mulheres, diminuição da pressão de fechamento uretral máxima e do seu comprimento funcional.

Além das alterações decorrentes da senilidade dos tecidos, a diminuição de função renal, atrofia da uretra e o enfraquecimento da musculatura pélvica associado à perda de elasticidade uretral e do colo vesical, alterações próprias do indivíduo idoso também contribuem para o desenvolvimento de IU (SANTOS; BIANCHI, 2014).

O controle da micção evolui de um mecanismo reflexo na primeira infância para o controle voluntário na vida adulta através de processos neurofisiológicos, volitivos e reflexos, que coordenam a contração esfínteriana e o esvaziamento vesical. O trato urinário inferior apresenta alterações relacionadas ao envelhecimento, contudo, como fenômeno isolado, não é causa deste transtorno, apesar de induzir às modificações funcionais e estruturais no sistema urinário as quais predisõem ao problema. Entretanto, fatores como a pressão intra-abdominal sobre o colo da bexiga, a presença de uma uretra curta, diminuição de estrogênio e lesão do mecanismo do esfíncter, nervo pudendo, fáscia e musculatura do assoalho pélvico podem afetar o controle da micção (CAVALCANTE *et al.*, 2014; KNORST *et al.*, 2013).

2.3 Características Clínicas e classificação da Incontinência Urinária

A IU é definida atualmente pela *International Continence Society* (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (ICS, 2009). É uma patologia conhecida pelo impacto negativo que causa em diferentes domínios da vida, não só em nível físico,

mas também em nível psíquico, emocional e social, com custos econômicos substanciais (FERNANDES *et al.*, 2015).

A prevalência da IU aumenta com a idade, sendo assim, esta condição se tornará extremamente comum com o envelhecimento da população (LEROY *et al.*, 2012). Estudos epidemiológicos revelam uma prevalência de IU de 26,5% em mulheres de 35 a 64 anos (FENNER *et al.*, 2008) e 41% naquelas acima de 65 anos (GOODE *et al.*, 2008). Outros trabalhos descrevem uma prevalência de 49,6% em mulheres acima dos 20 anos (DOOLEY *et al.*, 2008) e 45% nas que se encontram entre 30 e 90 anos. A IU atinge principalmente idosas, que residem em domicílios ou em instituições asilares, sendo sua prevalência difícil de ser estimada devido à grande variação nas suas definições (JEREZ-ROIG; SOUZA; LIMA, 2013).

Segundo a etiologia e a fisiopatologia da IU, podem-se diferenciar os seguintes tipos: IU de esforço, provocada por exercício, espirro ou tosse; IU de urgência miccional, é acompanhada ou imediatamente precedida de urgência miccional, ou seja, desejo repentino e imperioso de urinar difícil de inibir e IU mista, que resulta da associação dos dois tipos anteriores (ABRAMS *et al.*, 2003). Recentemente, alguns autores incluíram o termo IU funcional para designar aqueles casos provocados pela impossibilidade ou dificuldade em chegar ao banheiro por causa de alterações físicas, cognitivas ou barreiras ambientais (ASLAN *et al.*, 2009). No Guia de Incontinência Urinária para Mulheres, publicado em 2013, encontram-se cinco diferentes classificações e principais definições, sendo classificadas como: IU de esforço, IU de urgência, IU mista, IU por transbordamento e IU funcional.

Na normalidade, as atividades resultam em aumento da pressão intra-abdominal, que culmina com o fechamento do mecanismo esfinteriano na ausência de contração da bexiga. Em muitos casos a IU de esforço é causada por enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico. É muito comum em mulheres em idades mais jovens em torno de 40 anos (CARMAN, 2013). É o tipo que apresenta maior prevalência (WEHRBERG *et al.*, 2006).

A IU de urgência é a eliminação involuntária de urina precedida da urgência de urinar (HENSCHER, 2007). Segundo a ICS (2009), a urgência miccional ocorre devido a presença de contrações do músculo detrusor durante a fase de enchimento vesical, desencadeada espontaneamente ou em resposta à estímulos e demonstrada de forma objetiva quando a paciente tenta inibir a contração (RAMOS *et al.*, 2006). As pacientes

com esses sintomas apresentam falta do controle da micção quando têm urgência miccional ou quando sentem a bexiga cheia (RAMOS *et al.*, 2006).

A IU mista é a combinação da incontinência de esforço e de urgência. Ocorre quando há queixa de perda involuntária de urina aos esforços associada à urgência. É o segundo tipo mais comum de IU em mulheres (BORBA *et al.*, 2008). Neste tipo, a mulher desenvolve alterações anatômicas e contrações não inibidas do detrusor. Os principais sintomas apresentados são: I) urgência para urinar; II) urinar frequentemente à noite; III) gotejamento urinário constante; IV) sensação de não esvaziamento completo da bexiga e jato urinário fraco (DIAS, 2013).

A IU por transbordamento ocorre quando a bexiga não é esvaziada adequadamente por longos períodos, tornando-se tão cheia que a urina simplesmente transborda. Isso pode acontecer quando existe diminuição da sensibilidade ou da contratilidade vesical ou, ainda, quando existe uma obstrução uretral crônica, como por exemplo, em um prolapso genital. A fraqueza do detrusor e diminuição da sensibilidade são comuns em pessoas com diabetes, uso crônico de álcool e outros problemas que levam a diminuição da função neuronal (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Já IU funcional é caracterizada pela incapacidade da pessoa que é usualmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar a perda de urina (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2008).

2.3.1 Sinais e sintomas da Incontinência Urinária

A IU é uma patologia conhecida pelo impacto negativo que causa em diferentes domínios da vida da mulher (FERNANDES *et al.*, 2015), entretanto, até 1998, a IU era apenas um sintoma, quando passou a ser considerada, a partir de então, uma doença pela Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS) (CAETANO *et al.*, 2007). Ela pode ser avaliada como um sintoma, um sinal ou uma condição. Sintoma é o indicador subjetivo de uma doença; sinal é o que pode ser observado pelo médico e a condição é definida pela presença da observação urodinâmica (estudo através de exames) associada com sintomas característicos da IU e sinais e/ou pela evidência não urodinâmica de processo patológico relevante (CAETANO *et al.*, 2007).

Os sinais e sintomas decorrentes da IU são: aumento da frequência miccional, noctúria, urgência miccional, hiperreflexia vesical, perda de urina ao esforço, perda urinária no intercuro sexual, infecções urinárias e dor na bexiga (MELO *et al.*, 2012).

A IU é reconhecida como um problema orgânico objetivo, de etiologia multifatorial, não está relacionada somente a comprometimento físico e do bem estar (higiene, mau odor e vestuário molhado); também pode gerar consequências que atingem uma ampla esfera envolvendo aspectos psicossociais (diminuição da autoestima e autoconceito, aumento dos níveis de estresse, humor depressivo ou depressão); sociocultural (isolamento social e diminuição das atividades relacionais), profissional (absentismo laboral, menor produtividade ou mesmo alteração radical dos ritmos de trabalho); e econômico-financeiro (despesa acrescida em roupa íntima, fraldas, entre outros), deteriorando significativamente a qualidade de vida, limitando sua autonomia e reduzindo sua autoestima (FERNANDES *et al.*, 2015).

Outros fatores como gênero, idade, condição socioeconômica e quantidade de perda de urina podem ser responsáveis por diferenças no comportamento pessoal frente à perda urinária (MELO *et al.*, 2012). O impacto dos sintomas está relacionado à percepção individual de cada mulher frente à severidade, tipo e frequência da perda de urina (BORBA *et al.*, 2008).

Dessa forma evidencia-se que algumas mulheres podem passar por essa fase da vida sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras, têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja um acompanhamento sistemático, visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos, para que se possa vivenciar essa experiência de maneira mais amena, mediante ao turbilhão existencial que lhes permeiam (MAIA; GUILHERME; LUCCHESI, 2010).

2.3.2 Diagnóstico da Incontinência Urinária

A investigação da paciente com IU inicia-se com anamnese completa, incluindo revisão de sintomas, história clínica geral, revisão de cirurgias prévias e medicações atuais, além do exame ginecológico, que tentará reproduzir e caracterizar a perda urinária (FELDNER *et al.*, 2006). Devem ser determinados os sintomas mais proeminentes da paciente, ou seja, a frequência de extravasamento da urina, a quantidade de urina que elimina e o que provoca a perda de urina, o que ajuda o problema ou o que agrava e qual tratamento fez no passado (FELDNER *et al.*, 2002).

Os exames subsidiários devem sempre fazer parte da investigação para obtenção do diagnóstico. A análise do sedimento urinário e a urocultura são obrigatórias, uma vez

que a infecção do trato urinário pode ser a causa dos sintomas apresentados, bem como o estudo urodinâmico, que pela análise das pressões abdominal, vesical e detrusora, nas fases de enchimento e esvaziamento vesical, permite a caracterização mais precisa e objetiva do distúrbio urinário, sendo útil também para orientação terapêutica e seguimento das pacientes (PRADO; LIMA; MOTA, 2013).

2.3.4 Fatores predisponentes da Incontinência Urinária

Estudos de base populacional têm identificado alguns fatores associados à IU: sociodemográficos (idade, residência em cidade em relação ao campo, casamento mais jovem, suporte social fraco), biológicos (menopausa, fatores hereditários), obstétricos (número de gestações e partos vaginais) e comportamentais (presença de diabetes, índice de massa corporal elevado e estado de saúde precário) (JOKHIO *et al.*, 2013; OJENGBEDE *et al.*, 2011; QIU *et al.*, 2011; SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013; TIMUR-TAŞHAN *et al.*, 2012).

Na visão de Deng (2011), os fatores de risco para a IU podem ser categorizados como fatores de predisposição, obstétricos, ginecológicos e promotores. Os fatores de predisposição incluem anomalias neurológicas, genética, defeitos congênitos e raça (pessoas brancas são mais susceptíveis).

Poucos são os estudos epidemiológicos desenvolvidos no Brasil para avaliar os fatores de risco associados à IU (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013). Estudo do tipo inquérito domiciliar produzido por Guarisi *et al.*, (2001) não identificou associação com aspectos sociodemográficos e reprodutivos em mulheres climatéricas, entretanto, um estudo caso-controle realizado por Oliveira *et al.* (2010) realizado no Estado de São Paulo, identificou associação com variáveis obstétricas, como parto normal, parto com uso de fórceps e o peso do maior recém-nascido.

Segundo Buckley e Lapitan (2010), a prevalência de IU em todo o mundo varia entre 25 e 45%. Já Minassian, Drutz e Al-Badr (2003) evidenciaram que a prevalência média varia entre 27,6% em mulheres e se faz presente em aproximadamente 20% a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, aumentando para 25% a 30% dos 40 a 49 anos, podendo atingir até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas. Fenner *et al.*, (2008) revelaram uma prevalência de 26,5% em mulheres de 35 a 64 anos. No Brasil, Guarisi *et al.*, (2001) encontraram uma prevalência de 35% de IU aos esforços em mulheres climatéricas entre 45 a 60 anos. Já Silva e Lopes (2009)

entrevistaram 213 mulheres com idade média de 44,3 anos em um centro de saúde, sendo que 16,4% referiram perda involuntária de urina. Ainda, Higa e Lopes (2007), detectaram 27,5% de prevalência com profissionais da enfermagem em um hospital público.

Em estudo realizado por Sacomori; Negri; Cardoso (2013) foi possível observar que fatores como baixa escolaridade, renda por pessoa da família até um salário mínimo, etnia não branca, excesso de peso corporal, pior autoavaliação do estado de saúde, constipação e idade estiveram associados à IU. Após ajuste, seguindo modelo hierarquizado, permaneceram associados: escolaridade, etnia, estado de saúde e idade. Nesse sentido, faz-se necessária uma abertura de espaços em que esses aspectos sejam investigados e minimizados (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013).

Dos fatores associados à ocorrência de IU, a paridade é um dos mais impactantes. Com significativa prevalência durante a gravidez, ocorrendo em aproximadamente 1/3 de todas as gestantes, sabe-se que fatores mecânicos e hormonais propiciam aumento dos sintomas urinários durante a gravidez, em particular elevando a frequência miccional e agravando a urge-incontinência e a incontinência aos esforços pré-existentes. Durante a gestação, esses sintomas podem estar associados ao efeito da pressão do útero gravídico sobre a bexiga, reduzindo de forma significativa a capacidade vesical e a presença de hormônios próprios da gestação causando relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, podendo afetar negativamente a qualidade de vida de gestantes (MOCCELLIN; RETT, DRIUSSO, 2014).

Contudo, a maioria das mulheres deixa de ter a queixa de perda involuntária de urina logo após o parto, onde os antecedentes obstétricos como: tipo de parto, realização da episiotomia e uso do fórceps também podem revelar danos ao assoalho pélvico, portanto, também devem ser investigados (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007; GUARISI *et al.*, 2001).

2.4 Estudos relacionados à Prevalência de Incontinência Urinária em Mulheres Climatéricas

A IU ocorre entre 30 e 60% das mulheres durante o período de climatério e na menopausa, tendo importância, portanto, pela elevada prevalência e o impacto negativo na qualidade de vida de suas portadoras (HAMPEL *et al.*, 2001).

Estudo de Santos (2007) mostra que há relação entre o aumento da idade e a IU, observada por taxas de prevalência. Também Oliveira, Rodrigues e Paula (2007) confirmam este achado quanto à prevalência e identificam que a incidência de IU varia de acordo com a faixa etária e a população estudada.

Pesquisa realizada por Figueiredo *et al.* (2008), com o objetivo de identificar o perfil de mulheres com IU atendidas em um serviço público de Fisioterapia Uroginecológica, em relação às características sociodemográficas e clínicas constatou que 7% das mulheres tinham entre 20 e 39 anos, 81% estavam na faixa etária de 40 e 59 e 12% possuíam 60 anos ou mais, demonstrando que a ocorrência de IU predomina na idade entre 40 e 59 anos. Em estudo realizado por Mendonça *et al.* (1997), com o objetivo de avaliar o perfil das pacientes atendidas no serviço de Ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek e determinar a prevalência da queixa de Incontinência Urinária de Esforço (IUE) nas mesmas, foi encontrada uma prevalência de 12,68%, enfatizando que a maior frequência dessa comorbidade ocorreu entre as mulheres com idade entre 41 e 50 anos (48%).

Berlezi *et al.*, (2009) em estudo multidimensional de mulheres pós-menopausa residentes no município de Catuípe/RS, com o objetivo de verificar a prevalência de IUE e fatores de risco relacionados, das 112 participantes ao serem inquiridas sobre perda de urina 36,6% relataram esta situação, enquanto 62,8% não apresentaram esta queixa.

Carrara *et al.*, (2012), com o objetivo de avaliar o grau de conscientização de mulheres climatéricas sobre a IU, observou que das 226 mulheres com idade entre 40 e 65 anos, 30% apresentaram perda urinária. Em um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, tipo inquérito populacional domiciliar, realizado por Malheiros *et al.*, (2012) com 1.210 mulheres climatéricas na cidade de São Luís/MA, com o objetivo de avaliar a prevalência da Síndrome Climatérica (SC), foi observado uma prevalência de IU em 15,34% das mulheres.

Prado; Lima; Mota (2013) em estudo realizado no Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e em duas clínicas privadas de atendimento na área de ginecologia e obstetrícia da cidade de Aracaju/PE, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento sobre IU entre mulheres de diferentes níveis socioeconômicos frequentadoras de instituições privadas e públicas, bem como a prevalência da patologia e a busca por tratamento entre essas mulheres, observou que a IU foi referida por 20,3% das entrevistadas, sendo que houve maior

ocorrência de episódios de perda de urina entre as mulheres do setor público (26,9%) do que entre as mulheres do setor privado (14,4%).

Em 2015, estudo realizado por Nobrega; Patrizzi; Walsh, com o objetivo de caracterizar e correlacionar o perfil sociodemográfico, hábitos de vida, características ginecológicas, obstétricas, miccionais e a qualidade de vida em mulheres entre 19 a 59 anos com e sem IU no município de Uberaba/MG, foram avaliadas 194 mulheres, das quais, 34 (17,53%) apresentaram perda urinária, com média de idade de $37,41 \pm 11$ anos.

Gözükara; Koruk; Kara (2015), em estudo realizado para determinar a prevalência e os fatores de risco para a IU entre as mulheres na região de Sanliurfa, Turquia, observou uma prevalência de IU de 39,3% entre as mulheres nessa amostra, mas apenas 8,0%, na verdade, recebeu tratamento. A análise de regressão logística mostrou que o risco UI é aumentada 1,8 vezes por doenças crônicas, 2,7 vezes por menopausa, 3,4 vezes por prolapso uterino e 9,12 vezes por cistocele.

É possível encontrar estudos abordando a prevalência da IU em mulheres no período gestacional (MARTINS *et al.*, 2010; SACOMORI *et al.*, 2013), no pós parto (LOPES; PRAÇA, 2012), e em mulheres jovens (AMARO, 2009; PATRIZZI *et al.*, 2014), contudo poucos são os estudos que abordam a prevalência da IU em mulheres climatéricas. As taxas variam de acordo com as definições de IU adotada nos estudos, caracterização das populações, amostragem e diferenças na formulação dos questionários. As variações encontradas nos resultados dos estudos fazem com que seja difícil chegar a conclusões mais precisas sobre a prevenção da doença e as melhores opções terapêuticas.

2.5 Instrumentos de Avaliação da Incontinência Urinária

Na literatura científica, várias ferramentas são utilizadas na abordagem do indivíduo com IU (BERMUDEZ, 2013).

Em 1997, o *King's Health Questionnaire* (KHQ) (KELLEHER *et al.*, 1997), instrumento que avalia o impacto dos sintomas do trato urinário baixo na qualidade de vida de mulheres, foi submetido ao processo de tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa e está disponível para uso em pesquisas clínicas no Brasil (TAMANINI *et al.*, 2003).

Em 2004, Tamanini *et al.*, traduziu o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) para a língua portuguesa e o validou para uso

em pesquisas clínicas no Brasil. O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e autoadministrável, escolhido para ser traduzido e adaptado para cultura brasileira por avaliar rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos. Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery *et al.*, (2001).

O ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações de IU vivenciadas pelos respondentes. O escore geral é obtido pela soma dos escores das questões 3, 4 e 5. Quanto maior o escore maior o impacto sobre a qualidade de vida. O impacto sobre a qualidade de vida foi dividido de tal forma: nenhum impacto (0 ponto); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos); e impacto muito grave (10 ou mais pontos) (TAMANINI *et al.*, 2004).

2.6 Estratégia de Saúde da Família

As Estratégias de Saúde na Família (ESFs) são unidades básicas de cuidado da saúde de atendimento familiar com atuação na prevenção de doenças, promoção da qualidade de vida e evitando agravamentos. Realizam o cadastramento da população de sua abrangência, desenvolvem ações educativas e preventivas, prestam atenção primária da saúde nas próprias unidades ou em domicílio, quando necessário. Possuem, além de uma equipe própria de profissionais de saúde, grupos de agentes comunitários de saúde que, pelo menos uma vez por mês, visitam os domicílios realizando o mapeamento da região coberta por sua unidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Investigar a prevalência e fatores associados à IU em mulheres climatéricas assistidas nas ESFs.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, medidas antropométricas, fatores clínicos e obstétricos das mulheres climatéricas atendidas nas ESFs de Montes Claros/MG.
- Identificar a presença da IU entre os fatores sociodemográficos, hábitos de vida, medidas antropométricas, fatores clínicos e obstétricos das mulheres climatéricas atendidas nas ESFs de Montes Claros/MG

4 METODOLOGIA

4.1 Apresentação do Estudo

Esse estudo faz parte do projeto intitulado “Agravos a saúde das mulheres climatéricas: um estudo epidemiológico” cuja linha de pesquisa é saúde da mulher climatérica. O estudo foi realizado na cidade de Montes Claros/MG, Brasil, no período de 2014 a 2015.

4.2 Delineamento do Estudo

Estudo epidemiológico do tipo analítico, transversal e quantitativo.

4.3 Caracterização do Local do Estudo

O Município de Montes Claros localiza na região norte do estado de Minas Gerais e assume a posição de centralidade nessa região, constituindo o núcleo urbano mais expressivo. Inserida em uma região historicamente caracterizada pelo desempenho econômico, com graves problemas sociais e localização entre entroncamentos de importantes eixos rodoviários, a cidade desempenha a função de centralizar: comércio varejista, inter-relação política e administrativa, serviços de saúde, ensino de nível superior, entre outros. Segundo o recenseamento do IBGE (2015) Montes Claros apresenta uma população residente estimada no ano de 2014 de 390.212 habitantes no município.

Em Minas Gerais, o programa Saúde da Família começou a ser implantado no final de 1994. Entre o ano de 2000 e 2001, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização, que dividiu o Estado em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-polos e 75 microrregiões sanitárias. Essa divisão teve como objetivo melhorar a acessibilidade da população aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção. Através desta estratégia adotada pelo governo estadual, Minas Gerais teve um grande avanço na esfera da saúde e, em 2005, a Resolução nº 661 de 22/03/05 da Secretaria Estadual de Saúde criou o programa Saúde em Casa como um projeto estruturador do governo, liberando recursos mensais destinados às equipes de Saúde da Família visando à melhoria dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos e da qualidade de vida dos

mesmos. O município de Montes Claros em 2014 contava com 73 ESFs no perímetro urbano (cobertas pelo estudo) e 10 unidades rurais.

As ESFs são unidades básicas de cuidado da saúde de atendimento familiar com atuação na prevenção de doenças, promoção da qualidade de vida e evitando agravamentos. Realizam o cadastramento da população de sua abrangência, desenvolvem ações educativas e preventivas, prestam atenção primária da saúde nas próprias unidades ou em domicílio, quando necessário. São compostas por uma equipe própria de profissionais de saúde, possuem grupos de agentes comunitários de saúde que, pelo menos uma vez por mês, visitam os domicílios realizando o mapeamento da região coberta por sua unidade.

4.4 População

A população alvo foi composta por 30.801 mulheres climatéricas cadastradas nas 73 unidades de ESFs de Montes Claros/ MG no ano de 2014.

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Ser paciente do serviço citado;

4.4.2 Critérios de não inclusão

- Gestantes, puérperas e pessoas acamadas.

4.5 Amostragem

A amostragem foi do tipo probabilístico. Os sujeitos que atenderam aos pré-requisitos de participação foram selecionados considerando-se os critérios de inclusão e exclusão.

A seleção da amostra ocorreu em dois estágios. Inicialmente, as ESFs foram selecionadas por conglomerados, perfazendo um total de 20, que abrangeu a zona rural e urbana. Na sequência, foi selecionado aleatoriamente um número proporcional de mulheres obedecendo ao critério de estratificação de acordo com o período climatérico (pré, peri e pós-menopausal) (SOBRAC, 2013). Após essa seleção, essas mulheres

foram convidadas pelos agentes de saúde da família, para se apresentarem na unidade, na data estabelecida por meio de convite (APÊNDICE D). Para cada unidade, foram selecionadas 48 mulheres, perfazendo um total de 960 mulheres convocadas. Entretanto, a amostra final correspondeu a 874 mulheres climatéricas. Para incorporar a estrutura do plano amostral complexo na análise estatística dos dados, cada entrevistado foi associado a um peso w , que correspondeu ao inverso de sua probabilidade de inclusão na amostra (f) (SZWARCOWALD; DAMACENA, 2008).

4.6 Instrumentos e Procedimentos

Após o sorteio da mulher, esta foi convidada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Consentimento Pós Informação (APÊNDICES A e B) para sua participação no estudo. Foi agendado o dia para que a mulher comparecesse à ESF para realização das avaliações laboratoriais, antropométricas, clínicas e aplicação dos questionários (ANEXO B).

Os dados foram coletados a partir de um questionário que abordava aspectos sociodemográficos (idade, situação conjugal, cor de pele, escolaridade e trabalho) hábitos de vida (atividade física, tabagismo) e medidas antropométricas (IMC e CA), fatores clínicos e obstétricos (sintomas do climatério, fases do climatério, tipo de menopausa, menarca, idade do primeiro parto, episiotomia, cisto no ovário, perineoplastia, diabetes, risco cardiovascular, depressão e síndrome metabólica). Para a avaliação da IU, foi utilizado *ICIQ-SF*TM, instrumento validado para a realidade brasileira. A aplicação dos questionários a avaliação laboratorial, clínica e antropométrica foi realizada por uma equipe treinada.

O treinamento procurou uniformizar os procedimentos para coleta de dados. Foi realizado um estudo piloto com o objetivo de padronizar a prática dos entrevistadores e avaliar o nível de compreensão das questões utilizadas.

4.6.1 Avaliação Sociodemográfica

As características sociodemográficas abrangeram as seguintes informações: idade, escolaridade, situação conjugal, cor da pele e atividade de trabalho.

A investigação da idade foi feita por meio da pesquisa do mês e ano de nascimento da pessoa, confirmado por um documento, ou de sua idade presumida para

quem não soubesse a data de nascimento; o cálculo foi referente à data da pesquisa e posteriormente foi agrupado em faixas etárias: 40 a 45; 46 a 51; 52 a 65.

Sobre a situação conjugal, foi considerada como com ou sem companheiro (IBGE, 2012). A cor da pele foi obtida por autodeclaração: branca, preta ou outra cor (IBGE, 2012).

Foi investigado o nível ou grau do ensino concluído do curso mais elevado que frequentou. A correspondência foi feita de tal forma que cada série correspondeu a um ano de estudo (IBGE, 2012) e após foi categorizado em três classes: fundamental I, fundamental II, médio/superior.

Foi definido como trabalho, função remunerada exercida pela investigada (sim ou não) (BRASIL, 2005).

4.6.2 Hábitos de Vida

As características comportamentais e hábitos de vida, foram avaliadas através das seguintes informações: nível de atividade física (muito ativa/ ativa; irregularmente ativa; sedentária); tabagismo (sim ou não).

Com relação à atividade física, foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), desenvolvido e validado por Craig *et al.*, (2003) para população de 18 a 65 anos. Matsudo *et al.*, (2001) validaram para o Português a versão curta do questionário para a avaliação do sedentarismo e concluíram que o instrumento se associava significativamente com o registro de gasto energético. A versão curta consta de seis perguntas relacionadas à atividade física realizada na última semana por pelo menos 10 minutos contínuos, anterior à aplicação do questionário. Segundo a classificação do instrumento, considerou-se a pessoa:

A- Muito Ativa: Aquela que cumpre a recomendação:

a) Vigorosa: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou;

b) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão + Moderada e/ou Caminhada ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão.

B- Ativa: Aquela que cumpre a recomendação:

a) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão e /ou;

b) Moderada ou Caminhada: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou;

c) A soma de qualquer atividade: ≥ 5 dias na semana e ≥ 150 minutos por semana (vigorosa+caminhada+moderada).

C- Irregularmente Ativa: Aquela que cumpre prática de atividade física, mas insuficiente para ser classificado como ativo, por não cumprir as recomendações quanto à frequência e duração.

D- Sedentária: Aquela que não preferiu praticar atividade física por, pelo menos, 10 minutos seguidos (contínuos) durante a semana.

O tabagismo (sim ou não) foi investigado pelo autorrelato no momento da entrevista.

4.6.3 Medidas Antropométricas

4.6.3.1 Índice de Massa Corporal

A mensuração da estatura ocorreu com auxílio do antropômetro SECA 206 numa parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés com a mulher na devida posição para avaliação deste dado; do peso (kg) usando balança portátil SECA OMEGA 870 digital e do IMC pelo produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado (P/E^2) (WHO, 2000). Os resultados do IMC foram classificados, segundo os critérios da WHO (2000) em adultos: eutróficas (18,5 a 24,9), sobrepeso (25,0 a 29,9) e obesidade (30,0 ou acima).

4.6.3.2 Circunferência Abdominal

A CA foi aferida com o auxílio de uma fita métrica flexível e inelástica da marca TBW® com graduação de 0,1 cm. Durante a medição, a avaliada se manteve na posição ortostática, com os braços ao longo do corpo, abdome descontraído e com o olhar num ponto fixo à sua frente (WHO, 2010). Valores ≥ 88 cm na CA foram classificados como alterados de acordo com NCEP/ATP-III (2001).

4.6.4 Avaliação da Incontinência Urinária

Avaliou-se a IU autorreferida e a quantificação da perda através do instrumento validado para a realidade brasileira, ICIQ-SF™ (TAMANINI *et al.*, 2004). O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e autoadministrável, escolhido por avaliar o impacto da IU na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária dos pacientes analisados. O

ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU. Partindo da definição de IU da *International Continence Society* (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (LOPES; HIGA, 2006) atribuiu-se que seriam consideradas incontinentes as mulheres que respondessem “apresentar perda urinária” no questionário ICIQ-SF.

4.6.5 Fatores Clínicos e Obstétricos

Os fatores clínicos e obstétricos avaliados foram: sintomatologia do climatério (leve, moderada ou grave), fases do climatério (pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa), tipo de menopausa (natural ou induzida), menarca (precoce – até 11 anos, normal – 12 a 14 anos, tardia – 15 anos acima), idade do primeiro parto (parto até 18 anos e parto acima de 18 anos), realização de episiotomia (sim/não), cisto no ovário (sim/não), perineoplastia (sim/não), diabetes (sim/não), doença cardiovascular (baixo risco, risco intermediário e alto risco), depressão (mínima ou leve, moderada ou grave) e síndrome metabólica (sim/não).

A sintomatologia climatérica foi avaliada por meio do índice de Kupperman (KUPPERMAN *et al.*, 1953). Esse instrumento encontra-se adaptado e validado, sendo amplamente utilizado tanto para propósitos de pesquisa como na prática clínica, para monitorização de efeitos dos diversos tratamentos instituídos no climatério (SILVEIRA *et al.*, 2007). As respostas para cada sintoma investigado segue 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 tristeza, vertigens, fraqueza, artralgia/ mialgia, cefaleia, palpitação e formigamento têm 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 em leve, moderada e intensa. Considerou-se síndrome climatérica de intensidade leve a pontuação até 19, moderada entre 20 e 35 e intensa maior que 35 (DE LORENZI *et al.*, 2005).

Para a categorização das fases do climatério foram classificadas como pré-menopausa as mulheres com ciclo menstrual regular (de 28 a 28 dias, 29 a 29 dias...),

para perimenopausa com ciclo menstrual irregular variando de 2 a 11 meses e para pós-menopausa ciclo menstrual interrompido a mais de 12 meses (SOBRAC, 2013).

Em relação à classificação da menopausa, esta pode ser classificada em natural ou induzida. A menopausa natural ocorre no lapso de tempo esperado ao processo natural do desenvolvimento da mulher, aproximadamente aos 50 anos, entretanto, pode ocorrer que a mulher tenha a última menstruação antes do esperado. A menopausa induzida pode se dizer que se apresenta de duas formas diferenciadas. A primeira forma é denominada menopausa cirúrgica e é chamada de ooforectomia, que consiste na extirpação dos dois ovários. O segundo tipo de menopausa induzida é chamada de histerectomia, que é a extirpação do útero (CABRAL, 2001).

Os dados relacionados à idade da menarca (precoce, normal ou tardia) e idade do primeiro parto (até 18 anos de idade e após 18 anos) foram obtidos por autorrelato.

Em relação à episiotomia, cisto no ovário, perineoplastia e diabetes as informações constituíram-se de autorrelato pelas mulheres entrevistadas.

Para se avaliar o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV) nas mulheres climatéricas foi utilizado o Escore de Risco Global de Framingham (ERF). A idade, o colesterol-HDL, o colesterol total, a pressão arterial sistólica em pacientes tratadas e não tratadas de hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo e a presença de diabetes autorreferida como comorbidade foram utilizados como variáveis para essa avaliação. Cada variável foi pontuada de acordo com valores específicos e o somatório das pontuações transformados em porcentagem de risco. O ERF classifica como alto risco os valores $> 20\%$, intermediário risco, entre 6 e 20%, e baixo risco $< 6\%$ (D'AGOSTINO *et al.*, 2008).

Para avaliar os sintomas da depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), dispositivo psicométrico de autoavaliação composto por 21 itens que se referem à sintomatologia depressiva: tristeza, fracasso, culpa, decepção, vontade de matar, irritação, decisão, desânimo, prazer, castigo/punição, fraqueza, choro, interesse pelas pessoas, trabalho, cansaço, perda de peso, interesse sexual, sono, apetite e problemas físicos. O Inventário de Beck foi traduzido e validado para o português e vem sendo amplamente aplicado em muitas pesquisas com a finalidade diagnosticar e classificar os quadros de depressão. Pacientes com pontuação maior que 15 foram diagnosticadas como portadoras de depressão. Considerou-se depressão leve valores entre 16 e 20, moderada entre 21 e 29 e grave igual ou maior que 30 (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

Foram avaliadas as variáveis da presença da síndrome metabólica, nas voluntárias através de uma equipe de profissionais do ESF.

As mulheres foram classificadas com Síndrome Metabólica (SM) pela presença de três ou mais dos componentes (Triglicerídeos, HDL-colesterol, Glicemia de jejum, CA e Pressão arterial sistólica) de acordo com os critérios definidos pelo NCEP/ATP-III (2001). Foram avaliados, no laboratório, o perfil lipídico, os valores de glicemia jejum e os níveis de triglicérides.

Tabela 1: Critérios diagnósticos da Síndrome Metabólica

Fatores de Risco	Ponto de Corte
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL
HDL-colesterol	< 50 mg/dL
Glicemia de jejum	≥ 100 mg/dL
CA	≥ 88 cm
Pressão arterial sistólica	$\geq 130/85$ mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva.

Fonte: NCEP/ATP-III (2001).

4.7 Análises dos Dados

Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS versão 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), foram feitos a análise estatística descritiva (frequência absoluta e relativa). A fim de analisar as associações entre a variável dependente (IU) e as variáveis independentes (sociodemográficas, hábitos de vida, medidas antropométricas, fatores clínicos e obstétricos), procedeu-se a análise bivariada através do teste qui-quadrado, para seleção das variáveis para o modelo múltiplo, sendo adotado $p \leq 0,25$. Na fase das análises multivariada foi utilizada a regressão logística binária para obtenção das razões de chances ajustada. Ao fim da análise foi construído o modelo final, sendo adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$.

4.8 Ética da Pesquisa

As mulheres que concordaram em participar da pesquisa de forma voluntária assinaram o Termo de Participação Livre e Consentido, contendo o objetivo do estudo,

procedimento de avaliação, caráter de voluntariedade da participação do sujeito e isenção de responsabilidade por parte do avaliador. Houve o cuidado de se preservar a identidade de todos os participantes no estudo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros com parecer nº 817.666 (CAAE 36495714.0.0000.51)

5 PRODUTOS CIENTÍFICOS

5.1 Artigo 1: Prevalência e fatores de risco associados à incontinência urinária em mulheres no climatério

Nome do Periódico: BMC Public Health (Online)

Avaliação da CAPES na área do Programa de Pós-Graduação: A2 Interdisciplinar

5.1 ARTIGO 1

Prevalência e fatores de risco associados à incontinência urinária em mulheres no climatério

Fernanda Paluszkiewicz Dullius^I, Daniela Araújo Veloso Popoff^{II}, Josiane Santos Brant Rocha^{III}

Médica. Mestranda em Cuidados Primários em Saúde. Docente das Faculdades Unidas do Norte de Minas. - Montes Claros - Minas Gerais, Brasil

Cirurgiã Dentista. Doutora em Clínica Odontológica. Docente da Universidade Estadual de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais, Brasil

Educadora Física. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Estadual de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais, Brasil

Autor para correspondência:

Endereço: Rua José Afonsus Guimarães, 215. Condomínio Portal das Arueiras.

Ibituruna. CEP 39.400-000. Montes Claros. MG

Telefone: (38) 98837.0232

Email: josianenat@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência e fatores associados à IU em mulheres climatéricas assistidas nas ESFs. **Método:** Realizou-se um estudo transversal analítico, incluindo 874 mulheres de 40 a 65 anos, selecionadas por processo de amostragem probabilística, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015, pertencentes ao município de Montes Claros/MG, Brasil. Questionário estruturado e pré-testado, incluindo características sociodemográficas, hábitos de vida, medidas antropométricas, fatores clínicos e obstétricos e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF™) foi usado para coleta dos dados referentes à IU. Mensurações antropométricas foram obtidas usando equipamentos e técnicas padrões. Utilizou-se a análise descritiva e de associações brutas através do teste qui-quadrado, adotando $p \leq 0,25$. No modelo final foi feito a análise de regressão logística binária, com nível de significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** A prevalência de IU referida foi (22,5%). Após análise ajustada, as chances de ter IU referiram-se às variáveis: mulheres sem companheiro (OR 1,38 IC 95% 0,97-1,99), sedentária/irregularmente ativa (OR 2,14 IC 95% 1,17-3,93), tabagistas (OR 1,79 IC 95% 1,05 – 3,03), sobrepeso (OR 1,30 IC

95%0,80-2,10), obesas (OR 1,92 IC 95%1,21-3,09), e com sintomas intensos do climatério (OR 2,52 IC 1,48-4,29), ter realizado episiotomia (OR 1,47 IC 95% 1,03-2,12) e ter cisto no ovário (OR 1,71 IC 95% 1,11-2,64). **Conclusão:** É possível concluir que presença de fatores modificáveis como ser sedentária, fumante, obesa, apresentar sintomas intensos do climatério, ter realizado episiotomia e a presença de cisto no ovário esteve associada com a IU.

Descritores: Prevalência; Incontinência Urinária; Climatério.

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence and factors associated with UI in climacteric women assisted in ESFs. **Method:** This was an analytical cross-sectional study including 874 women aged 40 to 65, selected by probabilistic sampling process, from August 2014 to August 2015, belonging to the municipality of Montes Claros/MG, Brazil. structured and pretested questionnaire including sociodemographic characteristics, lifestyle habits, anthropometric measurements, clinical and obstetrical factors and the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF™) was used to collect the data on the UI. Anthropometric measurements were obtained using equipment and technical standards. We used descriptive analysis and gross associations using the chi-square test, adopting $p \leq 0,25$. In the final model was made the analysis of binary logistic regression, with $p = 0.05$ significance level. **Results:** The prevalence of UI that was (22.5%). After adjustment, the odds of having UI referred to the variables: unmarried women (OR 1.38 95% CI 0.97 to 1.99), sedentary/irregularly active (OR 2.14 95% CI 1.17 -3.93), smokers (OR 1.79 95% CI 1.05 to 3.03), overweight (OR 1.30 95% CI 0.80 to 2.10), obese (OR 1.92; 95 % 1.21 to 3.09), and with intense climacteric symptoms (OR 2.52 CI 1.48 to 4.29), have performed episiotomy (OR 1.47 95% CI 1.03 to 2.12) and have ovarian cyst (OR 1.71 95% CI 1.11 to 2.64). **Conclusion:** It was concluded that the presence of modifiable factors such as being sedentary, smoking, overweight, present severe symptoms of menopause, have made episiotomy and the presence of ovarian cyst was associated with the UI.

Key words: Prevalence; Urinary Incontinence; Climateric.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la prevalencia y los factores asociados a la IU en las mujeres climatéricas asistidos en ESF. **Método:** Se realizó un estudio analítico transversal, incluyendo 874 mujeres de 40 a 65 años, seleccionados por muestreo probabilístico proceso, desde agosto 2014 hasta agosto 2015, perteneciente al municipio de Montes Claros/MG, Brasil. estructurada y un cuestionario previamente probado incluyendo las características sociodemográficas, hábitos de vida, medidas antropométricas, factores clínicos y obstétricos y la Consulta Internacional sobre Incontinencia Cuestionario - Short Form (ICIQ-SF™) se utilizó para recopilar los datos de la interfaz de usuario. Las medidas antropométricas fueron obtenidos utilizando equipos y normas técnicas. Se utilizó el análisis descriptivo y asociaciones brutos mediante la prueba de chi-cuadrado,

la adopción de $p \leq 0,25$. En el modelo final se realizó el análisis de regresión logística binaria, con un nivel de significación $p = 0,05$. **Resultados:** La prevalencia de la IU que era (22,5%). Después del ajuste, las probabilidades de tener la interfaz de usuario hace referencia a las variables: las mujeres solteras (OR 1.38 IC 95%: 0,97 a 1,99), sedentario / irregularmente activos (OR IC del 95%: 2,14 1,17 -3,93), los fumadores (OR 1.79 IC 95% 1.5 a 3.3), IC del sobrepeso (OR 1.30 95%: 0,80 a 2,10), obesidad (OR 1,92; 95 1.21 a 3.9%), y con intensos síntomas climatéricos (OR 2.52 IC 1.48 a la 4.29), han realizado una episiotomía (OR 1.47 IC 95% 1.3 a 2.12) y tienen quiste ovárico (OR 1.71 IC del 95%: 1,11 a la 2,64). **Conclusión:** Se concluye que la presencia de factores modificables, como el sedentarismo, el tabaquismo, presentes, los síntomas severos de la menopausia con sobrepeso, han hecho de la episiotomía y la presencia de quiste de ovario se asocia con la interfaz de usuario.

Palabras clave: Prevalencia; Incontinencia Urinaria; Climaterio.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve aumento na expectativa de vida da população brasileira com consequente envelhecimento populacional^(1, 2). Dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽¹⁾ mostraram que a população brasileira está mais feminina, 51,3%, e também mais velha. Essa transição tem despertado maior preocupação e interesse pela saúde e qualidade de vida das mulheres no período do climatério. Frente a essa nova realidade, surge a necessidade de novas orientações e condutas sobre o climatério e processo de envelhecimento feminino, e também, acerca das patologias que podem incidir nesta população⁽³⁾.

O climatério denominado como transição do estado reprodutivo para o não reprodutivo. É marcado por alterações hormonais fisiológicas, no qual apresenta maior prevalência de agravos e doenças, que podem resultar em sintomas contínuos ou aparecimento de novos sintomas do trato urinário, dentre elas, a incontinência urinária (IU)⁽³⁾. Esta morbidade aparece como importante problema de saúde pública em mulheres em faixas etárias maiores^(4, 5) com impacto na morbidade⁽³⁾, maior procura pelos serviços de saúde e diminuição na qualidade de vida⁽⁶⁾. Segundo a *Internacional Continence Society* (ICS), a IU é uma patologia definida como qualquer perda involuntária de urina⁽⁷⁾, caracterizada por disfunção do trato urinário inferior e alterações no processo fisiológico da micção ou sustentação dos órgãos responsáveis por ela.

A IU é uma doença multifatorial e alguns fatores como história gineco-obstétrica, doenças crônicas não-transmissíveis, obesidade, idade e alterações hormonais ganham destaque no seu desenvolvimento^(5, 8-10). O desconforto e isolamento social, afeta as atividades básicas da vida diária, percepção sobre a própria saúde, impactando de maneira significativa a qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Considerando que a IU integra o grupo das grandes síndromes geriátricas⁽¹²⁾ e que o climatério se destaca por ser um período com maior risco para o aparecimento de doenças nas mulheres⁽³⁾, torna-se relevante a realização de estudos que provoquem maior reflexão a respeito da temática. Desse modo, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e fatores associados à IU em mulheres climatéricas assistidas nas ESFs.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo epidemiológico transversal analítico, de base populacional. Totalizou o universo deste estudo 874 mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos de idade, usuárias das unidades das ESFs, localizadas na área urbana do município de Montes Claros/MG, Brasil.

O dimensionamento da amostra foi obtido pela técnica de seleção por conglomerados nas 73 ESFs de Montes Claros, que estavam cadastradas no ano de 2014 e, na sequência, foi realizada a amostragem probabilística entre as mulheres no climatério nas suas diferentes fases (pré, peri e pós-menopausa), acompanhadas nas áreas de abrangência das ESFs, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015. Para incorporar a estrutura do plano amostral complexo na análise estatística dos dados, cada entrevistada foi associada a um peso w , que correspondeu ao inverso de sua probabilidade de inclusão na amostra (f).

Adotou-se como critério de não inclusão do estudo indivíduos gestantes, puérperas e pessoas acamadas. Participaram do estudo somente aquelas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dados sociodemográficos como: idade (40 a 45, 46 a 51, 52 a 65 anos), situação conjugal (com e sem companheiro), escolaridade (fundamental I e II, ensino médio e superior), trabalho (sim/não) e cor/raça (preta, branca ou outra cor); hábitos de vida: atividade física (ativa, muito ativa e sedentária) e tabagismo (sim/não); fatores clínicos e obstétricos: sintomas e fases do climatério (leve, moderado ou grave; pré, peri ou pós menopausa, respectivamente, tipo de menopausa (natural ou induzida), menarca (precoce – até 11 anos; normal – 12 a 14 anos e tardia após 15 anos), idade do primeiro parto (antes ou após 18 anos), episiotomia (sim/não), cisto no ovário (sim/não), perineoplastia (sim/não), risco para doença cardiovascular (baixo, intermediário, alto), diabetes (sim/não), depressão (leve, moderada ou grave) e síndrome metabólica (sim/não) foram coletados por meio de um questionário estruturado aplicado às mulheres climatéricas e a síndrome metabólica confirmada através de análises laboratoriais. As medidas antropométricas (circunferência abdominal (CA), peso e estatura) e a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC). Valores ≥ 88 cm na CA foram classificados como alterados, quanto ao IMC, adotou-se a classificação das pesquisadas em eutróficas (18,5-24,9), sobrepeso (25,0-29,9) e obesidade (30,0- acima), seguindo as recomendações e classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS)^(13, 14).

Após o sorteio aleatório das mulheres, as mesmas foram convidadas pelos agentes comunitários de saúde, a comparecer na ESF para realização das avaliações. A coleta foi realizada por uma equipe previamente treinada e calibrada e ocorreu em privacidade. Inicialmente foram coletadas amostra de sangue para análises laboratoriais. Após foi realizada a avaliação antropométrica e aferição da pressão arterial e, em seguida, aplicou-se os questionários.

Avaliou-se a prevalência da IU autorreferida e a quantificação da perda através do instrumento validado para a realidade brasileira, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SFTM)*⁽¹⁵⁾. O ICIQ-SF é um questionário simples e autoadministrável, composto de quatro questões que avaliam frequência e gravidade da IU. Considerou-se mulheres incontinentes aquelas que referiram perda urinária involuntária.

Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS versão 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e foi feita a análise estatística descritiva (frequência absoluta e relativa). A fim de analisar as associações entre a variável dependente (IU) e as variáveis independentes (sociodemográficas, hábitos de vida, medidas antropométricas, fatores clínicos e obstétricos), procedeu-se a análise bivariada através do teste qui-quadrado, para seleção das variáveis para o modelo múltiplo, sendo adotado $p \leq 0,25$. Na fase das análises multivariadas, foi utilizada a regressão logística binária para obtenção das razões de chances ajustadas. Ao fim da análise, foi construído o modelo final, sendo adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros com parecer nº 817.666, e seguiu criteriosamente todos os preceitos éticos da resolução 466/2012.

RESULTADOS

A maioria das mulheres com IU, participantes da pesquisa, tinham idades que variavam entre 52 a 65 anos (45,4%), haviam cursado nível de escolaridade fundamental I (41,6%). Em relação, aos hábitos de vida, predominaram mulheres sedentárias ou irregularmente ativas (87,3%), não tabagistas (89,8%). Do total, (36%) tinham obesidade e (63,8%) tinham medidas alteradas de CA. Quanto aos sintomas e fases do climatério, apresentaram sintomas leves (62,3%) e encontravam-se na pós-menopausa (4,3%). A maioria das mulheres realizaram episiotomia (57,8%), não apresentaram cisto no ovário (84,1%) e não fizeram perineoplastia (86,3%) (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo fatores sócio demográficos, hábitos de vida, medidas antropométricas, fatores clínicos e obstétricos das mulheres climatéricas, Montes Claros-MG, 2014.

Variáveis		n	%*
Fatores Sociodemográficos			
Idade	40 a 45 anos	236	27,9
	46 a 51 anos	241	26,8
	52 a 65 anos	397	45,4
Situação Conjugal	Com companheiro	559	63,0
	Sem companheiro	313	37,0
Cor	Preta	112	12,6
	Branca	154	17,2
	Outra cor	602	71,1

Escolaridade	Ensino Médio/Superior	281	31,8
	Fundamental II	231	26,6
	Fundamental I	358	41,6
Trabalho	Sim	347	40,4
	Não	520	59,6
Hábitos de Vida			
Atividade Física	Ativa/Muito Ativa	114	12,7
	Sedentária/Irregularmente ativa	760	87,3
Tabagismo	Não	739	89,8
	Sim	80	10,2
Medidas Antropométricas			
IMC	Peso adequado	228	25,9
	Sobrepeso	333	38,0
	Obesidade	306	36,0
CA	Normal	331	36,2
	Alterado	538	63,8
Fatores Clínicos e Obstétricos			
Sintomas do Climatério	Leve	541	62,3
	Moderada	246	27,9
	Intensa	86	9,8
Fases do Climatério	Pré-menopausa	214	24,4
	Peri-Menopausa	185	21,3
	Pós-Menopausa	473	54,3
Tipo de Menopausa	Natural	338	82,9
	Induzida	66	17,1
Menarca	Precoce - até 11 anos	101	11,8
	Normal - 12 a 14 anos	513	60,6
	Tardia - 15 anos acima	260	27,6
Idade do Primeiro Parto	Parto até 18 anos	218	27,3
	Parto acima de 18 anos	605	72,7
Epsiotomia	Não	370	43,2
	Sim	500	57,8
Cisto no ovário	Não	719	84,1
	Sim	146	15,9
Perineoplastia	Não	748	86,3
	Sim	119	13,7
Diabetes	Não	682	78,3
	Sim	183	21,7
Doença Cardiovascular	Baixo Risco	406	44,9
	Risco Intermediário	423	47,4
	Alto Risco	66	7,8
Depressão	Depressão mínima ou leve	748	86,0
	Depressão moderada ou grave	121	14,0
SM	Ausência	406	44,4
	Presença	487	55,6

IMC: Índice de massa corporal; CA: Circunferência abdominal; %*Corrigido pelo efeito do desenho (*deff*)

Na amostra, verificou-se uma prevalência de IU referida de 22,5% (n=195), com IC 95% (19,2% - 26,3%). Quanto à perda de urina, a maioria (77,5%) relataram que nunca perderam urina.

Tabela 2: Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas à Incontinência urinária das mulheres climatéricas, Montes Claros-MG, 2014.

Incontinência Urinária		n	%*
Incontinência Urinaria*	Ausência Incontinência Urinaria	676	77,5
	Presença Incontinência Urinaria	195	22,5
Frequência de perda de urina*	Nunca	676	77,5
	Uma vez por semana ou menos	072	8,4
	Duas ou três vezes por semana	033	3,7
	Uma vez ao dia	031	3,5
	Diversas vezes ao dia	046	5,3
	O tempo todo	013	1,6

%%: Corrigido pelo efeito do desenho (*deff*); *: 24 não respondidas.

Os fatores associados à IU referida estão apresentados na tabela 3. Na análise bruta, encontrou-se associação entre a IU com as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, antropométricas e os fatores clínicos e obstétricos. Mulheres com idade de 46 a 51 anos e 52 a 65 anos ($p=0,077$), sem companheiro ($p=0,083$), cor da pele branca ($p=0,069$), com escolaridade que variavam entre fundamental I e II ($p=0,047$), que não trabalha ($p=0,224$), sedentária/irregularmente ativa ($p=0,128$), tabagistas ($p=0,049$), com sobrepeso e obesidade ($p=0,013$), que apresentava CA alterado ($p=0,122$), sintomatologia do climatério moderada intensa ($p=0,000$), na peri e pós-menopausa ($p=0,183$), com menopausa induzida ($p=0,202$), menarca normal e tardia ($p=0,159$), com idade do primeiro parto acima de 18 anos ($p=0,013$), que realizaram episiotomia ($p=0,028$), presença de cisto no ovário ($p=0,012$), com perineoplastia ($p=0,057$), com diabetes ($p=0,136$), que apresentavam risco intermediário e alto risco para doença cardiovascular ($p=0,078$), que tinham depressão moderada ou grave ($p=0,003$) e com síndrome metabólica ($p=0,157$) apresentaram maiores chances de terem IU.

Após análise ajustada, as chances de ter IU referiram-se às variáveis: mulheres sem companheiro (OR 1,38 IC 95% 0,97-1,99), sedentária/irregularmente ativa (OR 2,14 IC 95% 1,17-3,93), tabagistas (OR 1,79 IC 95% 1,05 – 3,03), com sobrepeso (OR 1,30 IC 95% 0,80-2,10), obesas (OR 1,92 IC 95% 1,21-3,09), com sintomas intensos do

climatério (OR 2,52 IC 1,48-4,29), ter realizado episiotomia (OR 1,47 IC 95% 1,03-2,12) e ter cisto no ovário (OR 1,71 IC 95% 1,11-2,64) (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de incontinência urinária (IU), razão de chances (OR) bruta e ajustada de acordo com os fatores sociodemográficos, hábitos de vida, medidas antropométricas e fatores clínicos e obstétricos das mulheres climatéricas, Montes Claros-MG, 2014.

Variáveis		Presença IU %	OR (IC _{95%}) Bruta	p	OR (IC _{95%}) Ajustada	p
Fatores sociodemográficos						
Idade	40 a 45 anos	18,6	1	0,077	-----	-----
	46 a 51 anos	20,4	1,12 (0,71-1,76)			
	52 a 65 anos	25,8	1,52 (1,02-2,26)			
Situação Conjugal	Com companheiro	20,6	1	0,083	1,38 (0,97-1,99)	0,070
	Sem companheiro	25,7	1,33 (0,96-1,85)			
Cor	Preta	20,7	1	0,069	-----	-----
	Branca	29,2	1,58 (0,89-2,81)			
	Outra cor	20,7	0,99 (0,60-1,64)			
Escolaridade	Ensino (médio + superior)	19,3	1	0,047	-----	-----
	Fundamental II	19,9	1,04 (0,67-1,61)			
	Fundamental I	26,7	1,52 (1,04-2,22)			
Trabalha	Trabalha	20,0	1	0,224	-----	-----
	Não trabalha	23,5	1,23 (0,88-1,71)			
Hábitos de vida						
Atividade Física	Ativa/Muito Ativa	16,8	1	0,128	1	0,014
	Sedentária/Irregularmente ativa	23,2	1,50 (0,89-2,52)		2,14 (1,17-3,93)	
Tabagismo	Não	21,5	1	0,049	1,79 (1,05 – 3,03)	0,031
	Sim	31,2	1,66 (1,00-2,75)			
Medidas Antropométricas						
IMC	Peso adequado	17,5	1	0,013	1	0,280
	Sobrepeso	20,8	1,24 (0,80-1,91)		1,30 (0,80-2,10)	
	Obesidade	27,8	1,81 (1,18-2,76)		1,92 (1,21-3,09)	
CA	Normal	19,7	1	0,122	-----	-----
	Alterado	24,2	1,30 (0,93-1,82)			
Fatores Clínicos e Obstétricos						
Sintomas do Climatério	Leve	17,6	1	0,000	1	0,002
	Moderada	28,6	1,87 (1,31-2,67)		1,87 (1,27-2,76)	
	Intensa	35,3	2,55 (1,55-4,20)		2,52 (1,48-4,29)	
Fases Climatério	Pré-menopausa	17,8	1	0,183	-----	-----
	Peri-menopausa	23,8	1,44 (0,88-2,34)			
	Pós-menopausa	23,9	1,45 (0,96-2,18)			
Tipo de Menopausa	Natural	22,9	1	0,202	-----	-----
	Induzida	30,3	1,46 (0,81-2,62)			
Menarca	Precoce - até 11 anos	23,8	1	0,159	-----	-----
	Normal – 12 a 14 anos	24,2	0,98 (0,59-1,61)			
	Tardia – 15 anos acima	18,2	0,70 (0,48-1,01)			

Idade do Primeiro Parto	Parto até 18 anos	28,4	1	0,013	-----	
	Parto acima de 18 anos	20,3	0,64 (0,45-0,91)		-----	-----
Episiotomia	Não	18,8	1	0,028	1	
	Sim	25,1	1,45 (1,04-2,02)		1,47 (1,03-2,12)	0,036
Cisto no ovário	Não	20,7	1	0,012	1	
	Sim	30,1	1,66 (1,11-2,46)		1,71 (1,11-2,64)	0,015
Perineoplastia	Não	20,8	1	0,057	-----	
	Sim	28,6	1,52 (0,98-2,35)		-----	-----
Diabetes	Não	21,3	1	0,136	-----	
	Sim	26,5	1,33 (0,91-1,95)		-----	-----
Doença Cardiovascular	Baixo Risco	18,8	1			
	Risco Intermediário	25,4	1,47 (1,05-2,06)	0,078	-----	
	Alto Risco	24,2	1,38 (0,74-2,57)		-----	-----
Depressão	Mínima ou leve	20,8	1	0,003	-----	
	Moderada ou grave	33,1	1,88 (1,24 – 2,86)		-----	-----
Síndrome metabólica	Não	20,2	1	0,157	-----	
	Sim	24,2	1,26 (0,91-1,75)		-----	-----

Análise bivariada: Variáveis independentes associadas a variável desfecho ao nível de 0,25; **OR bruta:** Razão chances bruta; **OR ajustada:** Razão chances ajustada da análise multivariada; **IC 95%:** Intervalo de confiança;

DISCUSSÃO

Por meio de autorrelato feito através de questionário validado, foi avaliado a prevalência de IU e fatores de risco associados em mulheres climatéricas assistidas nas ESFs. Estudo realizado⁽¹⁶⁾, com mulheres climatéricas encontraram resultados semelhantes a este estudo. Os dados conferem que na amostra analisada, mesmo considerando que a prevalência de IU tende a aumentar no período do climatério frente à diminuição de fatores protetores⁽³⁾, o estudo em questão mostrou que as mulheres assistidas pela ESF, mesmo apresentando um perfil com menor escolaridade, idade avançada e raça branca e sendo considerados os principais fatores de risco não comportamentais para IU⁽⁵⁾, estas apresentam menor prevalência de IU quando comparadas com outros estudos realizados no Brasil em mulheres no climatério, como Reigota *et al.*⁽¹¹⁾, que encontrou uma prevalência de 52,3%, e Sacomori *et al.*⁽¹⁷⁾, uma prevalência de IU de 30,7%.

Considerando as diferentes faixas etárias abordadas no estudo, apesar de não ter encontrado associação da idade com IU na análise ajustada, 25,8% das mulheres com IU, apresentam uma idade superior a 52 anos. Esse resultado vai ao encontro de outras pesquisas que mostram o envelhecimento como um dos principais fatores associados

aos distúrbios urinários^(5, 18). O avançar da idade pode acarretar alterações na força de contração da musculatura detrusora podendo cursar com esvaziamento vesical incompleto e ainda pode prejudicar a coordenação entre os sistemas simpático e parassimpático os quais ocasionam contrações involuntárias deste músculo⁽¹⁹⁾.

Embora a escolaridade não tenha se apresentado associada com a IU na análise ajustada, concordando com os achados de ^(4, 5, 17), a baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, às medidas preventivas e terapêuticas ⁽⁵⁾, além de muitas mulheres considerarem a IU decorrente do processo natural de envelhecimento. Neste contexto, percebe-se a necessidade de ações de educação em saúde na comunidade que abordem a temática, bem como políticas públicas de promoção e prevenção da doença.

No que se refere à cor da pele, apesar de não ter tido associação na análise ajustada, a análise bruta mostrou-se significativa e concordante com os achados da literatura, que as mulheres brancas, devido às diferenças na anatomia, resistência uretral e nas estruturas de suporte do assoalho pélvico, tem maior risco de IU quando comparado com as mulheres negras⁽²⁰⁾.

As variáveis sedentarismo e a prática irregular de atividade física estiveram associadas com a IU. Considerando que a ausência da prática de atividade física assume proporções evidentes a partir dos 40 anos de idade⁽²¹⁾, e aliado a esse fator, de acordo com os resultados deste estudo, a obesidade e sobrepeso podem ser apontados como fator de risco para acometimento da IU^(9-11, 22), visto que, o aumento do IMC pode causar elevação crônica da pressão intra-abdominal e enfraquecer as estruturas do suporte pélvico⁽²³⁾. A pressão aumentada pode dificultar os mecanismos de continência uretral, através da diminuição do gradiente de pressão da uretra, precipitando ou exacerbando a IU⁽²⁴⁾.

Outra variável observada é com relação ao tabagismo. O consumo de cigarro pode acarretar efeitos adversos nos vasos sanguíneos, níveis de estrogênio e síntese de colágeno, favorecendo, dessa forma a ocorrência de IU⁽²³⁾. Akkus e Pinar⁽⁸⁾ mostraram que o cigarro é um dos fatores de risco modificáveis para a IU. Quanto maior a quantidade de cigarros consumidos maior a gravidade da IU⁽²⁵⁾.

Com relação aos fatores clínicos e obstétricos, que podem ser variáveis determinantes para o acometimento por IU⁽²⁶⁾, a patologia estudada evidenciou que sintomas do climatério, cisto no ovário e episiotomia apresentam associação com a doença. Quanto maior a percepção da mulher em relação aos sintomas do climatério⁽²⁷⁾, maior o impacto negativo na qualidade de vida⁽¹¹⁾. Outro fator que chama atenção é com relação à episiotomia. Devido ao agravo do trauma perineal causado pela episiotomia durante o parto vaginal, essa mostrou-se associada com a IU, dado que corrobora o estudo de Akkus e Pinar⁽⁸⁾. A relação entre cisto no ovário e IU ainda encontra-se limitada e inconclusiva na literatura científica. Acredita-se que cistos com maior volume ovariano podem comprimir a bexiga levando a perdas urinárias involuntárias, contudo, mais investigações são necessárias. Outra possibilidade é o fato dessas mulheres desenvolverem sobrepeso/obesidade decorrente da patologia ovariana e terem conseqüentemente aumento de pressão intra-abdominal favorecendo a IU.

Algumas limitações do presente estudo podem ser consideradas. As informações foram autorreferidas, não sendo feito diagnóstico clínico, o que dificulta mensurar a gravidade da doença. Vale ressaltar a necessidade de futuros estudos de abordagem coorte e longitudinais para verificar a relação de causa e efeito entre as variáveis apontadas como predisponentes para a ocorrência da IU, visto que o estudo transversal mede a exposição e o desfecho simultaneamente, não provando a temporalidade. Em contrapartida, a amostra foi representativa e as conclusões podem ser extrapoladas para mulheres no climatério assistidas na atenção primária à saúde, o que aumenta a relevância do trabalho.

Neste contexto, os achados têm implicações importantes nas políticas públicas de saúde direcionadas à prevenção da IU em mulheres no climatério, de forma a buscar o diagnóstico e tratamento precoce amenizando as suas conseqüências na saúde e na qualidade de vida da mulher. Propõe, ainda, maior vigilância aos agravos no climatério, através da criação de sistemas de informação em saúde efetivos, que forneçam informações e indicadores de saúde na Atenção Básica e que permita o conhecimento, acompanhamento e sistematização dos dados sobre o climatério nas redes de atenção à saúde. Além disso, a adoção de estilo saudável de vida é necessária para a prevenção da doença, visto que fatores modificáveis como obesidade, tabagismo e sedentarismo foram significativamente correlacionados a IU.

CONCLUSÃO

É possível concluir que presença de fatores modificáveis como ser sedentária, fumante, obesa, apresentar sintomas intensos do climatério, ter realizado episiotomia e a presença de cisto no ovário esteve associada com a IU. Pesquisas que abordem a temática em grupos populacionais com maior vulnerabilidade são fundamentais para o melhor esclarecimento da doença, considerada uma das grandes síndromes geriátricas, de evolução crônica e benigna.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas. 2013; 32.
2. Schneider JSNAS. Brazilian Demographic Transition and the Strategic Role of Youth. Espace populations sociétés. 2015; 2(3).
3. Jones HJ, Huang AJ, Subak LL, Brown JS, Lee KA. Bladder Symptoms in the Early Menopausal Transition. Journal of women's health. 2016 May; 25(5):457-63.
4. Kirss F, Lang K, Toompere K, Veerus P. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Estonian postmenopausal women. SpringerPlus. 2013 Oct; 2:524.
5. Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Wu DL. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2014 Mar; 7(3): 686-96.
6. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM, Piercy J, Patel V, Globe D, et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. BJU international. 2014 Mar;113(3):484-91.
7. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003 Jan; 61(1):37-49.
8. Akkus Y, Pinar G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. International Urogynecology Journal. 2015 Dec; 5.
9. Moreno-Vecino B, Arijá-Blázquez A, Pedrero-Chamizo R, Alcazar J, Gomez-Cabello A, Perez-Lopez FR, et al. Associations between obesity, physical fitness, and urinary incontinence in non-institutionalized postmenopausal women: The elderly EXERNET multi-center study. Maturitas. 2015; 82(2): 208-14.
10. Weinberg AE, Leppert JT, Elliott CS. Biochemical Measures of Diabetes are Not Independent Predictors of Urinary Incontinence in Women. The Journal of urology. 2015 Dec;194(6):1668-74.
11. Reigota RB, Pedro AO, de Souza Santos Machado V, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in

women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourology and urodynamics*. 2016 Jan;35(1):62-8.

12. Aguilar-Navarro S, Navarrete-Reyes AP, Grados-Chavarria BH, Garcia-Lara JM, Amieva H, Avila-Funes JA. The severity of urinary incontinence decreases health-related quality of life among community-dwelling elderly. *The Journals of Gerontology*. 2012 Nov; 67(11):1266-71.

13. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization technical report series. 2000; 894:i-xii, 1-253.

14. Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1999 Dec; 52(12):1213-24.

15. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto N, Jr. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Revista de Saúde Pública*. 2004 Jun; 38(3):438-44.

16. 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. *International Urogynecology Journal*. 2012 May;23(5):639-45.

17. Sacomori CNNB, Cardoso FL. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. *Cad Saúde Pública*. 2013 Jun;29(6):1251-9.

18. Hsu A, Conell-Price J, Stijacic Cenzer I, Eng C, Huang AJ, Rice-Trumble K, et al. Predictors of urinary incontinence in community-dwelling frail older adults with diabetes mellitus in a cross-sectional study. *BMC Geriatric*. 2014 Dec;14:137.

19. Solano JPC, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. *Rev Bras Epidemiol* 2011 Mar;14(1):75-85.

20. Leroy LS, Lopes MHBM, Shimo AKK. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Jun-Set; 21(3):692-701.

21. Comissão E. Special Eurobarometer-Sport and Physical Activity. European Commission: Brussels. 2010.

22. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Jul-Set;18(3):595-606.

23. Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. BMI, waist circumference, and incident urinary incontinence in older women. *Obesity*. 2008 Apr;16(4):881-6.

24. Tamanini JT, Lebrao ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of Sao Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Aug;25(8):1756-62.

25. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003 Mar;110(3):247-54.

26. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2013 May; 29(3):818-22.
27. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Climacteric syndrome: a population-based study in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2003 Dec;37(6).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que:

- Na análise bruta, encontrou-se associação entre a IU e todas as variáveis: sociodemográficas, hábitos de vida, antropométricas, fatores clínicos e obstétricos.
- Verificou-se através da análise ajustada que as variáveis: situação conjugal, atividade física (sedentária/ irregularmente ativa), IMC (sobrepeso e obesidade), sintomas do climatério (moderados e intensos), episiotomia e cisto no ovário mantiveram-se associadas com IU.
- O perfil sociodemográfico da população analisada é constituído prioritariamente por mulheres que estão na pós-menopausa, de outra cor que não branca ou preta, possuem baixa escolaridade e tem companheiro fixo.
- Em relação, aos hábitos de vida, predominaram mulheres sedentárias ou irregularmente ativas, não tabagistas.
- Quanto às medidas antropométricas, a maioria das mulheres analisadas apresentou um estado alterado da CA, além de serem obesas ou estarem com sobrepeso.
- Sobre os fatores clínicos e obstétricos a maioria apresentou sintomas leves do climatério, estavam na pós menopausa, não realizaram episiotomia, não apresentaram cisto no ovário e não fizeram perineoplastia.
- Pesquisas que abordem a temática em grupos populacionais com maior vulnerabilidade são fundamentais para o melhor esclarecimento da doença, considerada uma das grandes síndromes geriátricas, de evolução crônica e benigna.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora as limitações já tenham sido referidas anteriormente, tentaremos resumí-las com a intenção de enquadrar melhor a investigação que foi desenvolvida. A primeira limitação a ser mencionada é que todas as informações foram autorreferidas, não sendo feito diagnóstico clínico, o que dificulta mensurar a gravidade da doença. Além de pontuar que o estudo foi de corte transversal, sugerindo assim, estudos de abordagem coorte e longitudinais para verificar a relação de causa e efeito entre as variáveis apontadas como predisponentes para a ocorrência da IU, visto que o estudo transversal mede a exposição e o desfecho simultaneamente, não provando a temporalidade.

7 PERSPECTIVAS FUTURAS

Um aumento populacional efetivamente para o gênero feminino tem sido observado tanto nos países ocidentais quanto em países orientais, fazendo com que essas mulheres vivenciem mais de um terço da sua vida no período do climatério. Diagnósticos sobre os agravos recorrentes nessa população assistidas na atenção primária constitui uma ferramenta que claramente pode melhorar a qualidade de vida e minimizar o impacto nos serviços de atenção secundária.

Identificar a associação entre a IU com os fatores sociodemográficos, hábitos de vida e medidas antropométricas das mulheres climatéricas assistidas nas ESF de Montes Claros, torna-se de vital importância, vislumbrando a possibilidade de intervenções cada vez mais direcionadas para essa fase da vida.

Neste domínio de pesquisa vários aspectos nos parecem relevantes serem desenvolvidos em estudos futuros. Como:

- Seria oportuno realizar estudos de abordagem de coorte e longitudinais para verificar a relação de causa e efeito entre as variáveis apontadas como predisponentes para a ocorrência da IU, a fim de realizar o monitoramento dessas mulheres durante todo o período do climatério.
- Estudos adicionais devem considerar realização de um diagnóstico clínico para IU.
- Aguardamos novos estudos e continuaremos pesquisando, na procura de novos indícios, de outras evidências, enfim, na busca de descobertas que ampliem a qualidade de vida das mulheres climatéricas assistidas na atenção primária.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U. *et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* v. 61, p. 37-49, 2003.
- AMARO, J. L.; MACHARELLI, C. A.; KAWANO, P. R.; PADOVANI, C. R.; ARAGON, F.; YAMAMOTO, H. A.; et al. Prevalência e implicações da incontinência urinária e fecal em mulheres. *Femina.* v. 36, n. 8, p. 505-9, 2008.
- ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S.; ALDRIGHI, A. P. S. Alterações sistêmicas no climatério. *Revista Brasileira de Medicina.* n. 12, v. 59, p. 15-21, 2002.
- ALMEIDA, F. G.; NESRALLAH, L. J.; CLARO, J. F. A.; ORTIZ, V.; SROUGI, M. Incontinência Urinária. Grupo Editorial Moreira Jr. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3334>. Acesso em: 15 de março de 2016.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil. *Cadernos de Estudos Sociais.* v. 27, n. 2, 2012.
- ANTUNES, S.; MARCELINO, O.; AGUIAR, T. Fisiopatologia da Menopausa. *Climatério da Menopausa, Revista Portuguesa Clinica. Lisboa: Dossier, Climatério e Menopausa.* v. 19, p. 353-7, 2003.
- ASLAN, E.; BEJI, N. K.; ERKAN, H. A.; YALCIN, O.; GUNGOR, F. The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *J Clin Nurs.* v. 18, n. 23, p. 3290-8, 2009.
- AVERY, K.; DONOVAN, J.; ABRAMS, P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting. Seoul, Korea. *Neurourol Urodynamics.* v. 20, p. 510-1, 2001.
- BENOIT, T.; LEGUEVAQUE, P.; ROUMIGUIÉ, M.; BEAUVAL, J. B.; MALAVAUD, B.; SOULIÉ, M.; RISCHMANN, P.; GOURDY, P.; ARNAL, J. F.; GAME, X. Use of local estrogenotherapy in urology and pelviperineology: A systematic review. *Prog Urol.* v. 25, n. 11, p. 628-35, 2015.
- BERLEZI, E. M.; DREHER, D.; BRUINSMA, F.; PREDIGER, F.; BERTOLO, E. M. Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres pós-menopausa. *Revista Contexto & Saúde.* v. 8, n. 16, 77-85, 2009.
- BERMUDEZ, F. J. B.; OLMO, J. M. C.; FUERTES, M. E.; LEDESMA A. F.; GARCIA, J. M. M. Criterios derivación em incontinência urinária para atención primaria. *Aten Primaria.* v. 45, p. 263-273, 2013.

BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. C. S.; BRETAS, A. C. P. Significado de ter incontinência e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* v. 17, n. 3, p. 527-35, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa./Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BUCKLEY, B. S.; LAPITAN, M. C. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children - current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology.* v. 76, p. 265-70, 2010.

CABRAL, P. U. L.; CANÁRIO, A. C. G.; SPYRIDES, M. H. C.; UCHÔA, S. A. C.; ELEUTÉRIO JÚNIOR, J.; AMARAL, R. L. G.; GONÇALVES, A. K. S. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* v. 34, n. 7, 329-34, 2012.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Rev Bras Med Esporte.* v. 13, n. 4, 2007.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

CARDOSO, M. R.; CAMARGO, M. J. G. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* v. 23, n. 3, p. 553-569, 2015.

CARRARA, T.; ARAUJO, M. S.; KINEQUITA, S. S.; NASCIMENTO, D. S.; ALDRIGHI, J. M. Avaliação do nível de orientação das mulheres no climatério sobre o papel da fisioterapia na prevenção e no tratamento da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.* v. 9, n. 2, p. 171-179, 2012.

CAVALCANTE, K. V. M.; SILVA, M. I. G. C.; BERNARDO, A. S.F.; SOUZA, D. E.; LIMA, T. C. G. C.; MAGALHÃES, A. G. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in elderly women. *Rev Bras Promoç Saúde.* v. 27, n. 2, p. 216-223, 2014.

CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. *Avaliação Cinético Funcional.* In: _____ . Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2007. 236 p.

CONTE, F. A.; FRANZ, L. B. B.; IDALÊNCIO, V. H. Compulsão alimentar e obesidade no climatério: uma revisão de literatura. *ABCS Health Sci.* v. 39, n. 3, p. 199-203, 2014.

CORNÉLIO, T. C. P.; CARVALHO, B. M. L.; SOARES, M. B. S.; SANTOS, C. R.; FILGUEIRAS, M. C. Avaliação do perfil sociodemográfico e do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em mulheres atendidas no município de Parnaíba – Piauí. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* v. 10, n. 34, 2012.

COSTA, M. F. F. L.; GUERRA, H. L.; BARRETO, A. S.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS.* v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.

D'AGOSTINO, R. B.; VASAN, R. S.; PENCINA, M. J.; WOLF, P. A.; COBAIN M, MASSARO JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation.* v. 117, n. 6, p. 743–753, 2008.

DE LORENZI, D.R.S.; CATAN, L.B.; MOREIRA, K.; ÁRTICO, G.R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem.* v. 63, n. 2, p. 287-93, 2009.

DE LORENZI, D.R.S.; DANELON, C.; SACIOTO, B.; PADILHA JR, I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* v. 27, n. 1, p. 12-9, 2005.

DENG, D. Y. Urinary incontinence in women. *Med Clin North Am.* v. 95, p. 101-109, 2011.

DIAS, A. C. da C. *Qualidade de Vida da Mulher Incontinente Urinária.* 2013. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia) - Instituto Politécnico De Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, 2013.

DOLL, J.; RAMOS, A.C.; BUAES, C.S. Educação e envelhecimento. *Educação & Realidade.* v. 40, n. 1, p. 9-15, 2015.

DOOLEY, Y.; KENTON, K.; CAO, G.; LUKE, A.; DURAZO-ARVIZU, R.; KRAMER, H. *et al.* Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol.* v.179, n. 2, p. 656-61, 2008.

FARIA, C. A.; MENEZES, A. M. N.; RODRIGUES, A. O.; FERREIRA, A. L. V.; BOLSAS, C. N. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 17, n. 1, p. 17-25, 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de Orientação sobre o Climatério.* 78 p. 1995.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de Orientação em Climatério.* 220 p. 2010.

FELDNER JR, P.C.; SARTORI, M.G.F.; LIMA, G.R.; BARACAT, E.C.; GIRÃO, M.J.B.C. Diagnóstico Clínico e Subsidiário da Incontinência Urinária. *Rev. Brás Ginecol Obstet.* v. 28, n. 1, p. 54-62, 2006.

FENNER, D. E.; TROWBRIDGE, E. R.; PATEL, D. L.; FULTZ, N. H.; MILLER, J. M.; HOWARD, D. *et al.* Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. *J Urol.* v.179, n. 4, p. 1455-60, 2008.

FERNANDES, S.; COUTINHO, E. C.; DUARTE, J. C.; NELAS, P. A. B.; CHAVES, C. M. C. B.; AMARAL, O. Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. *Revista de Enfermagem Referência.* n. 5, p. 93-99, 2015.

FIGUEIREDO, E. M. *et al.* Perfil sócio-demográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Revista Brasileira de Fisioterapia.* v. 12, n. 2, p. 136-142, 2008.

FREITAS *et al.* *Tratado de geriatria e gerontologia.* 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FREITAS, E. R.; BARBOSA, A. J. G.; REIS, G. A.; RAMADA, R. F.; MOREIRA, L. C.; GOMES, L. B.; VIEIRA, I. D.; TEIXEIRA, J. M. S. Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. *Reprod Clim.* 2016.

GARCIA, N. K.; GONÇALVES, R.; BRIGAGÃO, J. I. M. Ações de atenção primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade. *Rev. Eletr. Enf.* v. 15, n. 3, p. 713-21, 2013.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. *Revista Brasileira de Enfermagem.* v. 58, n. 6, p. 692-7, 2005.

GOODE, P. S.; BURGIO, K. L.; REDDEN, D. T.; MARKLAND, A.; RICHTER, H. E.; SAWYER, P.; *et al.* Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol.* v. 179, n. 4, p.1449-53, 2008.

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.* v. 29, n. 4, p. 453-7, 1996.

GÖZÜKARA, F.; KORUK, I.; KARA, B. Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. *Turk J Med Sci.* v. 45, n. 4, p. 931-9, 2015.

GUARISI, T.; PINTO NETO, A. M.; OSIS, M. J.; PEDRO, A. O.; COSTA PAIVA, L. H.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* v. 35, p. 428-35, 2001.

HAMPEL, C. *et al.* Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: a qualitative review of the literature. *European Urology*. v. 46, n. 1, p. 15-27, 2004.

HENSCHER, U. *Fisioterapia em ginecologia*. São Paulo: Santos Ed., 2007. 218 p.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Rev Bras Enferm*. v. 60, p. 503-6, 2007.

HOFFMANN, M.; MENDES, K. G.; CANUTO, R.; GARCEZ, A. S.; THEODORO, H.; RODRIGUES, A. D.; OLINTO, M. T. A. Padrões alimentares de mulheres no climatério em atendimento ambulatorial no Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 20, n. 5, p. 1565-1574, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). Indicadores socioeconômicos e de saúde no Brasil. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf. Acesso em: 05 de maio de 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). Primeiros resultados definitivos do Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em: 04 de março de 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Estimativas de população para 1º de julho de 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm >. Acesso em: 19 de maio de 2016.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence. 4ª International Consultation on Incontinence; 2008; Paris. Paris, França: ICUD; 2009

JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B.; LIMA, K. C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. v. 16, n. 4, p. 865-879, 2013.

JOKHIO, A.; RIZVI, R.; RIZVI, J.; MACARTHUR, C. Urinary incontinence in women in rural Pakistan: prevalence, severity, associated factors and impact on life. *BJOG*. v. 120, p.180-6, 2013.

KELLEHER, C. J.; CARDOZO, L. D.; KHULLAR, V.; SALVATORE, S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol*. v.104, p. 1374-9, 1997.

KELLEHER, C. J. Quality of live and urinary incontinence. *Baillière's Clin Obstet Gynaecol*. v. 14, p. 363-79, 2000.

KNORST, M. R.; RESENDE, T. L.; SANTOS, T. G.; GOLDIM, J. R. The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence. *Braz J Phys Ther.* v. 17, n. 5, p. 442-449, 2013.

KUPPERMAN, H. S.; BLATT, M. H.; WIESBADER, H.; FILLER W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab.* v. 13, p. 688-703, 1953.

LEITE, E. S.; OLIVEIRA, F. B.; MARTINS, A. K. L.; RAMALHO, K. K. A.; TORQUATO, J. A. Perspectives on women climacteric: concepts and impacts on health basic care. *Journal of Research Fundamental Care Online.* v. 4, n. 4, p. 2942-52, 2012.

LEROY, L. S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Urinary incontinence in women and racial aspects: a literature review. *Text Context Enferm.* v. 21, n. 3, p. 692-701, 2014.

LIAPIS, A.; BAKAS, P.; GEORGANTOPOULOU, C.; CREATSAS, G. The use of oestradiol therapy in postmenopausal women after TVT-O anti-incontinence surgery. *Maturitas.* v. 66, n. 1, p. 101-6, 2010.

LOPES, D. B.; PRAÇA, N. S. Self-reported urinary incontinence in the postpartum period: clinical characteristics. *Rev Esc Enferm USP.* v. 46, n. 3, p. 559-64, 2012.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. Esc Enferm USP.* v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

LUCENA, C. T.; SOARES, M. C. S.; ALVES, E. R. P.; RAMOS, D. K. R.; MOURA, J. P.; SANTOS, R. C.; DIAS, M. D. Percepção de mulheres no climatério sobre a sua sexualidade. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde.* v. 12, n. 1, p. 28-37, 2014.

MALHEIROS, E. S. A.; CHEIN, M. B. C.; SILVA, D. S. M.; DIAS, C. L. L.; BRITO, L. G. O.; PINTO-NETO, A. M.; BRITO, L. M. O. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v. 36, n. 4, p. 163-169, 2014.

MARTINS, G.; SOLER, Z. S. G.; CORDEIRO, J. A.; AMARO, J. L.; MOORE, K. N. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J.* v. 21, n. 10, p. 1271-7, 2010.

MATSUDO, S. M.; ARAÚJO, T. L.; MATSUDO, V. K. R.; ANDRADE, D. R.; ANDRADE, E. L.; OLIVEIRA, L. C. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Saúde.* v. 10, p. 5-18, 2001.

MARTINS, G.; SOLER, Z. S. G.; CORDEIRO, J. A.; AMARO, J. L.; MOORE, K. N. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J.* v. 21, n. 10, p. 1271-7, 2010.

MELO, B. E. S.; FREITAS, B. C. R.; OLIVEIRA, V. R. C.; MENEZES, R. L. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

MENDONÇA, M. *et al.* Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *J Bras Ginecol.* v. 107, p. 153-155, 1997.

MENEZES, G. M. D.; PINTO, F. J. M.; SILVA, F. A. A.; CASTRO, M. E.; MEDEIROS, C. R. B. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev. Gaúcha Enferm.* v.33, n.1, 2012.

MINASSIAN, V.; DRUTZ, H.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet.* v. 82, p. 327-38, 2003.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm.* v. 67, n. 5, p. 803-9, 2014.

MISHRA, V. N., DEVANSHI, N. M. Exercise beyond menopause: dos and don'ts. *Journal of Midlife Health. India: Review article.* v. 2, n. 2, p. 51-56, 2011.

MOCCELLIN, A. S.; TIROLLI RETT, M.; DRIUSSO, P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v. 14, n. 2, p. 147-154, 2014.

MOORE, K. L.; DALLEY, A.F.; AGUR, A. M. R. *Anatomia orientada para a clínica.* Tradução de ARAÚJO C. L. C.; 7. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Main geriatric syndromes. *Rev Med Minas Gerais.* v.20, n.1, p.54-66, 2010.

MOREIRA, S. F. S.; NUNES, E. A.; KUO, J.; DE MACEDO, I. C.; MUCHALE, A.; DE OLIVEIRA, C.; SCARABELOT, V. L.; MARQUES FILHO, P. R.; MEDEIROS, L. F.; CAUMO, W.; TORRES, I. L. Hypoestrogenism alters mood: Ketamine reverses depressive-like behavior induced by ovariectomy in rats. *Pharmacol Rep.* v. 68, n. 1, p. 109-15, 2016.

NOBREGA, A. M.; PATRIZZI, L. J.; WALSH, I. A. P. Associação entre a incontinência urinária, características ginecológicas, obstétricas, miccionais e qualidade obstétricas, miccionais e qualidade de vida de mulheres. *Medicina (Ribeirão Preto).* v. 48, n. 4, p. 349-358, 2015.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY - NAMS. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* v. 17, n. 2, p. 242-255, 2010.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY - NAMS. The management of osteoporosis in postmenopausal women: 2006 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* v. 13, p. 340-367, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Tradução de Regina Machado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OJENGBEDE, O. A.; MORHASON-BELLO, I. O.; ADEDOKUN, B. O.; OKONKWO, N. S.; KOLADE, C. O. Prevalence and the associated trigger factors of urinary incontinence among 5000 black women in sub-Saharan Africa: findings from a community survey. *BJU Int.* v. 107, p. 1793-800, 2011.

OLIVEIRA, E.; ZULIANI, L. M. M.; ISHICAVA, J.; SILVA, S. V.; ALBUQUERQUE, S. S. R.; SOUZA, A. M. B.; et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras.* v. 56, p. 688-90, 2010.

OLIVEIRA, B. M.; COSTA, L. P. L. Influência dos hormônios sexuais na qualidade de vida em mulheres no climatério: revisão de literatura. *ReOnFacema.* v. 1, n. 1, p. 99-104, 2015.

OLIVEIRA, K. A. C.; RODRIGUES, A. B. C.; PAULA, A. B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Rev. Eletr. F@pciência,* Apucarana-PR. v. 1, n. 1, p. 31-40, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. *Investigação sobre a menopausa nos anos noventa.* Genebra, 1996.

PARDINI, D. Terapia Hormonal da Menopausa. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo.* v. 51, n. 6, p. 938-942, mar./jul., 2007.

PATRIZZI, L. J. Fisiologia do climatério. SI. *Saúde e Lar,* 2006.

PATRIZZI, L. J.; VIANA, D. A.; SILVA, L. M. A.; PEGORARI, M. S. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. *R. Bras. Ci. e Mov.* v. 22, n. 3, p.105-110, 2014.

PEREIRA, D. C. L.; LIMA, S. M. R. R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres após a menopausa. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* v. 60, p. 1-6, 2015.

POLISSENI, Á. F.; ARAÚJO, D. A. C.; POLISSENI, F.; MOURÃO JUNIOR, C. A.; POLISSENI, J.; FERNANDES, E. S.; GUERRA, M. O. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v. 31, n. 1, p. 28-34, 2009.

PRADO, D. S.; LIMA, T. I. A.; MOTA, V. P. L. P. Conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Cien Med Saúde.* v. 2, n. 2, p. 12-17, 2013.

QIU, J.; LV, L.; LIN, X.; LONG, L.; ZHU, D.; XU, R. *et al.* Body mass index, recreational physical activity and female urinary incontinence in Gansu, China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* v. 159, p. 224-9, 2011.

RAMOS, J. G. L. *et al.* *Avaliação da Incontinência Urinária Feminina.* In: FREITAS, F. Rotinas em ginecologia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 584 p.

RAMOS, L. R. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* v.27, n.2, p.87-94, 2007.

RIBEIRO, A. S.; SOARES, A. K. A.; SIQUEIRA, V. M. S.; SOUZA, W. A.; PODESTÁ, M. H. M. C.; FERREIRA, E. B. Avaliação dos sintomas e da qualidade de vida das mulheres no climatério. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações,* v. 13, n. 1, p. 48-65, 2015.

RICCETO, C.; PALMA, P.; TARAZONA, A. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. *Actas Urol Esp.* v. 29, n. 1, p. 31-40, 2005.

ROCHA, J. S. B.; ROCHA, N. G.; FREITAS, R. F.; MAIA, C. R. C.; ROCHA SOBRINHO, J. S.; REIS, V. M. C. P.; PASSOS, B. M. A. Perfil antropométrico e qualidade de vida em mulheres climatéricas. *Arq Catarin Med.* v. 43, n. 1, p. 60-64, 2014.

SACOMORI, C.; NEGRI, N. B.; CARDOSO, F. L. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. *Cad. Saúde Pública.* v. 29, n. 6, p. 1251-1259, 2013.

SANTOS, A. L. **et al.** Intervenção Fisioterapêutica Urinária de Esforço em Mulheres, com Ênfase no Tratamento Estrutural e Comportamental. *Rev. Unorp.* São José do Rio Preto, v. 5, n. 12, 2007.

SANTOS, D. C. A.; BIANCHI, L. R. O. Envelhecimento Morfofuncional: diferença entre os gêneros. *Arquivos do MUDI.* v 18, n 2, p 33-46, 2014.

SANTOS, L. M.; ESERIAN, P. V.; RACHID, L. P.; CACCIATORE, A.; BOURGET, I. M. M.; ROJAS, A. C.; MEDEIROS JUNIOR, M. E. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. *Revista APS.* v.10, n.1, p. 20-26, 2007.

SASSOON, S. A.; DE ZAMBOTTI, M.; COLRAIN, I. M.; BAKER, F. C. Association between personality traits and DSM-IV diagnosis of insomnia in peri- and postmenopausal women. *Menopause.* v. 21, n. 6, p. 602-11, 2014.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razão da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP.* v. 43, p. 72-8, 2009.

SILVA, B. C. O.; CARVALHO, G. R. P.; CARVALHO, I. S.; LIMA NETO, A. V.; NUNES, V. M. A.; ARAÚJO, R. D. T. Experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem com idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia.* v. 15, n. 3, p. 179-189, 2012.

SILVA, C. B.; BUSNELLO, G. F.; ADAMY, E. K.; ZANOTELLI, S. S. Practice of nurses on attention to women in the climacteric period. *Rev enferm UFPE*. v. 9, supl. 1, p. 312-8, 2015.

SILVA, H. M. C.; ALMEIDA, K. N.; BRAGA, M. B.; LAGO, E. A.; PESSOA, L. T. S.; SILVA, I. P. Physiological and social aspects associated with chromosomal abnormalities and congenital malformations in pregnancies perimenopausal. *Rev Enferm UFPI*. v. 4, n. 1, p. 61-7, 2015.

SILVA, N. L.; BRASIL, C.; FURTADO, H.; COSTA, J.; FARINATTI, P. Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. *Revista HUPE*. v. 13, n. 2, p. 75-85, 2014.

SILVEIRA, I. L.; PETRONILO, P. A.; SOUZA, M. O.; SILVA, T. D. N. C.; DUARTE, J. M. B. P.; MARANHÃO, T. M. O, et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. v. 29, n. 8, p. 415-22, 2007.

SIMEONOVA, Z. et al. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. v.78, n.6, p.546-51, 1999.

SPEZZIA, S.; CALVOSO JÚNIOR, R. Climatério, doenças periodontais e cáries radiculares. *Braz J Periodontol*. v. 23, n. 3, 39-45, 2013.

SOBRAC. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO- Guia da Menopausa. Sociedade norte-americana de menopausa- nams. 7ª Edição, 2013.

STANDRING S. et al. *Gray's Anatomia*. Tradução de RODRIGUES D. C. et al. 40.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TAMANINI, J. T.; DAMBROS, M.; D'ANCONA, C. A.; PALMA, P. C.; RODRIGUES NETTO, N. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública*. v. 38, n. 3, p. 438-44, 2004.

TAMANINI, J. T. N.; D'ANCONA, C. A. L.; BOTEGA, N.; RODRIGUES NETTO, N. Tradução, confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. v. 37, p. 203-11, 2003.

THE THIRD REPORT OF THE NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NECP).Expert Panel on Detection.Evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. v.285, n. 19, p. 2486-97, 2001.

TIMUR-TAŞHAN, S.; BEJI, N. K.; ASLAN, E.; YALÇIN, Ö. Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women. *Int J Gynecol Obst*. v. 118, p. 27-30, 2012.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Rev. Rene*. v. 11, n. 1, p. 161-171, 2010.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIDAL, C. R. P. M.; MIRANDA, K. C. L.; PINHEIRO, P. N. C.; RODRIGUES, D. P. Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. *Rev Bras Enferm*. v. 65, n. 4, 680-4, 2012.

WEHRBERGER, C. *et al.* Incidence and remission of female urinary incontinence over 6.5 years: analysis of a health screening project. *European Urology*. v. 50, n. 2, p. 327-32, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Parecer aprovado pelo CEP nº 817.666

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo científico AGRAVOS À SAÚDE EM MULHERES CLIMATÉRICAS: Um Estudo Epidemiológico, sob a responsabilidade do pesquisador Prof.^a Dra. Josiane Santos Brant Rocha, cuja pesquisa pretende investigar os fatores determinantes dos agravos à saúde em mulheres climatéricas atendidas nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, Minas Gerais. A sua participação é voluntária e se dará por meio da solução de questionários de pesquisa e submissão a avaliações antropométricas e exames bioquímicos. De acordo com a resolução 466 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, a pesquisadora se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto nesse neste termo de consentimento. Se a Senhora aceitar participar, estará contribuindo para a elaboração e aplicação de estratégias de prevenção que visem melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade das pacientes. Se após consentir em sua participação a Sra. desistir de continuar participando do estudo, poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo, o que não resultará qualquer prejuízo a sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá qualquer remuneração pela participação neste estudo. Os dados obtidos da pesquisa serão objeto de análise e publicação, mas a sua identidade não será divulgada, sendo preservada em sigilo. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço, Avenida Rui Braga, s/n - Vila Mauricéia, 39.401-089, Unimontes - Campus Darcy Ribeiro, Prédio 7, CEAD Unimontes, sala 10, pelo telefone (38) 3229-8303, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, situado a rua Ainda Mainartina, número 80, bairro Ibituruna, telefone (38)3214-7100, ramal 205, cidade de Montes Claros, Minas Gerais.

Montes Claros, 22 de setembro de 2014.

Assinatura do (a) participante

APÊNDICE B - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado (a) sobre os objetivos do estudo científico pelo seu responsável e qual será a minha participação. Declaro ter entendido perfeitamente as explicações do pesquisador. Por isso, declaro consentir em participar do estudo científico, e concordo com as condições estabelecidas acima explicitadas. Este documento será emitido em duas vias assinadas por mim e pelo responsável pela pesquisa, cabendo uma via a cada um.

Montes Claros, ___/ ___/ _____

Assinatura do participante
(Impressão do dedo polegar se for o caso)

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA
AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Título da pesquisa: AGRAVOS À SAÚDE EM MULHERES CLIMATÉRICAS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Instituição/Empresa onde será realizada a pesquisa:

Estratégias da Saúde da Família- Montes Claros.

Pesquisador Responsável: Josiane Santos Brant Rocha – Contato: (38) 88370232

1-Objetivo:

Investigar os fatores determinantes dos agravos à saúde em mulheres climatéricas atendidas nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, Minas Gerais.

2- Metodologia/procedimentos: O presente estudo consiste em um estudo epidemiológico, a ser desenvolvido nas Estratégias da Saúde da Família de Montes Claros/MG, de agosto de 2014 a agosto de 2016.

Os participantes do estudo serão 960 mulheres climatéricas, que serão selecionadas aleatoriamente dentro das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Montes Claros. As variáveis a serem analisadas no estudo serão perguntas gerais sobre fatores socioeconômicos, morbidade (doença), história obstétrica, história ginecológica, atividade física (IPAQ Versão Curta), Depressão (BECK), Ansiedade, Avaliação do Sono, Incontinência Urinária, Questionário de Qualidade de Vida Específico para Menopausa – MENQOL, Índice de Kupperman, Avaliação Antropométrica (peso, altura, CQ e CA), e avaliação da síndrome metabólica.

3- Justificativa:

O início da menopausa representa uma oportunidade para a elaboração e aplicação de estratégias de prevenção que visem melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade das pacientes, pois a obesidade, síndrome metabólica, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, artrose, declínio cognitivo, demência, depressão, ansiedade, câncer e outros agravos à saúde, representam problemas de grande interesse e impacto nessa faixa etária e grupo populacional.

Portanto a soma entre as carências de dados na região do norte de Minas Gerais, direcionada a essa clientela que necessita de atendimento diferenciado, faz com que

estudos de epidemiológicos nesta área se tornem relevantes, a fim de provocar mudanças individuais e coletivas que venham a contribuir para a transformação social e melhorar o atendimento na atenção primária de saúde.

4- Benefícios:

Com diagnósticos feitos em torno da saúde da população climatérica assistidas pelas ESF de Montes Claros, pode-se traçar um perfil dos fatores determinantes dos agravos à saúde dessa população. Os dados podem fornecer um panorama epidemiológico aos serviços de saúde municipais a fim de embasar e orientar a construção de programas de intervenção, educação e promoção da saúde do público climatérico. Tais indicadores ainda podem direcionar o desenvolvimento de políticas públicas pautadas na saúde da mulher, envolvendo fatores diversos, desde a melhoria do perfil clínico e dos hábitos de saúde até atividades culturais de lazer. O projeto suscita ainda uma frente de pesquisa ampla assentada no universo das mulheres nessa fase da vida, despertando estudos de recortes e abordagens diversas, contribuindo para o trabalho diante das lacunas do conhecimento existentes e expandindo as perspectivas de pesquisa, na criação de grupos e ligas, bem como na produção científica amparada nos temas análogos ao estudo.

5- Desconfortos e riscos

Com base na resolução 466/12, pesquisas submetidas à participação de seres humanos são envolvidas de certos riscos, entretanto, pesquisas desta natureza são realizadas por propiciar como base de apoio, de forma a gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos. Assim sendo, a pesquisadora suspenderá a pesquisa caso seja detectado qualquer dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase desta.

6- Danos

A pesquisa será suspensa caso seja observado à possibilidade de qualquer dano imediato ou tardio que possa ocorrer aos participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:

Não consta.

8- Confidencialidade das informações

Será garantida aos participantes a confidencialidade das informações.

9- Compensação/indenização:

Não consta.

10- Outras informações pertinentes:

Não Consta.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Assinatura /empresa

____/____/____
Data

Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura

____/____/____
Data

APÊNDICE D – CONVITE ÀS MULHERES PARA PARTICIPAÇÃO NA
PESQUISA



Você é a **convidada especial** para fazer parte deste estudo, desenvolvido para auxiliar na melhora da saúde, qualidade de vida e bem estar da **mulher climatérica**. Participe das coletas de sangue e seja protagonista deste estudo.

COLETAS DE SANGUE + QUESTIONÁRIOS

- DATA: _____
- LOCAL: _____
- HORÁRIO: _____
- É necessário jejum de **12 horas**

 GRUPO DE PESQUISA
SAÚDE NO CLIMATÉRIO

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AGRAVOS À SAÚDE EM MULHERES CLIMATÉRICAS: UM ESTUDO

Pesquisador: Josiane Santos Brant Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36495714.0.0000.5109

Instituição Proponente: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 817.166

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, analítico a ser realizado na cidade de Montes Claros-MG, compreendendo o período de agosto de 2014 a agosto de 2016.

As variáveis a serem analisadas no estudo serão perguntas gerais sobre fatores socioeconômicos, morbidade (doença), história obstétrica, história ginecológica, atividade física (IPAQ Versão Curta), Depressão (BECK), Ansiedade, Avaliação do Sono, Incontinência Urinária.

A coleta de dados será realizada por meio do Questionário de Qualidade de Vida Específico para Menopausa – MENQOL, Índice de Kupperman, Avaliação Antropométrica (peso, altura, CQ e CA), e avaliação da síndrome metabólica que será definida pelo NCEP-ATPIII, Sociedade Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, IDF.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a prevalência da incontinência urinária e os fatores associados em mulheres climatéricas; Estimar a prevalência da depressão, ansiedade e os fatores associados em mulheres climatéricas; Estimar a sintomatologia climatérica e os fatores associados nas mulheres assistidas pelas Estratégias da Saúde da Família. Elaborar uma cartilha educativa direcionada às mulheres climatéricas.

Endereço: Av. Prof. Aida Mainardina,80
Bairro: Itaipuma CEP: 36.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (35)3214-7100 Fax: (35)3213-1000 E-mail: denotiafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 017.160

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos da pesquisa a pesquisadora suspenderá a pesquisa caso seja detectado qualquer dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase desta.

Quanto aos benefícios: espera-se que com diagnósticos feitos em torno da saúde da população climatérica assistidas pelas estratégias da Saúde da Família de Montes Claros, pode-se traçar um perfil dos fatores determinantes dos agravos à saúde dessa população. Os dados podem fornecer um panorama epidemiológico aos serviços de saúde municipais a fim de embasar e orientar a construção de programas de intervenção, educação e promoção da saúde do público climatérico. Tais indicadores ainda podem direcionar o desenvolvimento de políticas públicas pautadas na saúde da mulher, envolvendo fatores diversos, desde a melhoria do perfil clínico e dos hábitos de saúde até atividades culturais de lazer. O projeto suscita ainda uma frente de pesquisa ampla assentada no universo das mulheres nessa fase da vida, despertando estudos de recortes e abordagens diversas, contribuindo para o trabalho diante das lacunas do conhecimento existentes e expandindo as perspectivas de pesquisa, na criação de grupos e ligas, bem como na produção científica amparada nos temas análogos ao estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que contribuirá para o conhecimento e expansão das estratégias na melhoria da qualidade de vida para o público estudado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto cumpre os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Aida Malvarina,80
Bairro: Estância DEP: 35.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: doroteiafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Formos: 017.166

MONTES CLAROS, 02 de Outubro de 2014

Assinado por:
José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Aida Malafina,80
Bairro: Etilândia CEP: 38.400-000
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3264-7100 Fax: (38)3212-1000 E-mail: doo@ufmcl.br

ANEXO B - SAÚDE NO CLIMATÉRIO

SAÚDE NO CLIMATÉRIO

MOMENTO AVALIATIVO 1 (agosto-dezembro 2014)

Nome: _____ Código: MF _____ Data: ___/___/___

Bom dia / Boa tarde. Meu nome é... **(DIGA NOME)**. Eu sou entrevistador (a) da Universidade Estadual de Montes Claros. Nós estamos realizando um estudo sobre a saúde da mulher Montes-Clarence e a senhora foi sorteada para participar da pesquisa. Os resultados deste estudo ajudarão a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que a Sra. responder. Mesmo assim, caso não queira responder alguma das perguntas, é só dizer.

PERGUNTAS GERAIS

1. USF Coloque o n. de registro da entrevistada RG da entrevistada	_____ (nome e micro área) _____ RG
1.1 Quantos anos completos Sra. têm? Idade	Idade.....___/___/___ NS.....88 (não sei) NR.....99 (não respondeu)
1.2. Em que mês e ano a Sra. nasceu? (conferir a idade com documento)	Mês.....___/___/___ Ano.....___/___/___/___ NS.....88 NR.....99
1.3. Qual foi o curso mais elevado que frequentou e concluiu na escola?	Ensino Médio/Superior.....1 Fundamental II.....2 Fundamental I.....3 NS.....88 NR.....99
1.4. A Sra. já foi ou é casada ou teve união livre (morou junto com um companheiro)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
1.5. Este casamento ou união continua ou acabou?	Continua.....1 Separação.....2 Viuvez.....3 Divórcio.....4 NS.....88 NR.....99
1.6. A Sra. se considera:	Branca.....1 Preta.....2 Amarela.....3 Parda (morena).....4 Indígena.....5 Outra.....6 NS.....88 NR.....99
1.7. A Sra. trabalha ?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 8.1) NS.....88 NR.....99

MORBIDADE (DOENÇA)

2.1. A Sra.tem pressão alta = hipertensão?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
2.2. A Sra.tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
2.3. A Sra.tem problema no coração?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 2.4) NS.....88 (Vá para a 2.4) NR.....99
2.4. Qual?	NS.....88 NR.....99
2.5. A Sra. teve ou tem cistos no ovários (síndrome de ovários policísticos)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
2.6. A Sra. Fuma?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

3.1 Quantas vezes a senhora ficou grávida?	Nº de vezes.....___/___ NS..... 88 NR..... 99
3.2 Quantos partos foram normais?	Nº de vezes.....___/___ NS..... 88 NR..... 99
3.4 A senhora fez episiotomia? (pic - corte na vagina para facilitar a passagem do neném)	Sim.....1 Não..... 2 NS..... 88 NR..... 99
3.5 Quantos partos foram cesáreas?	Nº de vezes.....___/___ NS..... 88 NR..... 99
3.6 Quantos abortos a senhora teve?	Nº de vezes.....___/___ NS..... 88 NR..... 99
3.7 Qual o peso do seu maior filho ao nascer?	NS.....88 NR..... 99
3.8 Idade do Primeiro Parto	Até 18 anos.....1 Acima 18 anos.....2 NS..... 88 NR..... 99

HISTÓRIA GINECOLÓGICA

4.1. Que idade tinha quando menstruou pela primeira vez?	Idade.....___/___ (anos) NS.....88 NR.....99
4.2. A Sra. menstruou nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 4.6) NS.....88 (Vá para a 4.6) NR.....99

4.3. Atualmente sua menstruação: é regular (menstrua de 28 em 28 dias, de 29 em 29 etc.)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
4.4. E a menstruação agora? Atrasa ou adianta mais que 7 dias?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
4.5. E agora? Fica sem vir de 2 a 11 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
4.6 . Tipo de Menopausa	Natural.....1 Induzida.....2 NS.....88 NR.....99
4.7. A Sra. Já fez perineoplastia?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99

ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ VERSÃO CURTA)

5. Nós queremos saber quanto tempo você gastou fazendo atividade física **NA ÚLTIMA SEMANA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as questões:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de **ALGUM** esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

5.1 Em quantos dias da semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?/..... dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
5.2 Nos dias em que você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia ?Horas:..... Minutos:..... Não caminha..... () NS.....88 NR.....99
5.3 Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração. (NÃO INCLUIR CAMINHADA)/..... dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
5.4 Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?Horas:..... Minutos:..... Não fez..... () NS.....88 NR.....99
5.5 Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração./..... dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
5.6 Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?Horas:..... Minutos:..... Não fez..... () NS.....88 NR.....99

ÍNDICE DE KUPPERMAN

6. Tipos de sintomas	Leve	Moderado	Intenso	Escore
6.1 Vasomotores- ondas de calor- suores noturnos	4 (1 a 3/dia)	8 (4 a 9/dia)	12 (>10/dia)	
6.2 Zumbido				
6.3 Parestesia - Perda da sensibilidade do corpo				
6.4 Insônia				
6.5 Nervosismo				
6.6 Tristeza				
6.7 Vertigem				
6.8 Fraqueza				
6.9 Artralgia/Mialgia- Dores nas articulações				
6.10 Cefaléia Dor de cabeça				
6.11 Palpitação Coração batendo forte				
6.12 Formigamento				

DEPRESSÃO (BECK)

7. Eu vou lhe dizer algumas situações com quatro afirmações cada, depois de eu ler cada grupo dessas quatro afirmações, me diga qual descreve melhor a maneira como Sra. tem se sentido nesta semana, incluindo hoje.	
TRISTEZA 7.1 Não me sinto triste.....0 Eu me sinto triste.....1 Estou sempre triste e não consigo sair disso.....2 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	DESÂNIMO 7.2. Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.....0 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.....1 Acho que nada tenho a esperar.....2 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
FRACASSO 7.3. Não me sinto um fracasso.....0 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.....1 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.....2	PRAZER 7.4. Tenho tanto prazer em tudo como antes.....0 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.....1 Não encontro um prazer real em mais nada.....2 Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.....3 NS.....88

Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.....3	NR.....99
NS.....88	Não tem.....0
NR.....99	
Não tem.....0	
CULPA	CASTIGO/PUNIÇÃO
7.5.Não me sinto especialmente culpada.....0	7.6.Não acho que esteja sendo punida castigada).....0
Eu me sinto culpada às vezes.....1	Acho que posso ser punida.....1
Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.....2	Creio que vou ser punida.....2
Eu me sinto sempre culpada.....3	Acho que estou sendo punida.....3
NS.....88	NS.....88
NR.....99	NR.....99
Não tem.....0	Não tem.....0
DECEPÇÃO	FRAQUEZA
7.7 Não me sinto decepcionada comigo mesma.....0	7.8.Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.....0
Estou decepcionada comigo mesma.....1	Sou crítica em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.....1
Estou enojada de mim.....2	Eu me culpo sempre por minhas falhas.....2
Eu me odeio.....3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece.....3
NS.....88	NS.....88
NR.....99	NR.....99
Não tem.....0	Não tem.....0
VONTADE DE MATAR	CHORO
7.9.Não tenho quaisquer ideias de me matar.....0	7. 10.Não choro mais que o habitual.....0
Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.....1	Choro mais agora do que costumava.....1
Gostaria de me matar.....2	Agora, choro o tempo todo.....2
Eu me mataria se tivesse oportunidade.....3	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.....3
NS.....88	NS.....88
NR.....99	NR.....89
Não tem.....0	Não tem.....0
IRRITAÇÃO	INTERESSE PELAS PESSOAS
7.11.Não sou mais irritada agora do que já fui.....0	7.12. Não perdi o interesse nas outras pessoas.....0
Fico molestada ou irritada mais facilmente do que costumava.....1	Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.....1
Atualmente me sinto irritada o tempo todo.....2	Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.....2
Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.....3	Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.....3
NS.....88	NS.....88
NR.....99	NR.....99
Não tem.....0	Não tem.....0
DECISÃO	APARÊNCIA
7.13.Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.....0	7.14. Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.....0
Adio minhas decisões mais do que costumava.....1	Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos.....1
Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.....2	Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.....2
Não consigo mais tomar decisões.....3	Considero-me feia.3
NS.....88	NS.....88
NR.....99	NR.....99
Não tem.....0	Não tem.....0
TRABALHO	SONO
7.15. Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.....0	7.16. Durmo tão bem quanto de hábito.....0
Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.....1	Não durmo tão bem quanto costumava.....1
Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.....2	Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.....2
Não consigo fazer nenhum trabalho.....3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.....3
NS.....88	NS.....88
NR.....99	NR.....99
Não tem.....0	Não tem.....0
CANSADA	APETITE
7.17. Não fico mais cansada que de hábito.....0	7.18. Meu apetite não está pior do que de hábito.....0
Fico cansada com mais facilidade do que costumava.....1	Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.1
Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer coisa.....2	Meu apetite está muito pior agora.2
Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.....3	Não tenho mais nenhum apetite.....3
NS.....88	NS.....88
NR.....99	NR.....99

Não tem.....0	Não tem.....0
PERDA DE PESO 7.19. Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.....0 Perdi mais de 2,5 Kg.....1 Perdi mais de 5,0 Kg.....2 Perdi mais de 7,5 Kg.....3 Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO () NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	PROBLEMAS FÍSICOS 7.20. Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.....0 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.....1 Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.....2 Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
INTERESSE SEXUAL 7.21. Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.....0 Estou menos interessada por sexo que costumava.....1 Estou bem menos interessada em sexo atualmente.2 Perdi completamente o interesse por sexo.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	

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 às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**.

ICIQ-SF EM PORTUGUÊS	
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____	
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS .	
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)	
2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)	
	Nunca <input type="checkbox"/> 0 Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> 1 Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> 3 Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/> 4 O tempo todo <input type="checkbox"/> 5
4. Gostariamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)	
	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0 Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/> 2 Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/> 4 Uma grande quantidade <input type="checkbox"/> 6
5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não interfere Interfere muito
ICIQ Escore: soma dos resultados 3+4+5 = _____	
6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).	
	Nunca <input type="checkbox"/> Perco antes de chegar ao banheiro <input type="checkbox"/> Perco quando tusso ou espirro <input type="checkbox"/> Perco quando estou dormindo <input type="checkbox"/> Perco quando estou fazendo atividades físicas <input type="checkbox"/> Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo <input type="checkbox"/> Perco sem razão óbvia <input type="checkbox"/> Perco o tempo todo <input type="checkbox"/>

"Obrigado por você ter respondido as questões"

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Variável	Média
Peso	
Altura	
CA	

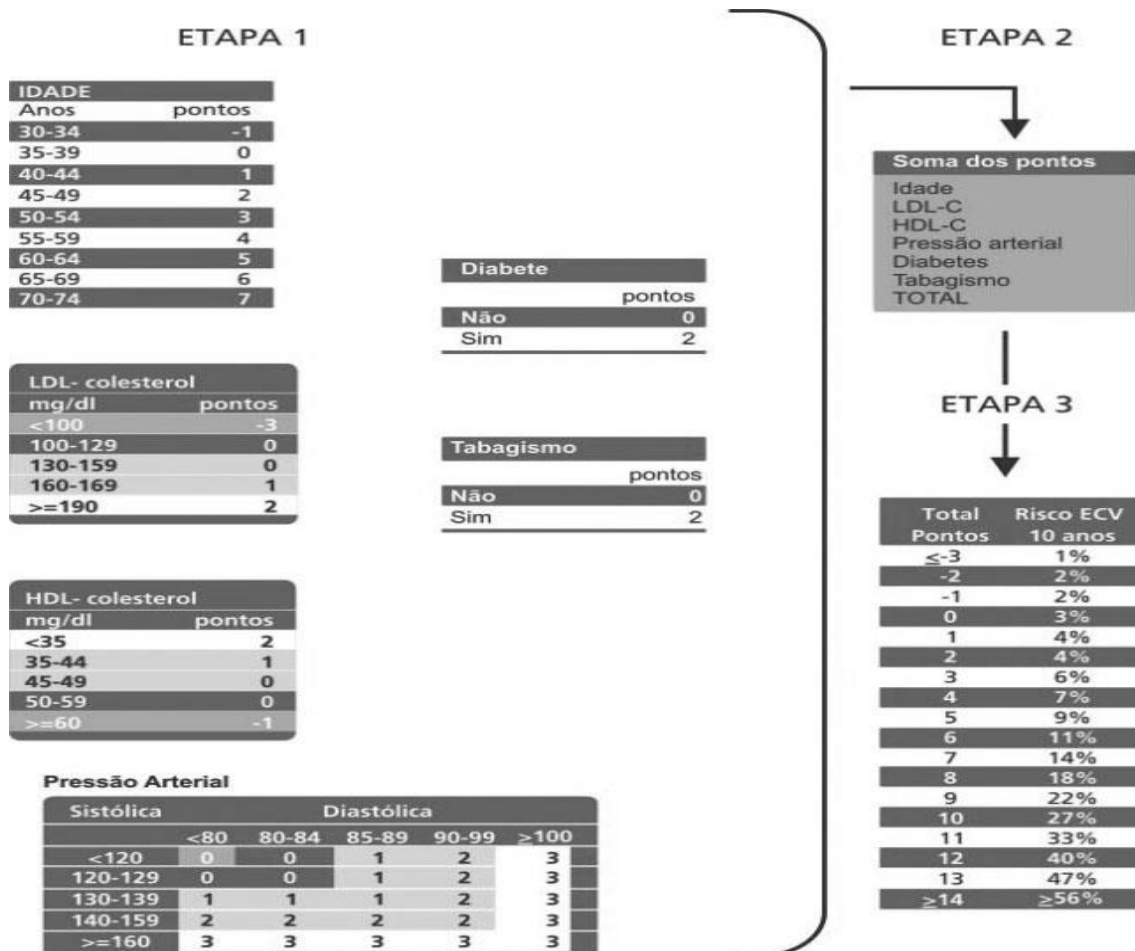
IMC

Eutrófica (18,5 a 29,5)	
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	
Obesa (30,0 - acima)	

CA

Alterado (≥ 88 cm)	
Normal (< 88 cm)	

Risco Cardiovascular - Score de Framingham



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Alto Risco (>20%)	
Intermediário Risco (entre 6 e 20%)	
Baixo Risco (< 6%)	

D'AGOSTINO *et al.*, 2008

AVALIAÇÃO DA SÍNDROME METABÓLICA

Marcador da Síndrome Metabólica	Valores
Pressão Arterial	
HDL	
Triglicérides	
Glicemia de Jejum	
CA	

Fonte: NCEP-ATPIII, Sociedade Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, IDF.

<p>NCEP-ATPIII (2001) e SBH (2005)</p> <p>HDL: <50 mg/dL CA: >88 cm Triglicérides: ≥150 mg/dL PA: ≥ 130 mmHg para sistólica ≥ 85 mmHg para diastólica Glicemia de Jejum: ≥ 110 mg/dL</p>	<p>IDF (2006)</p> <p>HDL: <50 mg/dL CA: >80 cm Triglicérides: ≥150 mg/dL PA: ≥ 130 mmHg para sistólica ≥ 85 mmHg para diastólica Glicemia de Jejum: ≥ 100 mg/dL</p>
--	---

Presença de Síndrome Metabólica: () Sim () Não Presença de Síndrome Metabólica: () Sim () Não