

Luana Schneider Vianna

**Prevalência de perdas urinárias em uma amostra de mulheres
de Botucatu**

Botucatu

2013

Luana Schneider Vianna

**Prevalência de perdas urinárias em uma amostra de mulheres
de Botucatu**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre. Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Co-orientadora: Profa. Dra. Angélica Mércia Pascon Barbosa

Botucatu

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Vianna, Luana Schneider.

Prevalência de perdas urinárias em uma amostra de mulheres de Botucatu / Luana Schneider Vianna. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Adriano Dias

Coorientador: Angélica Mércia Pascon Barbosa

Capes: 40101150

1. Enurese. 2. Urina – Incontinência. 3. Estudos transversais. 4. Mulheres – Doenças – Botucatu (SP). 5. Estudos transversais.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Prevalência.

*“Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que se quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.”*

(Clarisse Lispector).

Dedicatória

A **Deus**, por me dar forças para entender, aceitar e enfrentar todos os obstáculos que a vida nos proporciona. Por me proporcionar grandes oportunidades, por colocar pessoas maravilhosas no meu caminho e pela família que me

Aos **meus pais Orlando e Ruth**, pela educação e exemplo de coragem e perseverança; por me fazer entender que o estudo é o único bem que ninguém pode nos tirar, que para alcançar nossos sonhos não devemos medir esforços. Mesmo com todas as dificuldades, sempre lutaram e me proporcionaram o melhor, não medindo esforços para me ajudar a concluir meus objetivos; são meu eixo de sustentação e equilíbrio, responsáveis por tudo o que sou hoje.

Aos **meus irmãos Raphael e Mariana**, por fazerem parte da minha vida, pela paciência, compreensão, companheirismo, carinho e confiança.

Aos meus **avós, tios e primos** pela confiança a mim depositados e por todo apoio e incentivo.

A minha prima **Danielle** que apesar do pedido de ultima hora, tão prontamente me ajudou com os resumos.

Aos meus **amigos**, em especial Laura, Ana Cristina, Matheus (“Neis”), Bruno (“Mabel”), Leandro, Samille, Geison, Ceci, Ana Carolina, Gabriela, Fernanda e Ana Paula pelo carinho, conselhos, por estarem sempre ao meu lado em minhas escolhas e pela compreensão nos momentos de ausência.

Agradecimientos

Primeiramente, agradeço a **Deus** pelo dom da vida, saúde e as oportunidades de alcançar meus sonhos e a força para enfrentar as barreiras.

A minha **família** pela dedicação, amor, companheirismo, carinho e confiança. Por estar presente em todos os momentos, de alegria ou dificuldade, sempre me conduzindo e dando forças para continuar a caminhada.

Ao meu orientador **Adriano Dias**, pela oportunidade de trabalharmos juntos, orientação, exemplo de profissionalismo e dedicação.

A minha co-orientadora **Angélica Mércia Pascon Barbosa** pela oportunidade que me ofereceu me apresentando ao Programa de pós-graduação e ao Prof. Adriano Dias.

A **Ana Carolina Monteiro Santini** que se tornou grande amiga, pela ajuda na elaboração e condução deste estudo e por estar presente em diversos momentos de dificuldades, sempre me apoiando e auxiliando a não desistir.

A todas as **gestantes** que concordaram em participar do estudo.

A **CAPES**, pela concessão da bolsa de pós-graduação, que me possibilitou dedicação exclusiva, tornando essa dissertação possível.

A todos os **funcionários** do HC-FMB, da Pós- Graduação e do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, que de alguma forma contribuíram para realização deste projeto. Em especial à **Ana Claudia**, secretária do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, que sempre esteve pronta a atender nossas duvidas e solicitações.

Sumário

<i>Capítulo I- Prevalência de Incontinência Urinária em uma amostra de mulheres de Botucatu</i>	10
Resumo:.....	14
Abstract:.....	15
Introdução	16
Método	17
Resultados	20
Discussão	21
Conclusão	23
Referências.....	24
<i>Capítulo II- Estudo transversal sobre fatores associados à incontinência urinária feminina em Botucatu, Brasil</i>	29
Resumo:.....	33
Abstract:.....	34
Introdução	35
Método	36
Resultados	38
Discussão	38
Conclusão	41
Agradecimentos	41
Conflito de interesse	41
Contribuição de cada autor	41
Aprovação do Comitê de Ética.....	41
Financiamento	41
Referencias.....	42
<i>Anexos</i>	50
Anexo I- Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	51
Anexo II- Inquérito de Fatores De Risco	52
Anexo III- Folha de Aprovação do CEP	57

***Capítulo I- Prevalência de Incontinência Urinária
em uma amostra de mulheres de Botucatu***

Este capítulo foi redigido de acordo com as normas de publicação e será submetido para o **International Urogynecology Journal**

Prevalência de incontinência urinária em uma amostra de mulheres de Botucatu.

Prevalence of women urinary incontinence in Botucatu.

Authors:

Luana Schneider Vianna; Botucatu Medical School UNESP - Univ Estadual Paulista^{*,**}

Adriano Dias; Botucatu Medical School UNESP - Univ Estadual Paulista^{*,**}

*Post-graduate Program in Gynecology, Obstetrics and Mastology

** All authors contribute with the manuscript

Corresponding Author:

Name: Luana Schneider Vianna

Affiliation: Post-graduate Program in Gynecology, Obstetrics and Mastology, Botucatu Medical School UNESP - Univ Estadual Paulista

Postal Address: 1238 Campos Salles St, Botucatu, São Paulo, Brazil

Telephone number: +55(14)81858596

E-mail address: lusvianna@gmail.com

Conflict of interest: None

LS Vianna - Protocol/project development; Data collection or management; Data analysis; Manuscript writing/editing

A Dias - Project development; Data analysis; Manuscript writing/editing

Breve sumário: Estudo epidemiológico transversal que teve por objetivo verificar a prevalência de IU, mensurar o incômodo provocado pela IU e observar as atividades mais comuns nos momentos das perdas urinárias

RESUMO:

Objetivo: O objetivo desse estudo foi verificar a prevalência de Incontinência Urinária (IU), presença ou ausência de incomodo com a IU e observar as atividades mais comuns ao momento da perda urinária em mulheres da cidade de Botucatu. *Método:* Trata-se de um estudo epidemiológico transversal realizado nos dois hospitais com maternidade em funcionamento na cidade de Botucatu, Brasil. As mulheres foram entrevistadas durante internação para o parto, no momento pós-parto quando responderam a inquérito estruturado. *Resultados:* Foram entrevistadas 299 mulheres, dessas 49 (16,4%) eram incontinentes e dentre as incontinentes 27 (55,1%) apresentavam Incontinência Urinária Mista (IUM) e 23 (46,9%) relataram incomodo referente a IU. Dentre as atividades mais comuns durante a perda de urina encontramos espirro, tosse, riso e quando estavam com forte desejo de urinar. *Conclusão:* Estes achados realçam a importância de investigações sobre a prevalência de IU assim como abordagem e assistência a mulheres com esse sintoma.

Palavras chaves: Prevalência, Incontinência Urinária, Mulheres.

ABSTRACT:

Objective: The goal of this study was to determine the prevalence of urinary incontinence (UI), presence or absence of bother with the UI and to observe the most common at the moment of the urinary loss from the city of Botucatu. *Method:* This is a transversal epidemiological study made in two hospitals with maternity in operation in the city of Botucatu, Brazil. Women were interviewed during hospitalization for childbirth, at the time of postpartum when they responded the structured survey. *Results:* It was interviewed 299 women, of these 49 (16.4%) were incontinent and among the incontinent 27 (55.1%) had mixed urinary incontinence (MUI) and 23 (46.9%) reported discomfort related to UI. Among the most common activities during the loss of urine were found sneeze, cough, laugh, and when they were strong urge to urinate. *Conclusion:* These findings highlight the importance of research on the prevalence of UI as well as approach and care for women with this symptom.

Keywords: Prevalence, Urinary Incontinence, Women.

INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP) é constituído por músculos que sustentam os órgãos internos, proporcionam ação esfinteriana para a uretra, vagina e reto[1], mantem a diferença de pressão entre bexiga e uretra no mecanismo da continência urinária e permitem a passagem do feto no parto. Durante toda a vida, a mulher sofre alterações morfológicas no AP, mas é, principalmente na gestação e parto, que essas alterações são responsáveis por grandes repercussões^{1, 2}. Os processos fisiológicos sequenciais desse período comprometem não só o AP, mas o corpo perineal, o esfíncter anal e podem levar à disfunção muscular, que por sua vez pode originar incontinência urinária (IU)³.

Segundo a Sociedade Internacional de Continência, a IU é qualquer perda involuntária de urina^{4, 5} e pode gerar prejuízos físicos, psicológicos e sociais, que refletem de forma significativa na qualidade de vida, feminilidade e sexualidade da mulher^{6, 7}.

Os transtornos psicológicos e sociais provocados pela IU como o medo de estar molhada, de sentir-se mal cheirosa, procura constante por banheiros para evitar a perda, redução e até supressão da atividade física, modificação dos hábitos de vestir-se, controle na ingestão de líquidos, alteração de sono, são fatores que contribuem com o isolamento social e depressão⁸⁻¹⁰.

A IU foi apontada entre as três condições crônicas que mais afetam a qualidade de vida na opinião de mulheres entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde da População do Canadá, na década de 1990¹¹. Outro estudo indica que

aproximadamente 200 milhões de pessoas no mundo apresentam algum sintoma de IU, que é mais prevalente entre as mulheres¹² e acomete, no mínimo, 25% delas¹³.

A prevalência da IU entre mulheres de diferentes idades varia de 8 a 70.9%¹⁴⁻¹⁶. Nos Estados Unidos, em 1984 o gasto estimado com a IU foi de 8 bilhões de dólares, enquanto que em 1995 atingiu 23 bilhões. Podemos observar que nos 11 anos que se passaram os gastos com a IU nos Estados Unidos aumentaram 320%¹⁷. Na Europa, em 2006, estimou-se os custos anuais com IU em 23 milhões de euros¹². No Brasil, estimou-se o gasto de um bilhão de reais com a IU, entre medicamentos, cirurgias e reeducação⁸.

Em razão de a IU revelar-se um problema de saúde pública^{7, 18} por representar transtorno social, físico, psicológico e econômico⁶, a realização de um inquérito de saúde é o objeto de interesse deste estudo, no intuito de melhorar o conhecimento dessa condição, gerando evidências que auxiliarão no estabelecimento de ações de prevenção e tratamento. Assim, os objetivos primários desse inquérito foram verificar a prevalência de IU e seus tipos, a presença de incômodo proporcionado pela IU e observar as atividades mais comuns nos momentos de perda urinária em mulheres.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal que é parte de uma investigação maior denominada PULP Study (Prevalence of Urinary Loss in Pregnancy), que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de

Medicina de Botucatu (protocolo 3714-2010) e teve o consentimento por escrito de todas as participantes ou responsáveis (quando as mulheres eram menores de 18 anos).

A coleta de dados foi realizada com mulheres admitidas para o parto nos dois hospitais com maternidades em funcionamento em Botucatu (Hospital Misericórdia Botucatuense e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina), município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, entre abril de 2011 e agosto de 2012. Todas as 299 parturientes residentes no município que foram admitidas nas maternidades nesse período foram entrevistadas no momento pós-parto ou quando se sentiram mais confortáveis para fazê-lo em até, no máximo, uma semana após o parto.

As entrevistas foram conduzidas por duas pesquisadoras, conjunta e previamente treinadas, visando o controle de qualidade no registro das informações. Os critérios de não-inclusão adotados no estudo foram: mulheres menores de 18 anos sem autorização de pais ou responsáveis, aquelas que não concordaram em participar do estudo ou que apresentassem alterações cognitivas. Apenas uma mulher não concordou em participar do estudo.

As mulheres foram classificadas como continentes ou incontinentes de acordo com a definição da Sociedade Internacional de Continência^{4, 5} e as incontinentes tiveram suas perdas classificadas em incontinência urinária de esforço (IUE - perda involuntária de urina aos esforços, espirros ou tosse), incontinência urinária de urgência (IUU - perda involuntária de urina acompanhada ou precedida de urgência) ou incontinência urinária mista (IUM - perda involuntária associada à urgência e ao esforço, espirros ou tosse)⁴.

O instrumento de coleta foi um inquérito estruturado que continha informações referentes à ocorrência ou não de IU antes da gestação atual, seus tipos, incômodo por ela causado e os principais momentos em que as perdas urinárias ocorriam.

As perguntas acerca da quantificação da frequência de IUE e IUU foram padronizadas e validadas por Rohr *et al.*¹⁹, para o período de até um mês antes da entrevista. Para este inquérito, o período de referência das perdas urinárias foi estendido para qualquer fase da vida, desde que ocorridas antes da última gestação. Ainda foi acrescida uma questão referente à IUM. As três questões apresentavam as mesmas cinco possíveis respostas: não perde, uma vez, mais de uma vez e menos que semanalmente, uma ou mais vezes na semana, mas não diariamente, diariamente.

Os momentos em que as perdas urinárias ocorriam foram investigados em função dos achados da literatura^{3, 5, 6, 14, 20, 21} e foram: enquanto tosse, espirra, dorme e tem relações sexuais, quando faz pequenos esforços e carrega peso, ao ter forte desejo de urinar (perda que ocorre quando a mulher sente vontade de urinar, porém não consegue conter a urina até chegar ao banheiro), quando ouve som de água ou tem contato com ela e, ainda, quando perde urina sem perceber.

O incômodo causado pela IU na vida das mulheres foi mensurado em nosso estudo por uma questão baseada no instrumento *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*²². O ICIQ-SF utiliza uma escala contínua que varia de 0 (nenhum incômodo) a 10 (máximo incômodo possível) para medir o grau de incômodo provocado pela IU em suas vidas. Como esta investigação se referiu a momentos anteriores da vida da mulher e não atual, como a pergunta original, validada, essa questão foi adaptada para um tempo passado.

A análise exploratória dos dados foi apresentada em medidas de frequências simples para as variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas, utilizando-se do pacote estatístico IBM/SPSS® Statistics, versão 21.0, visto terem apresentado distribuição normal.

RESULTADOS

As mulheres que compuseram o estudo apresentavam média de idade de 26,03 ($\pm 6,61$) anos e de índice de massa corpórea igual a 24,72 ($\pm 5,49$) kg/m². Dentre as 299 mulheres estudadas, 49 (16,4%) apresentaram queixas de perdas urinárias.

A Tabela 1 mostra a distribuição das mulheres incontinentes por tipo de perda urinária e frequência de ocorrência das perdas. O principal tipo foi a IUM com 27 mulheres (55,1%), entre as quais 11 (40,75%) relataram *mais de uma vez e menos que semanalmente* como a frequência da ocorrência das perdas. O segundo tipo mais prevalente foi a IUE, com 16 mulheres acometidas (32,7%). Observa-se que a frequência de ocorrência das perdas por IUE ocorrem com grande variação, sendo que os relatos de *uma vez*, *mais de uma vez e menos que semanalmente* e *uma ou mais vezes na semana, mas não diariamente* eram todos equivalentes a 31,25% da amostra da IUE. As perdas por IUU ocorreram em 12,2% das mulheres e teve sua maior frequência de ocorrência das perdas em *uma vez* (33,33%).

Na Tabela 2 encontram-se os relatos dos momentos em que a perda urinária ocorria. As referidas com maior frequência pelas mulheres formam *Espirro*, *Tosse*,

Riso e Forte desejo de urinar, respectivamente da com maior ocorrência para a menor.

Com relação ao incomodo referido causado pela IU a maior parte (53,1%) das mulheres com IU entrevistadas afirmou que ela não interfere na qualidade ou no estilo de vida.

DISCUSSÃO

A prevalência de IU estimada é concordante com os achados da literatura¹⁴⁻¹⁶, apesar de serem observadas grandes variações nela. O uso de diferentes medidas e a diversidade de populações parece ser a justificativa mais plausível para explicar essas diferenças²³.

O tipo de IU mais prevalente encontrado no estudo foi a IUM, seguido pela IUE e pela IUU. Estes dados se contrapõem à maioria dos achados literários que dizem ser a IUE mais prevalente^{14, 21}. Cerruto *et al.*¹⁴ realizaram revisão de literatura em 17 artigos referentes a prevalência de IU em mulheres europeias e encontrou que a IUE era o tipo mais prevalente, variando entre 13 e 50%. No entanto, os estudos conduzidos por Lopes *et al.*²⁴, Indrekvam *et al.*²⁵ e Figueiredo *et al.*⁶, indicam a IUM como o tipo mais prevalente, corroborando os achados deste estudo. A divergência entre os tipos mais prevalentes parece, também, ter relação com as discrepâncias nos instrumentos e formas de avaliação e, quando baseada na queixa clínica, a IUM é apontada como a de maior ocorrência.

Espirro, tosse, riso, carregamento de peso e realização de pequenos esforços são encontradas na literatura como atividades relacionadas à IUE. A proximidade ao banheiro, perdas durante sono e ao ouvir som de água são características da IUU^{6, 20}. As perdas imperceptíveis e as que ocorrem durante as relações sexuais, segundo Haylen et al.⁵, se enquadram no critério de classificação de IU caracterizado pela sintomatologia, respectivamente, IU Insensível (queixa de IU quando não percebe a ocorrência da perda da urina) e IU no Coito (queixa de IU durante o coito, que pode ser dividida entre IU durante penetração ou orgasmo). Observa-se que os principais momentos em que a IU ocorreu dividiram-se entre IUE (espirro, tosse e riso) e IUU (forte desejo de urinar)^{6, 20}. A IUE, assim como encontrado na literatura^{14, 21}, dessa maneira, foi a mais prevalente entre os tipos de IU.

Quanto ao incômodo causado pela IU, este estudo encontrou que a maior parte das mulheres não se sente incomodada com a presença de episódios de perda urinária em sua vida. A provável explicação para isso pode ser o sentimento de vergonha ou o não reconhecimento desse sintoma como uma disfunção passível de intervenção. A IU ainda traz consigo um mito cultural de que é parte do envelhecimento e/ou que não tem tratamento ou cura, fazendo com que a mulher que a desenvolva acredite que essa condição é comum a vida e tenha uma atitude conformista frente à ocorrência²⁶. Quanto à vergonha, Hägglund *et al.*²⁷, afirmaram em seu estudo que por esse sentimento, mulheres com IU evitam falar sobre o assunto, inclusive com os profissionais da saúde e relatam que sua maior preocupação é referente ao odor característico que a urina possui.

As limitações deste estudo são o uso do questionário que não fora previamente validado para população brasileira e o possível viés de memória, visto

que as perguntas realizadas foram referentes aos períodos anteriores à gestação, que já podem estar temporalmente muito distantes do momento da investigação.

CONCLUSÃO

A IU foi altamente prevalente entre o grupo de mulheres estudadas e o tipo mais frequente foi a IUM. Apesar da magnitude da ocorrência e dos momentos comuns, cotidianos, em que elas acontecem, a maior parte das mulheres não se incomodam com a IU. Estes achados deste estudo realçam a importância de investigações sobre a prevalência de IU e nos faz refletir sobre melhor abordagem e difusão de conhecimentos e assistência, aumentando assim a procura e a oferta de tratamento, auxiliando na prevenção de sua ocorrência e limitando o agravamento dos sintomas.

REFERÊNCIAS

1. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P (1998) The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol* 92 (4 Pt 1):613-618. doi:S0029784498002488 [pii]
2. Sapsford R (2001) The Pelvic Floor-A clinical model for function and rehabilitation. *Physiotherapy*, 87 (12):620-630
3. Polden M, Mantle J (2002) *Fisioterapia Em Ginecologia e Obstetrícia*. 4 edn. Santos, São Paulo
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A (2002) The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 187 (1):116-126. doi:S0002937802000923 [pii]
5. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN (2010) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 21 (1):5-26. doi:10.1007/s00192-009-0976-9
6. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC (2008) Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 12 (2):136-142
7. Seleme MR (2006) *Incontinência Urinária: um Problema Social de Saúde Pública*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
8. Grosse D, Sengler J (2002) *Reeducação Perineal*. Manole,
9. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van Den Eeden SK, Thom DH (2006) Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Arch Intern Med* 166 (18):2000-2006. doi:166/18/2000 [pii]10.1001/archinte.166.18.2000
10. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP (2011) Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD* 7 (2):63-70
11. Schultz SE, Kopec JA (2003) Impact of chronic conditions. *Health Rep* 14 (4):41-53
12. Bernasconi F, Grasso M, Mantovani C, Lucchini E, Arienti S, Cerri C (2003) Social cost of female urinary incontinence: epidemiology, cost of illness and cost/effectiveness analysis
ANALYSIS. *Urogynaecologia I J* 17 (1):9-46
13. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S (2000) A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag*. *J Clin Epidemiol* 53 (11):1150-1157. doi:S0895435600002328 [pii]

14. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W (2012) Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int*. doi:000339929 [pii]
10.1159/000339929
15. Hansen BB, Svare J, Viktrup L, Jorgensen T, Lose G (2012) Urinary incontinence during pregnancy and 1 year after delivery in primiparous women compared with a control group of nulliparous women. *Neurourol Urodyn* 31 (4):475-480. doi:10.1002/nau.21221
16. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunnskaar S (2001) Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 98 (6):1004-1010. doi:S0029784401015666 [pii]
17. Wagner TH, Hu TW (1998) Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 51 (3):355-361. doi:S0090-4295(97)00623-7 [pii]
18. Tamanini JT, Tamanini MMM, Mauad LMQ, Auler AMBAP (2006) Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres Atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. *Boletim epidemiológico Paulista* 3 (34)
19. Rohr G, Christensen K, Ulstrup K, Kragstrup J (2004) Reproducibility and validity of simple questions to identify urinary incontinence in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 83 (10):969-972. doi:10.1111/j.0001-6349.2004.00557.x
AOG557 [pii]
20. Baracho E (2006) *Fisioterapia Aplicada à Obstetricia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. 4 edn. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro
21. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, Cook J, Eustice S, Glazener C, Grant A, Hay-Smith J, Hislop J, Jenkinson D, Kilonzo M, Nabi G, N'Dow J, Pickard R, Ternent L, Wallace S, Wardle J, Zhu S, Vale L (2010) Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess* 14 (40):1-188, iii-iv. doi:10.3310/hta14400
22. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto N, Jr. (2004) [Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese]. *Rev Saude Publica* 38 (3):438-444. doi:/S0034-89102004000300015
S0034-89102004000300015 [pii]
23. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (2009) *Incontinence*. 4th International Consultation on Incontinence. Committee 1. Health Publication Ltd:35–111
24. Lopes MHBdM, Higa R (2006) Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 40:34-41
25. Indrekvam S, Fosse OA, Hunnskaar S (2001) A Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence--demography and medical history. *Scand J Urol Nephrol* 35 (1):26-31
26. Seleme MR (2006) *Incontinência Urinária: um Problema Social de Saúde Pública*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

27. Hagglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G, Leppert J (2003) Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 14 (5):296-304; discussion 304. doi:10.1007/s00192-003-1077-9

Tabela 1: Distribuição das mulheres que referem IU por tipo de perda e frequência de ocorrência das perdas urinárias.

Tipo de IU	N	%	Relato da ocorrência de perda urinária	
			n	%
Urgência	6	12,2		
			Uma vez	2 33,33
			Mais de uma vez e menos que semanalmente	3 50
			Uma vez ou mais vezes na semana, não diariamente	1 16,67
			Diariamente	- -
Esforço	16	32,7		
			Uma vez	5 31,25
			Mais de uma vez e menos que semanalmente	5 31,25
			Uma vez ou mais vezes na semana, não diariamente	5 31,25
			Diariamente	1 6,25
Mista	27	55,1		
			Uma vez	2 7,41
			Mais de uma vez e menos que semanalmente	6 22,22
			Uma vez ou mais vezes na semana, não diariamente	11 40,75
			Diariamente	8 29,62
Total	49	100		

Tabela 2: Principais momentos em que a perda de urina ocorria, entre as mulheres que referem IU.

Tipo de perda	Frequência (n)	%
Espirro	35	71,4
Tosse	34	69,4
Riso	33	67,3
Forte desejo de urinar	25	51
Insensível	16	32,7
Dormindo	15	30,6
Carregar peso	10	20,4
Coito	5	69,4
Som de água	2	4,1
Pequenos esforços	4	8,2

***Capítulo II- Estudo transversal sobre fatores
associados à incontinência urinária feminina em
Botucatu, Brasil***

Este capítulo foi redigido de acordo com as normas de publicação e será submetido para o **BJOG**

**Estudo transversal sobre fatores associados à incontinência urinária
feminina em Botucatu, Brasil**

**Cross-sectional study of associated factors to women urinary
incontinence in Botucatu, Brazil**

Authors:

Luana Schneider Vianna; Botucatu Medical School UNESP - Univ Estadual Paulista; Post-graduate Program in Gynecology, Obstetrics and Mastology

Adriano Dias; Botucatu Medical School UNESP - Univ Estadual Paulista, Post-graduate Program in Gynecology, Obstetrics and Mastology; adias@gmail.com

Corresponding Author:

Name: Luana Schneider Vianna

Affiliation: Post-graduate Program in Gynecology, Obstetrics and Mastology, Botucatu Medical School UNESP - Univ Estadual Paulista

Postal Address: 1238 Campos Salles St, Botucatu, São Paulo, Brazil

Telephone number: +55(14)81858596

E-mail address: lusvianna@gmail.com

Breve resumo: Determinar o perfil sociodemográfico e antropométrico de mulheres de Botucatu, assim como verificar se a exposição a diversos fatores constituem risco importante para a ocorrência de incontinência urinária.

RESUMO:

Objetivo: Verificar o perfil sociodemográfico e antropométrico das mulheres de Botucatu e buscar a associação entre diversos fatores de risco apontados pela literatura e a ocorrência de incontinência urinária. *Método:* Estudo epidemiológico transversal realizado nos dois hospitais com maternidade em funcionamento na cidade de Botucatu, Brasil. As mulheres foram entrevistadas após o parto, ainda no período de internação, quando responderam a inquérito estruturado. *Resultados:* Observou-se que entre diversas covariáveis, os fatores de risco associados à ocorrência de IU foram consumo de chocolate, paridade e presença de diabetes mellitus gestacional (DMG) com valores de OR iguais a 2,539 ($p=0,019$ IC95%:1,168-5,518), 1,170 ($p<0,0001$; IC95%=1,170-1,752) e 13,215 ($p=0,003$; IC95%=2,402-72,695), respectivamente. *Conclusão:* O consumo de chocolate, a paridade e a presença de DMG apresentaram-se como fatores associados ao aumento da prevalência de IU.

Palavras chave: Incontinência urinária, Fator de risco, Saúde da mulher.

ABSTRACT:

Objective: To determine the sociodemographic and anthropometric profile of women from Botucatu and seek the association between various risk factors mentioned in the literature and the occurrence of urinary incontinence. *Method:* This is a transversal epidemiological study made in two hospitals with maternity in operation in the city of Botucatu, Brazil. Women were interviewed during hospitalization for childbirth, at the time of postpartum when they responded the structured survey. *Results:* It was observed that among several covariates, the risk factors associated with the occurrence of UI were chocolate consumption, parity, and gestational diabetes mellitus (GDM) with OR values OR equal to 2.539 ($p = 0.019$, 95% CI :1,168-5, 518) , 1.170 ($p < 0.0001$, 95% CI 1.170 to 1.752) and 13.215 ($p = 0.003$, 95% CI 2.402 to 72.695), respectively. *Conclusion:* The consumption of chocolate, parity and the presence of DMG presented as risk factors associated with increased prevalence of UI.

Keywords: Urinary Incontinence; Risk factor; Women health

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é considerada um problema de saúde pública^{7, 18} que acarreta transtornos sociais, físicos, psicológicos, econômicos e higiênicos à população. As consequências da situação constrangedora que a IU gera podem ser avassaladoras e causar isolamento social e frustrações, além de ameaçar a autoestima e interferir na sexualidade da mulher, portanto, refletindo de modo negativo na qualidade de vida^{7, 28, 29}.

A Sociedade Internacional de Continência define IU como qualquer perda involuntária de urina^{4, 5}. Sua prevalência é crescente em mulheres, na fase adulto-jovem acomete de 20% a 30%, atinge o seu pico na meia-idade (entre 40% a 50%) e se mantém na população idosa (30% a 50%)²⁹. Em 1995 nos Estados Unidos estimou-se custo anual direto com a IU³⁰ de 16 bilhões de dólares e, no Brasil, em 2002, foi estimado em um bilhão de reais⁸.

A IU foi apontada como uma das três condições crônicas que mais afetam a qualidade de vida feminina, segundo Pesquisa Nacional de Saúde da População do Canadá, nos anos 1990¹¹. Os fatores de risco para IU mais indicados pela literatura são idade, paridade, tipo de parto, obesidade, diabetes, histórico familiar de IU, atividade física de impacto e de alto rendimento, dieta alimentar diurética e/ou estimulante, uso de drogas lícitas e ilícitas, constipação intestinal e cirurgias ginecológicas prévias^{31, 32}.

Tendo em vista que a IU apresenta grande prevalência na população¹⁴⁻¹⁶, encontra-se entre as três condições crônicas que mais incomodam mulheres em alguma fase da vida¹¹ e a escassez de estudos sobre seus fatores de risco em mulheres jovens e de meia idade³³, a realização de um inquérito epidemiológico sobre fatores de risco para a IU se faz necessária na busca por identificar e melhor compreendê-los e, assim, aprimorar a prática clínica, instaurar programas preventivos e de tratamento, contribuindo com melhora da qualidade de vida das mulheres⁴. Diante disso, essa investigação se propõe a verificar o perfil sociodemográfico e antropométrico da população estudada e buscar a associação entre diversos fatores de risco apontados pela literatura e a ocorrência de IU.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal que é parte de uma investigação maior chamada PULP Study (Prevalence of Urinary Loss in Pregnancy), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (protocolo 3714-2010) e teve o consentimento por escrito de todas as participantes ou responsáveis (quando as mulheres eram menores de 18 anos).

A coleta de dados foi realizada com mulheres admitidas para o parto nos dois hospitais com maternidades em funcionamento em Botucatu (Hospital Misericórdia Botucatuense e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina), município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, entre abril de 2011 e agosto de 2012. Todas as 299 mulheres que deram entrada como parturientes nas duas maternidades nesse período foram entrevistadas no momento pós-parto ou quando se sentiram mais confortáveis para fazê-lo em até, no máximo, uma semana após o parto.

As entrevistas foram conduzidas por duas pesquisadoras, conjunta e previamente treinadas, visando o controle de qualidade no registro das informações. Os critérios de não-inclusão adotados no estudo foram: mulheres menores de 18 anos sem autorização de pais ou responsáveis, aquelas que não concordaram em participar do estudo e que apresentassem alterações cognitivas que não as permitisse responder ao inquérito. Uma mulher não concordou em participar do estudo.

O instrumento de coleta foi inquérito estruturado que continha informações sociodemográficas e clínicas referentes à ocorrência ou não de IU antes da gestação atual (podendo ser em gestação anterior ou sem estar gestante) e de fatores associados à IU.

As mulheres foram classificadas como continentes ou incontinentes de acordo com a definição da Sociedade Internacional de Continência^{4, 5} (variável dependente). Entre as variáveis preditoras, o índice de massa corpórea (IMC) foi definido segundo a Organização Mundial de Saúde³⁴, em baixo peso

(<18,5kg/m²), eutrófico (18,5-24,99kg/m²)*, sobrepeso (25-29,99kg/m²), obesidade grau I (30-34,99kg/m²), obesidade grau II (35-39,99kg/m²) e obesidade grau III (>40kg/m²). A escolaridade foi categorizada em sem instrução*, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau completo ou superior completo. A idade foi medida em anos, a altura em metros, o peso em quilogramas. A renda familiar foi quantificada em salários-mínimos e registrou-se o número de partos. Entre as variáveis dicotômicas, a situação conjugal foi medida como ser casada ou não*; a raça/etnia, em ser branca ou não-branca*; a religião, se tem alguma religião ou não*, o tipo de parto, se vaginal ou cesárea*. As demais variáveis, registradas como presentes ou ausentes*: tabagismo, atividade física, uso bebida alcoólica, uso drogas ilícitas, consumo de café, consumo de refrigerante, consumo de chá, consumo de chocolate, infecção do trato urinário (ITU), hipertensão arterial sistêmica (HAS), distúrbio hiperglicêmico gestacional (DHG), diabetes melito tipo 1 (DM1), diabetes melito tipo 2 (DM2), diabetes melito gestacional (DMG), doenças respiratórias, uso de método anticoncepcional e ocorrência de aborto.

Inicialmente as análises foram ajustadas em modelos univariados de regressão logística simples, tendo como variável resposta dicotômica à ocorrência de IU (sem IU=0, com IU=1) e como variáveis preditoras cada uma das variáveis acima referidas.

Posteriormente, foi ajustado um modelo de regressão logística condicional múltipla, em que a variável resposta categórica dicotômica foi a ocorrência de IU (sem IU=0, com IU=1) e as variáveis preditoras foram aquelas que no modelo univariado produziram estimativas de *odds ratio* (OR) com valor $p \leq 0,25$ ³⁵.

O banco de dados e todas as análises foram realizados utilizando-se do pacote estatístico IBM/SPSS® Statistics, versão 20.0.

*estrato de referência

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição sociodemográfica das mulheres continentais e incontinentais. As mulheres que compuseram o estudo são em maioria brancas, casadas, católicas ou evangélicas, com renda familiar de dois salários mínimos e trabalham fora de casa, independentemente de serem continentais ou incontinentais. No que se refere à escolaridade o grupo contínuo o maior percentual concluiu o segundo grau enquanto que no grupo incontinente não concluiu o primeiro grau.

A tabela 2 apresenta as variáveis antropométricas das mulheres que compuseram o estudo. Observa-se que o grupo de mulheres incontinentais apresentou peso, idade e IMC com valores pouco maiores que o contínuo.

O grupo de mulheres continentais apresentou maior percentual de mulheres primíparas (43,2%), já o grupo de mulheres incontinentais foi composto, na sua maioria, por múltíparas (63,3%).

A tabela 3 apresenta estimativas de OR e os respectivos intervalos de confiança obtidos nos ajustes de modelos de regressões logísticas univariadas. As variáveis: idade, peso, IMC, raça, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, consumo de drogas ilícitas, café, chá e chocolate, doenças associadas, DHG, DMG, doença respiratória, uso de anticoncepcional, aborto, paridade e tipo de parto se comportaram como variáveis de risco associadas à ocorrência de IU. Nenhuma das variáveis estudadas comportou-se como fator de proteção.

Ao ajustar o modelo de regressão logística múltipla condicional pela técnica *stepwise* com as variáveis que obtiveram valores de $p \leq 0,25$ no modelo univariado, observou-se que as variáveis “consumo de chocolate”, “presença de DMG” e “paridade” se mantiveram no modelo final como fatores associados à IU (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A literatura aponta que as mulheres mais velhas apresentam maior chance de apresentar episódios de IU, porém a maioria dos estudos é

realizado com gestantes³⁶ ou mulheres com mais de 40 anos^{37, 38}. Neste estudo, a média de idade das mulheres, independente do grupo, foi menor que 40 anos. Em trabalho com casuística de idades semelhantes, Peyrat *et al.*, (2002) encontraram que 6,2% das mulheres com menos de 25 anos apresentaram IU e 18,2% daquelas entre 25 e 39 anos a apresentaram.

No ajuste múltiplo final as variáveis “consumo de chocolate”, “presença de DMG” e “paridade” foram identificados como fatores de risco para IU, com estimativas ajustadas de OR iguais a 2,539 (p=0,019; IC95%: 1,168-5,518), 13,215 (p=0,003; IC95%:2,402-71,695) e 1,432 (p<0,0001; IC95%:1,170-1,752), respectivamente, controladas para diversas covariáveis.

O consumo de chocolate como um possível fator de risco para IU, pode ser explicado pela presença da cafeína em sua composição, que pode exercer efeito diurético nos rins, aumentando o volume urinário que, por sua vez, aumenta a pressão intravesical. A cafeína ainda apresenta efeito excitante sobre o músculo detrusor, podendo gerar instabilidades dessa musculatura. Dessa forma, com aumento do volume miccional e da pressão vesical, assim como instabilidade do detrusor a ocorrência de perdas urinárias pode ocorrer³. Segundo Ayra *et al.*, (2000)³⁹, em estudo caso-controle, a alta ingestão de cafeína (>400mg/dia) se associou à instabilidade do detrusor (OR=2,4, IC95%=1,1 - 6,5), porém essa associação não se fazia presente quando o consumo era moderado (100-400mg/dia) ou baixo (<100mg/dia). Jura *et al.*, (2011)⁴⁰ indicam que a ingestão de cafeína não se associa às IU de esforço e mistas, porém, em um estudo de coorte prospectivo, estimou que risco atribuível ingestão de cafeína sobre a IU de urgência em 25%.

Este estudo demonstrou que a maioria das mulheres continentais é primípara enquanto que as incontinentes é multípara, corroborando os dados literários que indicam que o parto *per se* contribui de forma significativa com surgimento da IU^{3, 16, 41-44}. Essa investigação encontrou que, a cada parto, a probabilidade de ocorrência de IU aumenta em cerca de 43%. Esse achado pode ser explicado pelos processos fisiológicos sequenciais que a gestação e o parto proporcionam ao corpo feminino, como o comprometimento do assoalho pélvico, corpo perineal e esfíncter anal, que pode levar à disfunção muscular,

que por sua vez é fator determinante, em longo prazo, para ocorrência de perdas urinárias³.

Segundo Zhu *et al.*, (2010)⁴⁵ em análise multivariada, a multiparidade não mostrou-se como fator de risco para IU de urgência. No entanto, Valeton *et al.*, (2011)⁴⁶ indicam a associação entre paridade e IU, o que corrobora a maioria os dados literários encontrados, que suportam a hipótese de que a gravidez exerce efeito cumulativo negativo sobre os componentes do trato urinário^{3, 16, 41-44, 47-49}.

O DMG é definido uma segundo American Diabetes Association como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro diagnóstico durante a gestação^{50, 51}. Chuang *et al.*(2012) em um estudo com 6653 mulheres avaliando se o DMG é um fator de risco para IU no pós parto em mulheres primíparas encontrou que o DMG foi fator de risco independente para para IU de esforço (OR=1,97; IC95%=1,56 – 2,51), para IU de urgência, (OR=3,11; IC95%=2,18 – 4,43) e para IU mista (OR=2,73; IC95%=1,7 – 4,4) e e que mulheres com DMG que foram insulino dependentes tem maior probabilidade de desenvolver IU. Barbosa *et al.* (2011)⁵² avaliou a força de contração vaginal em mulheres primíparas com e sem DMG e encontrou redução significativa da força de contração vaginal em mulheres que apresentaram DMG há 2 anos.

Destaca-se neste estudo a força da associação entre a IU e o DMG, que apresentou OR igual a 13,215 (p=0,003; IC95%: 2,401-72,695). Esses dados se encontram muito superiores aos da literatura nacional e Internacional⁵²⁻⁵⁴. Tal achado é de extrema importância, pela escassez de estudos referentes à influência do DMG na IU pós-gestação e também pelo fato de pesquisas experimentais demonstrarem que o DMG leva a alterações morfológicas nas fibras tipo I e II ainda durante a prenhez, como adelgaçamento, atrofia, desorganização e rompimento associado à perda de localização anatômica normal das fibras Tipo I e II além da redução na proporção de fibras do tipo II⁵⁵.

A limitação do estudo é referente ao possível viés de memória, visto que as perguntas realizadas foram referentes a períodos anteriores à gestação, que já podem estar temporalmente muito distantes do momento da investigação.

CONCLUSÃO

O consumo de chocolate, a paridade e a presença de DMG apresentaram-se como fatores de risco para IU, ajustados para diversas covariáveis. Devido aos escassos estudos sobre a influência do DMG pós-gestação sobre a IU, essa investigação traz importante contribuição para o entendimento dessa relação e consequente tomada de decisão e direcionamento de condutas na prática clínica na saúde da mulher.

AGRADECIMENTOS

À fisioterapeuta Ana Carolina Monteiro Santini que auxiliou na elaboração e condução deste estudo.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

LSV - desenvolvimento do protocolo e do projeto, coleta de dados, análise dos dados, construção e edição do manuscrito. AD- desenvolvimento do projeto, análise dos dados, construção e edição do manuscrito.

APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, Protocolo CEP nº 3715-2010, aprovado em oito de novembro de 2010.

FINANCIAMENTO

Não há.

REFERENCIAS

1. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol.* 1998 Oct;92(4 Pt 1):613-8.
2. Sapsford R. The Pelvic Floor-A clinical model for function and rehabilitation. *Physiotherapy.* 2001;87(12):620-30.
3. Polden M, Mantle J. *Fisioterapia Em Ginecologia e Obstetrícia.* 4 ed. São Paulo: Santos; 2002.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jul;187(1):116-26.
5. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010 Jan;21(1):5-26.
6. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Revista Brasileira de Fisioterapia.* 2008;12(2):136-42.
7. Seleme MR. *Incontinência Urinária: um Problema Social de Saúde Pública.* Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
8. Grosse D, Sengler J. *Reeducação Perineal: Manole;* 2002.
9. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van Den Eeden SK, et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Arch Intern Med.* 2006 Oct 9;166(18):2000-6.
10. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD.* 2011;7(2):63-70.
11. Schultz SE, Kopec JA. Impact of chronic conditions. *Health Rep.* 2003 Aug;14(4):41-53.
12. Bernasconi F, Grasso M, Mantovani C, Lucchini E, Arienti S, Cerri C. Social cost of female urinary incontinence: epidemiology, cost of illness and cost/effectiveness analysis
ANALYSIS. *Urogynaecologia I J.* 2003;17(1):9-46.
13. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol.* 2000 Nov;53(11):1150-7.
14. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int.* 2012 Aug 3.
15. Hansen BB, Svare J, Viktrup L, Jorgensen T, Lose G. Urinary incontinence during pregnancy and 1 year after delivery in primiparous women compared with a control group of nulliparous women. *Neurourol Urodyn.* 2012 Apr;31(4):475-80.
16. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol.* 2001 Dec;98(6):1004-10.

17. Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology*. 1998 Mar;51(3):355-61.
18. Tamanini JT, Tamanini MMM, Mauad LMQ, Auler AMBAP. Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres Atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. *Boletim epidemiológico Paulista*. 2006;3(34).
19. Rohr G, Christensen K, Ulstrup K, Kragstrup J. Reproducibility and validity of simple questions to identify urinary incontinence in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Oct;83(10):969-72.
20. Baracho E. *Fisioterapia Aplicada à Obstetria, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
21. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess*. 2010 Aug;14(40):1-188, iii-iv.
22. 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]. *Rev Saude Publica*. 2004 Jun;38(3):438-44.
23. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 4th International Consultation on Incontinence. Committee 1. Health Publication Ltd. 2009:35-111.
24. Lopes MHBdM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006;40:34-41.
25. Indrekvam S, Fosse OA, Hunskaar S. A Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence--demography and medical history. *Scand J Urol Nephrol*. 2001 Feb;35(1):26-31.
26. Seleme MR. *Incontinência Urinária: um Problema Social de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
27. Hagglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G, Leppert J. Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003 Nov;14(5):296-304; discussion
28. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Revista Eletrônica F@ciência*. 2007;1(1):31-40.
29. Wilson PD, Berghmans B, Hagen S, Hay-Smith J, Moore K, Nygaard I, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence-management 3rd International Consultation on Incontinence*. UK: Health Publication; 2005.
30. Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2001 Sep;98(3):398-406.
31. Higa R, Lopes MH, dos Reis MJ. [Risk factors for urinary incontinence in women]. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Mar;42(1):187-92.
32. Reynolds WS, Dmochowski RR, Penson DF. Epidemiology of stress urinary incontinence in women. *Curr Urol Rep*. 2011 Oct;12(5):370-6.
33. Peyrat L, Hailot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int*. 2002 Jan;89(1):61-6.

34. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1995;854:1-452.
35. Hosmer Jr D, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons; 2000.
36. Bo K, Pauck Oglund G, Sletner L, Morkrid K, Jennum A. The prevalence of urinary incontinence in pregnancy among a multi-ethnic population resident in Norway. BJOG. 2012 Oct;119(11):1354-60.
37. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública. 2001;35:428-35.
38. Horng SS, Huang N, Wu SI, Fang YT, Chou YJ, Chou P. The epidemiology of urinary incontinence and its influence on quality of life in Taiwanese middle-aged women. Neurourol Urodyn. 2012 Sep 12.
39. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. Obstet Gynecol. 2000 Jul;96(1):85-9.
40. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. J Urol. 2011 May;185(5):1775-80.
41. Diez-Itza I, Arrue M, Ibanez L, Murgiondo A, Paredes J, Sarasqueta C. Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. Int Urogynecol J. 2010 Apr;21(4):439-45.
42. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. Br Med J. 1980 Nov 8;281(6250):1243-5.
43. Rubinstein I. Clínicas Brasileiras de Urologia - Incontinência Urinária na Mulher. São Paulo: Atheneu; 2001.
44. Hsieh CH, Chang WC, Su TH, Lin TY, Lee MC, Chang ST. Effects of parity and mode of delivery on urinary incontinence among postmenopausal women in Taiwan. Int J Gynaecol Obstet. 2012 Jun;117(3):239-42.
45. Zhu L, Lang J, Liu C, Xu T, Liu X, Li L, et al. Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. Int Urogynecol J. 2010 May;21(5):589-93.
46. Valeton CT, do Amaral VF. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. Int Urogynecol J. 2011 Jul;22(7):813-8.
47. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med. 2003 Mar 6;348(10):900-7.
48. Xu X, Ivy JS, Patel DA, Patel SN, Smith DG, Ransom SB, et al. Pelvic floor consequences of cesarean delivery on maternal request in women with a single birth: a cost-effectiveness analysis. J Womens Health (Larchmt). 2010 Jan;19(1):147-60.
49. Moreno AL. Fisioterapia em Uroginecologia. Barueri, SP: Manole; 2004.
50. Dabelea D, Snell-Bergeon JK, Hartsfield CL, Bischoff KJ, Hamman RF, McDuffie RS. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) over time and by birth cohort: Kaiser Permanente of Colorado GDM Screening Program. Diabetes Care. 2005 Mar;28(3):579-84.
51. Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2004 Jan;27 Suppl 1:S88-90.
52. Barbosa AM, Dias A, Marini G, Calderon IM, Witkin S, Rudge MV. Urinary incontinence and vaginal squeeze pressure two years post-cesarean

delivery in primiparous women with previous gestational diabetes mellitus. Clinics (Sao Paulo). 2011;66(8):1341-6.

53. Chuang CM, Lin IF, Horng HC, Hsiao YH, Shyu IL, Chou P. The impact of gestational diabetes mellitus on postpartum urinary incontinence: a longitudinal cohort study on singleton pregnancies. BJOG. 2012 Oct;119(11):1334-43.

54. Kim C, McEwen LN, Sarma AV, Piette JD, Herman WH. Stress urinary incontinence in women with a history of gestational diabetes mellitus. J Womens Health (Larchmt). 2008 Jun;17(5):783-92.

55. Marini G. Alterações morfológicas das fibras tipos I e II do músculo estriado uretral de ratas prenhes diabéticas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2010;32:0-.

Tabela 1: Distribuição das informações sociodemográficas entre as mulheres continentais e incontinentes

		Continente		Incontinente	
		n	%	n	%
Raça	Branca	178	71,2	40	81,6
	Negra	61	24,4	9	18,4
	Parda	10	4	-	-
	Amarela	1	0,4	-	-
Situação conjugal	Solteira	45	18	7	14,3
	Casada	205	82	42	85,7
Religião	Não Possui	30	15,2	9	18,4
	Católica	135	54	19	38,8
	Evangélica	70	28	20	40,8
	Protestante	5	2	1	2
	Espírita	1	0,4	-	-
	Outra	1	0,4	-	-
Trabalho fora de casa	Sim	99	60,4	30	61,2
	Não	151	39,6	19	38,8
Renda familiar (em salários mínimos)	1	46	18,4	9	18,4
	2	166	66,4	32	65,3
	3	34	13,6	6	12,2
	4	1	0,4	2	4,1
	5	2	0,8	-	-
Escolaridade	sem instrução	31	12,4	8	16,3
	1º Grau Incompleto	54	21,6	16	32,7
	1º Grau Completo	63	25,2	13	26,5
	2º Grau Incompleto	0	0	-	-
	2º Grau Completo	91	36,4	10	20,4
	Superior Completo	11	4,4	2	4,1

Tabela 2: Estimativas das informações antropométricas entre as mulheres continentais e incontinentes

	Continente				Incontinente			
	média	dp	n	%	média	dp	n	%
Idade	25,36	6,48	--	--	29,45	6,26	--	--
Altura	1,60	0,06	--	--	1,59	0,06	--	--
Peso	62,29	13,74	--	--	68,16	15,35	--	--
IMC	24,3	5,33	--	--	26,84	5,86	--	--
Paridade								
Primípara	--	--	108	43,2	--	--	6	12,2
Multípara	--	--	104	41,6	--	--	31	63,3
Grande Multípara	--	--	38	15,2	--	--	12	24,5

Tabela 3: Estimativas de OR e respectivos intervalos de confiança obtidos nos ajustes das regressões logísticas univariadas da associação dos fatores de risco e ocorrência de IU.

	OR	IC 95%	Valor p
Idade	1,096	1,046 - 1,148	<0,001
Altura	0,092	0,001 - 14,456	0,355
Peso	1,028	1,007 - 1,049	0,009
IMC	1,082	1,026 - 1,141	0,004
Estado civil	1,317	0,556 - 3,121	0,532
Raça	0,556	0,257 - 1,205	0,137
Religião	0,797	0,357 - 1,775	0,578
Renda familiar	0,954	0,653 - 1,393	0,808
1º grau incompleto	1,419	0,261 - 7,733	0,686
1º grau completo	1,630	0,327 - 8,125	0,551
2º grau completo	1,135	0,224 - 5,738	0,878
Superior completo	0,604	0,117 - 3,122	0,548
Tabagismo	1,277	0,880 - 1,853	0,198
Atividade física	0,948	0,582 - 1,545	0,830
Consumo de bebida alcoólica	1,600	0,800 - 3,199	0,184
Consumo de drogas	3,504	0,570 - 21,541	0,176
Consumo de café	1,922	0,955 - 3,868	0,067
Consumo de refrigerante	1,428	0,675 - 3,020	0,351
Consumo de chá	1,759	0,950 - 3,256	0,073
Consumo de chocolate	2,390	1,140 - 5,011	0,021
Doenças associadas	2,030	1,063 - 3,875	0,032
Presença de ITU	1,381	0,727 - 2,622	0,324
Presença de HAS	1,382	0,490 - 3,895	0,541
Presença de DHG	1,747	0,795 - 3,840	0,165
Presença de DM1	0,000	--	1,000
Presença de DM2	2,583	0,230 - 29,060	0,442
Presença de DMG	14,091	2,650 - 74,919	0,002
Presença de doença respiratória	4,356	1,126 - 16,846	0,033
Uso de anticoncepcional	2,037	0,766 - 5,417	0,154
Aborto	2,100	1,072 - 4,116	0,031
Paridade	1,425	1,173 - 1,731	<0,001
Tipo de parto	2,280	1,189 - 4,372	0,013

Tabela 4: Estimativas de OR e respectivos intervalos de confiança obtidos no ajuste do modelo de regressão logística múltipla condicional da associação dos fatores de risco e IU.

	OR	IC 95%	Valor p
Consumo de chocolate	2,539	1,168 - 5,518	0,019
Presença de DMG	13,215	2,402 - 72,695	0,003
Paridade	1,432	1,170 - 1,752	<0,001

Anexo I- Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Trabalho: Prevalência de Perdas Urinárias na Gestação: Estudo PULP.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Nosso objetivo é avaliar a presença de sintomas urinários antes e durante a gestação, em mulheres de Botucatu. Serão realizados questionários contendo questões pessoais, sobre antecedentes obstétricos e urinários. Não apresentando nenhum risco ou desconforto a gestante, pois será de forma individual, sem a presença de outras pessoas a não ser o avaliador. **Garantias:** Em qualquer momento do estudo o avaliado pode ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou mesmo para retirar o consentimento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Os principais investigadores são as **Fisioterapeutas Ana Carolina Monteiro Santini e Luana Schneider Vianna** sob a orientação do **Prof. Dr Adriano Dias**. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Distrito de Rubião Júnior s/nº, tel: (14) 3811 6143 ou (14) 3815 6205. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros avaliados, não sendo **divulgado a identificação de nenhum avaliado**. O avaliado também terá direito de ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa. Garantimos o uso dos dados da pesquisa para fins exclusivamente acadêmicos. Não há despesas pessoais para o avaliado. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. **Consentimento:** Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar se for necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Eu _____ RG _____ - _____

Telefone: (____) _____ - _____ / (____) _____ - _____

Celular: (____) _____ - _____

Endereço _____

Concordo voluntariamente em participar dos procedimentos de avaliação, os quais fui devidamente esclarecida. Data: ____/____/____.

Assinatura Paciente maior de 18 anos

Assinatura Paciente menor de 18 anos

Assinatura Responsável Legal

Pesquisadora Responsável:
Ana Carolina Monteiro Santini
CREFITO: 29177-LTF
Telefone (14) 96174711
e-mail: acmsantini@gmail.com

Pesquisadora Responsável:
Luana Schneider Vianna
CREFITO: 38182-LTF
Telefone (19) 91565071
e-mail: lusvianna@gmail.com

Orientador Responsável:
Prof. Dr. Adriano Dias
Departamento de Ginecologia e
Obstetrícia
Faculdade de Medicina de Botucatu -
UNESP

Obs: serão impressos em duas vias, sendo uma para a paciente e outra para o pesquisador.

A Sra. está tomando algum remédio atualmente? _____

4. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

A Sra. já usou alguma destes métodos para não engravidar alguma vez? SIM NÃO

Se sim, quais? Pílula (comprimido) DIU (aparelho) Injeção Camisinha Coito interrompido (tirar fora) Diafragma Tabelinha Outro: Qual? _____

Qual a DUM? ____/____/____

Idade gestacional: semanas (amenorréia)

Número de gestações: 1 2 3 4 ou mais (contando atual)

Aborto: sim não Número de abortos: um dois mais que 3 Tempo do último aborto

Parto: sim não Número de partos: 1 2 3 4 ou mais (atual a parte)

Vias de parto: parto vaginal parto cesárea emergência cesariana eletiva (com hora marcada, sem entrar no trabalho de parto)

Quantidade de Cesarianas e Vaginais: parto (s) vaginal (is) parto (s) cesariana (as)

Cirurgias Abdominais Salpingectomia (retirada da trompa) Ooforectomia (retirada de ovário)

Laparotomia Curetagem outro tipo de cirurgia ginecológica

Episiotomia: sim não Fórceps: sim não Uso de Oxitocina sim não

Tempo do último parto? MESES OU ANOS

Peso adquirido em gestação anterior: gest.1 gest.2 gest.3 gest.4 gest.5 gest.6

Tempo das gestação anterior? gest.1 gest.2 gest.3 gest.4 gest.5 gest.6

Peso dos filhos ao nascer? menos de 1,5 kg entre 1,5 kg a 2,0 kg 2,1 à 3.0 kg 3,1 à 3,5 kg 3,6 à 4 kg.

5- INCONTINÊNCIA URINÁRIA (PRÉ GESTACIONAL)

Muitas mulheres tem problemas com perda involuntária de urina. Algumas tornam-se incontinentes com atividade física, outras devido ao desejo incontrolável de urinar. Eu vou perguntar algumas questões sobre isso. Por favor, pense sobre suas experiências no mês passado.

Você apresentou perda urinária antes desta gravidez? sim não (se não pular para próximo item 5.1)

Você apresentou perda urinária em gravidez anterior? sim não

Apresenta infecção urinária? Sim Não Recorrente? Sim Não

Você involuntariamente se molhou durante pratica de atividade com esforço, quando tossiu, espirrou, riu ou levantou peso? Não Sim, uma vez Sim, mais de uma e menos do que a semanalmente Uma ou mais vezes na semana, mas não diariamente Diariamente Não sei

Você apresentou uma forte urgência de urinar em que não dava tempo de chegar ao banheiro? Não Sim, uma vez Sim, mais de uma e menos do que a semanalmente Uma ou mais vezes na semana, mas não diariamente Diariamente Não sei

Isso te incomoda? sim não

Identificar (entrevistador) Tipo de perdas urinárias (ICS)

urgência (IUU) perda involuntária no esforço ou exercício

esforço (IUE) perda involuntária acompanhada ou seguida por urgência

mista (IUM) que é a queixa de perda involuntária associada a urgência, e esforço como espirro e tosse.

Quantas vezes durante a semana a Sra. perde urina?

Uma vez por semana Várias vezes por semana Diariamente

Em qual desses momentos a Sra. perdia urina antes da gestação e qual volume de acordo com as medidas citadas (volume da perda)? Volume de perda: G=gotas; cc=Colher café; Cs=Colher sobr; Cp=colher sopa; XC=xíc café;

Xc=xíc chá; C=copo

Momentos perda	S	N	Qtd	Momentos perda	S	N	Qtd
Riso				Dormindo			
Tosse				Forte desejo			
Espirro				Prox banheiro			
Carregar peso				Som de água			
Pular				Contato mão água			
Pequenos esforços				Contato pés água			
Coito				Insensível			

Você algum destes (ICS)

polaciúria (ir para urinar muitas vezes) nocturia (levantar à noite para urinar)

enurese noturna (urinar na cama à noite, durante o sono) dor para urinar sensação de esvaziamento incompleto incontinência na relação sexual

Uso de absorvente sim não Quantidade: 1-2 dia 3-4 dia mais de 4 no dia

apresenta sintomas?

ao banheiro

5.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA (GESTACIONAL)

Você apresentou perda urinária nesta gravidez? sim não

Apresenta infecção urinária? Sim Não **Recorrente?** Sim Não

Você involuntariamente se molhou durante prática de atividade com esforço, quando tossiu, espirrou, riu ou levantou peso? Não Sim, uma vez Sim, mais de uma e menos do que a semanalmente Uma ou mais vezes na semana, mas não diariamente Diariamente Não sei

Você apresentou uma forte urgência de urinar em que não dava tempo de chegar ao banheiro? Não Sim, uma vez Sim, mais de uma e menos do que a semanalmente Uma ou mais vezes na semana, mas não diariamente Diariamente Não sei

Isso te incomoda? sim não

Identificar (entrevistador) Tipo de perdas urinárias (ICS)

urgência (IUU) perda involuntária no esforço ou exercício

esforço (IUE) perda involuntária acompanhada ou seguida por urgência

mista (IUM) que é a queixa de perda involuntária associada a urgência, e esforço como espirro e tosse.

Trimestre Gestacional do início da perda urinária (gravidez atual):

1º trimestre (1-12 semanas) 2º trimestre (13-26 semanas) 3º trimestre (27-42 semanas)

Você tem ou teve algum parente que perde urina sem estar grávida?

Sim Não não sabe **Se SIM, quem?** Mãe Avó Outra: _____

Quantas vezes durante a semana a Sra. perde urina?

Uma vez por semana Várias vezes por semana Diariamente

A quantidade de urina que a Sra. acha que perde é pequena, razoável ou bastante?

Pequena Razoável Bastante

Em qual desses momentos a Sra. perdia urina antes da gestação e qual volume de acordo com as medidas citadas (volume da perda)? Volume de perda: G=gotas; cc=Colher café; Cs=Colher sobr; Cp=colher sopa; Xc=xíc café;

Xc=xíc chá; C=copo

Momentos perda	S	N	Qtd	Momentos perda	S	N	Qtd
Riso				Dormindo			
Tosse				Forte desejo			
Espirro				Prox banheiro			
Carregar peso				Som de água			
Pular				Contato mão água			
Pequenos esforços				Contato pés água			
Coito				Insensível			

Você algum destes (ICS)

polaciúria (ir ao banheiro para urinar muitas vezes) noctúria (levantar à noite para urinar)

enurese noturna (urinar na cama à noite, durante o sono) dor para urinar sensação de esvaziamento incompleto incontinência na relação sexual

Uso de absorvente sim não **Quantidade:** 1-2 dia 3-4 dia mais de 4 no dia

apresenta sintomas?

6 SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO

A Sra. notou alguma mudança em sua vida sexual depois de engravidar? sim não. **Que mudanças a Sra. sentiu?**

diminuição do interesse sexual aumento do número de relações sexuais

diminuição do número de relações sexuais secura vaginal depressão/ tristeza ansiedade/medo

sentimento de não se sentir atraente dor durante a relação sexual falta de vontade falta de vontade/ procura pelo seu parceiro Outro, Qual?

7 CONHECIMENTO SOBRE A IU **Você sabe o que significa o termo “incontinência urinária” “perda urinária” durante a gravidez?”** Sim Não (se não, pular para Anexo III)

Como você soube e/ou aprendeu a respeito desse termo? TV ou Jornais, revistas Livros técnicos Profissional da Saúde Informação pública (cartazes) Internet Outro

Onde (que lugar) você obteve essa informação? Hospital Unidade Básica de Saúde Consultório particular Escola Faculdade Outro.

Você já ouviu falar ou sabe de alguma forma de prevenção contra perda de urina durante a gravidez, como a prática de exercícios para fortalecimento do períneo ou assoalho pélvico? Sim Não

Já realizou algum deste tipo de exercício? Sim Não

Está realizando este exercício nesta gravidez? Sim Não

Como você soube e/ou aprendeu a respeito disso? TV ou rádio Jornais, revistas Livros técnicos

Profissional da Saúde Informação pública (cartazes) Internet Outro

Onde (que lugar) você obteve essa informação? Hospital Unidade Básica de Saúde Consultório particular Escola Faculdade Outro
 Já conversou com seu médico a respeito disso? sim não
 Se não, por qual motivo? por vergonha por achar que é normal .

8 ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36

(adaptado ao período pré-gestacional: em todas as questões, considerar ao invés do período atual, o pré gestacional; nas questões que se referem a quatro semanas atrás, considerar período pré gestacional)

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito Ruim (5)

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

10. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5

9 International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficariamos agradecidos se você pudesse nos responder, às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS:

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

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

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

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ICIQ- Soma de todos resultados: 3+4+5=

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

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

10 INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (I-QoL)

1.	Você se preocupa de não poder chegar ao banheiro a tempo?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
2.	Você se preocupa de tossir ou espirrar devido a sua perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
3.	Quando você está sentada e precisa ficar de pé você se preocupa em perder urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
4.	Quando você chega em um lugar novo você se preocupa em saber onde ficam os banheiros?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
5.	Você fica deprimida com a perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
6.	Devido sua perda de urina, você se preocupa em ficar muito tempo fora de casa?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
7.	Você se sente frustrada quando não consegue fazer o que quer devido sua perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
8.	Você se preocupa em estar cheirando urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
9.	Você pensa no seu problema de perda de urina o dia inteiro?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
10.	É importante para você ir várias vezes ao banheiro?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
11.	Sempre você precisa planejar ou programar o que vai fazer devido à perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
12.	Você se preocupa que aumente sua perda de urina com o passar dos anos?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
13.	Seu problema de perda de urina atrapalha o seu sono?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
14.	Você se sente constrangida ou humilhada devido ao seu problema de perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
15.	Você se sente uma pessoa doente devido sua perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
16.	A perda de urina faz com que você se sinta desamparada?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
17.	Devido à perda de urina você aproveita menos sua vida?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
18.	Você se preocupa em molhar a sua roupa?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
19.	Você se preocupa em não controlar a sua bexiga?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
20.	Devido a sua perda de urina você se preocupa com o tipo e quantidade de líquido que vai beber?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
21.	Você se preocupa com a perda de urina quando escolhe sua roupa?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
22.	A sua perda de urina atrapalha a sua vida sexual?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não

Anexo III- Folha de Aprovação do CEP



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18 618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 08 de Novembro de 2010.

Of. 526/10-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Adriano Dias
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Dr. Adriano,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (**Protocolo CEP 3715-2010**) "Prevalência de perdas urinárias em uma amostra de mulheres de Botucatu", a ser conduzido por Luana Schneider Vianna, com a colaboração de Ana Carolina Monteiro Santini, orientadas por Vossa Senhoria e Co-orientadas por Angélica Mércia Pascon Barbosa, recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 08 de novembro de 2010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP