



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TAMIRES DAIANNY ARAUJO DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DE QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS
DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA
(CE)**

FORTALEZA

2017

TAMIRES DAIANNY ARAUJO DE OLIVEIRA

PREVALÊNCIA DE QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DE
UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA (CE)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O52p Oliveira, Tamires Daianny Araujo de.
Prevalência de queixas de incontinência urinária em usuárias de um serviço de atenção primária no município de Fortaleza (CE) / Tamires Daianny Araujo de Oliveira. – 2017.
102 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

1. Incontinência Urinária. 2. Promoção da Saúde. 3. Enfermagem. 4. Prevalência. I. Título.

CDD 610.73

TAMIRES DAIANNY ARAUJO DE OLIVEIRA

PREVALÊNCIA DE QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM USUÁRIAS DE
UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA (CE)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra (1º Membro)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (2º Membro)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus e à minha família, por quem enfrento todos os obstáculos e busco realizar sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus Pai, todo poderoso e misericordioso, pela possibilidade de realizar este sonho, sempre oportunizando momentos de felicidade ao lado de pessoas que amo e provando que a fé deve ser ininterrupta e inabalável. Obrigada, meu Deus, pela saúde e pela força que me destes desde o início da minha vida, e por me fazer enxergar todas as maravilhas que aconteceram, para que eu me tornasse um ser do bem. Muito obrigada, Senhor!

Aos meus amados pais, Francisca e Totonho, que souberam plantar em uma criança o desejo de crescer e vencer, mesmo diante de todas as dificuldades por qual passamos. Minha mãezinha querida, obrigada por todas suas orações que, com certeza, clamava a Deus diariamente, para que eu concluísse meu projeto e, ao meu saudoso pai (*in memoriam*) por ter, com certeza, intercedido por mim no reino dos céus. Esta conquista é dedicada a vocês dois, principalmente.

Ao meu adorado esposo, Bruno, pelo companheirismo, pelo carinho de sempre, por ter passado noites e noites acordado comigo ajudando, ou apenas esperando que eu terminasse algo. Porém, principalmente quero agradecê-lo pela paciência que sempre teve. Você é verdadeiramente o melhor marido do mundo, e esta vitória também é sua. Amo você.

À minha filha, Isis, que é o maior motivo dos meus esforços e da minha vontade de crescer, pessoal e profissionalmente. Como era difícil deixá-la por alguns instantes e trabalhar no desenvolvimento desse projeto. Você é uma das molinhas que impulsiona todo meu esforço.

Às minhas irmãs, Thanara e Thainara, que sempre me deram palavras de forças e que me faziam desopilar sempre com boas conversas. Cada uma, do seu modo, me fazia ver como seria prazerosa a conclusão de um trabalho tão importante.

Às minhas queridas amigas, Aline e Rayanna, que sempre escutavam minhas angústias, meus desesperos e me incentivavam a seguir em frente. Vocês faziam com que eu me divertisse, mesmo distantes, e mostravam a importância de se ter boas amizades.

À minha sogra, Arlene, que diversas vezes ficou com minha Isis, para que eu pudesse ter um dia produtivo nos estudos. Com certeza posso sentir seu amor de mãe por mim.

À minha querida orientadora Prof. Dra. Mônica Oriá, que sempre foi uma pessoa muito compreensiva, carinhosa, amiga e paciente. Muito obrigada por cada ensinamento e que Deus lhe abençoe.

À Prof. Dra. Camila Vasconcelos, por ter me ajudado tanto nesta última fase e por todo conhecimento repassado enquanto estive no ambulatório de Uroginecologia do Hospital Geral de Fortaleza e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Promoção Sexual e Reprodutiva (NEPPSS).

Ao Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida, que contribuiu valiosamente para que eu concluísse meu trabalho, realizando todas as análises estatísticas. Uma pessoa generosa e sempre muito disponível.

A Marta, minha querida secretária do lar, que cuida tão bem de mim e da minha filha. Obrigada por todo carinho e por me ajudar tanto a levar a casa. Ganhei uma terceira mãe.

A todos os funcionários do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), principalmente Fatinha, Socorro, Guedes, Auzenir e Enfermeira Leíce, que me acolheram com todo carinho e me ajudaram muitíssimo no período da coleta de dados. São pessoas que para sempre vou levar no coração.

Ao estudante de Enfermagem Matheus Furtuoso, por ter sido um grande parceiro durante a coleta de dados e por ter me ajudado a cumprir o prazo estipulado. Obrigada, amigo!

À amiga e doutoranda Karine Bezerra, por ter me ensinado e ajudado em vários momentos, antes e durante o mestrado. Você é uma pessoa muito especial, a quem devo parte desta conquista.

À amiga e também doutoranda Deise Sousa, por termos dividido vários momentos alegres e descontraídos durante sua coleta de dados também no CEDEFAM.

A todos do grupo de pesquisa NEPPSS, por serem tão unidos e comprometidos em buscar sempre mais conhecimento.

A todas as mulheres que aceitaram participar do meu estudo, o meu muitíssimo obrigada. A experiência foi muito valiosa e, agora, consigo ter uma sensibilidade muito maior para lidar com pessoas com incontinência urinária. Sem elas, certamente não seria possível finalizar este projeto.

Às minhas amigas do grupo La Kitanda, Katia, Luiza, Patrícia, Rafaella, Herta e Fernanda, por estarem sempre por perto, compartilhando muitos momentos de lazer.

A todos os amigos da minha turma do Mestrado, que foram sempre pessoas maravilhosas e preocupadas com a saúde mental uns dos outros.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), que foram excelentíssimos mestres e contribuíram bastante para minha formação pessoal e profissional.

Ao Departamento de Enfermagem da UFC, o meu muito obrigada por ser minha segunda casa desde o início da faculdade.

A todo corpo docente do Departamento de Enfermagem da UFC, por ter semeado em mim o desejo de ser uma excelente profissional da saúde e me tornar bom exemplo para outros.

A todos meus familiares, das famílias Araújo, Feitosa e Oliveira, avós, tios e primos, pelo apoio e incentivo.

Ao órgão financiador da minha bolsa de estudos, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro tão importante e fundamental para nós estudantes.

Por fim, quero agradecer a minha querida UFC, o lugar mais almejado da minha adolescência inteira. Seria um prazer me formar como enfermeira, mas esse prazer só seria completo se eu carregasse o nome dessa universidade em meu diploma. Muito orgulho de ser aluna UFC!

“Procura ser tão grande que todos queiram alcançar-te, e tão humilde que todos queiram estar contigo!” (Paulo Coelho)

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar a prevalência de queixas de incontinência urinária (IU) em mulheres que buscavam consulta ginecológica de enfermagem em uma unidade de cuidados básicos de saúde. Pesquisa observacional, descritiva, transversal realizada em uma Unidade Básica de Saúde situada na Secretaria Executiva Regional III de Fortaleza (CE). Participaram do estudo todas as mulheres acima de 18 anos que buscaram o serviço de ginecologia durante os meses de julho a outubro de 2016. Realizou-se entrevista individualizada mediante um instrumento contemplando dados sociodemográficos, investigação de queixas de IU e qualidade de vida (QV) de mulheres com IU. Após a coleta de dados, utilizaram-se análise estatística descritiva e os testes qui quadrado e *t* Student por meio do programa SPSS, versão 22.0. Para todos os testes, foram utilizados intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A pesquisa faz parte de outro estudo em andamento com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) devidamente aprovado da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo respeitado todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos. Participaram do estudo 322 mulheres com idade mínima de 18 e máxima de 85 anos. Destas, 120 (37,3%) mulheres apresentaram IU, sendo que 64 (53,3%) referiram incontinência urinária de esforço (IUE), 22 (18,3%) disseram ter urge-incontinência (UI) e 32 (26,7%) afirmaram ter incontinência urinária mista (IUM). Dentre os fatores de risco associados à IU, encontraram-se idade, número de gestações, número de partos, número de partos vaginais, número de abortos, diabetes, hipertensão, tosse crônica, uso de diuréticos e hipoglicemiantes orais, histórico familiar de prolapso de órgãos pélvicos e tabagismo. Entre as mulheres com IU, apenas 17 (14,2%) buscaram algum tipo de atendimento, justificando a não busca pela crença que o problema era normal para idade. Quando se comparou a QV de todas as mulheres do estudo, identificou-se que as médias dos domínios das mulheres com IU eram todas menores quando comparadas às continentas, caracterizando o comprometimento da QV de mulheres com incontinência. Além disso, comparou-se a QV entre os grupos de mulheres com os diferentes tipos de IU, e constatou-se que o prejuízo da QV foi maior no grupo de mulheres com IUM. A função sexual também foi mais prejudicada em mulheres que tinham IUM. O estudo revelou a prevalência de mulheres com queixas de IU em um serviço da Atenção Primária à saúde, os fatores que interferiram no aparecimento da doença e as causas pelas quais não houve procura por tratamento. A maioria desconhecia a doença e os tratamentos existentes, passando a conviver com o problema e com as consequências que ele

acarretava, como o comprometimento da QV. Os profissionais da saúde, de forma geral, não questionam sobre a IU, levando a construir no imaginário coletivo a ideia de que a doença não é importante e que não causa agravos à saúde.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Promoção da saúde. Prevalência. Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was identify the prevalence of urinary incontinence (UI) complaints in women who were waiting a gynecological nursing consultation in a basic health care unit. The research is an observational, descriptive, cross-sectional study conducted in a Health Center located in the Third Regional Executive Secretary of Fortaleza (CE), Brazil. The study included all women over 18 years who sought the gynecology service from July to October 2016. An individual interview was conducted using an instrument with sociodemographic data, investigation of UI complaints and quality of life (QL) in women with UI. Thereafter we used descriptive statistical analysis, Chi-square and *t* Student tests through the SPSS program (version 22.0). For all tests a 95% confidence interval and a significance level of 5% were used. The research is part of another underway study approved by Research Ethics Board of the Universidade Federal do Ceará (UFC), respecting all ethical aspects related to research involving human beings. A total of 322 women between a minimum age of 18 and a maximum of 85 years old participated in the study. Of these, 120 (37.3%) women were with UI, in which 64 (53.3%) reported stress urinary incontinence (SUI), 22 (18.3%) reported urinary incontinence emergency (UIE) and 32 (26.7%) reported mixed urinary incontinence (MUI). The risk factors associated with UI were age, number of pregnancies and births, number of vaginal deliveries, number of abortions, diabetes, hypertension, chronic cough, use of diuretics and oral hypoglycemic agents, family history of pelvic prolapse and smoking. Among women with UI, only 17 (14.2%) sought some kind of care justifying not seeking treatment because they believed the problem was normal for age. When comparing the QL of all the women in this study, we identified that the averages of the domains of women with UI were all smaller when compared with the women without urinary problems, characterizing the QL impairment of women with incontinence. In addition, QL was compared between the groups of women with the different kinds of UI and it was reported that the QL impairment was higher in the group of women with MUI. Sexual function was also more impaired in women who had MUI. The study revealed the prevalence of women with UI complaints at a primary health care service, the factors that interfered for onset of the disease and the causes for which there was no demand for treatment. The majority was unaware of the disease and the existing treatments, living with the problem and the consequences that it entails for their lives. Health professionals generally do not question about UI, leading the belief that the disease is not important and does not cause health problems.

Keywords: Urinary incontinence. Health promotion. Prevalence. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Organograma do processo de seleção de artigos incluídos na revisão de literatura
- Figura 2 – Mapa dos bairros pertencentes à Secretaria Executiva Regional III da cidade Fortaleza
- Gráfico 1 – Distribuição das mulheres com queixas de incontinência urinária de acordo com o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form. (A) Identificação de mulheres com e sem queixa de incontinência urinária; (B) Tipos de incontinência urinária de acordo com as características da perda
- Gráfico 2 – Caracterização das perdas urinárias de acordo com o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form
- Gráfico 3 – Escala de gradação da interferência da incontinência urinária na vida diária
- Gráfico 4 – Motivos pelos quais as mulheres incontinentes não buscaram atendimento
- Gráfico 5 – Comparação entre as médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida de mulheres com e sem queixas de incontinência urinária
- Gráfico 6 – Distribuição das mulheres que apresentavam incontinência urinária e tinham vida sexual ativa de acordo com a aplicação do *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- Quadro 1 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa
- Quadro 2 – Caracterização dos estudos quanto às abordagens utilizadas para identificação das queixas de incontinência urinária
- Tabela 1 – Número de mulheres, segundo as variáveis sociodemográficas
- Tabela 2 – Associação entre a presença de incontinência urinária e fatores de risco
- Tabela 3 – Comparação entre as médias do *King's Health Questionnaire* de mulheres com queixas de incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de mista e urge-incontinência de cada domínio e do escore total do *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AEU	<i>Asociación Española de Urología</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPN	Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa
DP	Desvio padrão
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
FFOE	Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
DAP	Disfunção do assoalho pélvico
IECA	Inibidores da enzima conversora da angiotensina

KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
LPP	Lesão por pressão
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PCG	Prevenção do câncer ginecológico
PISQ-12	<i>Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire</i>
QV	Qualidade de vida
RI	Revisão integrativa
SEMERGEN	<i>Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria</i>
semFYC	<i>Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria</i>
SEMG	<i>Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia</i>
SF-36	Questionário de Qualidade de Vida, sigla do inglês <i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UI	Urge-incontinência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Revisão integrativa das abordagens utilizadas na Atenção Primária em saúde com pacientes que referem queixas de incontinência urinária.....	24
3.1.1	Estudos que abordam as intervenções realizadas com pacientes.....	42
3.1.2	Estudos que abordam as intervenções realizadas com profissionais.....	43
3.1.3	Estudos que abordam a identificação da doença mediante o registro de informações do serviço.....	45
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	Tipo de estudo.....	47
4.2	Local de estudo.....	47
4.3	População e amostra.....	50
4.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	50
4.5	Operacionalização da coleta de dados.....	51
4.5.1	Instrumento de coleta de dados.....	51
4.6	Análises de dados.....	54
4.7	Aspectos éticos.....	54

5	RESULTADOS.....	55
6	DISCUSSÃO.....	66
6.1	Limitações e recomendações.....	74
7	CONCLUSÃO.....	76
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	89
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	91
	ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.....	98

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é a disfunção do assoalho pélvico (DAP) mais relatada na literatura. É definida pela *International Continence Society* (ICS) como qualquer queixa de perda involuntária de urina que causa um problema social e higiênico, interferindo negativamente na qualidade de vida (ABRAMS *et al.*, 2010).

A ICS subdivide a IU em alguns tipos, de acordo com a situação em que a perda de urina é percebida. Os três tipos mais comuns são: incontinência urinária de esforço (IUE), quando se observa a perda de urina devido à realização de algum esforço físico, como tossir ou espirrar; urge-incontinência (UI), quando é notada perda de urina juntamente do desejo súbito e inadiável de iniciar a micção; e a incontinência urinária mista (IUM), que é a associação dos dois tipos de incontinência, de esforço e de urgência (ABRAMS *et al.*, 2010).

A etiologia da doença tem causas multifatoriais, porém os reais motivos pelos quais um indivíduo pode desencadear a IU ainda geram dúvidas entre os pesquisadores que, em alguns estudos, não têm encontrado relações significativas entre fatores considerados predisponentes e a IU (MINASSIAN *et al.*, 2003).

Como causas comumente associadas ao aparecimento da doença, temos idade avançada, obesidade, genética familiar, multiparidade, parto vaginal, cirurgias pélvicas, deficiência de colágeno, deficiência estrogênica, doenças crônicas (como *diabetes mellitus*, hipertensão e tosse crônica), doenças neurodegenerativas e traumas (BRASIL, 2006; BERMÚDEZ *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2014; MARTÍNEZ-GALLARDO PIETRO *et al.*, 2007). A presença de fatores comuns a ambos os sexos, adicionada a fatores especificamente relacionados à população feminina, faz com que este grupo seja mais severamente atingido pela IU (ANIULIENÉ *et al.*, 2016).

Embora seja mais prevalente em mulheres idosas, a IU pode ser percebida em qualquer fase da vida, pois, além da idade, existem diferentes fatores que podem comprometer a integridade do trato urinário inferior (MENEZES *et al.*, 2012; REIS *et al.*, 2003)

Apesar de a IU não oferecer risco de vida para a pessoa acometida, é uma condição que traz sérias implicações para a saúde física, psicológica e social (VIEGAS *et al.*, 2009). Comumente, as mulheres referem preocupação com o odor de urina e dificuldade durante o ato sexual devido ao medo de perder urina durante a relação ou de precisar interrompê-la para urinar, bem como alterações do padrão de sono (FONSECA *et al.*, 2005).

De outra maneira, a IU pode contribuir para o desenvolvimento de dermatites e lesão por pressão (LPP) em pacientes com mobilidade prejudicada. Isso ocorre pelo aumento da umidade local e, conseqüentemente, pela maceração da pele, levando ao seu rompimento (BENÍCIO, 2012; BEZERRA, 2010; BRASIL, 2006).

Atualmente, percebe-se o aumento da prevalência da IU em todo o mundo, o que motiva o desenvolvimento de novas pesquisas como forma de conhecer as significativas alterações causadas na vida das pessoas, e a melhor maneira de intervir para tratá-las (BENÍCIO, 2012).

Estudos apontam que a IU pode afetar mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo (CAVALCANTE *et al.*, 2014; DEDICAÇÃO *et al.*, 2009). O *National Center for Health Statistics* (NCHS) desenvolveu um relatório sobre a prevalência da incontinência em pessoas com mais de 60 anos e constatou que mais de 37 milhões de pessoas têm algum tipo de IU no país (UROCOOP, 2014). Markland *et al.*, (2011) realizaram estudo transversal com o objetivo de estimar a prevalência de IU da população adulta dos Estados Unidos nos anos de 2001 a 2008 e, ao final, observaram aumento da taxa de 49,5% nos anos de 2001 a 2002 para 53,0% nos anos de 2007 a 2008.

Em um grande estudo de revisão realizado por Minassian *et al.* (2003), foi evidenciada prevalência média de IU de 27,6% em mulheres e 10,5% em homens, estando presente em 20 a 23% das mulheres com idade entre 30 a 39 anos. Em mulheres com faixa etária entre 40 a 49 anos, a prevalência do problema foi de 25 a 30%, permanecendo neste patamar até a faixa etária dos 75 a 89 anos. Após esta idade, percebe-se um novo aumento da taxa da doença para 30 a 35%, podendo atingir até 50% das mulheres (MINASSIAN *et al.*, 2003).

No Brasil, as estimativas não são muito claras, devido à heterogeneidade e à especificidade dos grupos amostrais envolvidos. Presume-se que a prevalência de IU em mulheres com idade entre 50 e 75 anos seja de aproximadamente 20 a 35% (TORREALBA e OLIVEIRA, 2010). As pesquisas geralmente são realizadas em grupos específicos, como idosos institucionalizados, gestantes ou mulheres na pós-menopausa (MENEZES *et al.*, 2012). Desta maneira, pesquisas epidemiológicas que retratem a prevalência da IU na população como um todo ainda são escassas e de difícil realização (TAMANINI *et al.*, 2009; MENEZES *et al.*, 2012).

Diante de tais estudos, observa-se constantemente que a doença compromete bastante a qualidade de vida (QV) destas pessoas. A QV, de acordo com Organização Mundial da Saúde é definida como a percepção do indivíduo sobre sua situação na vida, levando em consideração seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995). Assim, a IU é uma situação que afeta a QV, dada a interferência que provoca na sexualidade e nos âmbitos social, doméstico, ocupacional, psicológico e econômico, deixando-a vulnerável, aflita e insegura para resolver as Atividades de Vida Diária (AVDs) (PEDRO *et al.*, 2011).

Outro aspecto que dificulta a exata mensuração da magnitude do problema é que a maioria das mulheres afetadas não relata o problema espontaneamente para nenhum profissional, e poucas buscam o serviço de saúde por este motivo. A explicação para a omissão destas queixas se dá pela vergonha, ou por concluir que é algo normal da idade e que não tem solução, assim como por medo e pela falta de conhecimento de onde buscar tratamento adequado (FREIRE *et al.*, 2004; SILVA e LOPES, 2009; SIDDIQUI *et al.*, 2014). Somado a isto, os profissionais de saúde tendem a negligenciar a busca dos sintomas, aceitando-os como parte do envelhecimento humano e um problema de ordem prorrogável (RIOS *et al.*, 2011).

Desta maneira, o fato da IU não ser vista como um problema tão sério e por se considerar que não seja necessária uma intervenção imediata, o assunto não é discutido e nem esclarecido entre profissional e paciente. Deste modo, a mulher convive com uma situação que compromete gravemente seu bem-estar pessoal, ao invés de ser adequadamente tratada com recursos de baixa, média e alta complexidade, de acordo com cada caso apresentado.

A comunicação entre profissional e paciente também é fator que interfere no relato dos sintomas de IU. Mesmo sendo reconhecida como essencial, o processo comunicacional entre as partes ainda é considerado ineficaz em muitos setores e níveis de saúde (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizou-se priorizar atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, fornecidas pelos três níveis de Atenção: Primário, Secundário e Terciário (BRASIL, 1990). Para isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi criada como porta de entrada do sistema, que visa acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população (FIGUEIREDO, 2012). Este espaço deve ter como missão a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, objetivando reduzir fatores de risco que ameaçam a saúde das pessoas, os quais podem causar doenças e outras incapacidades (BRASIL, 1990). No entanto, a precarização do trabalho neste setor é considerada um dos motivos para a realização de uma assistência de qualidade deficiente para a comunidade (SOUZA e COSTA, 2010). Tenta-se equivocadamente priorizar problemas considerados mais urgentes para este nível. Assim, a IU dificilmente é abordada entre profissional e paciente, que acabam por desvalorizar seus sintomas.

Apesar da alta prevalência e do forte impacto na QV, a IU possui várias alternativas terapêuticas que podem ajudar a melhorar esse estado de saúde das mulheres ou curá-las. Destarte, torna-se preocupante a omissão de alguns profissionais diante dos sintomas de IU e outras disfunções pélvicas em mulheres que acessam o serviço básico de saúde. Como consequência desta omissão, os profissionais não oferecem a oportunidade de estas mulheres receberem importantes orientações e encaminhamentos para a realização de tratamentos e cuidados necessários (BENÍCIO, 2012).

O tratamento para a doença pode ser comportamental, fisioterápico, medicamentoso e cirúrgico. A escolha dependerá das condições de saúde, do tipo e do estágio da incontinência. Por meio destas intervenções, a cura pode ser obtida; os sintomas, minimizados; ou a paciente pode aprender a lidar melhor com o problema (CALDAS *et al.*, 2010). Nesta perspectiva, é importante mencionar que, nas Unidades

Básicas de Saúde (UBS), os serviços de atenção à saúde da mulher são alvos para ações prioritárias no SUS e podem ser utilizados para abordar questões relacionadas à IU. Além disso, o enfermeiro é um dos principais profissionais integrantes da equipe multiprofissional capaz de atuar neste processo de saúde (MELO *et al.*, 2012), pois protagoniza diversas ações coletivas e individuais em prol de evitar agravos à saúde. Ademais, desempenha atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas, educativas e, mediante o vínculo com as usuárias, concentra esforços para reduzir os tabus, os mitos e os preconceitos (MELO *et al.*, 2012).

Diante deste cenário, entendemos que a consulta de enfermagem ginecológica realizada no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero pode ser uma excelente oportunidade para abordar questões relacionadas a problemas urinários e para adotar condutas que favoreçam seu tratamento e resolução.

Neste sentido, com o intuito de conhecer melhor a necessidade das mulheres, a prevalência da doença e a repercussão que ela traz para a QV destas pessoas, bem como conhecer os motivos pelos quais muitas pacientes não mencionam a perda involuntária de urina aos profissionais da saúde, este estudo foi desenvolvido em um ambulatório de enfermagem ginecológica que atendia mulheres por demanda espontânea.

Entende-se que conhecer a real prevalência da IU e sua repercussão para a QV pode favorecer a reorganização do serviço e possibilitar que outros aspectos de saúde sejam esclarecidos. Além disto, possibilita que o enfermeiro assuma condutas e desenvolva estratégias que permitam às pacientes o acompanhamento, o tratamento e a resolução da IU, de maneira adequada e competente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar a prevalência das queixas de incontinência urinária e seus fatores associados em mulheres atendidas em um serviço de Atenção Primária à Saúde em Fortaleza (CE).

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres que apresentavam incontinência urinária.
- Identificar o tipo de incontinência urinária mais prevalente entre as mulheres sintomáticas, mediante as queixas informadas.
- Verificar se as mulheres que referiam incontinência urinária já tinham buscado algum tipo de esclarecimento ou tratamento para a doença.
- Avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres sintomática.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os enfermeiros são constantemente instigados a buscarem conhecimento científico, tendo em vista a permanente necessidade de tomada de decisão para realizar cuidados ao paciente nos diversos níveis de atenção à saúde (MENDES *et al.*, 2008). Nessa perspectiva, a Prática Baseada em Evidência (PBE) deve ser uma abordagem que auxilia os profissionais a melhorarem a qualidade da assistência prestada em saúde. Este método vem sendo amplamente recomendado e utilizado também como forma de agregar resultados de pesquisas, a fim de encontrar a melhor conduta a ser seguida (GALVÃO e SAWADA, 2003).

Para a implementação desta prática no âmbito da enfermagem é fundamental que o profissional entenda o método, e como construir ou extrair as informações pertinentes para o que se quer encontrar. Diante disso, emergiu o seguinte questionamento: Quais abordagens são utilizadas para identificar a IU em mulheres usuárias dos serviços de Atenção Primária? Para responder a esta questão, escolheu-se a revisão integrativa (RI) da literatura como método de pesquisa.

A RI, segundo Botelho *et al.* (2011), é uma abordagem que permite a inclusão de estudos que adotam diferentes metodologias, como os estudos experimentais e não experimentais. Para Souza *et al.* (2010), a RI combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

3.1 Revisão integrativa das abordagens utilizadas na Atenção Primária em saúde com pacientes que referem queixas de incontinência urinária

Considerada como uma das novas ‘epidemias’ do século 21, a IU vem sendo amplamente investigada pela uroginecologia, como forma de entender melhor suas causas, formas de diagnóstico e tipos de tratamentos (BOTELHO *et al.*, 2007). Como qualquer outro problema de saúde, a detecção precoce dos primeiros sinais de perda involuntária de urina e a descoberta do porquê de sua ocorrência são as melhores maneiras de iniciar um tratamento adequado, menos invasivo e com maiores chances de cura.

A APS funciona como a ‘porta de entrada’ dos usuários no sistema de saúde, devendo priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Este espaço de saúde pode se configurar como o mais adequado para identificar antecipadamente queixas de mulheres com IU.

A literatura apresenta como principais causas para o desenvolvimento da IU a gravidez e o parto vaginal. Algumas pesquisas comprovaram que o estado grávidico causa alterações predisponentes à IU, sendo este um dos principais motivos pelo qual as mulheres sofrem mais com o problema do que os homens (LOPES e PRAÇA, 2010).

O assoalho pélvico da mulher, no decorrer da gestação, suporta uma pressão elevada, decorrente do peso fetal, da placenta, dos líquidos placentários e dos órgãos abdominais, e isto provoca sobrecarga das estruturas pélvicas, comprometendo principalmente os músculos e prolongamentos nervosos. No momento do parto vaginal, ocorre desnervação parcial do assoalho, havendo posterior reinervação – fato não evidenciado no parto cesáreo, por não existir todo o esforço empregado durante o nascimento por via vaginal (HADDAD *et al.*, 2012). Depois de 2 meses, a musculatura pélvica da maioria das mulheres retorna para suas condições normais (HADDAD *et al.*, 2012).

Outros fatores que podem estar fortemente associados ao surgimento da IU são: (1) a obesidade que, semelhantemente à gestação, causa aumento da pressão

abdominal e consequente aumento da pressão intravesical, ampliando em até quatro vezes a chance da mulher se tornar incontinente (HADDAD *et al.*, 2012); (2) a constipação, que tem sido abordada em alguns estudos como causa de incontinência, por provocar efeitos mecânicos, anatômicos e neuropáticos locais; (3) a deficiência de colágeno, devido ao enfraquecimento das fibras de sustentação do assoalho pélvico por parte dos músculos da região; (4) doenças pulmonares crônicas, por provocarem episódios de tosses prolongadas, elevando a pressão intra-abdominal; (5) episódios repetitivos de infecções do trato urinário (BANI-ISSA *et al.*, 2014), pela ação de patógenos que desencadeiam processo inflamatório local e comprometimento das estruturas pélvicas; (6) doenças neurológicas que afetam a sensibilidade e o controle da micção; (7) menopausa, por desencadear atrofia na região vaginal e uretral; (8) doenças crônicas, como diabetes e hipertensão (BANI-ISSA *et al.*, 2014); e, por fim, (9) drogas e medicações que podem interferir, direta ou indiretamente, no processo de continência, principalmente os psicotrópicos, diuréticos, alfabloqueadores e inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) (HADDAD *et al.*, 2012).

Somado a todos esses fatores, tem-se o envelhecimento, que causa redução considerável do funcionamento adequado de todas as estruturas do corpo. Trata-se de um processo fisiológico natural, no qual ocorrem modificações biológicas e funcionais, como a sarcopenia, levando à diminuição do peso muscular e à alteração da condução dos impulsos nervosos. Como a continência urinária é o resultado do bom funcionamento de todos os componentes do assoalho pélvico, o processo de senescência pode desencadear a IU, ou agravar sintomas já instalados (HADDAD *et al.*, 2012).

Diante deste quadro multifatorial, verifica-se a importância do diagnóstico precoce da IU. Por este motivo, médicos, enfermeiros fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais estão cada vez mais preocupados com a incidência desta doença. É necessário o desenvolvimento de estudos de qualidade, que possam identificar precocemente os sintomas e a realização de intervenções que venham a diminuir ou impedir que ocorra piora das queixas na população feminina (BOGREN *et al.*, 1997).

Embora ocorra bastante preocupação por parte dos estudiosos da área, estes trabalhos abordam principalmente a identificação do impacto que a IU causa na QV da população idosa, na qual se apresenta mais prevalente. No entanto, como a IU é

considerada um problema de saúde pública muitas vezes evitável, esperava-se que os primeiros sinais e sintomas fossem detectados precocemente, principalmente na APS, a fim de impedir o agravamento dos sintomas. Porém, diante da imensa demanda de pacientes nestas unidades diariamente com uma infinidade de queixas emergenciais, o tema dificilmente é abordado ou questionado (ALBERS-HEITNER *et al.*, 2008).

Logo, necessita-se de uma abordagem mais abrangente, que possa incluir, de fato, os estudos que mencionem como é realizada a identificação da IU nos espaços da APS.

Considerando estes aspectos, esta RI objetivou buscar evidências disponíveis sobre as abordagens realizadas na APS sobre a busca por sinais e sintomas de IU em pacientes que aguardam consulta nas UBS.

Para sistematização do processo de busca de estudos na literatura, foram seguidas seis etapas pré estabelecidas: primeiramente, foram definidos o tema e as palavras-chaves; em seguida, definiram-se os critérios de inclusão e exclusão dos artigos, e a seleção dos artigos mediante a busca nas bases de dados; posteriormente, houve determinação de quais informações seriam extraídas dos artigos selecionados; foi feita, então, a avaliação dos estudos incluídos; em seguida, a interpretação de seus resultados; e, por fim, foram realizadas a apresentação da revisão e a síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2008).

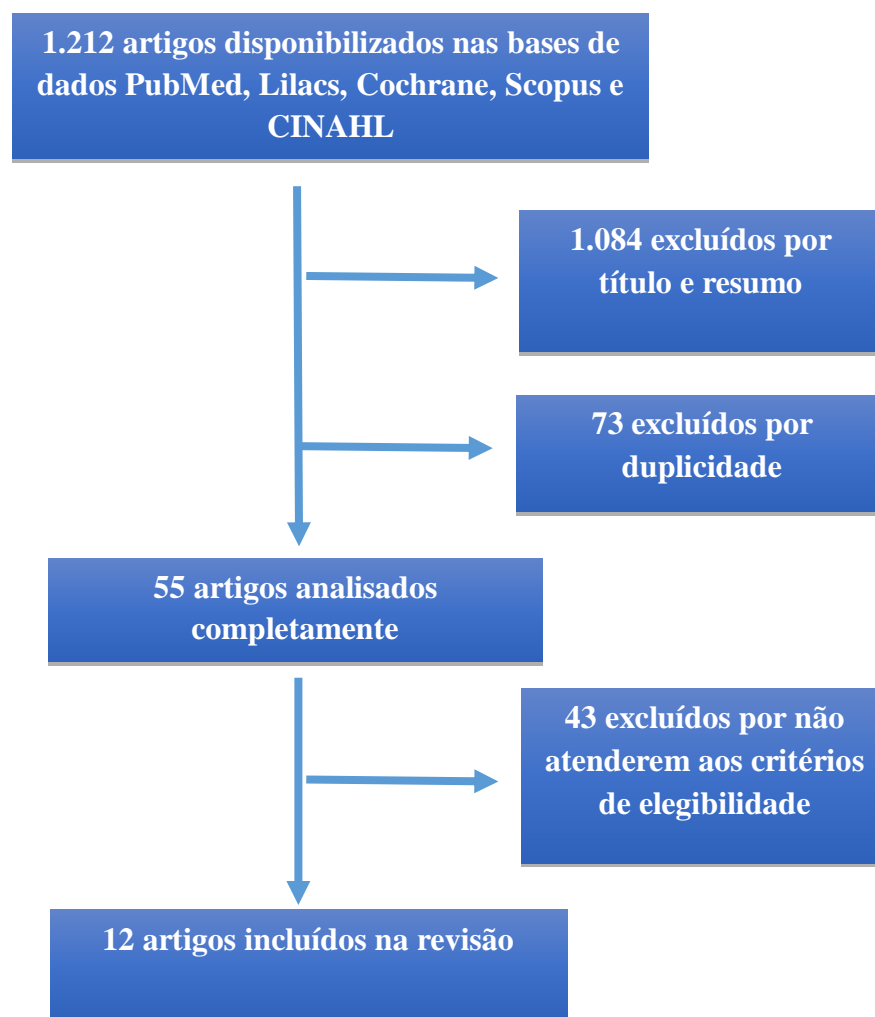
Como forma de realizar a busca nas bases de dados, foi utilizada a terminologia em saúde dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elegendo os seguintes descritores controlados: incontinência urinária, Atenção Primária à Saúde, promoção da saúde e seus semelhantes no idioma inglês (*urinary incontinence*, *primary health care* e *health promotion*). Para a seleção dos manuscritos científicos, foram utilizadas importantes bases de dados no contexto da saúde. Por meio do acesso on-line, utilizaram-se, como bases de dados: PubMed (Public/Publish Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Cochrane. Duas buscas foram realizadas por base, com as seguintes combinações: “incontinência urinária” AND “Atenção Primária à Saúde” e “incontinência urinária”

AND “promoção da saúde”. A busca dos artigos e a seleção daqueles que atendiam aos critérios predefinidos ocorreram no mês de novembro de 2016.

Foram incluídos estudos em que a publicação apresentasse informações sobre as formas de identificar a IU no ambiente de APS; disponíveis eletronicamente no período compreendido entre 2006-2016; originais; disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e/ou português; e publicações completas com resumos disponíveis.

Os artigos foram analisados de acordo com sua relevância científica e sua relação com o tema em questão. Após análise criteriosa dos artigos, selecionaram-se 12 estudos (Figura 1).

Figura 1 – Organograma do processo de seleção de artigos incluídos na revisão de literatura. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



Fonte: elaborado pelo autor. LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; CINAHAL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*.

Para a coleta dos dados e organização dos estudos, utilizou-se o instrumento de Ursi (2006) adaptado para o objetivo deste estudo, identificando título do artigo, autores/ano de publicação, objetivos propostos, características metodológicas, rigor metodológico, resultados alcançados e conclusões.

Para a análise e a síntese dos artigos selecionados, utilizou-se um quadro sinóptico adaptado, também elaborado por Ursi (2006) para este fim, que contempla: base de dado em que foi encontrado, nome da pesquisa; nome dos autores; intervenção estudada; resultados; recomendações/conclusões (Quadro 1)

Quadro 1 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Base	Título	Autores/ano	Intervenção	Resultado	Conclusão
PubMed	<i>A qualitative study of the assessment and treatment of incontinence in primary care</i>	Shaw <i>et al.</i> , 2007	32 médicos de clínica geral foram entrevistados para saber como era a avaliação, o diagnóstico e o tratamento da IU em UBS	Quando os pacientes relatavam IU, os médicos tentavam distinguir o tipo, mas nenhum se considerou capaz de realizar tratamento para treinar a bexiga. Alguns médicos utilizaram terapia medicamentosa com anticolinérgico, mas nem todos estavam convencidos do custo-benefício da droga para tratar a disfunção. Outros revelaram que qualquer tratamento lhes tomaria muito tempo, o que seria melhor encaminhar para a enfermagem especializada nestes tipos de cuidados	Os cuidados prestados com pacientes que reportavam IU eram variáveis e falhos, por não seguirem um padrão sistemático de condutas

<p><i>Active encouragement of older women with urinary incontinence in primary care to undergo diagnosis and treatment: A matched-pair cluster randomized controlled trial</i></p>	<p>Visser <i>et al.</i>, 2015</p>	<p>O grupo intervenção foi submetido a vários exames uroginecológicos. Com os resultados, uma equipe multidisciplinar discutia os achados e formulava plano terapêutico. Já no grupo controle, os cuidados recebidos eram padronizados de acordo com as Diretrizes Holandesas para Médicos de Clínica Geral, sugerindo que o diagnóstico e o tratamento ocorressem apenas quando a paciente decidisse consultar seu médico de família para IU</p>	<p>Após a avaliação, 75 mulheres realizaram tratamento comportamental, incluindo treinamento de músculos do assoalho pélvico, treinamento da bexiga e <i>biofeedback</i>, e estas, após as análises, tiveram melhora de 34% dos sintomas de IU, tendo o grupo controle melhora de 17%. A probabilidade de melhora foi mais que o dobro para o grupo intervenção</p>	<p>Convidar mulheres idosas com IU que não se consultam com seu médico sobre este problema e, em seguida, tratá-las, é eficaz, isto é, um tratamento adaptado às suas necessidades aumenta duas vezes a chance de melhorar os sintomas</p>
<p><i>Effectiveness of involving a nurse specialist for</i></p>	<p>Albers-Heitner <i>et al.</i>, 2011</p>	<p>No grupo intervenção, os enfermeiros utilizaram diários de micção e aconselhamento</p>	<p>Em contraste com as expectativas, os pacientes em ambos os grupos melhoraram no escore ICIQ aos 3</p>	<p>Envolver enfermeiros especialistas em cuidados de saúde para pacientes com IU</p>

<p><i>patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial</i></p>		<p>sobre o estilo de vida, os hábitos de higiene, o treinamento dos músculos pélvicos e da bexiga e, quando necessário, recomendavam protetores para incontinência. Os pacientes foram tratados durante 1 ano, com cinco a sete visitas durante os primeiros 3 meses, seguido de consultas aos 6 e 12 meses para monitorar o efeito e adesão. Para o grupo controle, foi seguida a rotina do serviço, e eles eram tratados pelos médicos clínicos gerais</p>	<p>meses e na tendência linear de 1 ano. No entanto, quando se controlou o tipo de IU, o IMC e o escore basal de ICIQ, verificou-se que, em comparação com o grupo de tratamento habitual, as diferenças de escore ICIQ aos 3 meses melhoraram significativamente no grupo intervenção</p>	<p>complementares aos do médico pode reduzir a gravidade e impacto da IU. Percebe-se também melhora com relação a situações como ansiedade/depressão</p>
<p><i>Evaluation of the Effectiveness of Nurse-Led</i></p>	<p>Choi et al., 2015</p>	<p>Os pacientes inscritos no programa NAHC-CC recebem avaliação inicial realizada por</p>	<p>O grupo de intervenção teve melhora significativa na gravidade do STUI ($p < 0,05$) e na QVRS</p>	<p>Cuidados de incontinência conduzidos por enfermeiros de base comunitária podem</p>

<p><i>Continence Care Treatments for Chinese Primary Care Patients with Lower Urinary Tract Symptoms</i></p>		<p>enfermeiros de cuidados de continência que realizam histórico, exame físico e as investigações de linha de base (urofluxometria, força muscular do assoalho pélvico e estimativa de urina residual pós-evacuação). As intervenções subsequentes são baseadas em protocolos e incluem medidas conservadoras adaptadas a cada paciente de acordo com o tipo de STUI sendo experimentado. As intervenções incluem exercício do músculo do assoalho pélvico, modificação da dieta, treinamento da bexiga e massagem uretral para</p>	<p>($p < 0,05$). As melhoras na quantidade de perda de urina não foram diferentes entre os dois grupos. As maiores proporções de indivíduos no grupo de intervenção relataram aumento da autoeficácia no manejo da IU (43,48% vs. 66,83%) e melhoria da condição de saúde geral (17,74% vs. 41,5%)</p>	<p>aliviar os sintomas de forma eficaz, melhorar a qualidade de vida, a autoeficácia em IU, o estado geral de saúde e os cuidados primários de pacientes com STUI</p>
--	--	---	--	---

			pacientes do sexo masculino		
	<i>Practice Redesign to Improve Care for Falls and Urinary Incontinence</i>	Wenger <i>et al.</i> , 2010	A intervenção ACOVE <i>prime</i> foi realizada na comunidade com pacientes acima de 75 anos dividida em cinco etapas: (1) detecção dos casos de queda e/ou IU; (2) coleta dos casos destas pessoas; (3) solicitação de registro médico; (4) material para educação do paciente e familiares; e (5) suporte de decisão de profissionais de saúde e educação de médicos e funcionários	6.051 pacientes foram selecionados e 2.847 (47,1%) apresentaram resultados de quedas ou IU (46,1% no grupo intervenção e 48,8% no grupo controle). Para as cinco etapas, 1.211 prontuários foram avaliados após seleção estratificada aleatória. Os pacientes do grupo intervenção receberam 60,0% dos cuidados recomendados para quedas vs. 37,6% fornecidos por profissionais de saúde ao grupo controle (p=0,001). Da mesma forma, os profissionais de saúde do grupo intervenção forneceram mais cuidados recomendados para	O redesenho da prática pode melhorar o atendimento que os médicos de Atenção Primária de base comunitária oferecem para pacientes idosos com quedas e IU. Os resultados de tais melhorias requerem uma avaliação mais aprofundada

				IU (47,2% vs. 27,8%; p= 0,001)	
<i>Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. An observational study</i>	Teunissen <i>et al.</i> , 2015	16 profissionais de enfermagem foram treinados para identificar IU em mulheres da comunidade. Participaram do estudo 103 mulheres com idade média de 55 anos. No início, mediram-se a gravidade da IU (pontuação de Sandvik), o impacto sobre a qualidade de vida (IIQ) e a impressão global da gravidade do paciente (PGIS), repetindo-se após 3 meses	As categorias de gravidade de Sandvik melhoraram significativamente (p <0,001), assim como o impacto na vida diária (p=0,012). No IIQ, o impacto nas atividades diárias aumentou 0,73 pontos (p=0,032), no funcionamento social 0,60 pontos (p=0,030) e no bem-estar emocional 0,63 pontos (p=0,031)	O tratamento por uma enfermeira treinada parece afetar positivamente a gravidade da IU e o impacto na qualidade de vida. As mulheres que não completaram o tratamento sofreram mais impacto na qualidade de vida, não experimentaram melhora suficiente e mencionaram dificuldades na realização de exercícios	
<i>District continence nurses' experiences of</i>	Häägglund, 2010	Foi utilizado um instrumento com três perguntas abertas do tipo qualitativo para saber como é a experiência de	Os enfermeiros relataram que consultas programadas a pacientes com IU são mais produtivas em termo de compreensão e	As enfermeiras distritais especialistas em continência não tinham autoridade para gerir clínicas de continência	

<i>their continence service in primary health care.</i>		enfermeiras especialistas em continência na realização da assistência em unidades de Atenção Primária para pessoas que sofrem com IU. Para a análise das respostas utilizou-se o método de análise de conteúdo	autoeficácia do que visitas não agendadas. Os enfermeiros prescreviam formas de melhorar a IU como TMAP, exames de <i>pad test</i> e história da micção. Os pacientes que participaram deste programa e comunicavam ao enfermeiro seu progresso. As visitas realizadas sem agendamento, como de surpresa, foram bastante frustrantes e insatisfatórias, e os enfermeiros relataram muita dificuldade de trabalhar a IU neste espaço, devido à falta de cooperação por parte de outros profissionais	conduzidas por enfermeiros por causa da falta de um trabalho em equipe colaborativo. Estas iniciativas poderiam permitir que os enfermeiros de continência distrital alcançassem seu objetivo satisfatoriamente
<i>Stress Urinary Incontinence in Younger Women</i>	Ng <i>et al.</i> , 2014	408 mulheres com idades variando de 30 a 50 anos participaram do estudo	153 mulheres apresentaram IUE. Estas foram educadas durante o exame ginecológico sobre os	Os exercícios ensinados para fortalecer o assoalho pélvico das mulheres diagnosticadas

	<i>in Primary Care: Prevalence and Opportunistic Intervention</i>		preenchendo um questionário sobre a presença da IUE e o impacto na qualidade de vida	exercícios apropriados para fortalecer os músculos do assoalho pélvico. Após 4 ou 6 meses, 138 mulheres foram reavaliadas; 10% tiveram alívio completo dos sintomas de incontinência e quase 50% tiveram melhora parcial dos sintomas; 15,7% não realizaram os exercícios. Das 114 que realizaram o tratamento, 27 não tiveram melhora significativa	com IUE foram eficazes para a maioria das mulheres com o problema
LILACS	<i>First Diagnosis and Management of incontinence in Older People with and without Dementia in Primary Care: A</i>	Grant <i>et al.</i> , 2013	Foram extraídos dados de 54.816 pessoas com idade entre 60-89 com demência, e uma amostra estratificada por idade e sexo de 205.795 pessoas sem demência de 2001 a 2010, tendo sido avaliada, em	8.987 pessoas (16%) na coorte de demência apresentaram diagnóstico de IU e 23.083 (11%) na coorte sem demência tiveram a doença	A taxa de primeiro diagnóstico de qualquer tipo de incontinência (urinária ou fecal) é consideravelmente maior entre adultos com idade entre 60-89 anos com demência do que entre

<i>Cohort Study Using The Health Improvement Network Primary Care Database.</i>		cada grupo, a prevalência de IU e IF		pessoas da mesma idade e distribuição de sexo sem demência. A incontinência é um problema comum para pessoas com demência que vivem na comunidade
<i>Increasing Discussion Rates of Incontinence in Primary Care: A Randomized Controlled Trial</i>	Rose <i>et al.</i> , 2015	Mulheres com idade de 40 anos ou mais foram recrutadas para participarem do preenchimento do ePAQ-PF mais especificamente sobre IU e IF. O grupo intervenção preenchia o questionário antes da consulta e o grupo controle o fazia depois da consulta, para avaliar se aplicação deste antes da consulta aumentava as discussões sobre o assunto	145 mulheres participaram do grupo intervenção e 139 do grupo controle. As discussões de IU foram mais comuns no grupo intervenção do que no grupo controle: (27% vs. 19%) para mulheres com mais de 60 anos. Os participantes no grupo de intervenção relataram mais frequentemente discussão sobre IF (14% vs. 6%)	A administração do ePAQ-PF aumentou a taxa de discussão de incontinência iniciada pelo clínico. O efeito da intervenção sobre os participantes com incontinência foi mais forte nas mulheres mais velhas, aumentando as taxas de tratamento neste subgrupo

			dentro do consultório		
SCOPUS	<i>Efficiency of using community organizations as catalysts for recruitment to continence promotion trials</i>	Agnew <i>et al.</i> , 2013	Realizou-se ensaio controlado aleatório com agrupamento aberto que comparou três estratégias diferentes de promoção da continência e uma intervenção de controle. Foram construídos quatro diferentes modelos de <i>workshops</i> interativo de 60 minutos com um grupo de 8-16 participantes conduzido pelo mesmo orientador de enfermagem especialista em continência: (1) <i>workshop</i> interativo de promoção da continência, (2) <i>workshop</i> de autogestão com distribuição de	408 grupos comunitários diferentes foram contatados em todo o Reino Unido durante 1 ano. Apenas 61 grupos (15%) conseguiram realizá-lo; 667 mulheres participaram das oficinas e 437 (66%) relataram IU pelo menos uma vez por semana. A eficiência média global de recrutamento em cada <i>workshop</i> foi de 29% (mínimo de 19%; máximo de 37%) por grupo. A menor taxa de recrutamento foi entre as mulheres do grupo 4 e a taxa mais alta foi entre as participantes do grupo 2	A taxa de recrutamento para um ensaio para promover continência entre idosas que frequentavam organizações comunitárias locais foi alta (44%). É necessário realizar estratégias para reforçar o envolvimento das organizações comunitárias em ensaios de promoção de saúde em geral e para questões de continência em particular

			um programa individualizado de autocontrole de incontinência, (3) <i>workshop</i> interativo combinado sobre incontinência e autogestão e (4) conferência de grupo simulando o controle sobre outros problemas de saúde de mulheres com mais de 60 anos		
	<i>Effectiveness of continence promotion for older women via community organizations: a cluster randomized trial</i>	Tannenbaum <i>et al.</i> , 2013	As três intervenções ativas consistiram de um seminário único de 60 minutos sobre continência; autogestão da continência baseada em evidências; e educação combinada de continência e autogestão. A intervenção controle foi um único <i>workshop</i> educacional de 60	A maior taxa de melhora dos sintomas urinários ocorreu no grupo intervenção combinada (66% vs. 11% do grupo controle, diferença de prevalência de 55%, IC95%: 43% a 67%). Em comparação com os controles, os participantes da intervenção combinada relataram melhora média ajustada de 2,05 pontos	O ensino de continuidade combinado com autogestão baseada em evidências melhora os sintomas de incontinência entre mulheres idosas não tratadas. As organizações comunitárias representam um vetor inexplorado para a realização de intervenções eficazes de

			minutos sobre perda de memória, polifarmácia e osteoporose	(IC95%: 0,87 a 3,24) maior no ICIQ do início ao seguimento de 3 meses	promoção da continência
--	--	--	--	---	-------------------------

Fonte: elaborado pelo autor. IU: incontinência urinária; UBS: Unidade Básica de Saúde; ICIQ: *International Consultation on Incontinence Questionnaire*; IMC: índice de massa corporal; NAHC-CC: *Nurse and Allied Health Clinic Continence*; STUI: sintomas do trato urinário inferior; QVRS: qualidade de vida relacionada a saúde; IQQ: *Incontinence Impact Questionnaire*; PGIS: Patient Global Impression of Severity ; TMAP: treinamento dos músculos do assoalho pélvico; IUE: incontinência urinária de esforço; IF: Incontinência Fecal; ePAQ-PF: *electronic Personal Assessment Questionnaire-Pelvic Floor*; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Dentre os artigos selecionados para esta revisão, oito foram identificados na base de dados PubMed, dois na LILACS e dois na SCOPUS, tendo todos sido publicados em periódicos de procedência internacional. Em relação às revistas nas quais foram publicados, sete estudos eram de revistas médicas em geral, dois de revistas médicas de saúde da mulher, um em periódico sobre medicina da família e APS, um estava em revista de urologia e um em revista específica de enfermagem. Cinco dos estudos selecionados envolviam enfermeiros na identificação e no tratamento da doença.

Quanto ao tipo de delineamento dos estudos avaliados, evidenciaram-se, na amostra, seis ensaios clínicos randomizados controlados, dois estudos transversais, dois estudos qualitativos, uma coorte e um estudo de caso controle. Os estudos que não realizaram intervenções propriamente dita entraram na amostra porque retrataram a rotina de um serviço de APS com identificação de queixas de IU, atendendo ao objetivo da revisão.

Vários tipos de estratégias foram utilizadas nos estudos para identificar os sintomas de IU no espaço da APS de modo a realizar um tratamento adequado e efetivo para pessoas que muitas vezes sofrem com a doença em silêncio.

Para melhor compreender as informações extraídas dos estudos, criaram-se três categorias, para dividi-las por alvo das intervenções, que foram: intervenção realizada com pacientes, intervenção realizada com profissionais, identificação da doença mediante registros de informações do local (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização dos estudos quanto às abordagens utilizadas para identificação das queixas de incontinência urinária. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Alvo das intervenções	n (%)	Referência
Profissionais	2 (16,6)	Shaw <i>et al.</i> (2007) e Häägglund (2010)

Pacientes	8 (66,6)	Visser <i>et al.</i> (2015), Albers-Heitner <i>et al.</i> (2011), Choi <i>et al.</i> (2015), Wenger <i>et al.</i> (2010), Teunissen <i>et al.</i> (2015), Ng <i>et al.</i> (2014), Rose <i>et al.</i> (2015), Agnew <i>et al.</i> (2013), Tannenbaum <i>et al.</i> (2013)
Registro de informações do serviço	2 (16,6)	Albers-Heitner <i>et al.</i> (2011), Grant <i>et al.</i> (2013)
Utilização de programa de continência	3 (25,0)	Agnew <i>et al.</i> (2013), Choi <i>et al.</i> (2015), Wenger <i>et al.</i> (2010)

Fonte: elaborado pelo autor.

Alguns estudos utilizavam programas de continência para detecção dos sintomas. Choi *et al.* (2015) declaram que uma solução para melhorar os serviços prestados a doenças crônicas na APS tem sido a introdução de equipes de enfermagem especializadas para ajudar na prestação de cuidados à saúde. Alguns países, como Reino Unido, Austrália, Canadá e Estados Unidos, utilizam esses modelos de serviço e, em certas circunstâncias, as evidências disponíveis mostram que esta prestação de cuidados tem o potencial de reduzir os custos de saúde, sem comprometer a qualidade dos cuidados (COOPERATIVA DE UROLOGISTAS DO RIO GRANDE DO NORTE, 2004).

3.1.1 Estudos que abordam as intervenções realizadas com pacientes

Após a análise das intervenções realizadas nos estudos, observou-se que oito deles identificavam a doença por meio de consultas com os pacientes e questionando-os sobre a presença de perdas de urina involuntariamente. A maioria das produções tinha como seguimento proposto a comparação de uma estratégia que pudesse identificar queixas de IU em pessoas de mais idade com modelos tradicionais de detecção da

doença ou rotinas do serviço. Em um dos estudos, perguntas abertas foram feitas pelos profissionais, sem seguir um padrão específico ou questionário, sobre perda de urina involuntária; existem, porém, instrumentos validados e específicos para identificar o problema, que são bem recomendados e utilizados em todo o mundo (AVERY *et al.* 2001; FONSECA *et al.*, 2005), o que torna o diagnóstico da doença mais preciso.

Em alguns destes estudos, o papel do enfermeiro era indispensável dentro da equipe responsável pela detecção, pelo tratamento e pela avaliação dos sintomas de IU, ou como líder de programas de continência, que tinham como finalidade detectar disfunções do assoalho pélvico.

Realizavam-se entrevistas com instrumentos específicos para detectar IU e avaliação da QV, exames uroginecológicos e, após a identificação confirmatória da doença, um plano de cuidados era traçado, baseado na necessidade de cada paciente. As mulheres eram ensinadas a realizarem treinamento dos músculos do assoalho pélvico diariamente, bem como treinamento da bexiga; a diminuir a ingestão de alimentos e bebidas consideradas irritantes para quem sofre com perdas de urina. Após alguns meses, elas eram reavaliadas, com a finalidade de saber se melhoraram ou não.

Uma frequente inquietação, por parte dos profissionais que trabalham com disfunções do assoalho pélvico, é conseguir sensibilizar e informar a mulher que a IU não é um problema decorrente da idade avançada e sem cura (SPENCER, 2012). Na estratégia realizada por Rose *et al.*, (2015), foi possível concluir que, quando as pacientes se deparavam com um questionário abordando temas sobre disfunções pélvicas antes de entrar no consultório para consulta com médico, as chances de elas levarem o assunto para ser discutido com o profissional eram maiores.

3.1.2 Estudos que abordam as intervenções realizadas com profissionais

Dois dos estudos incluídos nesta revisão foram desenvolvidos com os profissionais para saber de que maneira eles identificavam, em sua rotina, as queixas dos pacientes com IU (TEUNISSEN *et al.*, 2015; HÄÄGGLUND, 2010). Em ambos os

estudos, observou-se que, quando os profissionais abordavam a doença com os pacientes para informar, identificar ou tratar a doença, notava-se melhoria dos sintomas e da gravidade do problema. No entanto, Häägglund (2010) coloca que alguns profissionais são resistentes à implantação de programas de continência ou ignoram a importância de abordar o assunto.

A forma de diagnosticar a doença também é um ponto que deve ser bem esclarecido e trabalhado, pois nem todas as mulheres se sentem confortáveis para falar sobre o problema com os profissionais (KAO, 2010). Estes precisam estar conscientes da importância de identificá-la frente aos muitos transtornos causados na vida das pacientes.

Por se tratar de um assunto ainda estigmatizante e por constranger a aparência pessoal, algumas mulheres preferem guardar para si a ideia de que perder urina involuntariamente é uma situação inevitável e sem cura (SILVA e LOPES, 2009). Estudo realizado no município de Campinas (SP), com o objetivo de investigar como médicos (ginecologistas, clínicos gerais e médicos de família) e enfermeiros de uma UBS abordavam e manejavam os casos de IU em suas rotinas, concluiu que apenas os ginecologistas investigavam frequentemente a doença em seus pacientes; 50% dos outros profissionais realizavam a abordagem raramente ou não a realizavam (BARBOSA *et al.*, 2009).

Percebe-se, assim, a importância em capacitar profissionais da APS para identificar precocemente uma doença que provoca uma série de limitações físicas, psicológicas e sociais quando não tratadas.

A *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria* (SEMERGEN), juntamente da *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia* (SEMG), da *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* (semFYC) e da *Asociación Española de Urología* (AEU), elaborou um documento em consenso com o objetivo de sensibilizar os profissionais da APS a detectarem sinais de IU o mais precocemente possível (BERMÚDEZ *et al.*, 2013). O ideal é que mulheres com mais de 40 anos assintomáticas passem anualmente por uma triagem que consiga identificar os primeiros sinais de IU. Na avaliação diagnóstica, baseada na anamnese e na exploração física, é

necessário determinar o tipo e a gravidade da IU, com o objetivo de encaminhar ao especialista os casos de IU complicada (BERMÚDEZ *et al.*, 2013).

3.1.3 Estudos que abordam a identificação da doença mediante o registro de informações do serviço

Alguns estudos se utilizaram de fontes secundárias, como registro de medicações prescritas (Grant *et al.*, 2013) e registro em prontuário, para identificar pacientes com IU (Wenger *et al.*, 2010). Esta maneira de identificar a doença pode ser falha, pois se devem considerar a abordagem do profissional, sua subjetividade para realizar o diagnóstico e o tratamento da doença. Como exemplo, em um dos estudos desta revisão, a eficácia do tratamento farmacológico para a melhora dos sintomas de IU era considerado duvidoso, pois alguns profissionais não estavam convencidos do custo-benefício do tratamento (SHAW *et al.*, 2007).

As formas de identificar IU no cenário da APS são bem variadas, mas ainda bastante escassas. Não é comum observar profissionais que buscam por sinais e sintomas de IU mesmo em pessoas mais vulneráveis e propensas ao desenvolvimento da doença. Por mais que as UBS sejam um espaço de acolhimento e promoção da saúde, há uma grande dificuldade em trabalhar com doenças crônicas urológicas que não causam morte.

Estudo realizado em Córdoba, na Espanha, com 827 idosos mostrou que apenas 10,3% dos médicos de família da UBS perguntaram em alguma ocasião sobre perda de urina. A prevalência da doença neste mesmo estudo foi de 36,0% (n=330) (IGLESIAS *et al.*, 2001). Neste mesmo país, estudo realizado na região da Cataluña objetivou determinar a prevalência e a gravidade da IU em mulheres que buscavam consultas de ginecologia na APS e identificar o desejo de realizar tratamento. Das 2.840 mulheres participantes do estudo, 41,8% afirmaram perder urina e 75% tinham sintomatologia leve; 53,6% das mulheres com IU não desejavam realizar tratamento, pois, segundo elas, no momento, a doença não era um problema importante. Entretanto,

esse dado se justifica pelo fato de essas mulheres apresentarem sintomas bem leves da doença, com perdas urinárias esporádicas (ROS *et al.*, 2015).

Embora algumas mulheres possam apresentar resposta semelhante com relação à recusa ao tratamento, o problema não deve ser desconsiderado. Tal situação pode ser decorrente da falta de informação que elas têm da doença. Em estudo, observou-se que mulheres que tinham pelo menos nível superior incompleto apresentavam menores índices de IU (CARVALHO *et al.*, 2014). Entende-se que pessoas com maior grau de instrução possuem mais conhecimento dos riscos e cuidados com a saúde, bem como reconhecem onde buscar orientações, prevenindo maiores danos.

Como a IU surge por diversas causas, estes sintomas podem ser agravados com o tempo, devido à exposição a outros fatores de risco. É importante que o assunto seja abordado até com mulheres que não apresentem IU, pois, à medida que elas conhecem mais sobre o surgimento e o tratamento da doença, a procura por um profissional, caso seja necessário, é favorecida.

Estudos que abordem a IU no espaço da APS são extremamente escassos. No país, a maioria dos estudos que referem a IU nestes espaços são oriundos de pesquisas realizadas com idosos sobre os tipos de morbidade que mais os afeta. Por se tratar de um espaço onde as ações de promoção da saúde devem ser prioridades, recomenda-se que novos estudos sejam realizados sobre o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres e de profissionais da APS com relação à IU.

A maioria dos estudos identificou a prevalência da doença, realizou tratamento adequado e avaliou a melhoria da gravidade dos sintomas no espaço da APS. Nos estudos que tinham um programa de continência com equipe especializada, os resultados foram bem mais satisfatórios. O enfermeiro esteve bastante presente na identificação e no tratamento da doença mediante equipes especializadas no assunto. Não foi possível identificar, em estudos nacionais, a presença de uma equipe que trabalhasse as disfunções do assoalho pélvico nos espaços das UBS, sendo necessária a futura realização de pesquisas que demonstrem como profissionais podem identificar e tratar a IU nestes espaços.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

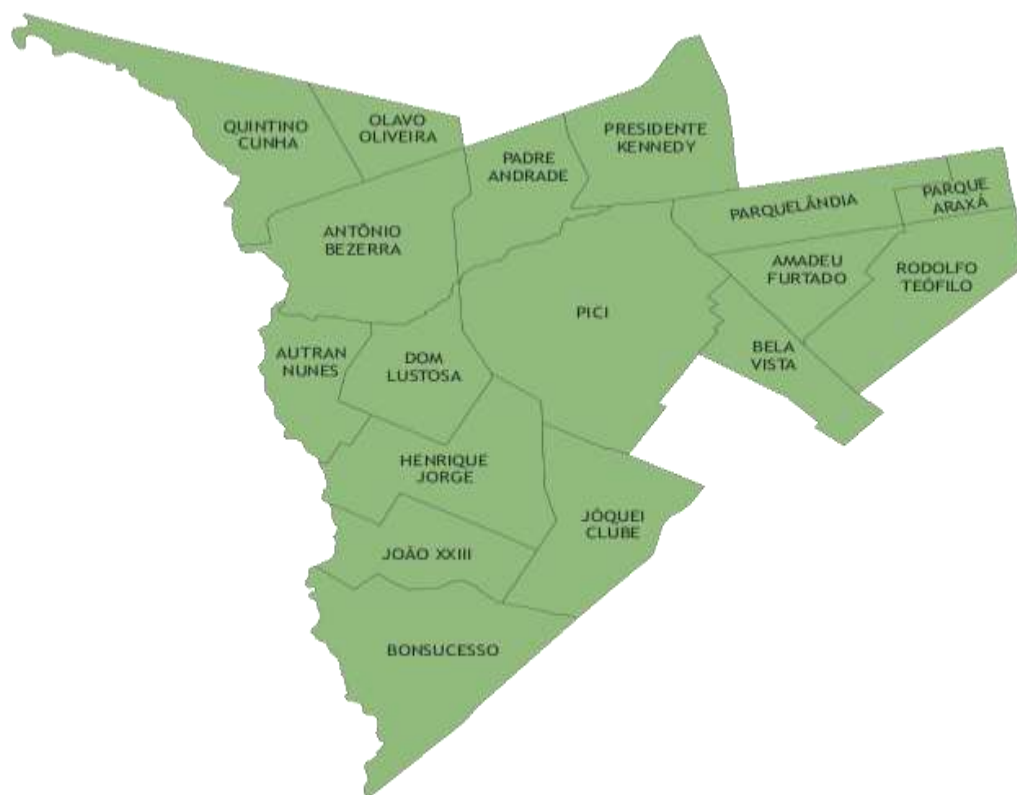
Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. Este tipo de estudo é interessante, porque não é necessário esperar a ocorrência do desfecho para que seja desenvolvido; é rápido e de baixo custo; impede que ocorram perdas, pois a coleta de dados é feita em um único momento, além de fornecer dados sobre a prevalência relativa (número de pessoas que têm a doença entre o número de pessoas em risco) de determinado fator (risco relativo) (HULLEY *et al.*, 2008).

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN), pertencente ao Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), o qual faz parte da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC) e está sob a responsabilidade administrativa do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE).

Situa-se na cidade de Fortaleza (CE), no *Campus* do Pici, junto às comunidades do Planalto do Pici, Panamericano, Jóquei Clube e Favela do Papoco (Figura 2) e adjacências, que fazem parte da Secretaria Executiva Regional III, sem vínculo com a Prefeitura Municipal de Fortaleza ou Governo do Estado do Ceará.

Figura 2 – Mapa dos bairros pertencentes à Secretaria Executiva Regional III da cidade Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



Fonte: Web/Google.

A CPN tem como missão promover a formação de Recursos Humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, realizando um serviço de excelência na assistência pré-natal, prevenção do câncer ginecológico (PCG), planejamento familiar, consulta puerperal e puericultura.

O serviço contava com o armazenamento dos prontuários de atendimentos apenas da CPN, sendo que, de 2003 a maio de 2016, já somava, em seu banco, mais de 4.000 prontuários no setor de ginecologia.

No ano de 2015, contabilizaram-se 890 atendimentos de consulta de enfermagem ginecológica, com uma média de 80 atendimentos por mês (com exceção do mês de fevereiro, devido às férias dos funcionários). Em 2016, até o mês de junho, já se somavam 524 atendimentos, segundo as informações das funcionárias responsáveis pelo boletim estatístico mensal de prevenção do câncer do serviço.

Este serviço, além de fornecer assistência à saúde da mulher da comunidade carente da periferia de Fortaleza, configurava-se como campo de prática e pesquisa de alunos de graduação, especialização, residência, mestrado e doutorado das áreas de Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia e Nutrição da referida universidade.

As consultas eram realizadas por acadêmicos de Enfermagem supervisionados por enfermeiros assistenciais e docentes do curso de graduação em Enfermagem da UFC. Estas consultas eram norteadas e fundamentadas pelas diretrizes ministeriais (BRASIL, 2012) e pelo processo de Enfermagem.

Para a realização da consulta de PCG, inicialmente a mulher precisava estar cadastrada no SUS e ter em mão o Cartão Nacional de Saúde (CNS) para o agendamento da consulta. No dia do exame, realiza-se a abertura do prontuário, caso fosse a primeira vez da paciente no serviço. Eram então verificados, ainda na sala de espera, o peso e a altura, e era aferida a pressão arterial por técnicas de enfermagem. Logo depois, a paciente se direcionava para a realização da consulta e exame ginecológico.

A escolha deste local ocorreu por se tratar de um serviço diferenciado, que primava pela excelência assistencial, buscando refletir sua prática na promoção da saúde da mulher no ciclo vital e prioritariamente na formação de profissionais de excelência e proficientes em seu exercício profissional. Contava também com profissionais de outras áreas que, futuramente, podiam formar parcerias e desenvolver uma assistência mais contínua, de acordo com as necessidades das usuárias.

Por contar com serviço de prevenção do câncer e pré-natal, outros estudos futuros podem ser desenvolvidos, com o objetivo de abordar a IU em mulheres que realizam a consulta de pré-natal, tendo em vista que os sintomas de perdas urinárias também eram frequentes nessa população.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres que demandaram espontaneamente consulta ginecológica na unidade de saúde escolhida, incluindo mulheres com idade maior ou igual há 18 anos, capazes de responder as perguntas do questionário espontaneamente e que não se opusessem em participar do estudo. Essa idade preestabelecida se deu como forma de possibilitar incluir na pesquisa o maior número de mulheres com os possíveis sintomas da disfunção estudada.

Como o serviço contava com uma média de 80 atendimentos por mês, para a realização da coleta de dados, estabeleceu-se um intervalo de 4 meses de coleta (junho a outubro), considerando como amostra toda a população de mulheres que buscou o serviço de prevenção do CEDEFAM, de acordo com as consultas consecutivas. Não foram realizadas aleatorização e nem randomização da população, pois o objetivo era incluir todas as mulheres durante este período.

A amostra foi composta por 322 mulheres que, de junho a outubro de 2016, realizaram consultas de PCG e concordaram em participar do estudo por livre e espontânea vontade.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo mulheres maiores de 18 anos que buscassem realizar consulta de prevenção do câncer de colo uterino no referido serviço e que tivessem interesse em participar do estudo após o esclarecimento da finalidade deste. Foram excluídas mulheres grávidas, em pós-parto de até 6 meses e que possuíam algum déficit cognitivo que as impedisse de responder as perguntas do instrumento.

4.5 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a outubro de 2016 com mulheres que realizaram a consulta de PCG, aceitaram participar da pesquisa e que se adequavam aos critérios de elegibilidade. Antes de iniciar o período da coleta de dados, a pesquisadora treinou um bolsista do grupo de pesquisa da qual faz parte, para coletar as informações pessoais e realizar procedimentos de aferição de peso e altura das pacientes, realizados antes do atendimento fora do consultório.

No dia do exame, funcionárias do serviço realizavam o primeiro contato com as mulheres, para obtenção de informações gerais e abertura do prontuário. Logo após, cada mulher se dirigia à sala do exame para o início da consulta; dentro do consultório, a pesquisadora explicava brevemente sobre a consulta e o exame de PCG, e apresentava o instrumento adaptado (Anexo A), esclarecendo sobre o objetivo do estudo. Após este momento inicial, a paciente era convidada a participar da pesquisa por livre e espontânea vontade, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), para registrar o consentimento formal das partes, deixando-a à vontade para fazer qualquer questionamento sobre o estudo e, se caso desistisse de responder às perguntas, não teria qualquer prejuízo durante seu atendimento no serviço.

4.5.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento adaptado para a pesquisa é resultado de um compilado de instrumentos direcionados para alcançar os objetivos do estudo (Anexo A); é utilizado pelo setor de uroginecologia de dois grandes hospitais de Fortaleza, que são referência no tratamento de disfunções pélvicas; e faz parte de um livro especializado em uroginecologia (BEZERRA *et al.*, 2013). A maioria das perguntas é objetiva e permite ao sujeito optar por uma única resposta. Apenas algumas questões do instrumento são respondidas de maneira qualitativa, por meio do registro das falas das entrevistadas.

É dividido em sete partes, de acordo com a semelhança de seus assuntos. A primeira parte é composta por dados sociodemográficos. Utilizou-se a avaliação de posse de itens elaborada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que procura estimar o poder de compra das pessoas e famílias, dividindo-as em oito classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E), e não mais por classes sociais (ABEP, 2011). As pessoas são categorizadas em cada classe, fazendo o somatório entre a pontuação do nível de escolaridade da participante com a soma total da pontuação da quantidade de posse de itens (Anexo A).

Por seguinte, tem-se a segunda parte, que é composta pelo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*, questionário originalmente em inglês (AVERY *et al.*, 2001), traduzido e validado para o português brasileiro por Tamanini *et al.* (2004). Trata-se de um questionário simples, breve e pode ser autoadministrável de três perguntas sobre a frequência, quantidade, e interferência da perda de urina na vida diária. Somam-se os valores de cada questão podendo totalizar 21 pontos. Quanto maior a pontuação, mais grave é o problema. Uma última questão se refere à situação em que o paciente percebe a fuga de urina, como por exemplo, ao tossir e espirrar. O questionário qualifica a perda de urina e o impacto na QV tendo sido utilizado por vários estudos nacionais (ALMEIDA e MACHADO, 2012; SANTANA, 2010). Em sequência, acrescentaram-se perguntas sobre a procura por tratamento pelas mulheres que tivessem incontinência, como: Já procurou atendimento para saber o porquê desta perda? Optou-se por deixar esta resposta aberta, devido às inúmeras possibilidades de explicações que poderiam existir. Para aquelas que não tinham buscado ajuda, o motivo deveria ser justificado. Além destas perguntas, procurou-se saber se as mulheres tiveram incontinência durante ou após a gestação.

Na terceira parte, era realizada uma série de perguntas sobre queixas de IU e fecal, como o número de vezes que as entrevistadas iam ao banheiro durante o dia e à noite, se perdiam urina em situação de esforço, urgência ou em ambos, se existia enurese noturna, perda de urina contínua, uso de forros vaginais e a quantidade utilizada por dia, perda de urina no ato sexual, disúria, polaciúria, infecções urinárias recorrentes, incontinência fecal, constipação, sensação de bola na vagina e frouxidão vaginal.

No quarto segmento do instrumento, têm-se os dados sobre o perfil gineco-obstétrico, como número de gestações, número de partos (vaginais, cesarianas e fórceps), abortos e peso de maior recém-nascido. Em seguida, buscavam-se os antecedentes clínicos (diabetes, hipertensão, glaucoma, obesidade e tosse crônica); as medicações em uso prolongado (diuréticos, ansiolíticos e anticolinérgicos); os antecedentes ginecológicos, como presença de endometriose, miomas ou cânceres ginecológicos; a presença de prolapso genital em algum membro da família e o tabagismo.

A quinta parte era composta pela versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36, sigla do inglês *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey*), traduzido e validado por Ciconelli *et al.*, (1999) e utilizado em alguns estudos nacionais (CASTRO *et al.*, 2003). É um questionário multidimensional, formado por 36 itens organizados em oito escalas, que abordam capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de zero a cem, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e cem ao melhor estado de saúde.

As sexta e sétima partes do compilado eram aplicadas apenas às mulheres que tivessem queixas de perda de urina a mais de 6 meses. Eram compostas pelo *King's Health Questionnaire* (KHQ) e pelo *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12). O KHQ avalia tanto o impacto da IU nos diferentes domínios da QV, como os sintomas por elas percebidos; é pontuado por cada um de seus nove domínios, não havendo escore geral. Os escores variam de zero a cem e, quanto maior a pontuação obtida, pior é a QV relacionada àquele domínio. O PISQ-12 é um instrumento específico, sensível e capaz de avaliar a função sexual de mulheres com IU, que foi traduzido e validado por Santana (2010), sendo semelhante aos outros instrumentos e utilizado em várias pesquisas nacionais, tendo sido também traduzido e validado em outros países. Tem uma pontuação máxima de 48 pontos e, quanto maior o valor, melhor a função sexual, mesmo com a doença. Neste estudo, ele fora aplicado apenas para quem afirmava ter relação sexual.

4.6 Análises de dados

Após a coleta de dados, estes foram compilados e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para Windows, e apresentados em tabelas e gráficos, sintetizando os principais pontos a serem discutidos, conforme a literatura pertinente. Para todos os testes, foram utilizados intervalo de confiança de 95% (IC95%) e nível de significância de 5%. Foi também traçado o perfil socioeconômico e cultural das mulheres deste estudo. As variáveis categóricas foram analisadas por testes não paramétricos, usando o qui quadrado de Pearson e teste *t* de Student.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte de um estudo maior em andamento, já devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC (Anexo B). Durante a realização da pesquisa, foram considerados e respeitados os aspectos éticos relacionados à realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconizado pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todas as participantes do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (BRASIL, 2012). O estudo não fez distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção das participantes recrutadas.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 322 mulheres que se dirigiram à CPN para a realização da consulta ginecológica de enfermagem durante os 4 meses de coleta de dados. Apenas uma paciente se recusou a participar do estudo; outra foi excluída devido aos critérios preestabelecidos.

As pacientes tinham entre 18 e 85 anos (média de 40,53; desvio padrão – DP $\pm 14,6$). A maioria estava casada ou em união estável (n=195; 60,6%) e era dona de casa (n=162; 50,5%). Todas as participantes do estudo pertenciam à zona urbana de Fortaleza, com média de escolaridade de 9,5 anos de estudo ($\pm 3,5$). A maior parte das participantes pertencia à classe social C2 (n=121; 37,6%) (Tabela 1).

Tabela 1– Número de mulheres, segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza (CE), Brasil, 2016

Variável	Distribuição (n=322)
	n (%)
Faixa etária em anos	
18-29	88 (27,3)
30-39	74 (23,0)
40-49	72 (22,4)
50-59	50 (15,5)
60-85	38 (11,8)
Profissão atual	
Do lar	162 (50,5)
Serviços gerais	15 (4,7)
Costureira	33 (10,3)
Aposentada	16 (5,0)
Vendedora	13 (4,0)
Outras	82 (25,5)
Estado civil	

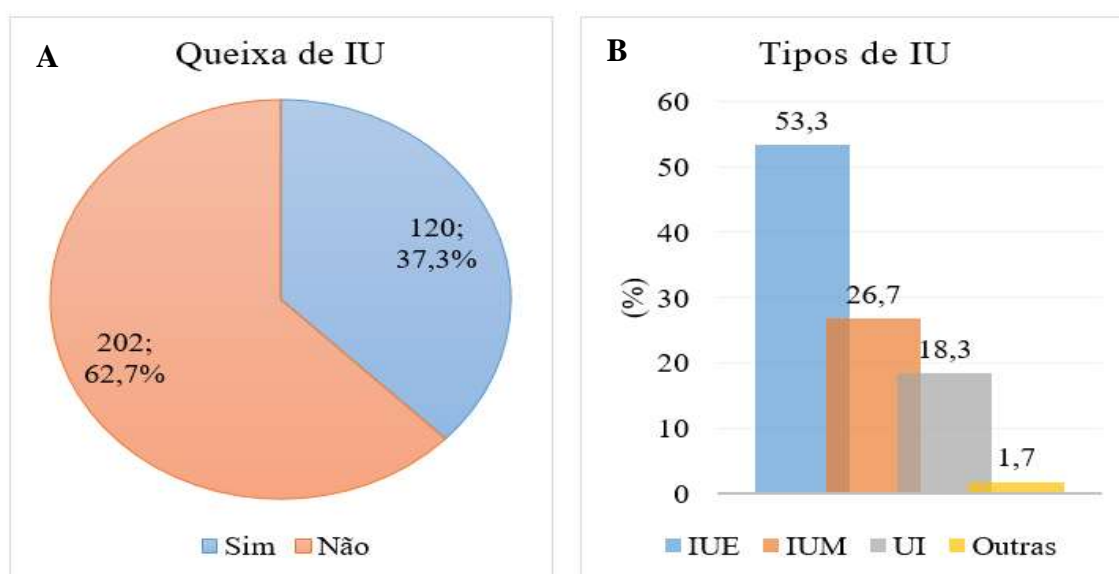
Solteira	81 (25,2)
Casada/união estável	195 (60,6)
Divorciada	21 (6,5)
Viúva	25 (7,8)
Escolaridade	
Não alfabetizada	27 (8,4)
Ensino fundamental incompleto	70 (21,8)
Ensino fundamental completo	99 (30,7)
Ensino Médio completo	116 (36,0)
Ensino Superior completo	10 (3,1)
Renda familiar total (SM)	
≤1	131 (40,7)
Até 2	132 (41,0)
Até 4	52 (16,1)
≥ 4	7 (2,2)
Classe social	
A1	0
A2	1 (0,3)
B1	7 (2,2)
B2	25 (7,8)
C1	85 (26,4)
C2	121 (37,6)
D	78 (24,2)
E	5 (1,6)

Fonte: elaborado pelo autor. SM: salário mínimo (R\$ 880,00).

Dentre as participantes do estudo, 120 (37,3%) referiram queixas de IU há pelo menos 6 meses (Gráfico 1). Estas mulheres tinham idade média de 47,1 ($\pm 13,7$) anos e escolaridade de 8,53 ($\pm 3,7$) anos de estudo. De acordo com a situação da perda de urina, 64 (53,3%), declararam IU ao esforço (tosse, espirro ou esforço físico), 22 (18,3%) à urgência urinária, 32 (26,7%) tinham IU tanto na situação de esforço quanto

no desejo súbito de urinar. Duas pacientes relataram perder urina em outras situações não específicas (sem razão óbvia).

Gráfico 1 – Distribuição das mulheres com queixas de incontinência urinária de acordo com o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*. (A) Identificação de mulheres com e sem queixa de incontinência urinária; (B) Tipos de incontinência urinária de acordo com as características da perda. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



Fonte: elaborado pelo autor. “Outras” indica perda de urina sem razão óbvia. IU: incontinência urinária; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista; UI: urge-incontinência.

Ao correlacionar a ocorrência de IU e as variáveis sociodemográficas, houve associação apenas com a idade ($p < 0,001$). Para as outras variáveis consideradas como fatores de risco, houve associação entre a IU e alguns dados obtétricos (números de gestações, partos, partos vaginais e abortos), doenças crônicas (*diabetes mellitus*, hipertensão e tosse crônica), uso de medicação a longo prazo (diuréticos e hipoglicemiantes orais), histórico familiar de prolapso e hábitos tabagistas.

Tabela 2 – Associação entre a presença de incontinência urinária e fatores de risco. Fortaleza (CE), Brasil, 2016

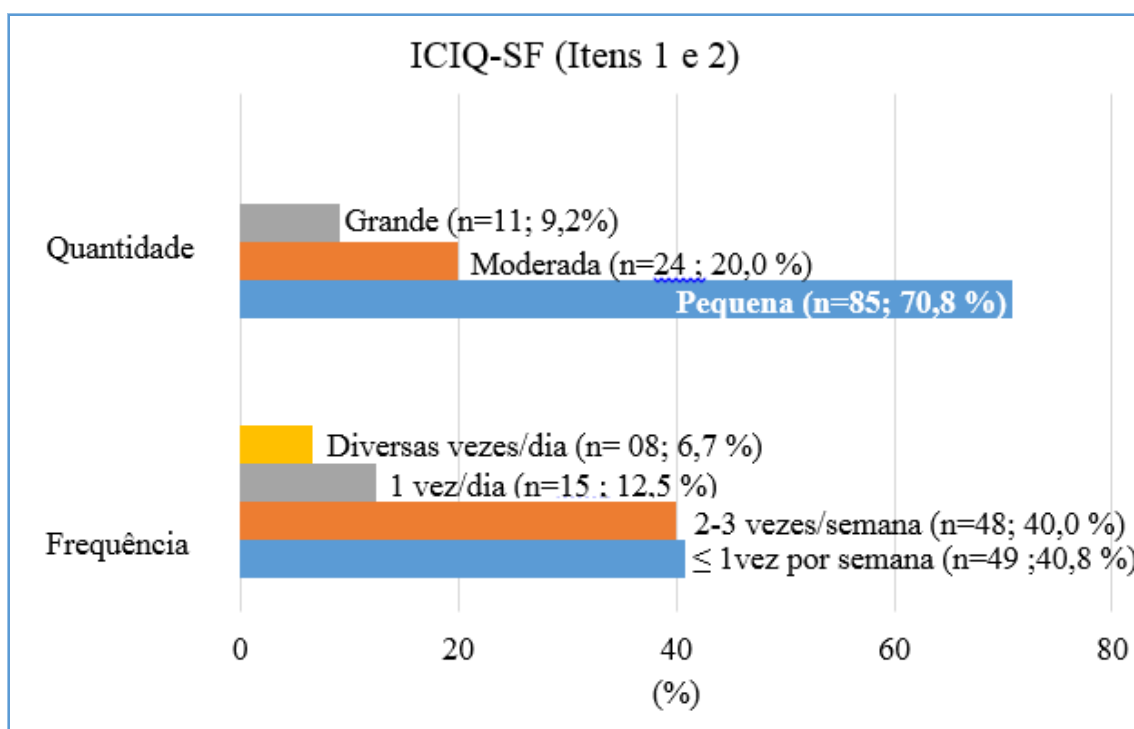
Fatores de risco	Queixas de incontinência urinária		Valor p*
	Sim (n=120)	Não (n=202)	
Idade	47,1±13,7	36,5±13,7	0,000*
Dados obstétricos			
Gestações	3,7±2,4	2,1±2,0	0,001*
Partos	3,1±2,1	1,8±1,7	0,001*
Partos vaginais	2,6±2,3	1,1±1,7	0,001*
Partos fórceps	0,0±0,25	0,0±0,30	0,941
Partos cesarianos	0,5±0,7	0,5±0,8	0,571
Abortamentos	0,6±0,9	0,3±0,7	0,001*
Maior peso RN, g	2.597,8±1.865,5	2.256,3±1.857,6	0,112
Condições nutricionais			

IMC, kg/m ²	29,7±4,5	27,0±5,3	0,001*
Doenças crônicas			
Diabetes	19 (61,3)	12 (38,7)	0,004†
Hipertensão	28 (60,9)	18 (39,1)	< 0,001†
Glaucoma	1 (100)	0	0,376
Tosse crônica	5 (100)	0	0,007†
Medicações			
Diuréticos	24 (58,5)	17 (41,5)	0,003†
Ansiolíticos	3 (50,0)	3 (50)	0,405
Anticolinérgicos	0	2(100)	0,389
Hipoglicemiantes orais	19 (57,6)	14 (42,4)	0,011†
Histórico familiar de prolapso	33 (52,4)	30 (47,6)	0,005
Hábitos tabagista			
Fumou/fuma	43 (35,8)	36 (17,8)	< 0,001

Fonte: elaborado pelo autor. Valores expressos por n (%) ou média \pm desvio padrão.
 *Teste *t* de Student; † testes do qui quadrado. RN: recém-nascido; IMC: índice de massa corporal.

Ao se aplicar o ICIQ-SF, notou-se que grande parte das mulheres afetadas percebiam pequenas perdas urinárias (70,8%). Outras referiam perdas de urina em quantidades de moderadas a grande – 20,0% e 9,2%, respectivamente. Dentre estas mulheres, 97 especificaram que as perdas de urina ocorriam mais de uma vez por semana, e apenas oito (6,7%) revelaram IU diversas vezes ao dia (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Caracterização das perdas urinárias de acordo com o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



Fonte: elaborado pelo autor. ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*.

Quando indagadas sobre o quanto a perda de urina interferia na vida diária, de acordo com a terceira pergunta do ICIQ-SF graduada de zero a 10, sendo zero para não interferia e 10 para interferia muito, a maioria respondeu que a situação de incontinência interferia muito em suas vidas com média de 6,7 ($\pm 3,1$) pontos (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Escala de gradação da interferência da incontinência urinária na vida diária. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



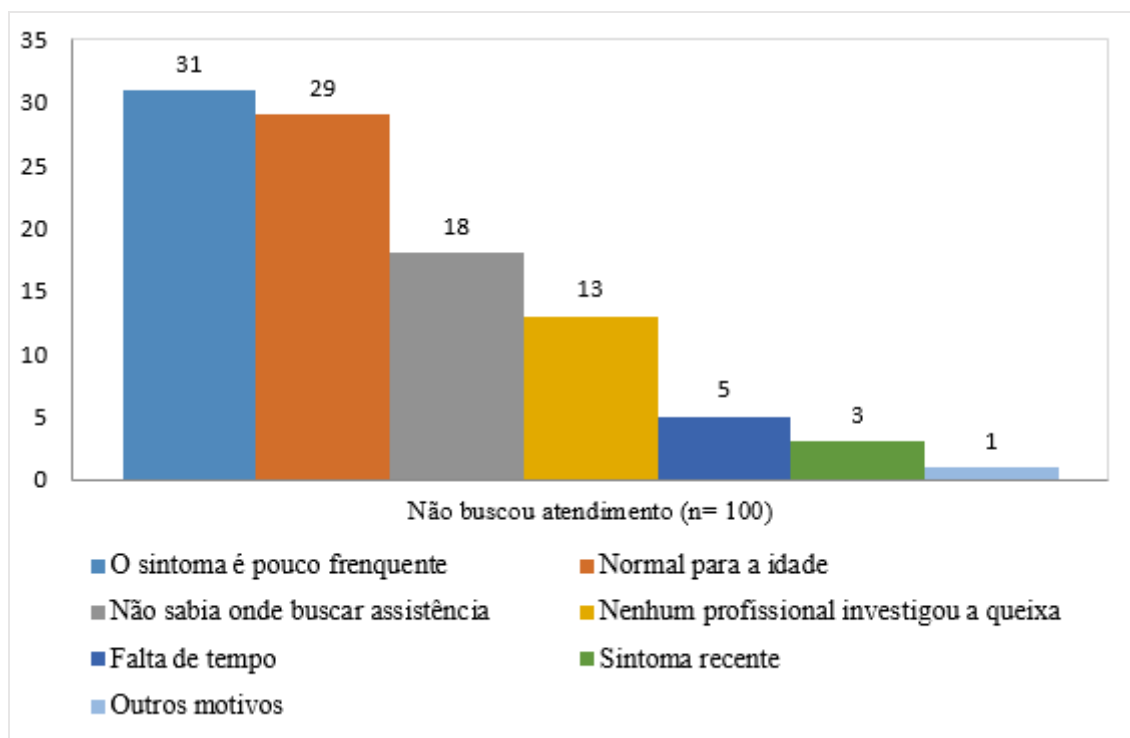
Fonte: elaborado pelo autor.

Quando as pacientes com IU foram questionadas sobre a procura por tratamento, apenas 21 (17,3%) tinham buscado ajuda. Dentre estas, nove tinham realizado algum tipo de tratamento anteriormente (medicamentoso ou cirúrgico), seis estavam em tratamento no momento da coleta (tratamento conservador, aguardando cirurgia ou tomando medicação), e duas pacientes estavam na consulta ginecológica de enfermagem para saber como tratar a IU.

A maioria das pacientes que não buscou tratamento ou esclarecimento para o problema em questão justificou sua omissão pela pouca frequência do sintoma de

perda urinária, seguida da justificativa de achar que a situação era inevitável para a idade em que se encontravam (Gráfico 4).

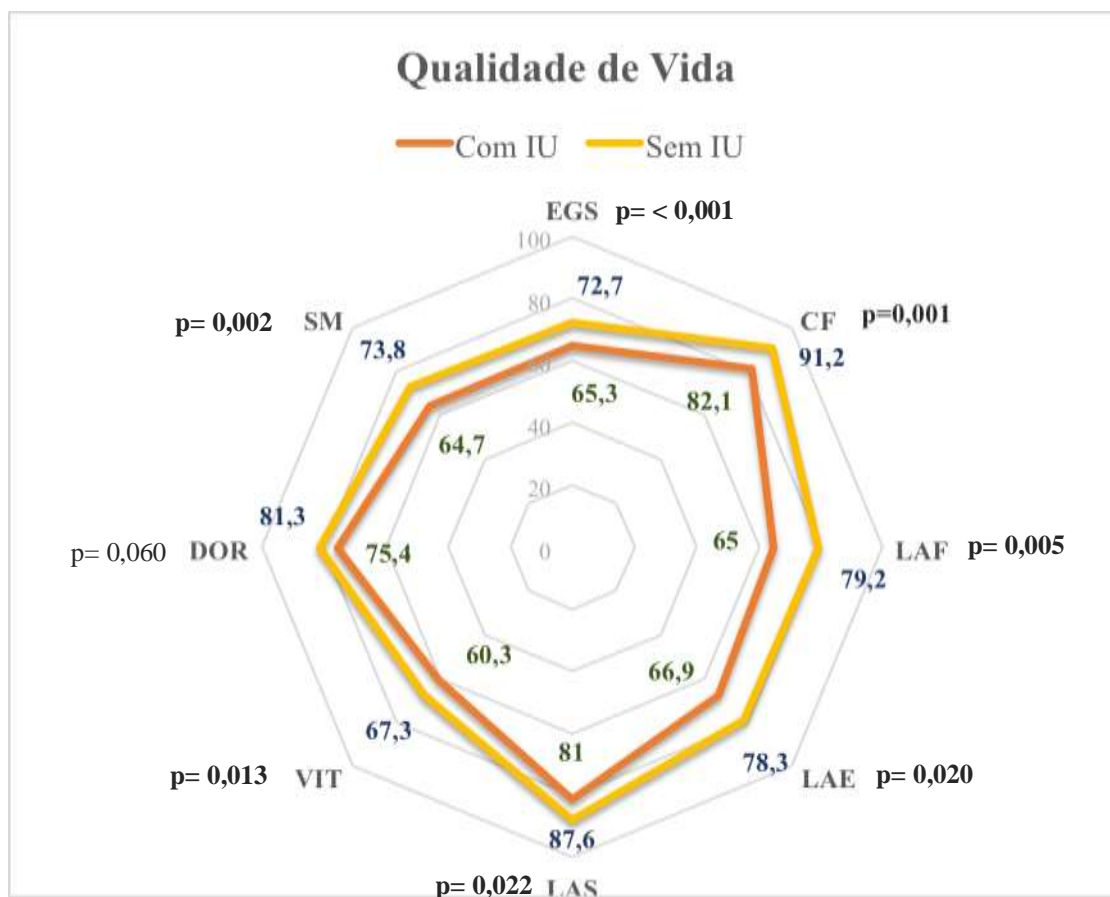
Gráfico 4 – Motivos pelos quais as mulheres incontinentes não buscaram atendimento. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



Fonte: elaborado pelo autor.

As mulheres que relataram IU referiram menor QV em todos os domínios do questionário, mesmo afirmando que os episódios de perda de urina aconteciam poucas vezes e em poucas quantidades durante uma semana. Os domínios que apresentaram menor pontuação foram vitalidade e saúde mental, com médias 60,3 e 64,7, respectivamente. Entre as mulheres que não apresentavam IU, a média do domínio vitalidade também foi a menor (67,3). Houve associação em todos os domínios, exceto para o domínio dor ($p= 0,060$) (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Comparação entre as médias dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida de mulheres com e sem queixas de incontinência urinária. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



Fonte: elaborado pelo autor. IU: incontinência urinária; EGS: estado geral de saúde; CF: capacidade funcional; LAF: limitações aspectos físicos; LAE: limitação aspectos pessoais; LAS: Limitação Aspectos Sociais; VIT: Vitalidade; SM: saúde mental.

As mulheres que apresentaram IU responderam também o KHQ e o PISQ-12. Entre os três tipos de IU, quem teve mais comprometimento na QV foram as mulheres que apresentavam IUM. O domínio que apresentou maior escore foi o de percepção geral da saúde, com média de 60,1 ($\pm 23,6$). Alguns domínios de mulheres com UI tiveram escores maiores do que os outros dois tipos de IU e, de forma geral, os escores de todos os domínios de mulheres com IUE foram sempre menores. As mulheres deste estudo que referiram ter IUE apresentaram melhor QV diante das mulheres que tinham IUM e UI (Tabela 3).

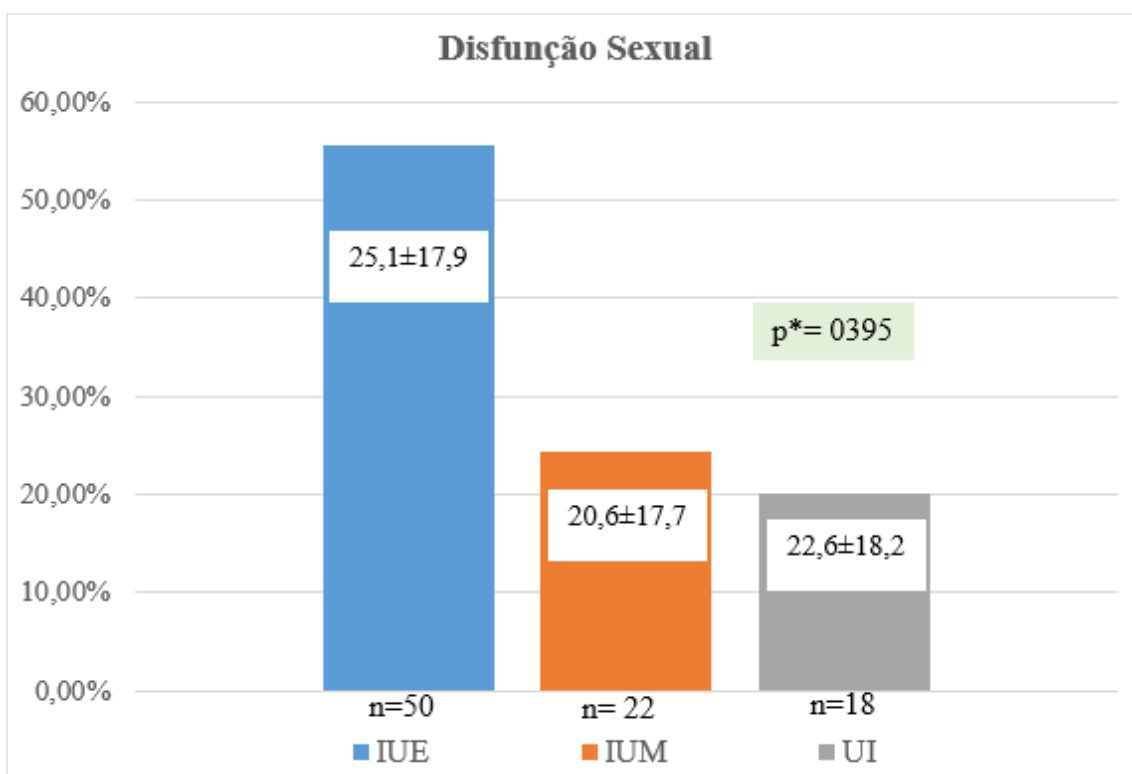
Tabela 3 – Comparação entre as médias do *King's Health Questionnaire* de mulheres com queixas de incontinência urinária de esforço, incontinência urinária mista e urge-incontinência de cada domínio e do escore total do *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

KHQ- Domínios	ICIQ-SF			Valor p*
	IUE (n= 64/53,3%)	IUM (n=32/26,7%)	UI (n=22/18,3%)	
Percepção geral da saúde	52,3 ± 22,1	60,1±23,6	54,4±28,1	0,308
Impacto da incontinência	22,3±26,5	40,6±42,1	42,4±40,0	0,050
Limitações de atividades diárias	6,7±14,4	22,8±31,6	16,6±30,4	0,016
Limitações físicas	8,0±15,7	25,5±33,5	18,9±30,1	0,021
Limitações sociais	1,3±4,6	13,8±23,2	10,5±22,0	0,003
Relações pessoais	3,2±11,9	11,3±18,7	5,8±11,6	0,052
Emoções	17,1±20,9	23,2±28,9	25,2±26,5	0,425
Sono e disposição	9,6±20,5	22,9±34,5	24,9±36,9	0,052
Medidas de gravidade	33,3±19,4	46,2±22,0	34,5±20,6	0,021

Fonte: elaborado pelo autor. *Teste *t* de Student. Valores expressos por média ± desvio padrão. ICIQ-SF: *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*. KHQ: *King's Health Questionnaire*; IUE: Incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista; UI: urge-incontinência.

Das 120 pacientes que referiram perda involuntária de urina, 90 (75%) tinham vida sexual ativa. O gráfico 6 apresenta a distribuição do escore total das mulheres que referiam IU de acordo com a aplicação do PISQ-12.

Gráfico 6 – Distribuição das mulheres que apresentavam incontinência urinária e tinham vida sexual ativa de acordo com a aplicação do *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.



Fonte: elaborado pelo autor. * Teste *t* de Student. IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista; UI: urge-incontinência.

Na avaliação da pontuação geral do PISQ-12, as mulheres com IUE obtiveram melhor pontuação média (25,1±17), mas não houve relação entre os tipos de IU ($p=0,395$). Durante as entrevistas, muitas mulheres se diziam insatisfeitas com a vida sexual, principalmente pela ausência de libido, e que a IU só piorava essa situação.

6 DISCUSSÃO

Este estudo foi pioneiro em avaliar mulheres brasileiras usuárias de um ambulatório de enfermagem ginecológica da APS no que se refere às queixas urinárias. Estudos anteriores foram realizados em ambulatórios especializados em uroginecologia. As mulheres envolvidas neste estudo faziam parte da demanda espontânea de pacientes que buscavam consulta ginecológica de enfermagem com idade acima de 18 anos.

Dentre todos os tipos de incontinência, a maioria das produções concentra-se em investigar a IU (SANTOS e SANTOS, 2010), bem como a investigação destes sintomas são mais comumente vistas em grupos específicos de puérperas (LEROY *et al.*, 2016), idosos (SILVA *et al.*, 2011) e pessoas institucionalizadas (JEREZ-ROIG *et al.*, 2013). Este achado pode ser justificado pela dificuldade em se realizar estudo com população de características distintas, além da definição de IU adotada e das condições de saúde em geral dessa população (SANTOS e SANTOS, 2010). A temática tem sido pouco explorada pelos profissionais da saúde, e as produções sobre prevalência da doença ainda são consideradas exíguas na literatura nacional (SILVA *et al.*, 2011).

Nossos dados identificaram prevalência de IU em 37,3% das participantes. Este achado se assemelha a outros estudos, com objetivos e desenhos metodológicos semelhantes, realizados nas Regiões Nordeste (40,8%) (BENÍCIO *et al.*, 2016) e Sudeste do Brasil (32,9%) (SANTOS e SANTOS, 2010), além de outros países, como a Turquia (37,2%) (KILIÇ, 2016). Porém, a prevalência identificada em nossos dados foi bem superior aos 20% encontrados no estudo de Freire *et al.* (2004) em Ourense, Espanha, com 405 mulheres e aos 7,9% estimados para a região da Cataluña (ESPUÑA-PONS e PUIG CLOTA, 2008). A interpretação da prevalência da doença em diferentes populações de uma mesma região ou de regiões e países distintos deve ser realizada com cautela, devido às diferenças nos desenhos metodológicos e das características de cada população estudada (ABRAMS, 2013).

A maioria das produções científicas afirma que o avançar da idade é um fator fortemente associado para o surgimento da IU (JEREZ-ROIG *et al.*, 2013; ROSA *et al.*, 2014). Fortalecendo estas informações, este estudo encontrou que a IU foi maior

em mulheres com mais de 45 anos, atingindo mais da metade das mulheres que passaram dessa idade. No estudo de Freire *et al.* (2004), as mulheres que apresentaram IU tinham idade média de 50,3 anos.

Embora mais comum entre idosos, a IU não pode ser considerada um distúrbio geriátrico, tendo em vista que não é um problema raro entre mulheres jovens e de meia-idade (BERMÚDEZ *et al.*, 2013). Em nosso estudo, muitas mulheres jovens relataram perda de urina pelo menos uma vez por semana. Dias e Rodrigues (2016) quantificaram a prevalência da IU em estudantes (n=33) de faixa etária mais jovem (18 a 30 anos); 39,4% das entrevistadas afirmaram perder urina pelo menos uma vez por semana e 21,2% disseram perder de duas a três vezes. Mesmo entre mulheres jovens, o número de pessoas que refere IU é preocupante.

Além da idade, a literatura aponta como fatores de risco mais fortemente associado com a IU antecedentes obstétricos, obesidade e presença de algumas doenças crônicas (BRASIL, 2006; ANIULIENË *et al.*, 2016). Neste estudo, a IU foi associada ao número de gestações, número de partos, número de partos vaginais, abortamentos, índice de massa corporal elevado, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, tosse crônica, uso de diuréticos e de outros medicamentos como hipoglicemiantes. Houve associação da IU também entre o histórico familiar positivo de prolapso pélvico e o uso prologado do cigarro.

Higa *et al.* (2008) realizaram revisão bibliográfica com o objetivo de identificar os principais fatores de risco associados à IU. Como resultado, obtiveram como causas: menopausa, obesidade, constipação crônica, número de gestações e de partos normais com lesão do assoalho pélvico, uso de anestésicos durante o parto, peso do recém-nascido acima de 4.000g, cirurgias ginecológicas como a histerectomia, doenças crônicas e neurológicas, fatores hereditários, farmacoterapia, tabagismo e a prática de exercícios rigorosos. Oliveira *et al.*, (2010) também comprovaram alguns destes fatores de risco em seu estudo de caso-controle com 253 pacientes, contudo não houve relação com o aparecimento da doença e o índice de massa corporal elevado, analgesias durante o parto, histerectomia, exercício físico, tabagismo, *diabetes mellitus*, constipação e uso de diuréticos.

Benício *et al.*, (2016) constataram associação da IU com o número de gestações. Embora não tenha sido evidenciada correlação entre a IU e problemas neurológicos, diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tabagismo, cirurgias pélvicas, obesidade e constipação, observaram-se percentuais mais elevados destes fatores em mulheres incontinentes, o que mostra tendência de associação entre as condições. Já para Kiliç (2016), houve associação entre a IU e número de filhos, prolapso genital, duração do trabalho de parto maior que 24 horas, diabetes e infecção urinária.

Os resultados das pesquisas variam muito entre fatores que se associam à doença e aqueles que nem sempre se mostram predeterminantes para seu surgimento. Inúmeros são os fatores associados ao surgimento da IU e controlá-los não é tarefa fácil. Como a doença tem causa multifatorial, reconhecer os fatores considerados modificáveis pode ser a forma apropriada para interromper ou minimizar o curso do problema.

Segundo nossos achados, a IUE foi o tipo mais referido entre mais da metade das queixas da amostra (53,3%), seguida da IUM. A UI esteve presente em 18,3% das pacientes. Robles (2006) afirma em sua revisão que a IUE é a forma mais comum de incontinência em mulheres abaixo de 75 anos, podendo chegar a afetar metade delas. Em concordância com os nossos achados, Robles (2006) e Abrams (2013) identificaram maior prevalência de IUE, bem como menor frequência de UI.

Para Oliveira e Mascarenhas (2010), não há definição específica ou classificação validada da gravidade da doença. Entretanto, em pesquisa recente, Ng *et al.*, (2014) consideraram em seu estudo a seguinte classificação: pessoas que tinham perda de urina ao espirrar ou tossir eram categorizadas com IU leve; nos casos de pessoas que apresentassem perda involuntária de urina durante um salto, uma corrida ou ao subir escadas classificavam-se com IU intermediária; e aquelas que percebessem escape de urina ao andar ou lavar pratos eram consideradas com incontinência grave. Assim, quanto menos esforço fosse empregado para perceber a perda de urina, mais grave era a situação.

Quando questionadas sobre a percepção da quantidade de urina perdida, 70,8% das mulheres afirmaram perder pequena quantidade, e mais de 80,0%

esclareceram que as perdas urinárias aconteciam de duas a três vezes por semana, ou apenas uma vez nesse período. Em estudo nacional, Santos e Santos (2010) identificaram, em amostra de 154 mulheres de idade entre 40 e 59 anos com diagnóstico de IU, que 61,7% delas percebiam quantidades moderadas de urina em suas vestimentas, com sensação de estarem molhadas. Outras 31,8% afirmaram perceber pouca quantidade de urina perdida com sensação de estarem úmidas. Quando indagadas sobre a frequência da IU, 49,4% disseram perder urina semanalmente. Em contrapartida a estas altas porcentagens, Sacomori *et al.* (2013) constataram que 16,5% referiram perder urina uma vez por semana ou menos e 5,6%, duas vezes por semana ou menos.

Para as mulheres deste estudo que apresentaram IU, foi investigado sobre a procura por ajuda profissional. Das 121 mulheres com a doença, 85,1% nunca tinham consultado nenhum profissional para falar sobre a perda de urina. Kiliç (2016) também constatou que das 160 mulheres que tinham problemas de IU, 70,2% não tinham buscado nenhum profissional para falar sobre o problema. Na literatura, as principais razões relatadas para não procurar o médico são: esperança de se recuperar dos sintomas, timidez e hesitação de falar sobre o problema, medo de cirurgia e ideia de ser uma condição natural (KINCHEN *et al.*, 2003; ORTIZ, 2004). Rios *et al.*, (2011) encontraram que das 169 pacientes com IU, apenas 22,4% procuraram ajuda profissional, sendo as pacientes com IUM as que mais relataram seus sintomas ao médico. Eles afirmam ainda que a maioria das mulheres procurava o auxílio médico vários anos depois do aparecimento dos sintomas (RIOS *et al.*, 2011).

Quando indagadas sobre as causas que as levavam a não buscar tratamento para a perda de urina, 30% relataram que o sintoma era pouco frequente, porém afirmavam que o percebiam mais de uma vez por semana; 28,1% achavam que o problema fazia parte de seu envelhecimento; e 17,4% diziam que não sabiam a quem recorrer para falar sobre o problema. Estes achados foram concordantes com o estudo de Silva e Lopes (2009), que identificaram que a maioria das mulheres não buscava tratamento por estes mesmos motivos, e quase metade das pacientes (45,7%) não conhecia qualquer tratamento.

Observa-se que os motivos pelos quais as mulheres não buscam tratamento podem ser variados e se justificam, também em outros estudos, por razões do tipo:

perceber como algo normal ou não grave; considerar uma situação inevitável do envelhecimento; ter baixa expectativa do benefício do tratamento; não ter conhecimento sobre onde buscar tratamento; e ter sentimentos de constrangimento, hesitação e medo de consultar profissionais de saúde, evitando-os (MINASSIAN *et al.*, 2003; SILVA e LOPES, 2009).

O fato de a maioria queixar-se de IU em pequena quantidade pode levar a subestimação dos sintomas da doença, acarretando na baixa procura por ajuda profissional. Os escores de QV, a percepção das mulheres sobre a doença e suas crenças sobre as opções de tratamento disponível para o problema são fatores que afetam a busca de ajuda para o problema (KOCH, 2006).

Ao mencionar a IU e seu manejo em consultas ginecológicas e de outras áreas diversas, nota-se uma estranheza ou surpresa por parte das pacientes. Estas atitudes podem ser justificadas pelo baixo pronunciamento do tema nos espaços da saúde e até mesmo devido ao estigma que a doença causa. Muitas mulheres apresentavam-se surpresas quando questionadas sobre alguma perda involuntária de urina. Elas eram principalmente as que tinham alguma queixa de IU, e a manifestação de surpresa se dava por conta da abordagem do tema, nunca realizada por outrem.

Alguns pacientes também aproveitavam a oportunidade da discussão e mencionavam que parentes próximas, como a mãe, apresentavam o mesmo problema muitas vezes associado ao prolapso pélvico.

Na Holanda, realizou-se estudo com o objetivo de conhecer como pessoas que viviam com IU percebiam os cuidados prestados por seus médicos. Mais da metade dos entrevistados disseram que a única recomendação dada pelo profissional foi o uso de absorventes íntimos, e 25% não estavam satisfeitos com as informações recebidas sobre a doença dos profissionais. Especialmente pacientes mais jovens, mulheres, pessoas menos saudáveis e pacientes com UI revelaram sua insatisfação (ALBERS-HEITNER *et al.*, 2008).

O Protocolo da Atenção Básica direcionado à saúde da mulher recomenda que tanto o profissional médico quanto o enfermeiro são responsáveis por investigar sinais de perdas urinárias, entre outros. Não é observado, na literatura, que pessoas com

sintomas de IU relatem o problema ao profissional, sendo necessário que este o faça para diagnosticar ou para informar (BRASIL, 2006). Na presença dos sintomas, recomenda-se entrevista mais detalhada para investigação de informações que caracterizam o motivo da perda de urina e o exame físico para a avaliação e a intervenção direcionada para o problema (BRASIL, 2016).

Fazer o reconhecimento dos sintomas em consultas nos serviços de APS tem sido eficaz para melhorar os sintomas de forma efetiva, melhorar a QV e a autoeficácia no manejo da IU em várias regiões da Europa (CHOI *et al.*, 2015; ALBERS-HEITNER *et al.*, 2011; VISSER *et al.*, 2015). No entanto, Wenger *et al.* (2010) concluíram que é necessário redesenhar a prática para melhorar a abordagem da doença na comunidade como um todo.

Barbosa *et al.* (2009) investigaram como médicos e enfermeiros abordavam a IU feminina na APS. Com exceção dos ginecologistas, os outros profissionais raramente investigam a presença de IU. Este resultado foi semelhante ao de Shaw *et al.* (2007), em estudo que mostrou que alguns poucos profissionais apuram a continência em seus pacientes e, quando o fazem, é de forma não padronizada e falha.

Identificar os sintomas da doença na APS é uma das maneiras mais adequadas de evitar comprometimento grave da QV das pessoas afetadas. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) coloca que, apesar de sua frequência e das repercussões funcionais, trata-se da queixa mais negligenciada no exame clínico usual (MORAES, 2012).

É fácil perceber que alguns dos fatores que predisõem à doença independem da conduta do indivíduo (idade, sexo, raça branca e doenças do colágeno). Entretanto outros podem ser monitorados pelo profissional e pelo paciente se identificados precocemente, como índice de massa corporal elevado, tabagismo, obesidade, e consumo de cafeína e irritantes vesicais. Porém, para a realização de um plano de cuidado adequado, é essencial que o profissional reconheça a necessidade de trabalhar esse assunto com seus pacientes, bem como este esteja ciente que o possível surgimento da doença não é incurável.

Em alguns estudos que avaliaram como é detectada a IU em mulheres que acessam a APS, o enfermeiro encontra-se como um dos protagonistas na detecção, avaliação e tratamento dela. Albers-Heitner *et al.* (2011) concluíram que envolver enfermeiros nos cuidados de saúde para pacientes com IU, que estejam capacitados para tal, pode melhorar muito a gravidade e o impacto que a doença causa na QV (CHOI *et al.*, 2015; TEUNISSEN *et al.*, 2015; HÄÄGGLUND, 2010).

O envolvimento deste profissional na realização da Terapia Comportamental tem mostrado resultados bastante satisfatórios. Ele pode planejar estratégias de intervenção, aplicá-las e avaliar os resultados, enfocando aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que interferem na doença (CALDAS *et al.*, 2010). Porém, as produções científicas relacionadas às intervenções comportamentais são bastante deficientes, apesar do aumento nos últimos anos (LIMA *et al.*, 2015).

A IU gera algum grau de interferência na QV, abordagem sempre presente na maioria dos estudos, pelo grande impacto que causa na vida das pessoas que sofrem com a doença e suas limitações. Gomes *et al.* (2013) afirmam que esta condição pode ser investigada tanto por instrumentos específicos quanto genéricos. Entretanto, a definição e mensuração da QV das pessoas são bastante complexas, devido aos muitos aspectos que a constituem (PEREIRA *et al.*, 2012).

O ICIQ-SF também contempla a QV em sua pergunta sobre a interferência da IU nas atividades diárias com resposta graduada de zero a 10. Neste estudo, as mulheres apresentaram média de resposta de 6,7, e a maioria deu nota máxima à resposta afirmando elevado comprometimento da QV devido a IU. Do contrário, Carvalho *et al.* (2014) identificaram, em pesquisa realizada com idosas, que quase metade (46,2%) das incontinentes revelou que tal problema não interferia em seu cotidiano. A justificativa para este achado foi esclarecida por dois motivos: elas tinham vida social bastante ativa e elevado nível de escolaridade.

Muitos estudos são realizados com o objetivo de identificar a IU e o quanto que este problema afeta a QV das mulheres. Ainda, a IU é considerada um problema de saúde global.

A aplicação do SF-36 mostrou que aquelas mulheres que não apresentavam queixas de IU tinham maiores escores de todos os domínios do questionário. Em estudo caso-controle realizado com 344 puérperas de até 90 dias de pós-parto verificou-se diferença entre todos os domínios, exceto para capacidade funcional ($p=0,089$) e limitação dos aspectos sociais ($p=0,0318$), e os escores médios da maioria dos domínios foram menores nas puérperas incontinentes (LEROY e LOPES, 2012).

Considerando o KHQ, observou-se que mulheres com IUM apresentaram médias de escores maiores do que àquelas com os outros dois tipos de IU e, conseqüentemente, QV mais comprometida. O domínio com escore médio mais elevado foi o de percepção geral da saúde (60,1). Faria e Pedrosa (2012) obtiveram escores médios mais elevados nos domínios impacto da incontinência (57,14) e medidas de gravidade (45,71).

O impacto na QV é distinto nos diferentes grupos etários e depende da gravidade e do tipo de incontinência (MOTA, 2017). Em estudo de revisão, a maioria dos estudos mostrou níveis mais elevados de ansiedade e estresse psicológico em mulheres com UI (MOTA, 2017). Os achados de Mota (2017) ainda corroboram nossos dados, que também apresentaram o menor escore médio no domínio da saúde mental das mulheres com IU.

O comprometimento da saúde psicológica dos pacientes com IU pode gerar vários distúrbios e, conseqüentemente, o surgimento de outras doenças. Como a pessoa incontinente tende a escondê-la devido ao sentimento de vergonha, os sintomas podem se tornar cada vez mais frequentes, motivando a reclusão e o isolamento social.

As principais restrições relatadas por pessoas com IU observadas na literatura são prejuízo das atividades domésticas e laborais, comprometimentos sexuais, alterações psicoemocionais e diminuição da qualidade do sono/repouso, prejudicando a QV (PEDRO *et al.*, 2011).

No que concerne à função sexual de mulheres com IU avaliada por meio do PISQ-12, apesar do escore total ter sido menor nas mulheres com IUM, não houve diferença entre os três tipos mais comuns da doença. Karbage *et al.* (2016) identificaram que a presença da IU pode interferir drasticamente na função sexual com disfunções do

desejo, orgasmo e excitação. Além disso, a pior função sexual esteve associada à baixa escolaridade, a incontinência coital, a constipação e sintomas de POP bem como mulheres na pós-menopausa apresentam pior função sexual se comparadas a mulheres em pré-menopausa (Karbage *et al.*, 2016).

Faria e Pedrosa (2012) concluíram que tanto na análise da QV quanto na função sexual, os menores escores foram encontrados no grupo de mulheres incontinentes, quando comparadas às continentas. Há estudos que mostram que quase metade das mulheres (48,8%) que apresentam IU relatou que a doença interfere na vida sexual (Pedro *et al.*, 2011; Delarmelindo *et al.*, 2013). Porém, as mulheres que convivem com IU há muito tempo tendem a ajustar sua prática sexual de acordo com a doença (RIBEIRO e RAIMUNDO, 2005).

Ao medir a satisfação sexual relacionada à IU, nota-se certa dificuldade em virtude da confusão entre a interferência da doença na sexualidade, a inibição da paciente, a abordagem adequada do tema por parte do profissional de saúde e a interferência de outros fatores.

Por fim, a vergonha e timidez, associadas ao desconhecimento e à falta de compreensão da incontinência como uma doença, e a vivência de diferentes significados da perda urinária para cada pessoa, geram várias maneiras de lidar com a doença, sem o auxílio de um profissional de saúde (HIGA *et al.*, 2008), limitando-as de atividades pessoais, sociais, sexuais e ocupacionais, e podendo ocasionar isolamento e depressão (FARIA e PEDROSA, 2012).

A abordagem da IU é assunto relevante e que exige estudos mais abrangentes e de atuação profissional mais participativa, seja de maneira educativa, preventiva ou para a prática de alguma intervenção.

6.1 Limitações e recomendações

Embora muitos estudos de prevalência tenham uma amostra de tamanho semelhante à deste estudo, uma das limitações aqui se deu devido ao pequeno número

de mulheres contidas e pelo fato de o estudo ter sido realizado em apenas um local. É importante que outros estudos sejam desenvolvidos também em outros locais da cidade, para a ampliação da amostra e obtenção de resultados mais fidedignos. Além disso, como o serviço é voltado para cuidados à saúde da mulher, não foi possível incluir homens no estudo, não sendo possível identificar a prevalência da doença também nesta população.

De outro modo, recomenda-se a investigação em Unidades Básicas de Saúde, para saber quando e de que maneira os profissionais destes serviços identificam e tratam as disfunções do assoalho pélvico em sua população, além da implementação de estratégias educativas nestes espaços que possam apresentar as disfunções pélvicas, como identificá-las e como tratá-las.

7 CONCLUSÃO

Diante das queixas de incontinência urinária relatadas pelas pacientes que compareceram ao serviço de Atenção Primária, foi possível observar alta prevalência da doença, sendo a incontinência urinária de esforço o tipo mais frequente entre as mulheres. A maioria delas, porém, não buscou nenhum serviço que pudesse esclarecer ou solucionar este problema, justificando-o como pouco frequente.

Como fatores de riscos associados à doença, observaram-se: envelhecimento, histórico obstétrico, índice de massa corporal elevado, doenças crônicas, uso prolongado de medicação, histórico familiar de prolapso e tabagismo. Alguns destes fatores são passíveis de modificações mediante um plano terapêutico entre profissional e paciente, para minimizar as chances de agravar a doença, podendo até minimizar seus efeitos.

Foi ainda observado que o prejuízo na QV das mulheres e nas relações sexuais preocupam, tendo em vista que, mesmo diante de um problema bastante incômodo, os profissionais de saúde não são consultados para esclarecimento do problema.

Para tal, os profissionais também precisam investigar mais em suas consultas sobre os problemas relacionados ao assoalho pélvico feminino, a fim de detectar a presença deste ou de demais problemas, como forma de instruir a paciente e ajudá-la como for possível.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; ANDERSSON, K.E.; BIRDER, L.; BRUBAKER, L.; CARDOZO, L.; CHAPPLE, C., *et al.*; MEMBERS OF COMMITTEES; FOURTH INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v.29, n.1, p. 213-240, jan. 2010.

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN, A. **Incontinence**. ICS 5th International Consultation on Incontinence. Paris, 2013.

AGNEW, R.; HEUVEL, E.V.D; TANNENBAUM, C. Efficiency of using community organisations as catalysts for recruitment to continence promotion trials. **Clinical Trials**, v.10, n.1, p.151–159, fev. 2013.

ALBERS-HEITNER, C. P.; LAGRO-JANSSEN, T. A.; JOORE, M. M.; BERGHMANS, B. L.; NIEMAN, F. F.; VENEMA, P. P.; *et al.* Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial. **International Journal of Clinical Practice**, v.65, n.6, p.705-712, jun. 2011.

ALBERS-HEITNER, P.; BERGHMANS, B.; NIEMAN, F.; LAGRO-JANSSEN, T.; WINKENS, R. How do patients with urinary incontinence perceive care given by their general practitioner? A cross-sectional study. **International Journal of Clinical Practice**, v.62, n.3, p.508-515, mar. 2008.

ALMEIDA, P.P., MACHADO, L.R.G. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. **Fisioterapia em Movimento**, v.25, n.1, p.55-65, mar. 2012.

ANIULIENĖ R., ANIULIS P, STEIBLIENE, V. Risk Factors and Types of Urinary Incontinence among Middle-Aged and Older Male and Female Primary Care Patients in Kaunas Region of Lithuania: Cross Sectional Study. **Journal of Urology**, v.13, n.1, p.2552-2561, mar. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Padrão de Classificação Econômica - Brasil**. ABEP, 2011. Disponível em: <www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=02> Acesso em: 11 ago 2017.

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. **Neurourology and Urodynamics**, v.20, p.510-511, 2001.

BANI-ISSA, W.; ALMOMANI, F.; ELDEIRAWI, K. Urinary incontinence among adult women with diabetes in Jordan: epidemiology, correlates and perceived impact on emotional and social well-being. **Journal of Clinical Nursing**, v.23, n.17-18, p.2451-2460, set. 2014.

BARBOSA, S.S.; OLIVEIRA, L.D.R.; LIMA, J.L.D.A.; CARVALHO, G.M.; LOPES, M.H.B.M. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. **O Mundo da Saúde**, v.33, n.4, p.449-456, 2009.

BENÍCIO, C.D.A.V. **Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Teresina: Centro de Ciências da Saúde da UFPI, 2012.

BENÍCIO, C.D.A.V.; LUZ, M.H.B.A.; LOPES, M.H.B.M.; CARVALHO, N.A.R. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. **Estima**, v.14, n.5, p.161-168, 2016. Disponível em:

<<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/issue/current/showToc>> Acesso em: 11 ago 2017.

BERMÚDEZ, F.J.B.; OLMO, J.M.C.; FUERTES, M.E.; LEDESMA, A. F.; GARCÍA, J.M.M. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. **Medicina de Familia-Semergen**. v.39, n.4, p.197-207, jun. 2013.

BEZERRA, L.R.P.S.; VASCONCELOS NETO, J.A.; VASCONCELOS, C. T. M.; GARCÍA, J.M. M. Temas em Uroginecologia: Manual prático em uroginecologia e

disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.

BEZERRA, S.M.G. **Prevalência de úlcera por pressão e cuidados dispensados em acamados no domicílio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Teresina: Centro de Ciências da Saúde da UFPI, 2010.

BOGREN, M. A.; HVARFWÉN, E.; FRIDLUND B. Urinary incontinence among a 65-year old Swedish population: medical history and psychosocial consequences. *Vard Nord Utveckl Forsk*, v. 17, n. 4, p. 14-7, 1997.

BOTELHO, F.; SILVA, S.; CRUZ, F. Incontinência urinária feminina. **Acta Urológica**, v.24, n.1, p.79-82, 2007.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v.5, n.11, p.121-136, ago. 2011.

BRASIL Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

CALDAS, C.P.; CONCEIÇÃO, I.R.S.; JOSÉ R.M.C.; SILVA, B.M.C. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.19, n.4, p.783-788, dec. 2010.

CARVALHO, M.P.; ANDRADE, F.P.; PERES, W.; MARTINELLI, T.; SIMCH, F.; ORCY, R.B., *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.4, p.721-730, dec. 2014.

CASTRO, M.; CAIUBY, A.V.S.; DRAIBE, A.S.; CANZIANI, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, p.245-249, jul-set. 2003.

CAVALCANTE, K.V.M.; SILVA, M.I.G.; BERNARDO, A.S.F.; SOUZA, D.E.; LIMA, T.C.G.C.; MAGALHÃES, A.G. Prevalência e Fatores Associados à Incontinência Urinária em Mulheres Idosas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.27, n.2, p.216-223, abr-jun. 2014.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, n.3, p.143-150, mai. 1999.

CHOI, E.P.H.; CHIN W.Y.; LAM, C.L.K.; WAN, E.Y.F.; CHAN A.K.C., CHAN, K.H.Y. Evaluation of the Effectiveness of Nurse-Led Continence Care Treatments for Chinese Primary Care Patients with Lower Urinary Tract Symptoms. **PLoS ONE**. v.10, n.6, jun. 2015.

COOPERATIVA DE UROLOGISTAS DO RIO GRANDE DO NORTE (UROCOOP). **Novo estudo aponta 37 milhões de pessoas com incontinência só nos Estados Unidos**. 2004. Disponível em: <<http://www.urocoop.com.br/noticias/novo-estudo-aponta-37-milhoes-de-pessoas-com-incontinencia-so-nos-estados-unidos>>. Acesso em: 11 ago 2017.

DAMASCENO, M.M.C.; ZANETTI, M.L.; CARVALHO, E.C.C.; TEIXEIRA, C.R.S.; ARAÚJO, M.F.M.; ALENCAR, A.M.P.G. A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.4, p.685-692, aug. 2012.

DEDICAÇÃO, A.C.L.; HADDAD, M.; SALDANHA, M.E.S.; DRIUSSO, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.2, p.116-122, abr. 2009.

DELARMELINDO, R.C.A.; PARADA, C.M.G.L.; RODRIGUES, R.A.P.; BOCCHI, S.C.M. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p. 296-303, abr. 2013.

DIAS, S.F.L.; RODRIGUES, A.M.S. A prevalência de incontinência urinária em mulheres nulíparas. **Journal of Health Science Institute**, v.34, n.1, p.49-52, 2016.

ESPUÑA PONS, M.; PUIG CLOTA, M. **Coital urinary incontinence: Impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire.** *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19: 621–625

FARIA, K.; PEDROSA, L.A.K. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.2, p.366-373, abr/jun. 2012.

FIGUEIREDO, E. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** UNA-SUS/UNIFESP. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 11 ago 2017.

FONSECA, E.S.M.; CAMARGO, A.L.M.; CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; FONSECA, M.C.M.; LIMA, G.R.; *et al.* Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.5, p.235-242, 2005.

FREIRE, M.J.M.; COUGIL, M.J.S.; DIZ, P.G.; PATERNAIN, M.V.; RAMOS, M.B.; RAMOS, F.O.C. Estudio de prevalencia de incontinencia urinária en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. **Atenção Primária**, v.34, n3, p.134-139, 2004.

GALVÃO, C.; SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, v.1 p.57-60, fev. 2003.

GOMES, A.G.P.; VERÍSSIMO, J.H.; SANTOS, K.F.O.; ANDRADE, C.G.; COSTA, I.C.P.; FERNANDES, M.G.M. Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida de Mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.27, n.2, p.181-192, maio/ago. 2013.

GRANT, R.L.; DRENNAN, V.M.; RAIT, G.; PETERSEN, I.; ILIFFE S. First Diagnosis and Management of Incontinence in Older People with and without Dementia in Primary Care: A Cohort Study Using The Health Improvement Network Primary Care Database. **PLoS Med**, v.10, n.8, p. e1001505, ago. 2013

HADDAD, J.M.; TRINDADE, J.C.S.; AMARO, J.L.; RIBEIRO, R.M. **Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais**. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2012.

HÄÄGGLUND, D. District continence nurses' experiences of their continence service in primary health care. **Journal of Nursing Management**, v.18, p.225-233. 2010.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.187-192, 2008.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IGLESIAS, F. J. G. ; MARTÍN, J. P. M ; GAMA, E. V. ; OCERÍN, J. M. C.; PÉREZ, M. L.; LÓPEZ, M. R. *et al.* Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Atención Primaria*, v. 28, n. 2, p. 97-104, 2001.

JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D.L.B; LIMA, K.C. Incontinência Urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, n.4, p.865-879, 2013.

KAO, H.; LANDEFELD, C.S. Improving primary care for older patients: challenge for the aging century: comment on "practice redesign to improve care for falls and urinary incontinence". **Archives of Internal Medicine**, v.170, n.9, p.1772-1773, out. 2010.

KARBAGE, S.A.L.; SANTOS, Z.M.S.A.; FROTA, M.A.; MOURA, H.J.; VASCONCELOS, C.T.M.; VASCONCELOS-NETO, J.A.; et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.201, p.56-60, jun. 2016.

KILIÇ, M. Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. **SpringerPlus**, v.5, n.1, p.1331-1340, aug 2016.

KINCHEN, K.S.; BURGIO, K.; DIOKNO, A.C.; FULTZ, N.H.; BUMP, R.; OBENCHAIN, R. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. **Journal of Women's Health**, v.12, n.7, p.687-698, jul 2003.

KOCH, L.H. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.51, n.6, p.e39-44, nov/dec 2006.

LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B.M. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.2, p.346-353, mar/abr 2012.

LEROY, L.S., LÚCIO; A., LOPES; M.H.B. M. Risk factors for postpartum urinary incontinence. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.2, p.200-207, abr. 2016.

LIMA, C.F.M.; CALDAS, C.P.; TROTTE, L.A.C.; FERREIRA, A.M.O.; SILVA, B.M.C. Terapia comportamental para Incontinência Urinária da mulher idosa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.9, n.8, p.8762-8770, ago. 2015.

LOPES, D.B.M.; PRAÇA, N.S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.19, n.4, p.667-674, dec. 2010.

MARKLAND, A.D.; RICHTER, H.E.; FWU, C.W.; EGGERS, P.; KUSEK, J.W. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. **The Journal of Urology**, v.186, n.2, p.589-593, aug. 2011.

MARTÍNEZ-GALLARDO PIETRO, L.; NELLEN-HUMMEL, H.; HAMUI-SUTTON, A.; HALABE-CHEREM, J. Urinary incontinence in the elderly. **Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v.45, n.5, p.513-521, set. 2007.

MELO, M.C.S.C.; VILELA, F.; SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I. E. O. Enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p.389-398, 2012.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-764, dec. 2008.

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. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.1, p.100-108, mar 2012.

MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.82, n.3, p.327-338, set. 2003.

MORAES, E.M. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOTA, R.L. Female urinary incontinence and sexuality. **International Brazilian Journal of Urology**. v.43, n.1, p.20-28, jan-feb 2017.

NG, S. F.; LOK, M. K.; PANG, S. M.; WUN, Y. T. Stress urinary incontinence in younger women in primary care: prevalence and opportunistic intervention. **Journal of Women's Health (Larchmt)**, v.23, n.1, p.65-68, jan. 2014.

OLIVEIRA, C.F; MASCARENHAS, T. **Manual de ginecologia**. Lisboa: Publicaciones Permanyer, 2010. v. II.

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. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.6, p.688-690, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n. spe, p.158-64, set. 2013.

ORTIZ, O.C. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. **International Journal of Gynaecology & Obstetrics**, v.86, suppl 1, p.s6-s16, jul. 2004.

PEDRO, A. F.; RIBEIRO J.; SOLER, Z.A.S.G.; BUGDAN, A.P. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.7, n.2, p.63-70, ago. 2011.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, D. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

REIS, R.B.; COLOGNA, A.J.; MARTINS, A.C.P.; PASCHOALIN, E.L.; TUCCI JR., S.; SUAID, H.J. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirurgica Brasileira**, v.18, supl. 5, p.47-51, 2003.

RIBEIRO, J.P., RAIMUNDO, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. **Análise Psicológica**, v.3, n.23, p.305-314, 2005.

RIOS, A.A.N.; CARDOSO, J.R; RODRIGUES, M.A.F.; ALMEIDA, S.H.M. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. **International Urogynecology Journal**, v.22, p.879-884, 2011.

ROBLES, J.E. La incontinencia urinária. **Anales Sis San Navarra**,v.29, n.2, p.219-231, ago. 2006.

ROS, C.; ESPUÑA-PONS, M.; ORTEGA, J.A.; ALIAGA, F.; PÉREZ-GONZÁLEZ, A. y GRESP. La incontinencia urinaria en consultas de ginecología. ¿Todas las mujeres con síntomas desean tratarse? **Actas Urológicas Españolas**, v.39, n.10, p.628-634, dec. 2015.

ROSA, L.H.T.; SOUZA, C.M.; LIMA, C.H.L.; BOGGIO, E.S.B.; SANTOS, F.C.; CARBONI, C., *et al.* Prevalencia da incontinencia urinaria em idosos de Porto Alegre. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v.8, n.2, p.104-109, 2014.

ROSE, S.M.S.F.; GANGNON, R.E.; CHEWNING, B.; WALD, A. Increasing Discussion Rates of Incontinence in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Women's Health (Larchmt)**, v.24, n.11, p.940-949, nov. 2015.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1251-1259, jun 2013

SANTANA, G.W.R.M. Validação para o português do questionário sexual para Incontinência Urinária/Prolapso De Órgãos Pélvicos. Dissertação (Mestrado em Medicina). São Paulo: Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2010.

SANTOS, C.R.S.; SANTOS, V.L.C.G. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.5, p.1-8, set-out 2010.

SHAW, C.; ATWELL, C.; WOOD, F.; BRITTAIN, K.; WILLIAMS, K. A qualitative study of the assessment and treatment of incontinence in primary care. **Family Practice**, v.24, n.5, p.461-487, out. 2007.

SIDDIQUI, N.Y.; LEVIN, P.J.; PHADTARE, A.; PIETROBON, R.; AMMARELL, N. Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v.25, n.7, p.863-871, jul. 2014.

SILVA, L.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência Urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.1, p.72-78, 2009.

SILVA, V.A.; SOUZA, K.L.; D'ELBOUX, M.J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.3, p.672-678, 2011.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA; M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, mar. 2010.

SPENCER, J. Continence promotion. **Nursing for Woman's Health**, v.16, n.4, p.337-340, ago. 2012.

TAMANINI, J.T.N.; DAMBROS, M.; D'ANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO JR, N.R. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.438-444, jun 2004.

TAMANINI, J.T.N.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.; SANTOS, A.O.L.F.; LAURENTI, R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABC Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1756-1762, aug. 2009.

TANNENBAUM, C.; AGNEW, R.; BENEDETTI, A.; THOMAS, D.; HEUVEL, E.V. D. Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial. **BMJ Open**, v.12, n.12, e004135, 2013.

TEUNISSEN, D.T.A.M.; STEGEMAN, M.M.; BOR, H.H.; LAGRO-JANSSEN T. A.L.M. Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and

impact of urinary incontinence in women. An observational study. **BMC Urology**, v.15, n.51, p.1-8, 2015.

The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

TORREALBA, F.C.M.; OLIVEIRA, L.D.R. Incontinência urinária na população feminina de idosas. **Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v.14, n.1, p.159-175, 2010.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.1, p.124-131, jan. 2006.

VIEGAS, K.; WELFER, M.; LUCHO, G.D.; SOUZA, C.C.; SANTOS, B.R.L.S.; MELO, D.A.S.; *et al.* Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Revista Ciência & Saúde**, v.2, n.2, p.50-57, jul./dez. 2009.

VISSER, E.; BOCK, G.H.; MESSELINK, E.J.; SCHRAM, A.J.; KOLLEN, B.J.; GEMERT, S., *et al.* Active encouragement of older women with urinary incontinence in primary care to undergo diagnosis and treatment: A matched-pair cluster randomized controlled trial. **Maturitas**, v.80, p.212-219, 2015.

WENGER, N.S.; ROTH, C.P.; HALL, W.J.; GANZ, D.A.; SNOW, V.; BYRKIT, J., *et al.* Practice Redesign to Improve Care for Falls and Urinary Incontinence. **Archives of Internal Medicine**, v.170, n.19, p.1765-1772, oct. 2010.

APÊNDICE**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)****UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – UFC
MESTRADO EM ENFERMAGEM
PREVALÊNCIA DE QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada Senhora:

Estou convidando-a a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Tenho como objetivo neste estudo conhecer a prevalência de mulheres com queixas de perdas urinárias que buscam consulta de prevenção do câncer ginecológico em um serviço de Atenção Primária. Pretendo, assim, contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada e preocupada com a qualidade de vida e promoção da saúde desta população.

A incontinência urinária (IU) é o problema de saúde pública mais prevalente em mulheres idosas. Entretanto, algumas mulheres jovens referem episódios de perdas de urinas, mas afirmam que dificilmente buscam atendimento para solucionar este problema. Como a IU é uma disfunção uroginecológica que pode piorar com o passar

do tempo, faz-se necessária a identificação precoce destes sintomas para realizar a terapêutica adequada para cada mulher.

Para participar do estudo é preciso responder um instrumento adaptado pela pesquisadora com perguntas que já são realizadas rotineiramente pelo serviço acrescido de questionamentos sobre possíveis perdas urinárias indesejáveis e em quais situações estão ocorrendo. Após as perguntas respondidas, a consulta de prevenção seguirá como de costume.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência, pode entrar em contato comigo por meio do Comitê de Ética da UFC pelo telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Tamires Daianny Araujo de Oliveira

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1.115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: tamires_day@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO						SPSS
Nome: _____					1. Prontuário da coleta: _____ / _____	1- _____
2. Zona: 1- Urbana 2- Rural						2- _____
3. Idade: _____						3- _____
4. Profissão atual: 1- Do lar 2 - serviços gerais 3- agricultora 4 - costureira 5 - aposentada. Da atividade: _____						4- _____
6 - vendedora 7 - professora 8 - outras: _____						
5. Estado civil: 1-solteira 2- casada/união estável 3-divorciada 4- viúva						5- _____
6. Escolaridade da mulher: _____ anos de estudo						6- _____
(analfabeta=0/Ens.Fund.Completo[1ª-8ªsérie]=9 anos/ Ens.Méd.Completo[1ª-3ªsérie do 2º grau]=12 anos)						7- _____
7. PONTOS A: _____ (Analfabeta até a 3ª série do 1º Grau = 0/ Até a 4ª série do 1º grau = 1/ Até a 8ª série completa = 2 /Ensino médio completo = 4/ Superior completo = 8)						8- _____
8. Peso _____						9- _____
9. Classe- 1-[≤ 18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)]						10- _____
10. Altura _____						11- _____
4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[≥40 (Obesidade3-mórbida)]						12- _____
11. IMC: _____ Kg/m ²						
12- Faz atividade Física? 0 - Não 1- Sim Qual? _____						
AVALIAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA						
13. Moradia: 1-Casa própria 2- Alugada 3- Outra: _____						13- _____
14. Energia elétrica: 0-Não 1-Sim						14- _____
15. Fogão a lenha: 0-Não 1-Sim						15- _____
16. Água encanada: 0-Não 1-Sim						16- _____
17. Esgoto: 0-Não 1-Sim						17- _____
18. Renda familiar total (somando com o bolsa família, se for o caso): R\$ _____						18- _____
19. Bolsa família: 0-Não 1-Sim. Quantas: _____						19- _____
Avaliação da posse de itens: (CCEB 2011)						
Quantidade	0	1	2	3	4	
TV em cores	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	
Rádio	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	
Banheiro	0 pontos	4 pontos	5 pontos	6 pontos	7 pontos	
Automóvel	0 pontos	4 pontos	7 pontos	9 pontos	9 pontos	
Empregada mensalista	0 pontos	3 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos	
Máquina de lavar	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	
Vídeo cassete e/ou DVD	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	
Geladeira	0 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	
TOTAL DE PONTOS B						
20. Avaliação da classe social (SOMAR PONTOS A [item 7] E PONTOS B): _____						20- _____
21. Classe: 1- A1 (42-46) 2- A2 (35-41) 3- B1 (29-34) 4- B2 (23-28) 5-C1 (18-22) 6- C2 (14-17) 7- D (08-13) 8- E (00-07)						21- _____

ICIQ – SF (Tamanini, J.T.N. et al)	
22. Com que frequência você perde urina? 0-nunca 1-uma vez/semana ou menos 2- duas ou três vezes/semana 3- uma vez/dia 4- diversas vezes/dia 5- o tempo todo	22- _____
23. Qual a quantidade de urina que você pensa que perde? 0-nenhuma 2- pequena quantidade 4- moderada quantidade 6- grande quantidade	23- _____
24. Quanto a perda de urina interfere em sua vida diária? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=não interfere 10= interfere muito)	24- _____
25. ICIQ SCORE: (Somar os resultados 22+23+24 = _____)	25- _____
26. Quando você perde urina (assinale as alternativas que se aplicam à paciente)? () 1- Nunca () 2- Perco antes de chegar ao banheiro () 3- Perco quando tusso ou espirro () 4- Perco quando estou dormindo () 5- Perco quando estou fazendo atividades físicas () 6- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo () 7- Perco sem razão óbvia () 8- Perco o tempo todo	26- _____ 27- _____
27. Já procurou atendimento para saber o porquê dessa perda? 0 – Não 1- Sim 2- Não se aplica -Porque não procurou? _____	28- _____ 29- _____
28. Quando estava grávida teve perda de urina? 0 – Não 1- Sim 2- Não lembra	
29. Se sim, isso aconteceu em qual período da gestação? 0- Não se aplica 1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 4- Depois do Parto	
INVESTIGAÇÃO SOBRE AS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL	
30. Nº de micções diurnas (da hora que acordar até antes de dormir): _____	30- _____
31. Nº de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acordar para urinar?): _____	31- _____
32. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços	32- _____
33. Urgência (Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	33- _____
34. Noctúria (Nº de micções noturnas ≥3) ? 0 – Não 1- Sim	34- _____
35. Urge-incontinência (queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	35- _____
36. Emrise noturna (queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	36- _____
37. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim	37- _____
38. Quantos forros vaginais você usa por dia ? _____ (Escreva 0, caso não utilize forros)	38- _____
39. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual	39- _____
40. Dificuldade de iniciar micção (queixa-se de atraso para iniciar a micção – hesitação)? 0 – Não 1- Sim	40- _____
41. Disúria? 0 – Não 1- Sim	41- _____
42. Força para iniciar a micção? 0 – Não 1- Sim	42- _____
43. Polaciúria (Nº micções diurnas ≥ 7vezes)? 0 – Não 1- Sim	43- _____
44. Sensação de esvaziamento incompleto (a bexiga não esvaziou completamente após a micção) ? 0 – Não 1- Sim	44- _____
45. Hematúria? 0 – Não 1- Sim	45- _____
46. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim	46- _____
47. ITU recorrente (No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses)? 0 – Não 1- Sim	47- _____
48. Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio)	48- _____
49. Incontinência fecal? 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3- “mancha a calcinha”	49- _____
50. Classificação do grau de incontinência: 0- Não tem 1- Leve (0-7 pts) 2- Intermediária (8-13 pts) 3- Grave (14-20 pontos)	50- _____
51. Constipação? 0 – Não 1- Sim 52. Sensação de bola na vagina? 0 – Não 1- Sim 53. Frouidão vaginal? 0 – Não 1- Sim	51- _____ 52- _____ 53- _____

PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO	
DUM: __/__/__	54- _____
54. Está na menopausa? 0 - Não 1- Sim 2- Não dá para saber (histerectomizada)	55- _____
55. Tempo de pós-menopausa: _____ (meses) (Coloque 0, se não estiver na menopausa)	56- _____
56. Uso de TH atualmente (há < 6 meses): 0 - Não 1- Sim	57- _____
57. G: _____ 58. P: _____ 59. A: _____	58- _____
60. Partos vaginais: _____	59- _____
61. Partos fórceps: _____	60- _____
62. Partos cesarianos: _____	61- _____
63. Maior peso RN: _____ gramas () Não lembra	62- _____
64. Antecedentes Clínicos: 0- Nenhum 1- Diabetes 2- HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse crônica	63- _____
6- Outros: _____	64- _____
65. Medicções em uso: 0- Nenhum 1- Diuréticos 2- Ansiolíticos 3- Anticolinérgicos 4- Outros: _____	65- _____
66. Antecedentes Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4- Outro: _____	66- _____
67. Você tem história familiar de prolapso? 0- Não 1- Sim 2- Não Lembra	67- _____
68. Fumante: 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente	68- _____
69. Se já fumou ou fuma, duração do tempo de fumante? _____ (meses)	69- _____
70. Nº de cigarros por dia: _____ (não coloque carteira de cigarro, mas o nº de cigarros por dia)	70- _____

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF - 36)						SPSS
Quanto > o escore, melhor a qualidade de vida)						
ESTADO GERAL DE SAÚDE						
71- Em geral você diria que sua saúde é:						71- _____
1-Excelente (5,0) 2-Muito Boa (4,4) 3-Boa (3,4) 4-Ruim (2,0) 5- Muito Ruim (1,0)						
72- O quanto é verdadeiro ou falso é cada uma das seguintes afirmações para você?						
	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso	
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5	
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1 (5,0)	2(4,0)	3	4(2,0)	5(1,0)	
Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5	
Minha saúde é excelente	1 (5,0)	2(4,0)	3	4(2,0)	5(1,0)	
TOTAL						72- _____
73- DOMÍNIO ESTADO GERAL DE SAÚDE= _____						
[(VALOR QUESTÃO 71+ TOTAL DA QUESTÃO 72) - 5] X 100 / 20						73- _____
CAPACIDADE FUNCIONAL						
Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?						
Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificulta de modo algum			
Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3			
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3			
Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3			
Subir vários lances de escada	1	2	3			
Subir um lance de escada	1	2	3			
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3			
Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3			
Andar vários quarteirões	1	2	3			
Andar um quarteirão	1	2	3			
Tomar banho ou vestir-se	1	2	3			
TOTAL						
74- DOMÍNIO CAPACIDADE FUNCIONAL= _____						
[(VALOR QUESTÃO - 10) X 100] / 20						74- _____
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS						
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?						

Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2				
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2				
TOTAL						
75- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. FÍSICOS = _____						
$[(\text{VALOR QUESTÃO} - 4) \times 100] / 4$						
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS						
75- _____						
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?						
	Sim	Não				
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2				
TOTAL						
76- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. EMOCIONAIS = _____						
$[(\text{VALOR DA QUESTÃO} - 3) \times 100] / 3$						
ASPECTOS SOCIAIS						
76- _____						
77- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?						
1- De forma nenhuma (5,0) 2- Ligeiramente (4,0) 3- Moderadamente (3,0) 4- Bastante (2,0) 5- Extremamente (1,0)						
77- _____						
78- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?						
1- Todo tempo 2- Maior parte do tempo 3- Alguma parte do tempo 4- Pequena parte do tempo 5- Nenhuma parte do tempo						
78- _____						
79- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. SOCIAIS = _____						
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO} 77 + \text{QUESTÃO} 78) - 2] \times 100\} / 8$						
79- _____						
VITALIDADE						
Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.						
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6
TOTAL						
80- DOMÍNIO VITALIDADE = _____						
$[(\text{VALOR DA QUESTÃO} - 4) \times 100] / 20$						
DOR						
81- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?						
1- Nenhuma(6,0) 2- Muito leve(5,4) 3- Leve(4,2) 4- Moderada(3,1) 5- Grave(2,2) 6- Muito grave(1,0)						
81- _____						

82- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?							82- _____
1- De maneira alguma 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Bastante 5- Extremamente							
A resposta da questão 82 depende da nota da questão 81			Se a questão 81 não for respondida, o escore da questão 82 passa a ser o seguinte:				
Se 81 = 1 e se 82 = 1, o valor da questão é (6)			Se a resposta for (1), a pontuação será (6)				
Se 81 = 2 à 6 e se 82 = 1, o valor da questão é (5)			Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)				
Se 81 = 2 à 6 e se 82 = 2, o valor da questão é (4)			Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)				
Se 81 = 2 à 6 e se 82 = 3, o valor da questão é (3)			Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)				
Se 81 = 2 à 6 e se 82 = 4, o valor da questão é (2)			Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)				
Se 81 = 2 à 6 e se 82 = 5, o valor da questão é (1)							
TOTAL=							
83- DOMÍNIO DOR = _____							83- _____
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 78} + \text{QUESTÃO 79}) - 2] \times 100\} / 10$							
SAÚDE MENTAL							
Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.							
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6	
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6	
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)	
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6	
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)	
TOTAL							
84- DOMÍNIO SAÚDE MENTAL = _____							84- _____
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO}) - 5] \times 100\} / 25$							

MEDIDAS DE GRAVIDADE	
109. Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente, tipo Modess para manter-se seca? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	109. _____
110. Você controla a quantidade de líquido que bebe? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	110. _____
111. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	111. _____
112. Você se preocupa em estar cheirando urina? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	112. _____
113. Você fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	113. _____
114. MEDIDAS DE GRAVIDADE = _____ (((Pontuação das Questões 109 + 110 + 111 + 112+113) - 5) / 15) x 100	114. _____
AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM IU E/OU POP – PISQ-12	
QUANTO MAIOR O VALOR DO PISQ, MELHOR A FUNÇÃO SEXUAL (TOTAL 0 – 48 PONTOS)	
(PREENCHER SOMENTE SE A MULHER FOR ATIVA SEXUALMENTE)	
115. Com que frequência você sente vontade de fazer sexo? Esta vontade pode incluir querer fazer sexo, planejar fazer sexo, sentir-se frustrada por não fazer sexo, etc. 4-Diariamente 3-Semanalmente 2-Mensalmente 1-Menos de uma vez por mês 0- Nunca	115. _____
116. Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro) 4- Sempre 3-Frequentemente 2-Às vezes 1-Raramente 0-Nunca	116. _____
117. Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro? 4- Sempre 3-Frequentemente 2-Às vezes 1-Raramente 0-Nunca	117. _____
118. Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual? 4- Sempre 3-Frequentemente 2-Às vezes 1-Raramente 0-Nunca	118. _____
119. Você tem dor durante o ato sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	119. _____
120. Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	120. _____
121. O medo da incontinência (perda de fezes ou urina) dificulta a sua atividade sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	121. _____
122. Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída) 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	122. _____
123. Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	123. _____
124. Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	124. _____
125. Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	125. _____
126. Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses? 0- Muito menos intenso 1- Pouco intenso 2- Mesma intensidade 3- Mais intenso 4-Muito mais intenso	126. _____
127. TOTAL DO ESCORE: _____	127. _____

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e Validação de Protocolo Clínico para Detecção Precoce de Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino

Pesquisador: Mônica Oliveira Batista Oriá

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18198513.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 401.240

Data da Relatoria: 19/09/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo metodológico para elaborar e validar um protocolo a ser utilizado em consultas de enfermagem na prevenção do câncer de colo uterino e terá por base as diretrizes do Ministério da Saúde, documentos dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e artigos científicos. O estudo dar-se-á na Casa de Parto Natural ζ CPN que se encontra vinculada ao Centro de Desenvolvimento Familiar / UFC, situado no bairro Planalto do Pici, Secretaria Executiva Regional III. Participarão do estudo 182 mulheres a partir de 18 anos que buscarem o serviço de enfermagem ginecológica da CPN que estejam aptas a compreenderem as etapas do estudo e concederem sua anuência formal via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo será organizado em quatro etapas: construção do protocolo, validação de aparência e de conteúdo, teste piloto e validação relacionada a critério. O protocolo desenvolvido servirá como guia para as consultas de enfermagem durante a prevenção de câncer ginecológico e será dividido em capítulos contendo temas alusivos a abordagem da mulher durante o primeiro contato com o serviço de saúde: roteiro da consulta de enfermagem ginecológica, exame clínico geral e ginecológico, solicitação de exames obrigatórios, complementares e seus achados, roteiros para as condutas, encaminhamentos e sistematização da assistência de enfermagem. O protocolo também será representado na forma gráfica de

Endereço: Rua Cel. Nunes do Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-210
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3273-2903 E-mail: compe@ufc.br

Continuação do Projeto: 401.240

fluxogramas com algoritmos. Antes de ser iniciado o processo de validação do protocolo, será desenvolvido um teste piloto como forma de melhor aperfeiçoá-lo para posteriormente ser validado. Nessa etapa, o protocolo será aplicado por enfermeiras em consultas de prevenção do câncer ginecológico na CPN Lígia Barros Costa visando identificar possíveis falhas e assim, ser readaptado frente às necessidades. O teste piloto deve envolver uma amostra de 30 mulheres. Para a validação de aparência e conteúdo serão realizadas consultas a especialistas, sejam enfermeiros ou médicos com experiência em uma ou mais áreas de interesse: ginecologia, saúde da mulher, prevenção do câncer ginecológico, saúde da família, validação de instrumentos. Para a validação de aparência e conteúdo será elaborado um instrumento direcionado aos especialistas e terá a seguinte divisão: primeira parte com dados referentes ao avaliador a fim de ser feita sua caracterização quanto à titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área e produção científica; a segunda parte conterá informações referentes aos itens do protocolo a serem avaliados como, objetivo, apresentação, estrutura e relevância. Será adotada a forma de escala tipo Likert, com os seguintes níveis de resposta, sendo: 1- Inadequado, 2 - Parcialmente adequado, 3- Adequado, 4- Totalmente adequado e 0- NA (não se aplica). Os especialistas serão selecionados por meio da amostragem bola de neve, na qual ao identificar um sujeito que se encaixa nos critérios de elegibilidade necessários para participar do estudo, será solicitado ao mesmo que sugira outros participantes. Após a indicação, será realizada consulta ao Currículo Lattes para verificar a adequação do especialista aos critérios de seleção para esse estudo. Os especialistas serão escolhidos conforme os seguintes critérios estabelecidos: titulação, produção científica e tempo de atuação com a temática escolhida. A avaliação de ocorrência de resultados falso-positivos será determinada pela discordância entre a positividade/suspeita de lesão precursora identificada no protocolo construído e o resultado histopatológico negativo para o câncer do colo uterino e suas lesões precursoras, ou seja, os casos em que o protocolo sugeriu a presença de lesão pelo HPV que não tiveram confirmação pela histopatologia (padrão ouro) serão considerados falso-positivos. Será realizada análise estatística.

Objetivo da Pesquisa:

Construir um protocolo direcionado a consulta de enfermagem ginecológica.

Descrever as etapas do processo de desenvolvimento de um protocolo.

Validar conteúdo e aparência de um protocolo para consulta de enfermagem ginecológica.

Realizar a validação de critério do protocolo para consulta de enfermagem ginecológica.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-770

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: compe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/PROPESQ



Continuação do Parecer: 401.240

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o protocolo seguirá recomendações do Ministério da Saúde, com risco/desconforto mínimo.

Benefícios: Existência de uma ferramenta de consulta válida e confiável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; declaração de concordância; folha de rosto; cronograma; TCLE para mulheres; TCLE para juizes; orçamento; currículo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Céf. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comape@ufc.br