

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

**Prevalência da incontinência urinária e sua
associação com a obesidade em mulheres na
transição menopausal e após menopausa**

Jéssica de Moura Sousa Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Ciclos
de Vida e Sociedade

Orientador: Professor Dr. José
Mendes Aldrighi

**São Paulo
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Prevalência da incontinência urinária e sua associação com a obesidade em mulheres na transição menopausal e após menopausa

Jéssica de Moura Sousa Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Professor Dr. José Mendes Aldrighi

**São Paulo
2010**

Dedico este trabalho ao meu grande amor Beto e aos meus pais, Wilson e Sonia, meus alicerces seguro. Sempre me dão força para seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial ao Professor José Mendes Aldrighi, orientador brilhante que me acolheu com carinho, dedicação e muita paciência para me ensinar os conteúdos científicos. Termino mais este ciclo da minha vida orgulhosa de ter como orientador este Professor, amigo e companheiro.

À Deus por mais esta vitória em minha vida, que não olhou minhas fraquezas, mas veio ao meu encontro.

À Professora Maria Regina Cardoso, profissional e pessoa admirável, que me recebeu e orientou quanto às análises estatísticas.

Ao Professor Roberto Calvoso sempre do nosso lado dando a força necessária para vencermos.

Ao Nucélio pelo apoio e acolhimento.

Aos professores e funcionários da FSP/USP pelo acolhimento e atenção, com destaque para Iara, Leandro e Lívia.

À minha amiga e Professora Ana Carolina, que me inseriu e ensinou o imenso e apaixonante meio científico, com muito carinho, paciência e dedicação.

À minha amiga Wendry, que nos momentos mais difíceis desta caminhada esteve sempre presente com sua mão estendida a me ajudar.

À minha amiga Débora que sempre esteve presente nas trocas de experiências.

À minha amiga Elaine que estava pronta em me ajudar em tudo.

A todos que de alguma forma contribuíram para que o Projeto Prosapin se tornasse esta grandiosidade.

Aos meus pais, por terem me escutado nos momentos de angústias. Pela força, encorajamento e pelas orações para a finalização com sucesso de mais uma etapa nos meus estudos.

Ao meu esposo Beto pelo companheirismo, paciência, amor e pela calma que transmitia nos momentos de desespero. E pela ajuda na realização de gráficos e tabelas.

Às minhas colegas de trabalho Dra. Célide, Carla que me ajudaram muito na fase final da minha tese.

Resumo

OLIVEIRA JMS. Prevalência da incontinência urinária e sua associação com a obesidade em mulheres na transição menopausal e após menopausa [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é a perda involuntária de urina e, entre os fatores envolvidos no seu determinismo, a obesidade assume particular importância. Entretanto, ainda não está claro se o fator determinante é a gordura abdominal, mensurada pela medida da circunferência abdominal (CA), ou o excesso de gordura corpórea, avaliado pelo Índice de Massa Corpórea (IMC). **Objetivos:** Estimar a prevalência de IU em mulheres na transição menopausal e após a menopausa; verificar se há associação com o IMC e com a medida da CA em seu determinismo além de avaliar a qualidade de vida nas mulheres incontinentes estudadas. **Métodos:** Em estudo transversal, foram obtidos dados secundários a partir do banco de dados do Projeto de Saúde de Pindamonhangaba, pertencentes ao Programa de Saúde da Família, do referido Município. A população do estudo foram mulheres nos estágios da transição menopausal e pós menopausa, com idade entre 35 e 65 anos. Todas foram submetidas a uma entrevista sistematizada, que incluiu questões sobre perfil sociodemográfico, história ginecológica e obstétrica, incontinência urinária, morbidade e avaliações antropométricas, como altura, peso e medida da CA e coleta de sangue. **Resultados:** A prevalência da IU foi de 17,0% e entre os fatores significativos associados ao seu determinismo incluíram-se episiotomia, religião evangélica, depressão, tabagismo atual, síndrome metabólica e medida da CA acima de 88 cm. Com relação à qualidade de vida das incontinentes, 16,1% das mulheres relataram que a incontinência tem impacto na qualidade de vida e 3,2% classificaram esse impacto como grave. **Conclusão:** A prevalência da IU foi menor em comparação a outros estudos, porém, constatou-se piora da qualidade de vida das incontinentes; com relação à obesidade, observou-se que a medida da CA maior que 88 cm se associou significativamente com a IU, o mesmo não ocorrendo com o IMC.

Descritores: Incontinência Urinária; Obesidade; Transição Menopausal; Pós-menopausa.

Abstract

Oliveira JMS. Prevalence of urinary incontinence and its association with obesity among women in the menopausal transition and postmenopause. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

Introduction: Urinary Incontinence (UI) is the involuntary loss of urine and among the factors involved in its determinism, obesity takes particular importance. However, it is unclear whether the determinant factor is the abdominal fat measured by measuring the Abdominal Circumference (AC) and / or the excess of body fat assessed by the Body Mass Index (BMI). **Objectives:** To estimate the prevalence of UI in women in menopausal transition and after menopause; check for an association between the BMI with the AC measure in its determinism and evaluate the quality of life in studied incontinent women. **Methods:** In cross-sectional study were obtained secondary data from the database of the Pindamonhangaba's Health Project, belonging to the Family Health Program of that municipality. The study population were women in transition and postmenopause stages, aged between 35 and 65. All were subjected to a systematic interview that included questions about Sociodemographic profile, obstetrical and gynecological history, urinary incontinence, morbidity and anthropometric measurements such as height, weight, AC measurement and blood collection. **Results:** The prevalence of U was 17.0% and among the significant factors associated with its determinism is included episiotomy, evangelical religion, depression, current tabagism, metabolic syndrome and CA measurement above 88 cm. Regarding the quality of life, 16.1% of incontinent women reported having an impact on quality of life and 3.2% classified it as severe. **Conclusion:** The prevalence of UI was lower compared to other studies, however, it was found a worsening in incontinent's quality of life; in relation to obesity, it was observed that the measurement of AC > 88 cm was significantly associated with UI, what was not observed for BMI.

Descriptors: Urinary Incontinence; Obesity; Menopausal Transition; Postmenopause.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Climatério, transição menopausal e pós menopausa	14
1.2. Repercussões da transição menopausal e da pós menopausa	16
1.3. Incontinência urinária (iu)	17
1.3.1. Anatomia	19
1.3.2. Definição e Fatores de Risco	20
1.4. Obesidade	22
1.5. Incontinência urinária e obesidade	24
2. OBJETIVOS	26
3. CASUÍSTICA e MÉTODO	27
3.1. Tipificação do estudo e caracterização das variáveis	27
3.2. Local e população de estudo	27
3.3. Amostra	29
3.4. Procedimento de campo	30
3.4.1. Coleta das informações do banco de dados	31
3.5. Investigação das variáveis	34
3.6. Análise dos dados	46
4. RESULTADOS	48
4.1. Perfil das mulheres estudadas	48
4.2. Impacto na vida das mulheres com iu	54
4.3. Prevalências	55
4.3.1 Prevalência da obesidade	55
4.3.2 Prevalência da incontinência urinária	57
4.4. Associação da incontinência urinária e a obesidade	58
5. DISCUSSÃO	66
6. CONCLUSÃO	72
7. REFERÊNCIAS	73
Anexo 1: Carta da Secretaria de Pindamonhangaba/SP.	86
Anexo 2: Carta de Aprovação do COEP/FSP da COORTE	87
Anexo 3: Carta de Aprovação do COEP/FSP	88
Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
Anexo 5: Autorização do banco de dados	91
Anexo 6: Termo de responsabilidade	92
Anexo 7: Questionário ICIQ-SF	93
Anexo 8: Roteiro de Antropometria	94
Anexo 9: Roteiro entrevista	95
CURRÍCULOS	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de coleta de dados.	31
Figura 2: Posição corporal para medida da estatura.	36
Figura 3: Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.	38
Figura 4: Distribuição da proporção do impacto na qualidade de vida das mulheres incontinentes estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	55
Figura 5: Distribuição da proporção segundo o índice de massa corporal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	56
Figura 6: Distribuição proporcional de incontinência urinária segundo o status menopausal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estágios do envelhecimento ovariano.	16
Quadro 2: Situação de perda urinária investigada na questão seis do ICQ e o sintoma urinário correspondente.	35

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição das características sócio-demográficas das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **49**
- Tabela 2:** Distribuição da história obstétrica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **50**
- Tabela 3:** Distribuição da história ginecológica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **51**
- Tabela 4:** Distribuição das morbidades das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **52**
- Tabela 5:** Distribuição dos hábitos de vida das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **53**
- Tabela 6:** Dados antropométricos das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **54**
- Tabela 7:** Associação da incontinência urinária com o índice de massa corporal e circunferência abdominal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008 **58**
- Tabela 8:** Associação entre o tipo de incontinência urinária e o índice de massa corporal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **59**
- Tabela 9:** Associação da incontinência urinária com as características sócio-demográficas das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **60**

Tabela 10: Associação da incontinência urinária com a história obstétrica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **61**

Tabela 11: Associação da incontinência urinária com a história ginecológica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **62**

Tabela 12: Associação da incontinência urinária com as morbidades das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **63**

Tabela 13: Associação da incontinência urinária com os hábitos de vida das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **64**

Tabela 14: Modelo de regressão entre a Incontinência Urinária e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF Pindamonhangaba, 2007-2008. **65**

Tabela 15: Modelo de regressão entre a Incontinência Urinária e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF Pindamonhangaba, 2007-2008. **65**

SIGLAS UTILIZADAS

CA= Circunferência Abdominal

IC = Intervalo de Confiança

ICS = International Continence Society

IDF = *International Diabetes Federation*

IMC = Índice de Massa Corporal

IU = Incontinência Urinária

IUE= Incontinência Urinária de Esforço

IUU= Incontinência Urinária por Urgência

SM = síndrome metabólica

OR = *odds ratio*

PSF = Programa de Saúde da Família

USF = Unidade de Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

O climatério representa o período de vida da mulher decorrente do progressivo e rápido esgotamento dos folículos ovarianos, que redundam na queda progressiva da produção dos hormônios ovarianos (estrogênio e progesterona) e na instalação de sintomas desconfortáveis, como fogachos e atrofia geniturinária; ou de sérios agravos, como osteoporose, doença cardiovascular, e incontinência urinária (IU) (MISHRA et al., 2010).

Com relação à IU, muitas pesquisas têm investigado o impacto do climatério e da idade no seu determinismo. Porém, no tocante à sua prevalência e na análise de outros fatores de risco como a obesidade, ainda existem lacunas que merecem ser avaliadas (ZHU et al., 2010).

1.1. CLIMATÉRIO, TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS MENOPAUSA

Para NOTELOVITZ et al. (1988), didaticamente o climatério tem início aos 35 e término aos 65 anos e se caracteriza por um progressivo quadro de hipoestrogenismo (ALDRIGHI et al., 2002).

A menopausa - última menstruação da vida da mulher - ocorre dentro desse período do climatério e, seu diagnóstico é firmado após a

ausência menstrual de 12 meses consecutivos. Em São Paulo, consoante estudos de ALDRIGHI et al. (2005), a menopausa se instala em torno dos 48,6 anos. Entretanto, esse conceito de NOTELOVITZ não era aceito universalmente, pois não se baseava em estudos clínicos; assim, GRACIA et al. (2005) após inúmeras investigações clínico-laboratoriais, concluíram que as alterações no ciclo menstrual, que comumente ocorrem no climatério, poderiam ser usadas como marcadoras de seu início, bem como sua progressão, uma vez que tais alterações se correlacionavam nitidamente com a concentração dos hormônios ovarianos mensurados diariamente.

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

Assim, os cinco estágios do envelhecimento ovariano propostos por GRACIA et al. (2005) foram o fetal, o infantil, o reprodutivo, o da transição menopausal e o da pós menopausa, sendo os dois últimos correspondentes ao período do climatério, referido inicialmente por NOTELOVITZ (quadro 1).

O estágio reprodutivo tem início na menarca e se estende até os 36-37 anos, momento em que começa o estágio da transição menopausal, cuja fase inicial se caracteriza pelo aparecimento de sutis irregularidades menstruais, enquanto a fase tardia, pela ocorrência de episódios de

amenorréia entre 3 a 11 meses. Caso a amenorréia ultrapasse 12 meses consecutivos (NAMS, 2004) estabelece-se o diagnóstico de menopausa – última menstruação da vida da mulher – cujo diagnóstico é sempre retrospectivo. O estágio da pós-menopausa tem seu início a partir da menopausa e término no final da vida.

Quadro 1: Estágios do envelhecimento ovariano.

Período		STRAW*	PENN-5**
Pré-menopausa	inicial	ciclos regulares	ciclos regulares
	tardia		1 ciclo com intervalo ≥ 7 dias
Transição menopausal	Inicial	1 ciclo com intervalo ≥ 7 dias	2 ciclo com intervalo ≥ 7 dias
	tardia	2 - 11 meses amenorréia	3 - 11 meses Amenorréia
Pós-menopausa		≥ 12 meses de amenorréia	≥ 12 meses de amenorréia

*Stages of Reproductive Aging Workshop, **Penn Ovarian Aging Study.

Fonte: adaptado de Gracia et al (2005).

1.2. REPERCUSSÕES DA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E DA PÓS MENOPAUSA

O climatério constitui um período de transição no ciclo vital da mulher, sendo caracterizado por alterações metabólicas, psicológicas e sociais. As mulheres nesta fase buscam um reajustamento social, sexual, psicológico e físico de modo a se manterem presentes, atuantes e respeitadas no ambiente social em que vivem. Em meio a isso, parte da

sociedade entende o climatério como uma fase natural da existência feminina, dispensando ajuda do profissional de saúde para ajudá-la nessa fase (FERNANDEZ et al., 2005).

Entre os sintomas relatados na transição menopausal e após a menopausa, incluem-se insônia, atrofia vaginal, distúrbios de humor e, principalmente, as ondas de calor, referidas por 70,3% das mulheres brasileiras (SANTO-SÁ et al., 2006); além desses sintomas, podem ocorrer sérios agravos como obesidade, e incontinência urinária (SHAKHATREH et al., 2006; ALDRIGHI et al., 2002).

A incontinência urinária representa uma freqüente e intolerante perturbação observada nos estágios da transição e pós-menopausa (SHAKHATREH et al., 2006; ALDRIGHI et al. 2002), atingindo prevalência, após a menopausa, de 73%, sendo que 33% de intensidade severa (PASTORE et al., 2007; STENBERG et al., 1996). Estudos de PEDRO et al. (2003) e MEDEIROS et al. (2006) notaram uma prevalência de 27,4% no climatério, porém GONÇALVES et al. (2009) caracterizaram-na como sendo mais freqüente na perimenopausa.

1.3. INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU)

A IU é uma patologia que afeta a qualidade de vida de milhões de pessoas mundialmente (TENNSTEDT et al., 2006) e, em função de sua

prevalência e custos é considerada inequívoco problema de saúde pública (ROBINSON et al., 1998).

No tocante a custos WILSON et al. (2001) relataram que as portadoras de IU exibem significativos gastos com fraldas, absorventes e lavanderias. Tal fato pode ser confirmado por dados norte-americanos que alcançaram gastos 16 bilhões de dólares com IU por ano, sendo 12,4 bilhões destinados à IU feminina.

Com relação à intensidade da perda de urina, os fatores envolvidos no seu determinismo que mais causam impacto negativo na qualidade de vida são as queixas de dois ou mais episódios de perda de urina por dia, perda em jato, ou a necessidade de mais do que quatro absorventes por dia (TAMANINI et al., 2003). Como a IU pode afetar as atividades diárias, é comum também observar em suas portadoras alterações de humor que podem resultar em depressão (ROBINSON et al., 1998; CHIAFFARINO et al., 2003; SAADOUN et al., 2006).

Assim, ter o conhecimento da anatomia e fisiologia das estruturas do assoalho pélvico e de seus fatores de risco é de suma importância na compreensão da etiopatogenia e tratamento da IU.

1.3.1. Anatomia

O assoalho pélvico é delimitado por estruturas ósteo-fibrosas e é formado pelos ossos ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix. A musculatura esquelética é constituída pelo músculo elevador do ânus, músculo coccígeo, esfíncter anal externo, esfíncter estriado da uretra e os superficiais e profundos do períneo, antigamente denominado diafragma pélvico. O complexo dos músculos elevadores do ânus é composto pelos ramos do pubovisceral (antigo pubococcígeo), puborretal e iliococcígeo. Os principais ligamentos que fornecem sustentação da cúpula vaginal são o útero-sacro e o cardinal; sendo a fáscia endopélvica a estrutura que reveste e sustenta todas as vísceras pélvicas (DELANCEY, 1994). Os músculos, os ligamentos e as fáscias dão forma e função ao assoalho pélvico. O objetivo das fáscias é o de apoiar os órgãos, enquanto o dos ligamentos é suspender os órgãos e ser ponto de fixação para os músculos (PALMA et al., 2009).

O arcabouço ósseo fornece uma conexão estável entre o tronco e as extremidades inferiores: protegendo as vísceras pélvicas e servindo como ponto de fixação para os músculos do assoalho pélvico. Os tecidos do assoalho pélvico promovem sustentação e elasticidade, enquanto o tecido conjuntivo proporciona sustentação e juntamente com as fáscias oferecem força. O tecido elástico, por sua vez, fornece boa elasticidade, mas, pouca

força, enquanto os músculos lisos proporcionam o estiramento e a retração dentro dos limites de tolerância muscular (SILVA et al., 2003).

Existem diversos fatores de risco que podem alterar a função destes músculos, que, ao propiciarem disfunções do trato urinário inferior, resultam freqüentemente no aparecimento da IU e no prolapso dos órgãos pélvicos.

1.3.2. Definição e Fatores de Risco

A incontinência urinária (IU) é definida pela *International Continence Society (ICS)* como “a queixa de perda involuntária de urina”. É classificada como incontinência de esforço, de urgência e mista ou por transbordamento. A IU de esforço (IUE) é referida como queixa de perda involuntária de urina durante esforços ou exercícios físicos (seja atividade desportiva, espirro ou tosse); a incontinência por urgência (IUU), como queixa de perda involuntária de urina associada à urgência, com súbito desejo imperioso de urinar, difícil de ser inibido; e a mista, como queixa de perda involuntária de urina associada não só à urgência como também ao esforço (espirrar, tossir) ou exercícios físicos (IUGA/ICS, 2010).

Vários são os fatores envolvidos na eclosão da IU, sendo que entre os mais relevantes emergem a fraqueza muscular do assoalho pélvico, incluindo a do esfíncter uretral externo, além de outros, como a obesidade, número de gestações, paridade, número de partos vaginais, parto com

fórceps, episiotomias, idade, menopausa, baixo nível educacional, cirurgias pélvicas, histerectomia, infecções urinárias recorrentes, trauma perineal, diabetes, etnia branca, relação cintura-quadril, apnéia obstrutiva do sono, entre outros (BORGES et al., 1998; PARAZZINI et al., 2003; BROWN et al., 1999; WALKER et al., 2010; DANFORTH et al., 2009); FAÚNDES et al., (2001); MARTINS et al., (2010) e FRITEL et al., (2010).

PEEKER et al., (2003) e WALKER et al., (2010) confirmaram que a gravidez e o parto contribuem significativamente para a gravidade da IUE, pois notaram que, após o parto vaginal, a prevalência de IU se eleva de 30 a 50%. Por outro lado, o fator protetor da cesariana se limita apenas para mulheres com um ou dois partos por esta via, pois, com o aumento da paridade, especialmente após quatro filhos, verificou-se que o risco para IU passa a ser igual para parturientes pela via vaginal, o que permite concluir que, a gravidez, por si só relaciona-se a um maior risco de IU.

A histerectomia também tem sido implicada no determinismo da IUE (HSIEH et al., 2008; VAART et al., 2002) e quando associada à idade, especificamente em mulheres acima de 60 anos o risco de IU aumentou em 60%, ao se comparar com aquelas abaixo de 60 anos e em 30% em relação às mulheres sem história de histerectomia.

O tabagismo representa outro importante fator de risco para IU. De fato, HANNESTAD et al., (2003) e MARTINS et al., (2010) observaram que a prevalência de IU é de 24,6% nas fumantes usuárias acima de 20 cigarros/dia: as ex-fumantes apresentavam risco igual ou maior de desenvolver a IU quando comparadas às atuais fumantes. Ademais,

notaram que as fumantes, quando comparadas às não fumantes, apresentaram maior risco de IU, o que permite supor que o efeito do cigarro no determinismo da IU não diminui mesmo após a cessação do tabagismo.

No tocante à etnia, as brancas exibem maior risco de IU (41%) em relação às negras e hispânicas, devido a diferenças genéticas e anatômico-estruturais pélvicas, relacionadas ao suporte uretral (BROWN et al., 1999; SZE et al., 2002 e JACKSON et al., 2004).

E, mais recentemente, apesar de escassos e heterogêneos, os estudos vêm dando destaque à obesidade no determinismo da IU (BAI et al., 2002; LUBER, 2004; SWANSON et al., 2005; FRITEL et al., 2010; PANDEY et al., 2010).

1.4. OBESIDADE

A obesidade, segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2000) representa agravo que pode redundar em sérias doenças, como a cardiovascular, diabetes mellitus, osteoartrite, prolapsos genitais, sendo por isso considerada atualmente como um sério problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (BLÜMEL et al, 2001). De fato, sua prevalência mundial é assustadora, como a relatada em 2005, ou seja, 1,6 bilhões de pessoas adultas (maiores de 15 anos) com sobrepeso e 400 milhões com obesidade.

No Brasil, especificamente, o número de obesas na faixa etária de 20 anos chega a 10,5 milhões, correspondendo a 11% da população adulta do país (IBGE 2006). Entre as inúmeras conseqüências sobre a população de obesos, a IU emerge como uma das que mais determina impacto negativo sobre a qualidade de vida (WHO, 2006).

Mulheres acima de 40 anos apresentam aumento do peso corpóreo em conseqüência do menor gasto energético, da queda na atividade metabólica em repouso e do sedentarismo, o que pode se acentuar na transição menopausal (BLÜMEL et al., 2001), momento onde as nítidas flutuações hormonais favorecem não só o aumento do peso corporal, como também a maior adiposidade abdominal devido à redistribuição do tecido gorduroso e da massa magra (BINFA et al, 2001; CARVALHEIRA et al., 2006).

Além da avaliação pelo IMC, a obesidade pode ser quantificada de forma indireta pela mensuração da circunferência abdominal proposta pela *International Diabetes Federation (2006)* e, quando seus valores superam 80 cm o risco de doenças cardiovasculares se acentua, porém nada tem sido observado em relação à IU.

1.5. INCONTINÊNCIA URINÁRIA E OBESIDADE

Os estudos disponíveis que tentam verificar a correlação da IU com a obesidade são incompletos e controversos, além do que avaliaram apenas o IMC ou apenas a mensuração da circunferência abdominal.

Nesse sentido merece ser destacado o estudo de HAN et al., (2005) que ao avaliar em 769 mulheres a relação entre obesidade e IUE observaram-se que, naquelas com circunferência abdominal acima 78 cm, o risco de IUE se eleva proporcionalmente ao aumento da circunferência, devido ao incremento da pressão abdominal.

Já com relação ao IMC, diversos autores constataram que a obesidade é considerada um fator de risco relevante para o desenvolvimento de IUE nas mulheres entre 37 a 54 anos. Observam ainda que o IMC foi maior nas mulheres com IU do que nas continentais (BAI et al., 2002; DANTFORTH et al., 2006). Em especial, SANTOS et al. (2006) e WING et al. (2010) destacaram que a perda de peso em mulheres com sobrepeso ou obesas exerce efeito positivo na redução da frequência dos episódios de incontinência urinária de esforço.

Em 2001, em inquérito populacional na cidade de Campinas, GUARISI et al. mostraram que a ocorrência de IU foi de 35% entre as mulheres entrevistadas, com evidente associação da IU com os antecedentes obstétricos, com IMC e com piora da qualidade de vida;

paradoxalmente, apenas 59% das mulheres haviam procurado o serviço médico para essa queixa.

Assim, como a IU, além de alterar a qualidade de vida, pode também causar expressivo impacto sócio econômico para o sistema de saúde, torna-se por isso fundamental identificar possíveis fatores de risco envolvidos na sua gênese como o propósito de se elaborar intervenções preventivas (BROWN et al., 2001).

Do exposto se depreende que, frente à escassez de estudos que avaliaram detalhadamente esse tema, bem como de sua importância em termos de saúde pública, motivamo-nos a conhecer a prevalência da IU e de outros fatores de risco, como obesidade e a adiposidade abdominal no seu determinismo.

2. OBJETIVOS

1- Estimar a prevalência de IU em mulheres na transição menopausal e após a menopausa, inscritas no Programa de Saúde da Família do Município de Pindamonhangaba, SP;

2- Verificar a associação do IMC e da medida da circunferência abdominal com a IU das mulheres estudadas;

3- Avaliar a qualidade de vida das mulheres incontinentes.

3. CASUÍSTICA e MÉTODO

3.1. TIPIFICAÇÃO DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal (HULLEY et al., 2003) feito a partir da utilização de dados secundários do banco de dados do Projeto de Saúde de Pindamonhangaba – PROSAPIN.

A variável de desfecho a IU e a variável independente de interesse a obesidade avaliada pelo IMC e a medida da CA; como co-variáveis foram incluídas as características sócio-demográficas, a história obstétrica, ginecológica e de morbidade, os hábitos de vida, e a utilização de medicamentos que favorecem o aparecimento da incontinência urinária.

3.2. LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O PROSAPIN foi realizado no município de Pindamonhangaba, interior do Estado de São Paulo, no Programa de Saúde da Família (PSF).

Pindamonhangaba possui área territorial de 746,45 Km², Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,815, e segundo o Censo

Demográfico de 2000 uma população de 136.263 habitantes, sendo 68.676 do sexo feminino (BRASIL, 2007a).

Segundo dados da Secretaria de Saúde, o município conta, atualmente, com uma rede assistencial básica composta por 21 Equipes de Saúde da Família e que conta, no total, com 21 médicos, 10 dentistas; 19 enfermeiros, 33 auxiliares de enfermagem e 69 agentes comunitários, cobrindo 45.537 pessoas (BRASIL, 2007b). Contudo, no momento do levantamento da população de referência para o presente estudo (início de 2007) havia apenas 18 equipes de saúde.

A caracterização da população de referência ocorreu de março a julho de 2007, onde foram pesquisados em cada uma das USF o nome, o número da família, a data de nascimento e a micro-área de todas as mulheres cadastradas que tinham idade entre 35 e 65 anos, ou seja, que estavam nos estágios da transição menopausal e pós-menopausa (ALDRIGHI et al., 2005).

Assim, foram identificadas 7.212 mulheres, que tiveram seus dados checados em agosto do mesmo ano a fim de evitar erros no levantamento. Incluíram-se na pesquisa todas as mulheres de 35 a 65 anos que aceitaram participar do estudo e foram excluídas aquelas com doenças neurológicas que apresentavam como seqüela dificuldade de compreensão, audição ou fala que impossibilitasse responder ao questionário, bem como as que planejavam mudar da cidade de Pindamonhangaba.

3.3. AMOSTRA

Para o PROSAPIN a amostra foi calculada considerando a menor prevalência esperada dentre todas as variáveis do estudo, desta forma, a Síndrome Metabólica com prevalência de 20% (ROYER et al., 2007) foi o valor eleito para o processo amostral.

Considerando um erro máximo de 3% em 95% das possíveis amostras, foi necessário incluir um total de 690 mulheres para o estudo; estimando as perdas, o tamanho amostral final foi de 875.

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

$$n_0 = \frac{0,20 \cdot 0,80 \cdot 1,96^2}{0,03^2}$$

$$n_0 \sim 690$$

$$n = n_0 / 0,80$$

$$n \sim 875 \text{ mulheres}$$

A amostra foi probabilística e selecionada usando o procedimento de amostragem sistemática. Para a seleção da amostra, o sistema de referência constituído de 7.212 mulheres foi inicialmente ordenado de acordo com a idade das mulheres e com a unidade de saúde à qual elas estavam inscritas. Com isto a amostra obtida foi estratificada por idade e unidade com partilha proporcional.

Para o cálculo do tamanho amostral do presente estudo, considerou-se a prevalência de 23,5% (BUMP et al., 1998) de IU em

mulheres na transição menopausal e após a menopausa, e um erro máximo de 3,5% em 95% das possíveis amostras, assim, a amostra necessária foi de 564 mulheres. Número suficientemente contemplado pela amostra do PROSAPIN.

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

$$n_0 = \frac{0,235 \cdot 0,765 \cdot 1,96^2}{0,035^2}$$

$$n \sim 564 \text{ mulheres}$$

3.4. PROCEDIMENTO DE CAMPO

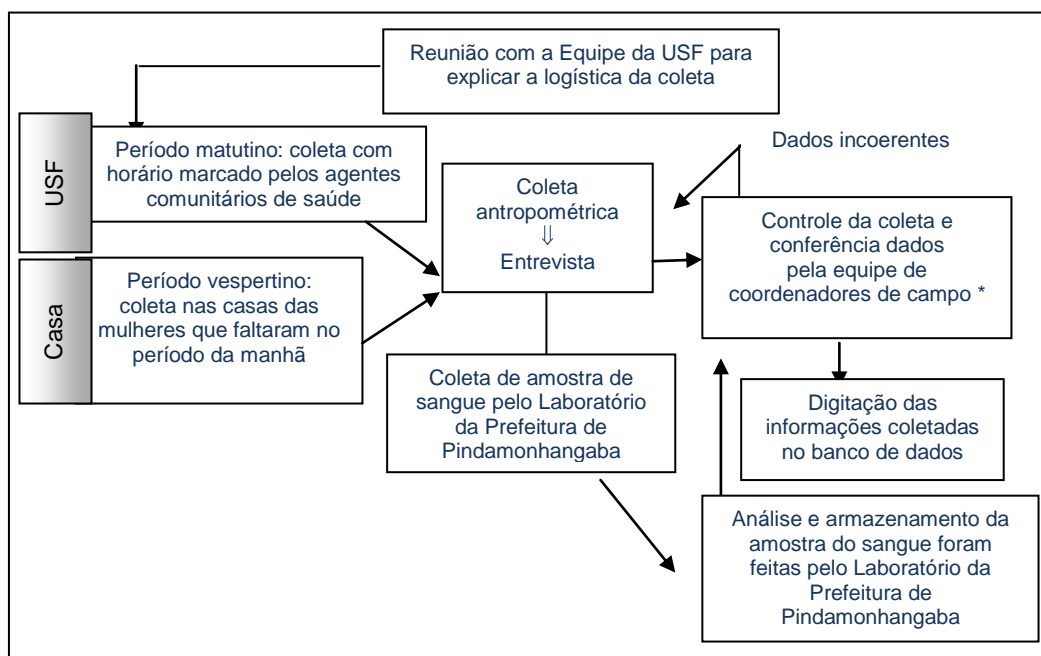
Para a realização do PROSAPIN firmou-se um Acordo de Cooperação Técnica Científica entre o Professor Doutor José Mendes Aldrighi e a Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba - SP, o que viabilizou pesquisas com mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família do município (anexo 1).

O PROSAPIN foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP em 2008, sob o nº 1716 (anexo 2). O banco de dados foi utilizado para a elaboração do presente estudo sobre incontinência urinária, aprovado também pelo mesmo comitê de ética em 2009 sob o protocolo nº 1934 (anexo 3).

3.4.1. Coleta das Informações do Banco de Dados

A logística utilizada para investigação foi o agendamento prévio das mulheres selecionadas para o comparecimento à USF respectiva a sua residência no dia e horário marcado. Esta coleta agendada foi realizada de segunda à sexta feira, e aos sábados foram feitas visitas domiciliares para as mulheres que não puderam comparecer na Unidade no dia marcado. O fluxograma abaixo mostra a ordem dos procedimentos adotados (figura 1).

Figura 1: Fluxograma de coleta de dados.



Fonte: Tese de Doutorado Intitulada Prevalência da síndrome metabólica e fatores associados na transição e após a menopausa, FSP/USP em 2009.

As participantes do estudo foram procuradas em suas casas pelo agente comunitário correspondente à sua moradia e lhes foram entregues convites personalizados com a data, o dia da semana e o horário no período da manhã que deveriam comparecer na Unidade para realização de entrevista e avaliação antropométrica.

As mulheres que não puderam comparecer na Unidade foram procuradas em suas residências pelas equipes de entrevistadores (equipe 1) e de antropometria (equipe 2) nos períodos vespertino ou noturno durante a semana (segunda a sexta-feira) ou nos finais de semana (sábado e domingo).

A equipe 1, de entrevistadoras, foi formada por nove professoras do ensino fundamental de Pindamonhangaba, que receberam treinamento ministrado pelas pesquisadoras do PROSAPIN. Esta equipe foi responsável por investigar por meio de entrevista as variáveis sócio-demográficas, história ginecológica, história de morbidade pessoal e familiar, hábitos de vida e uso de medicamentos.

A equipe 2, de antropometria, foi composta por seis estudantes universitários da área da saúde. Todos foram capacitados e calibrados (alta concordância no coeficiente de correlação de Pearson) para avaliar as medidas antropométricas (peso, altura e circunferência do abdome) pelo Laboratório de Avaliações Nutricionais de População (LANPOP) da Faculdade de Saúde Pública / USP.

Cada professora da equipe 1 entrevistou individualmente as mulheres selecionadas respeitando a seguinte seqüência: primeiro foi lido o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4) e após aceitarem participar da pesquisa houve a assinatura do termo (em caso de analfabetismo a assinatura foi feita pela impressão digital) e foi iniciado o questionamento sobre as variáveis do estudo.

Para o controle da qualidade da coleta de dados coordenadores de campo estiveram presentes permanentemente durante as entrevistas e as avaliações dos dados antropométricos. No final de cada dia os coordenadores conferiam os dados necessários e no final do estudo, cerca de 10% das entrevistas foram reaplicadas parcialmente por telefone a fim de avaliar a sua qualidade, visando a identificar eventuais imprecisões, erros sistemáticos ou mesmo fraudes.

A coleta sanguínea foi realizada na USF correspondente à moradia da voluntária, com dia e horário marcado pela equipe do Laboratório de Análises Clínicas de Pindamonhangaba. Os tubos com amostra de sangue receberam etiqueta com o nome da participante e foram conduzidos para análise por esta mesma equipe.

Para este estudo foi formada uma plataforma de pesquisa sob a coordenação do Professor Associado José Mendes Aldrighi, do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o qual autorizou o uso do banco de dados (anexo 5), e a pesquisadora assumiu o compromisso de manter em sigilo as informações do mesmo (anexo 6).

3.5. INVESTIGAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A variável dependente do presente estudo – IU – foi investigada por meio do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*, validado para o português por Tamanini et al. (2004) (anexo 7), que avalia a presença de IU, os possíveis tipos de sintomas urinários e o impacto da IU sobre a qualidade no último mês.

O ICQ é dividido em 6 questões, sendo que a primeira e a segunda questão estão relacionadas apenas a dados pessoais para identificação da participante, as questões 3, 4 e 5 têm por finalidade rastrear a presença de IU e o impacto sobre a qualidade de vida e a questão 6 descreve os possíveis tipos de sintomas urinários.

Foram consideradas incontinentes todas as mulheres que tiveram a soma maior do que 3 no escore das questões 3, 4 e 5, que varia de 0 a 21 pontos (TAMANINI et al., 2005). O impacto sobre a qualidade de vida, também avaliado pela soma das mesmas questões, foi dividido da seguinte forma: nenhum impacto (0 ponto), impacto leve (de 1 a 3 pontos), impacto moderado (de 4 a 6 pontos), impacto grave (de 7 a 9 pontos) e impacto muito grave (10 ou mais pontos) (RICCETO et al., 2005).

Os sintomas urinários foram descritos por meio da pesquisa das situações de perda urinária, investigadas na questão 6, e a correspondência dessas situações com o possível tipo de sintoma urinário (quadro 2).

Quadro 2: Situação de perda urinária investigada na questão seis do ICQ e o sintoma urinário correspondente.

Questão seis do ICIQ- Quando perde urina?	Sintoma urinário correspondente
Perco antes de chegar ao banheiro	Incontinência por Urgência
Perco quando tusso ou espirro	Perda aos esforços
Perco quando estou dormindo	Enurese noturna
Perco quando estou fazendo atividade física	Perda aos esforços
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	Gotejamento pós-miccional

Fonte: adaptado Tamanini et al (2004)

Para definição do possível tipo de IU adotou-se o seguinte critério: foram consideradas com IUE todas as mulheres que apresentaram somente o sintoma de perda aos esforços, com IUU a presença do sintoma de incontinência de urgência e com IUM o relato tanto de perda aos esforços quanto de urgência.

A variável independente, **obesidade**, foi avaliada pelo peso corporal, e pela medida da circunferência da abdominal (anexo 8).

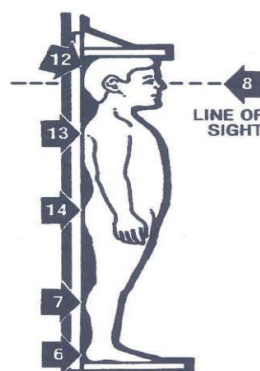
O peso foi medido em quilograma por meio da balança portátil Seca 870, digital e resistente para pesar pessoas. A balança é de fácil transporte, mantém a calibração com mudanças de local, tem capacidade de 150 quilogramas, mede 300 x 45 x 310 mm e precisão de 100 gramas.

Para a medida, solicitou-se a mulher que vestisse roupas leves e subisse na balança sem sapatos, com pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés e braços relaxados ao lado do corpo. O procedimento foi

realizado duas vezes e medidas de peso com diferença superior à precisão de calibragem da balança foram refeitas.

A altura foi avaliada em metro por um estadiômetro portátil Seca 206, medindo até 2.20 metros, em uma parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés. A participante permaneceu em pé com roupas leves, sem sapatos, com os pés paralelos, peso distribuídos em ambos os pés, pés encostados na parede e voltados para frente, braços ao longo do corpo relaxados, calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e região do occipital encostados na superfície vertical da parede e cabeça no plano de *Frankfurt* (Plano de *Frankfurt*: margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do condutor auditivo externo em uma mesma linha horizontal), conforme figura 2. A leitura da medida foi realizada duas vezes, em caso de diferença superior a quatro milímetros entre uma aferição e outra as medidas foram refeitas.

Figura 2: Posição corporal para medida da estatura.



Fonte: Dissertação Prevalência de depressão e ansiedade associada à obesidade em mulheres na transição e após menopausa, 2007-2010.

O IMC foi calculado a partir da divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metro elevado ao quadrado (kg/m^2). De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009), o IMC é estratificado em: baixo peso ($\text{IMC} < 18,5$), peso normal ($18,5\text{-}24,9$), sobrepeso ($\geq 25,0$), pré-obeso ($25,0\text{-}29,9$), obeso I ($30,0\text{-}34,9$), obeso II ($35,0\text{-}39,9$) e obeso III ($\text{IMC} \geq 40$), classificação esta, adaptada pela OMS (2000), baseada nos padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus.

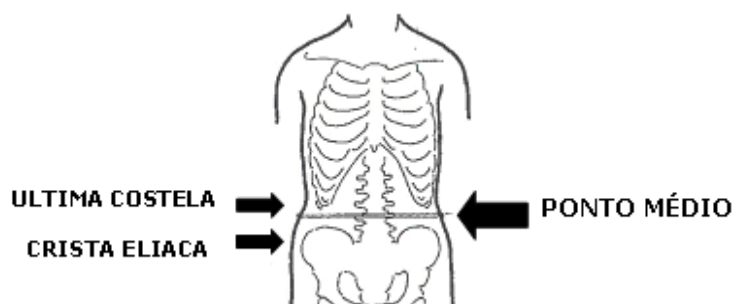
Para as análises deste estudo, foram consideradas acima do peso todas as mulheres classificadas como sobrepeso, pré-obeso, obeso I, II e III. Assim, foram denominadas obesas para efeito de análise, todas as participantes com IMC acima de $24,9 \text{ K kg/m}^2$.

A CA foi mesurada segundo PARK et al., (2004) que preconizam sua obtenção por meio da média de duas medidas realizadas com uma fita métrica, em milímetro, inelástica. A técnica constitui em encontrar o ponto médio entre o ápice da crista ilíaca e a última costela do lado direito, e efetuada a medida do lado esquerdo no final de uma expiração, o local deve encontrar-se desnudo. A fita foi colocada horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio, de modo a ficar alinhada em um plano horizontal e paralelo ao chão (figura 3). Foi aplicada tensão à fita para ajuste-se firmemente em torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

A medida da CA mostra o conteúdo de gordura visceral e de acordo com a OMS (2000), medida igual ou maior que 80 cm representa risco

aumentado de doença cardiovascular. Assim, o presente estudo considerou como obesidade abdominal uma CA acima de 88 cm.

Figura 3: Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.



Fonte: Dissertação Prevalência de depressão e ansiedade associada à obesidade em mulheres na transição e após menopausa, 2007-2010.

As co-variáveis características sócio-demográficas, história obstétrica, ginecológica e de morbidade, hábitos de vida, e a utilização de medicamentos que favorecem o aparecimento da incontinência urinária (anexo 9) foram investigadas da seguinte forma:

- **Idade:** pesquisada por meio do mês e ano de nascimento da pessoa, ou sua idade presumida para quem não soubesse a data de nascimento (o cálculo foi referente à data da pesquisa) (IBGE, 2005a).

- **Escolaridade:** considerou-se como alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecer. Foi investigado o nível ou grau do ensino concluído do curso mais elevado que frequentou. O sistema de ensino regular atualmente em vigor compreende: o ensino fundamental (1ª à 8ª série), o médio (1º ao 3º

colegial), o superior de graduação, mestrado ou doutorado, de alfabetização de adultos e supletivo ministrado em escola.

O sistema de ensino regular anterior, mas que ainda pode ser encontrado em vigor compreende: o primeiro grau, o segundo grau e o terceiro grau ou superior. O sistema de ensino regular anterior a estes dois compreendia: o elementar, o médio primeiro ciclo, o médio segundo ciclo e o superior. A pessoa que freqüentava somente curso de especialização profissional, de extensão cultural (idioma, costura, datilografia, etc.) ou supletivo por meio de rádio, televisão ou correspondência não foi classificada como estudante.

Foi também analisada a rede de ensino, se a escola que a pessoa freqüentava pertencia à rede pública (federal, estadual ou municipal) ou particular. A classificação segundo os anos de estudo foi obtida em função da série e do nível ou grau que a pessoa havia freqüentado, considerando a quantidade de anos por série. A correspondência foi feita de forma que cada série correspondeu a um ano de estudo (IBGE, 2005a).

- **Religião:** os dados sobre religião foram coletados conforme a declaração da pessoa questionada e classificada conforme o CEDIM (2005), mesmo método utilizado pelo IBGE no Censo Demográfico de 2000. Assim, as entrevistadas foram consideradas: Católica Apostólica Romana, Católica Carismática, Católica Pentecostal, Católica Armênia, Católica Ucraniana; - Evangélicas de missão - Luterana, Presbiteriana, Metodista, Batista, Congregacional, Adventista, Episcopal Anglicana, Menonita; - Evangélicas

de origem pentecostal - Assembléia de Deus, Congregação Cristã no Brasil, O Brasil Para Cristo, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino de Deus, Casa da Benção, Casa de Oração, Deus é Amor, Maranata, Comunidade Cristã Nova Vida, Comunidade Evangélica, Avivamento Bíblico, Cadeia da Prece, Igreja do Nazareno; - Outras evangélicas - Exército da Salvação, Evangélica Renovada (sem vínculo institucional), Evangélica Pentecostal (sem vínculo institucional), Outras evangélicas não determinada; - Espírita - Espírita, Kardecista; - Outras Umbanda e Candombé - Umbanda, Candomblé, Outras declarações de religiosidade afro-brasileira; - Outras religiosidades - Católica Apostólica Brasileira, Católica Ortodoxa, Ortodoxa Cristã, outras Católicas, Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (Mórmons), Testemunha de Jeová, Legião da Boa Vontade, Religião de Deus, Espiritualista, Judaísmo, Hinduísmo, Ioga, Budismo, Novas religiões orientais, Islamismo, Tradições Esotéricas, Tradições Indígenas e - Sem religião.

- **Estado civil:** considerou-se como tendo ou tendo tido cônjuge ou companheiro a pessoa que coabita ou já coabitou com um cônjuge ou companheiro. Desta forma classificou-se como Casada - pessoa que tenha o estado civil de casada ou união livre; Desquitada ou separada judicialmente - pessoa que tenha o estado civil de desquitada ou separada homologado por decisão judicial; Divorciada - pessoa que tenha o estado civil de divorciada, homologado por decisão judicial; Viúva - pessoa que

tenha o estado civil de viúva; Solteira - pessoa que tenha o estado civil de solteira (IBGE, 2005).

- **Cor ou Raça:** classificada conforme declaração da pessoa entrevistada. Considerou-se Branca - pessoa que se enquadrrou como branca; Preta - pessoa que se enquadrrou como preta; Amarela - pessoa que se enquadrrou como amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana etc.); Parda - pessoa que se enquadrrou como parda ou que se declarou mulata, mestiça, cabocla, cafuza ou mameluca; e Indígena - pessoa que se enquadrrou como indígena ou se declarou como tal, vivendo em aldeamento ou fora deste (IBGE, 2005a).

- **Ocupação:** cargo, função, profissão ou ofício exercido voluntariamente. Trabalho, no sentido de atividade econômica, exercício de ocupação remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, durante pelo menos uma hora na semana. O tipo de ocupação foi disposto de acordo com a (CBO) Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2005).

- **Renda:** foi perguntada a remuneração mensal bruta recebida pela mulher e classificada em quantidade de salários mínimos, vigente na época, R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais). A renda familiar foi expressa em *per capita* de acordo com o número de moradores da residência. O rendimento

mensal familiar *per capita* foi a divisão do rendimento mensal familiar pelo número de componentes da família (IBGE, 2005).

- **História ginecológica:** foram consideradas como tendo regularidade menstrual todas as mulheres que relataram menstruar em intervalo de 25 a 35 dias; com irregularidade menstrual aquelas que apresentaram seu ciclo menstrual atrasado ou adiantado em pelo menos 7 dias, ou que tiveram episódios de amenorréia de 1 a 11 meses. Considerou-se menopausa 12 meses consecutivos de amenorréia e Terapia de Reposição Hormonal (TRH) o uso atual ou prévio do hormônio estrogênio, progesterona ou ambos. Foram consideradas usuárias de método contraceptivo as mulheres que relataram utilizar algum método para evitar filhos (ALDRIGHI et al., 2005).

- **História obstétrica:** questionou-se segundo os critérios de FENNER et al. (2003) o número de gestações, partos normais e partos cesariana (categorizados em nenhum, de 1 a 3, 4 ou mais), história de aborto e cirurgias ginecológicas, uso de fórceps e episiotomia (divididos em sim ou não) e o peso do maior recém nascido, classificado em menor do que 4 Kg e maior ou igual a 4 Kg (HIGA et al., 2008).

- **História de morbidade:** foi investigada a presença de morbidades referidas como hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatia, diabetes mellitus (DM) e síndrome dos ovários policísticos (SOP).

- **Medicamentos em uso:** foram anotados os nomes dos medicamentos mediante apresentação dos receituários, ou na ausência deste, das bulas dos remédios.

- **Atividade física habitual:** identificada com o questionário de *Baecke's* traduzido para o português e validado por FLORINDO et al. (2003) e FLORINDO e LATORRE (2003). O instrumento inclui 16 questões dos últimos doze meses sobre: atividade física ocupacional (8 questões); exercício físico no lazer (4 questões); atividade lazer e locomoção (4 questões) e total de atividade física. A atividade física ocupacional é avaliada pelo gasto energético e classificada por AINSWORTH et al. (2000). Caso não exerça alguma ocupação, adota-se a resposta leve. Para as atividades domésticas, recomenda-se o nível moderado.

Na avaliação dos exercícios físicos de lazer, a modalidade específica é classificada segundo o compêndio de atividade física de AINSWORTH et al. (2000). O cálculo da atividade física ocupacional é questão 1 + questão 2 + questão 3 + questão 4 + questão 5 + questão 6 + questão 7 + questão 8 / 8. O do exercício físico no lazer é questão 9 + questão 10 + questão 11 + questão 12 / 4, onde questão 9 é resultado do cálculo: modalidade = intensidade x tempo x proporção (intensidade = 0,76 para modalidade com gasto energético leve ou 1,26 para moderado ou 1,76 para vigoroso; tempo = 0,5 para menos de uma hora por semana ou 1,5 entre 1 e 2 horas por semana ou 2,5 entre 2 e 3 horas por semana ou 3,5 entre 3 e 4 horas por semana ou 4,5 para maior que 4 horas; proporção =

0,04 para menos de 1 mês ou 0,17 entre 1 e 3 meses ou 0,42 entre 4 e 6 meses ou 0,67 entre 7 e 9 meses ou 0,92 para maior que 9 meses), sendo que o resultado final da multiplicação é 1 = sem exercício físico, 2 = 0,01<4, 3 = 4<8, 4 = 8<12, 5 = ≥ 12 . O escore da atividade física de lazer e locomoção é (6 – questão 13) + questão 14 + questão 15 + questão 16 / 4. E por fim o escore total é a soma de todos os anteriores.

- **Consumo de álcool e tabagismo:** seguiu os critérios do Primeiro Levantamento Nacional Sobre Padrões de Consumo de Álcool (CASTRO-COSTA et al, 2008) e Fumo (MARQUES et al, 2006) na População Brasileira. O uso de bebida alcoólica teve detalhes sobre o uso de quantidade, frequência e doses de ingestão de cerveja, vinho, bebidas destiladas e bebidas “ice”. Foi considerado *binge* a pessoa que relatou ingerir quatro ou mais doses num único momento. E sobre hábito de fumar, foi questionado o contato com o fumo (considerado experimentadoras as mulheres que tiveram contato com mais de 5 maços ou 100 cigarros), número de cigarros por dia e número de dias na semana para as fumantes e a intenção de parar de fumar.

- **Consumo alimentar:** foi questionado pelo *Block Screening Questionnaire* validado e usado por BLOCK et al. (2000), que quantifica rapidamente a frequência do consumo de gorduras e de fibras alimentares. O instrumento gera escore pela frequência semanal de consumo de alimentos que contêm gordura e classifica em consumo mínimo, baixo consumo, consumo

relativamente alto, consumo alto e consumo muito alto. Para as fibras, a codificação é baixo consumo, regular consumo e adequado consumo.

- **Depressão:** graduada conforme instruções de CUNHA, em 2001, utilizando a versão em português do Inventário de Depressão *Beck* das Escalas *Beck* (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998) para medir a intensidade da depressão. O questionário consiste em 21 itens que abordam sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. A soma de pontos permite rastrear a existência e a intensidade de uma depressão. A pontuação de 0 a 9 pontos é considerada normal; de 10 a 15 sugere depressão leve; de 16 a 23 uma depressão média e 24 ou mais pontos uma depressão severa.

- **Ansiedade:** foi investigada por meio do Inventário de Ansiedade de *Beck* versão em português, validado por CUNHA (2001). Este instrumento possui uma escala sintomática que mensura a gravidade dos sintomas da ansiedade, sendo composta por 21 itens, com quatro opções de respostas, classificando os sintomas da ansiedade como: mínimo de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63.

- **Apnéia obstrutiva do sono:** investigada pelo questionário de Berlin (NETZER et al., 1999). Considerando a presença e frequência do comportamento de ronco (1), sonolência ou fadiga (2) e história de obesidade ou hipertensão (3), as mulheres com sintomas persistentes e freqüentes em quaisquer dois destes três domínios foram consideradas

com características altamente sugestivas de apnéia. É pontuado em três categorias: 1) é positiva com duas ou mais respostas positivas para as questões 2-6; 2) é positiva com duas ou mais respostas positivas para as questões 7-8; 3) é positiva com 1 resposta positiva para a questão 10 e ou IMC > 30.

- **Síndrome Metabólica (SM):** seguiu os protocolos da *International Diabetes Federation (IDF)*. O diagnóstico da SM, segundo critérios da IDF (IDF, 2006), leva em conta a CA maior que 80 cm e mais dois outros fatores de risco que podem ser: os níveis de colesterol de alta densidade (HDL) abaixo de 50 mg/dL; triglicérides igual ou maior que 150 mg/dL; pressão arterial (PA) igual ou maior que 130 mmHg para a sistólica ou 85 mmHg para a diastólica; e glicemia de jejum igual ou maior que 100 mg/dL.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados criado no Programa *Microsoft Access 2003*. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Stata*, versão 9,0. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados. As distribuições de frequências foram apresentadas por meio de tabelas e gráficos. Medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas. Foi estimada a prevalência, por ponto e por

intervalo de confiança de 95%, para a IU, das mulheres na transição e após a menopausa.

Análises bivariadas foram conduzidas para identificar possíveis associações entre a IU e a obesidade pelo IMC e a medida da CA, além de verificar a associação das demais co-variáveis com a IU. Dois modelos de regressão logística múltipla foram construídos, um para estimar o efeito líquido da obesidade segundo o IMC com a IU e o outro para estimar o efeito líquido da medida da CA com a IU.

4. RESULTADOS

Das 875 mulheres de 35 a 65 anos que compuseram a amostra, 86,4% tiveram suas medidas antropométricas coletadas, e 85,6% responderam a entrevista. A diferença de 0,8% entre a proporção de mulheres que fizeram a antropometria e a entrevista ocorreu pelo fato de algumas participantes não terem respondido o questionário declarando falta de tempo.

Foram consideradas perdas todas as participantes com impossibilidade de permanecerem em pé, de responderem o questionário, ou que mudaram de casa, bairro ou cidade, sem deixar endereço.

4.1. PERFIL DAS MULHERES ESTUDADAS

Conforme esperado pela estratificação da amostra, houve maior proporção de mulheres com idade entre 35 e 44 anos que participaram do estudo, seguida pelas faixas etárias de 45 a 54 e a de 55 a 65 anos respectivamente. Assim, a média de idade das participantes foi de 47,6 anos, com desvio padrão de 8,1 anos. Metade das mulheres era da cor branca 50,5%, 76,0% eram casadas, 65,0% pertenciam à religião católica,

94,3% freqüentaram a escola, sendo 96,6% instituições públicas e 52,9% estudaram até a quarta série. Pouco mais da metade 51,4% trabalhavam fora de casa, destas, 35,1% exerciam serviços domésticos, 54,9% ganhavam até um salário mínimo (SM), 75,0% recebiam até R\$ 516,00 (quinhentos e dezesseis reais) e 80,0% viviam com uma renda per capita de um SM por mês. A distribuição das características sócio-demográficas pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das características sócio-demográficas das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Características sócio-demográficas		n*	%
Idade (anos)	35 - 44	307	41,8
	45 - 54	265	36,0
	55 - 65	163	22,2
Cor	Branca	376	50,5
	Parda	307	41,3
	Outras	61	8,2
Estado civil	Casada	540	76,0
	Separada /Divorciada	109	15,3
	Viúva e outras	62	8,7
Escolaridade	Até 4ª série	374	52,9
	Da 5ª a 8ª série	140	19,8
	1º colegial ou mais	163	23,0
	Supletivo	29	4,3
Religião	Católica	488	65,1
	Evangélica	208	27,8
	Outras	53	7,1
Renda pessoal	1 Salário Mínimo	200	54,9
	2 Salários Mínimos	164	45,1
Renda per capita	Até 1 Salário Mínimo	540	79,5
	> 1 Salário Mínimo	139	20,5

*o total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas.

A história obstétrica das participantes é apresentada na tabela 2. Declararam ter tido pelo menos uma gestação 95,2% das mulheres, destas, 63,3% fizeram parto normal, 57,5% parto cesariana e 20,8% ambos os tipos de parto. Quando questionadas sobre o número de partos segundo o tipo, 59,5% tiveram quatro ou mais partos normais e 51,4% de um a três partos cesarianas. Entre as mulheres que fizeram partos normais, 53,5% realizaram episiotomia e 14,9% utilizaram fórceps. Setenta e um por cento nunca abortaram e 78,3% tiveram o peso de seu maior recém nascido (RN) abaixo de 4.000gr.

Tabela 2: Distribuição da história obstétrica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

História obstétrica		n*	%
Engravidou	Não	36	4,8
	Sim	713	95,2
Parto via vaginal	Não	275	36,7
	Sim	474	63,3
Número de parto via vaginal	0	36	4,8
	1-3 partos	266	35,7
	4 ou mais partos	444	59,5
Parto Cesariano	Não	318	42,5
	Sim	431	57,5
Número de Cesárea	0	36	4,8
	1-3 partos	385	51,4
	4 ou mais partos	328	43,8
Sofreu Aborto	Não	531	71,0
	Sim	218	29,0
Fórceps	Não	601	85,2
	Sim	105	14,9
Episiotomia	Não	327	46,5
	Sim	376	53,5
Peso do maior filho	<4000grs	492	78,3
	>4000grs	136	21,7

*o total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas

Com relação à história ginecológica, a tabela 3 mostra que 55,7% das mulheres encontravam-se na pré-menopausa, 27,1% utilizavam hormônio e 33,0% já haviam realizado algum tipo de cirurgia pélvica.

Tabela 3: Distribuição da história ginecológica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

História ginecológica		n*	%
Menopausa	Pré-menopausa	416	55,7
	Pós-menopausa	331	44,3
Uso de hormônio atual	Não	54	72,9
	Sim	20	27,1
Cirurgias pélvicas	Não	498	67,0
	Sim	246	33,0

*O total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas

Entre as mulheres entrevistadas, 40,6% referiram hipertensão arterial sistêmica (HAS), 11,4% cardiopatias, 4,7% acidente vascular cerebral (AVC), 10,8% diabetes mellitus (DM) e 17,5% síndrome dos ovários policísticos (SOP). Apresentaram características sugestivas de síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), depressão e ansiedade 24,5%, 33,7% e 49,8% respectivamente.

Por meio do exame clínico foram consideradas portadoras de síndrome metabólica (SM) 42,6% das participantes segundo critérios do NCEP ATP III e 51,9% segundo o IDF (TABELA 4).

Tabela 4: Distribuição das morbidades das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Morbidades		n*	%
Hipertensão arterial	Não	439	59,1
	Sim	304	40,6
Cardiopatia	Não	667	89,1
	Sim	82	11,4
Acidente Vascular Cerebral	Não	709	95,3
	Sim	35	4,7
Diabetes Mellitus	Não	650	89,2
	Sim	79	10,8
Síndrome dos Ovários Policísticos	Não	592	82,5
	Sim	126	17,5
Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono	Não	565	75,5
	Sim	184	24,5
Depressão	Não	496	66,3
	Sim	253	33,7
Ansiedade	Não	376	50,2
	Sim	373	49,8
Síndrome Metabólica ATPIII	Não	294	57,4
	Sim	218	42,6
IDF	Não	246	48,1
	Sim	266	51,9

* total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas

Em se tratando dos hábitos de vida, a tabela 5 mostra que 82,4% das mulheres foram consideradas ativas, 80,7% relataram frequência mínima ou baixa de ingestão de gorduras e 60,2% frequência regular de ingestão de fibras. Eram fumantes no momento do estudo 35,6% e consumiam algum tipo de bebida alcoólica 21,9%; destas, 35,4%

consumiam em padrão *Binge*, ou seja, quatro ou mais doses de bebida alcoólica em um único momento.

Tabela 5: Distribuição dos hábitos de vida das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Hábitos de vida		n*	%
ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL			
Sedentário		132	17,6
Ativo		617	82,4
FREQUÊNCIA ALIMENTAR			
Gordura	Mínima	336	65,3
	Baixa	79	15,4
	Relativamente alta	41	7,9
	Alta	27	5,3
	Muito alta	32	6,1
Fibra	Baixa	283	37,7
	Regular	452	60,2
	Adequada	14	2,1
TABAGISMO			
Fumantes	Sim	152	35,6
	Não	275	64,4
ETILISMO			
Frequência de uso	Alto risco	66	8,8
	Baixo risco	98	13,1
	Abstinentes	585	78,1
Doses	Binge	57	35,4
	Não binge	104	64,6

* total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas

Com relação ao uso de medicamentos, 57,8% utilizavam pelo menos um, a média de uso foi 1,2 e o desvio padrão de 1,6 medicamentos. Entre as classes mais usadas apareceram os antihipertensivos (31,2%), os analgésicos (6,4%), os antidepressivos (6,2%), os ansiolíticos (5,0%), os anorexígenos ou inibidores de apetite (1,5%) e a insulina (1,4%). Entre as mulheres que faziam uso de medicamentos, 39,1% ingeriam medicamentos que favorecem o aparecimento da IU.

A média da circunferência abdominal das participantes foi de 92,4. Ainda a respeito dos dados antropométricos, o peso médio foi de 67,8 kg com desvio padrão de 14,4 kg. Sobre a estatura, a média de altura foi de 155,1 cm com desvio padrão de 6,7 cm.

Tabela 6: Dados antropométricos das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

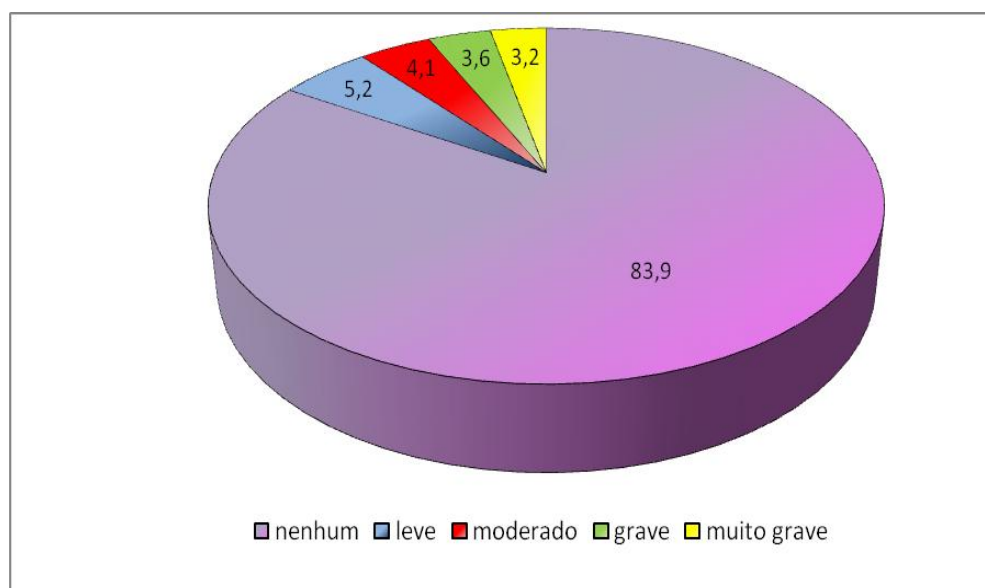
ANTROPOMETRIA	N	%
Circunferência abdominal >88cm	458	60,6
Relação cintura quadril >85	661	87,4
IMC >24,9 Kg/m²	519	68,7

4.2. IMPACTO NA VIDA DAS MULHERES COM IU

Avaliado o impacto da IU sobre a qualidade de vida das participantes constatou-se que 83,9% relataram nenhum impacto, 5,2% impacto leve, 4,1% moderado, 3,6% grave e 3,2% muito grave.

A figura 4 apresenta a proporção de mulheres incontinentes segundo o impacto na qualidade de vida.

Figura 4: Distribuição da proporção do impacto na qualidade de vida das mulheres incontinentes estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.



4.3. PREVALÊNCIAS

4.3.1 Prevalência da Obesidade

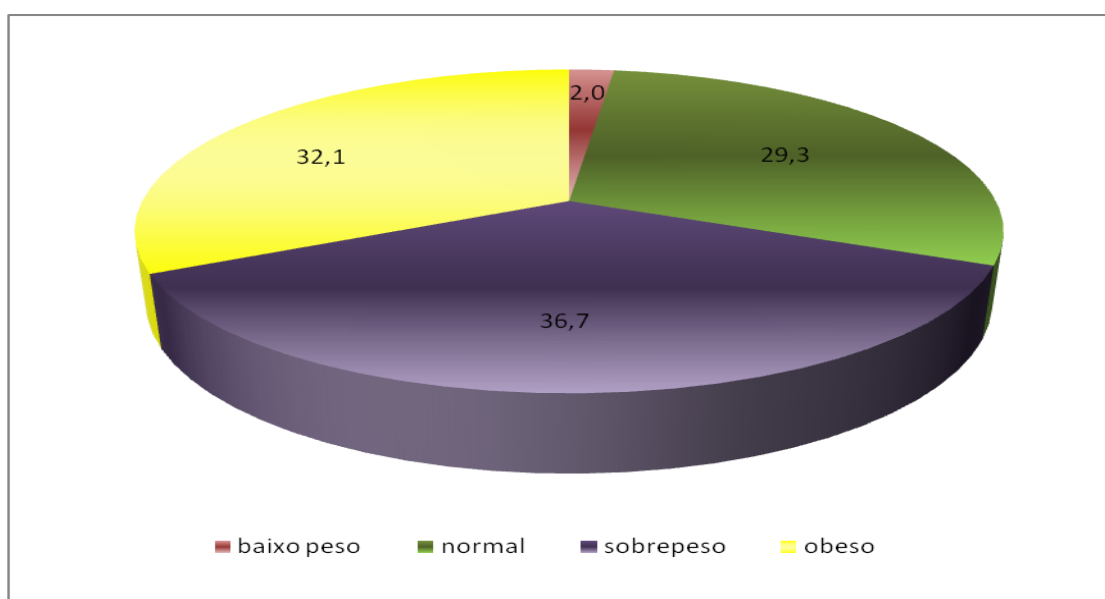
O IMC médio entre as participantes foi de 28,1 Kg/m² com desvio padrão de 5,7 Kg/m² e variação de 15,1 a 52,7 Kg/m². A prevalência de sobrepeso segundo o IMC foi de 36,6% (IC_{95%}: 33,3% a 40,3%) e a de obesidade foi 32,1% (IC_{95%}: 28,8% a 35,5%).

Para as análises do estudo, tanto as bivariadas quanto a multivariada, considerou-se como uma população única as mulheres com

sobrepeso e obesidade. Assim a prevalência de sobrepeso e obesas foi de 68,7% (IC_{95%}: 65,3% a 72,0%).

A Figura 5 mostra a classificação das participantes do estudo segundo o IMC.

Figura 5: Distribuição da proporção segundo o índice de massa corporal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.



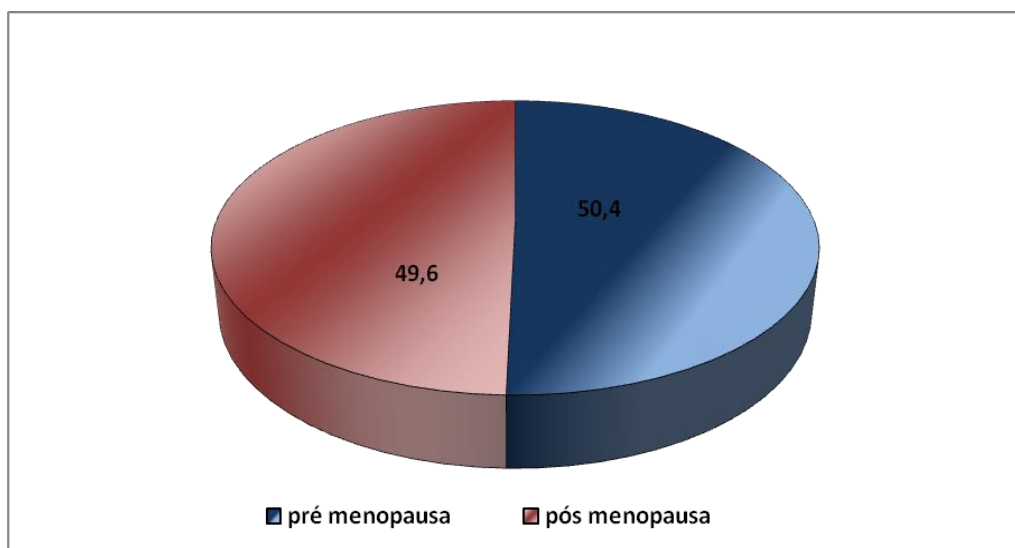
Com relação à medida da CA entre as participantes que estavam no sobrepeso e obesas, a média foi 92,3 cm com desvio padrão de 13,0 cm, cerca de 60% das mulheres possuem cintura abdominal maior que 88 cm.

3.2 Prevalência da Incontinência Urinária

Entre as mulheres estudadas, 17,0% apresentavam características sugestivas de IU, destas, 34,8% tinham sintomas sugestivos de IUE e 65,2% sintomas sugestivos de incontinência de urgência.

Quando considerada a prevalência de IU segundo o *status* menopausal, verificou-se que não houve diferença na prevalência de IU entre as mulheres na pré e na pós menopausa, como pode ser observado na figura 6.

Figura 6: Distribuição proporcional de incontinência urinária segundo o status menopausal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.



4.4. ASSOCIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM A OBESIDADE

Em análises bivariadas, considerando-se a associação da IU com o IMC e/ou com a circunferência abdominal constatou-se não houve associação entre a IU e o IMC, mas houve associação com a circunferência abdominal maior do que 88 cm (TABELA 7).

Tabela 7: Associação da incontinência urinaria com o índice de massa corporal e circunferência abdominal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008

IU	OR	IC 95%	<i>P</i>
IMC (>24,9 Kg/m ²)	1,40	0,91 - 2,17	0,124
CA (> 88 cm)	1,49	0,99 - 2,25	0,051

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

A tabela 8 mostra que, quando considerado o possível tipo de IU e o IMC, verificou-se que o IMC >24,9 Kg/m² não esteve associado ao aparecimento de características sugestivas de IUE, contudo, representou proteção contra características de IUU.

Tabela 8: Associação entre o tipo de incontinência urinária e o índice de massa corporal das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

IU	OR	IC 95%	<i>P</i>
Incontinência urinaria de urgência	0,20	0,04 - 0,92	0,039
Incontinência urinaria de esforços	1,04	0,33 - 3,27	0,944

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

4.5. ASSOCIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM AS VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS

Nas análises bivariadas das características sócio-demográficas, teve associada à presença de IU ser da religião evangélica (TABELA 9).

Tabela 9: Associação da incontinência urinária com as características sócio-demográficas das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Características sócio-demográficas		OR	IC _{95%}	p
Idade	49 –65	1,44	0,98 - 12,13	0,062
Cor	Outras	1	-----	-----
	Branca	1,09	0,51 - 2,34	0,811
	Parda	1,31	0,61 - 2,82	0,479
Estado civil	Outros	0,79	0,49 - 1,27	0,350
Religião	Católica	1	-----	-----
	Evangélica	1,68	1,11 - 2,54	0,012
	Outras	1,02	0,46 - 2,26	0,947
Escolaridade	até 4ª série	1	-----	-----
	5ª a 8ª série	0,90	0,54 - 1,50	0,699
	1 colegial e +	0,64	0,38 - 1,09	0,102
Renda pessoal	Mais 1SM	0,73	0,40 - 1,30	0,287
Renda per capita	Mais 1SM	0,57	0,32 - 1,00	0,053

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

As tabelas 10 e 11 mostram que, entre as variáveis da história obstétricas, estiveram associados à IU o uso de fórceps e a realização da episiotomia. Já entre as variáveis da história ginecológica não houve nenhuma associação.

Tabela 10: Associação da incontinência urinária com a história obstétrica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

História obstétrica		OR	IC _{95%}	<i>p</i>
Engravidou	Não	0,43	0,13 - 1,43	0,169
Sofreu Aborto	Não	0,82	0,53 - 1,27	0,389
Parto Via vaginal	0	1	-----	-----
	1-3 partos	2,12	0,62 - 7,22	0,229
	4 ou mais partos	2,45	0,73 - 8,20	0,145
Parto Cesariana	1-3 partos	2,19	0,65 - 7,36	0,204
	4 ou mais partos	2,46	0,73 - 8,29	0,146
Uso de Fórceps	Sim	1,71	1,04 - 2,80	0,033
	Sim	1,68	1,12 - 2,52	0,011
Peso do maior filho	>4000grs	1,20	0,74 - 1,94	0,439

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Tabela 11: Associação da incontinência urinária com a história ginecológica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

História ginecológica		OR	IC _{95%}	<i>p</i>
Menopausa	Pós-menopausa	0,74	0,50 - 1,09	0,131
Usou hormônio	Sim	1,15	0,62 - 2,14	0,644
Uso de hormônio atual	Sim	0,38	0,78 - 1,91	0,246
Cirurgias pélvicas	Sim	1,10	0,73 - 1,65	0,627

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Quando estudada a associação da IU e a presença de morbididades verificou-se que ser portador de síndrome metabólica (tanto pela classificação do ATP III quanto pelo IDF), ter características sugestivas de apnéia obstrutiva do sono e depressão estiveram associadas à IU (TABELA 12).

Tabela 12: Associação da incontinência urinária com as morbidades das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Estadísticas de OR de Pindaemonhangaba, 2007-2008:				
Morbidades	OR	IC 95%	P	
Hipertensão arterial	1,25	0,85 - 1,85	0,243	
Cardiopatia	1,06	0,57 - 1,97	0,830	
Acidente Vascular Cerebral	0,81	0,31 - 2,15	0,684	
Diabetes Mellitus	1,56	0,88 - 2,76	0,120	
Síndrome dos Ovários Policísticos	1,29	0,79 - 2,11	0,301	
Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono	1,68	1,10 - 2,54	0,015	
Depressão	1,70	1,15 - 2,51	0,007	
Ansiedade	1,11	0,75 - 1,62	0,592	
Síndrome Metabólica	ATPIII	1,77	1,13 - 2,76	0,011
	IDF	1,97	1,24 - 3,13	0,004

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Com relação aos hábitos de vida, a tabela 13 demonstra que o tabagismo esteve associado à presença de IU, enquanto ingerir qualquer tipo de bebida alcoólica na dose não *binge* representou proteção.

Tabela 13: Associação da incontinência urinária com os hábitos de vida das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Hábitos de vida		OR	IC _{95%}	p
ATIVIDADE FISICA				
	ativa	1,17	0,69 - 1,97	0,543
FREQUENCIA ALIMENTAR				
Gordura	Alta	0,99	0,61 - 1,60	0,982
Fibras	Adequada	0,85	0,57 - 1,25	0,420
TABAGISMO				
Nunca fumou		0,90	0,61 - 1,33	0,623
Fumantes atuais		2,00	1,21 - 3,32	0,007
ETILISMO				
Binge		1,38	0,72 - 2,67	0,325
Não binge		0,50	0,25 - 0,99	0,048

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

As Tabelas 14 e 15 mostram os modelos de regressão logística múltipla das variáveis epidemiológicas e clínicas em relação à IU. É possível observar que MCA, episiotomia, religião evangélica, tabagista atual e a depressão foram as variáveis que explicaram melhor a IU. Para o modelo com a variável IMC, as associações foram as mesmas incluindo a SM.

Tabela 14: Modelo de regressão entre a Incontinência Urinária e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF Pindamonhangaba, 2007-2008.

	OR	IC 95%	P
Circunferência Abdominal	1,60	1,02 - 2,49	0,038
Episiotomia	1,60	1,05 – 2,42	0,026
Evangélica	2,04	1,31 – 3,17	0,001
Fumante Atual	2,12	1,31 – 3,43	0,002
Menopausa	0,89	0,58 – 1,34	0,587
Depressão	1,55	1,02 – 2,35	0,037

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Tabela 15: Modelo de regressão entre a Incontinência Urinária e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF Pindamonhangaba, 2007-2008.

	OR	IC 95%	P
IMC	0,69	0,38 – 1,23	0,215
Episiotomia	1,56	0,95 – 2,54	0,074
Evangélica	2,27	1,36 – 3,79	0,002
Fumante Atual	2,09	1,17 – 3,75	0,012
Menopausa	0,96	0,58 – 1,57	0,878
Depressão	1,98	1,21 – 3,23	0,006
SM IDF	1,94	1,14 – 3,27	0,013

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

5. DISCUSSÃO

A IU representa importante problema de saúde pública, pois afeta mulheres adultas de diferentes culturas e raças e vários são os fatores de risco envolvidos no seu determinismo. As mulheres brasileiras acima de 45 anos exibem prevalência de 27,4%, (PEDRO et al., 2003; ZHU et al., 2010; ZHU et al., 2008) e, apesar desse expressivo número, poucas são as mulheres que procuram espontaneamente o serviço médico relatando queixa de IU, o que redundando em consequências sociais, higiênicas e piora na qualidade de vida. (FELDNER JR. et al., 2002; MENEZES et al., 2010).

O presente estudo em amostra aleatória estratificada por idade avaliou uma população de 875 mulheres entre os 35 a 65 anos e cuja perda estimada máxima era de 20% e que na realidade atingiu 14,4% no inquérito domiciliar; entretanto, no tocante às medidas antropométricas a perda alcançou 13,6%, enquanto na coleta sanguínea atingiu 39,9%, apesar da aceitação prévia de todas as participantes. Não obstante de ser em menor percentual (22,5%), LÒPES et al. (2009) também tinham constatado perda que pode ser explicada pela dificuldade das mulheres de se locomoverem até às unidades de saúde, principalmente aquelas que trabalhavam e/ou moravam na área rural.

É necessário considerar que nossos resultados se basearam exclusivamente na aplicação de um questionário validado às participantes e

que evidenciou prevalência de IU referida de 17,0%, diferentemente dos 27% encontrados em outra cidade de São Paulo, também avaliada por meio de questionário e, na mesma faixa etária das nossas pacientes (AMARO et al., 2009).

Além das diferenças de prevalência da IU num mesmo país, ela também pode ser distinta entre os vários países estudados. Assim, em Porto Rico, é de 43,3% e 34,7% nas faixas etárias entre 36 a 50 anos e 51 a 64 anos, respectivamente (LÒPES et al., 2009), enquanto na Itália atinge 15,3% (ÁLVARO et al. 2010).

A prevalência da IU muda também com a idade como se depreende dos estudos de PEYRAT et al. (2002) que evidenciaram 6,2% nas mulheres abaixo de 25 anos e 47% nas acima de 55 anos. Na mesma linha, os estudos de GRODSTEIN et al. (2003) notaram 22% no intervalo etário entre 61 a 65 anos e 67% naquele acima de 70 anos.

Em nosso estudo observamos que as participantes evangélicas exibiram maior prevalência de IU, resultado que concorda com o estudo de RIZK et al. (2006), os quais justificaram tal achado pelo fato dessas mulheres não procurarem assistência médica com maior frequência, uma vez que sua religião não aceita com naturalidade as intervenções médicas.

Já a renda “*per capita*” (maior que um salário mínimo) atuou como fator de proteção contra a IU nas participantes do nosso estudo, semelhantemente aos resultados de GUARISI et al. (2001a) os quais ainda notaram que as participantes de seu estudo com IU não procuravam

atendimento, por entenderem que esse incômodo não justificava uma consulta médica.

Os antecedentes obstétricos de episiotomia e fórceps mostraram significativa associação com a IU, como já haviam sido demonstrados por VIRTUP et al. (1996) e LEMOS et al. (2008). Entretanto, deve ser ponderado que nossos resultados podem estar subestimados pela falta de conhecimento das mulheres sobre esses procedimentos durante o parto.

Um contingente das mulheres no nosso estudo estava na pós-menopausa e esse estágio do envelhecimento ovariano não apresentou qualquer associação com a IU, achado símile ao estudo de GUARISI et al. (2001 b) que demonstraram que o risco de incontinência não aumenta na faixa etária entre 45 e 60 anos. Entretanto, difere do observado e explicado por BARLOW et al., (1997) pela diminuição do estrogênio, atrofia da mucosa da uretra e músculos da vagina.

O tabagismo, por sua vez, em nosso estudo emergiu como importante e significativo fator envolvido no determinismo da IU, confirmando os resultados obtidos por TAMPAKOUDIS et al. (1995), que, em um estudo mais aprofundado mostraram que o efeito foi dose dependente dos cigarros, bem como da quantidade inalada de nicotina e alcatrão em mg/cigarro.

Observamos, ainda, que morbidades como depressão e apnéia obstrutiva do sono também se associaram a uma maior probabilidade de IU, sendo que as alterações do sono relacionadas à IUE cursam com humor deprimido durante a meia idade (BROWN et al. 2009).

Apesar de WAETJEN et al. (2009) relatarem que o IMC e diabetes guardam uma íntima associação com a IU, nossos resultados mostraram-se diferentes, visto que 68,7% das mulheres com IU apresentavam sobrepeso ou obesidade e a prevalência de sobrepeso e obesidade foi respectivamente de 36,6% e 32,1%. Esses resultados, apesar de não mostrarem associação com a IU, desvelaram proteção para a incontinência urinária por urgência.

Essa questão ainda é controversa, pois MASSUE et al. (2010) e HAM et al. (2009) constataram que, em mulheres no climatério, o IMC se relacionou com IUE; porém, há discordância entre a associação do IMC com o tipo de IU, sendo que alguns estudos mostram relação com a IUU e incontinência urinária mista, enquanto outros desvelam relação entre a circunferência da cintura com a IUE (TOWNSEND et al., 2008; HANNESTAD et al., 2003; GAMBLE et al., 2010).

Na aplicação do modelo de regressão logística múltipla para o IMC verificamos que a SM revelou associação positiva com a ocorrência da IU. Entretanto, como a SM é definida pela presença de diversas variáveis, sendo que uma delas é a medida da CA, elaboramos por isso um novo modelo de regressão logística múltipla sem a variável SM e diante disso não encontramos significância entre IMC e IU em nosso estudo.

No presente estudo consideramos como ponto de corte para a cintura abdominal o valor de 88 cm, sendo que 60% das mulheres tinham a cintura abdominal superior a esse valor e esse resultado apresentou associação com a IU. Entretanto, na literatura não há referência de valores

de corte para a IU e por isso, muitos estudos utilizam a média ou os quartis para a associação com a IU o que causa divergências entre os pesquisadores. ZHU et al. (2009) verificaram associação entre IU e medida da CA maior ou igual a 80 cm.

A maioria dos estudos disponíveis na literatura avaliou apenas ou o IMC ou a medida da CA. Assim, para SUBAK et al. (2009) e ALVARO et al. (2010) o aumento do IMC incrementa o risco de IU em 20% a 70%, além do que a IU é mais freqüente nas mulheres obesas. Quanto à medida da CA, admite-se que a adiposidade central aumenta o risco de IU, possivelmente pela maior pressão intra-abdominal sobre a bexiga e uretra, sendo por isso considerada preditor independente de IU (HUNSKAAR et al., 2008; SUBAK et al., 2002; MOLLER et al., 2000; SANTOS et al., 1994; KRAUSE et al., 2010).

Identicamente aos resultados de vários estudos (ROBINSON et al. 1998; TAMANINI et al. 2003; SAMPSELLE et al. 2002; BLOTERO et al. 2010) , os nossos mostraram que entre as mulheres com perda de urina, 16,1% relataram piora na QV sendo o impacto foi muito grave em 3,2%. Entretanto, como avaliamos a qualidade de vida de maneira descritiva (método ICIQ), não foi possível aferir a associação com as atividades diárias, como TAMANINI et al. (2003), que constataram piora da QV com a gravidade clínica da IU e que redundava em prejuízo nas atividades diárias da mulher, apesar da discordância de BUSCHBAUM et al. (2002), que concluíram que a maioria das mulheres relatou que a IU não havia afetado suas atividades diárias, nem suas relações pessoais.

Apesar de o nosso estudo exibir uma importante limitação, qual seja a de nos basearmos exclusivamente em um questionário para classificarmos a IU, sem a realização do exame físico ou do teste urodinâmico, os resultados desvelaram importantes fatores de risco envolvidos na sua gênese: religião evangélica, tabagismo, depressão, episiotomia, síndrome metabólica e circunferência abdominal superior a 88cm.

Vale ainda ressaltar que, embora a literatura seja clara na contribuição da menopausa e do IMC como fatores de risco para IU, o presente estudo não encontrou associação entre estas variáveis e a IU.

Nossos resultados confirmam ainda as ponderações de LASSERRE et al. (2009), de que a incapacidade funcional da bexiga se relaciona com a obesidade e que a IU propicia piora na qualidade de vida das mulheres.

Assim, como o tema se reveste de grande relevância em Saúde Pública, pois não só afeta a qualidade de vida das mulheres acometidas, mas também promove inequívocas repercussões socioeconômicas para o sistema de saúde, é imperioso que nas estratégias de intervenções sejam incluídas equipes multiprofissionais, que com apoio de autoridades governamentais e da mídia possam sensibilizar as usuárias das unidades de atendimento do PSF na busca de orientações, visando à redução desse agravo que tanto compromete a QV.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo realizado em mulheres na transição menopausal e após a menopausa, inscritas no Programa de Saúde da Família do município de Pindamonhangaba/SP permitiu-nos concluir que foi significativa a prevalência da IU, a qual resultou em pior qualidade de vida nas mulheres acometidas; ademais, constatou-se que medida da CA apresentou uma associação significativa com o desenvolvimento da IU, sendo que os sintomas mais prevalentes foram os sugestivos da IU por urgência.

7. REFERÊNCIAS

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32:S498-504.

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

Aldrighi JM, Alecrin IN, Oliveira PR, Shinomata HO. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. *Rev Assoc Med Bras.* 2005, 51(1):51-53a.

Alvaro R, Araco F, Gravante G, Sorge R, Overton J, Vellone E, Venturini G, Piccione E. Epidemiological aspects of urinary incontinence in a female population of an Italian region. *Int Urogynecol J.* 2010.

Amaro JL, Macharelli CA, Yamamoto H, Kawano PR, Padovani CV, Agostinho AD. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. *Int Braz J Urol.* 2009;35(5):592-7.

Arya LA, Jackson ND, Myers DL, Verma A. Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 6(185):1318-1324.

Bai SW, Kang JY, Rha KH, Lee MS, Kim JY, Park KH. Relationship of urodynamic parameters and obesity in women with stress urinary incontinence. *The Journal of Reproductive Medicine.* 2002; 7 (47): 559-563.

Barlow DH, Cardozo LD, Francis RM, et al. Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104: 87-91.

Binfa, EL, Blümell, MJH. Obesidad, estrógenos y salud de la mujer. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2001; 4(66):340-6.

Block G, Gillespie C, Rosenbaum EH, Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. Am J Prev Med. 2000;18(4):284-8.

Blümell JE, Castelo Branco C, Rocangliolo ME, Binfa L, Tacla X, Mamani L. Changes in body mass index around menopause: a population study of Chilean women. Menopause. 2001;8:239-44.

Borges FD, Frare JC, Moreira ECH. Fisioterapia na Incontinência Urinária. Fisioterapia em Movimento. 1998; 2(X):102-111.

Botlero R, Bell RJ, Urguhart DM, Davis SR. Urinary incontinence is associated with lower psychological general well-being in community-dwelling women. Menopause. 2010; 2(17):332-7.

BRASIL Ministério do Trabalho: Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em URL: <http://www.mtecbo.gov.br/index.htm> (2005 jan 7).

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE Censo demográfico: 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> (2007 jun 2a).

BRASIL, Ministério da Saúde: Informações de Saúde. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br> (2007 out 22b).

Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence Of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Obstetrics & Gynecology. 1999; 1(94):66-70.

Brown JS, Vittinghoff E, Kanaya AM, Agarwal SK, Hulley S, Foxman B. Urinary tract infections in postmenopausal women: effect of hormone therapy and his factors. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2001; 6 (98):1045-1052.

Brown JP, Gallicchio L, Flaws JA, J. Kathleen Tracy K. Relations among menopausal symptoms, sleep disturbance and depressive symptoms in midlife. *Maturitas*. 2009;62:184-89.

Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunctions. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25: 723-46.

Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in cohort of nuns. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2002;2(100):226-229.

Carvalho JBC, Saad MJA. Doenças associadas à resistência à insulina / hiperinsulinemia, não incluídas na síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006; 2(50):360-7.

Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict Behav*. 2008;33(12):1598-601.

CEDIM. Conselho Estadual dos Direitos da Mulher / RJ. Disponível em URL: <http://www.cedim.rj.gov.br/acondicao/metodologia.htm> (2005 jan 7).

Chiaffarino F, Parazzini F, Lavezzri M, Giambanco V. Impact of Incontinence and Overactive Bladder on Quality of Life. *European Urology*. 2003;43:535-538.

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

Danforth KN, Lownsend MK, Lefford K, Curhan GC, Resnick, NM, Grodstein, F. *American Journal Obstetrics Gynecology*. 2006; 2(194): 339-345.

DeLancey JO. The anatomy of the pelvis floor. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1994; 6(4): 313-6.

Faúndes A, Guarisi T, Pinto-Neto AM. The risk of urinary incontinence of parous women who delivered only by cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001; 72: 41-46.

Feldner Junior PC, Bezerra RPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2002;2(24):87-91.

Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, Delancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter this disruption in on obstetrics unit in the Unites States. *Am J Obstet Gynecol*.2003;189(6):1543-9.

Fernandez MR, Gir E, Hayashida M. Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 2(39):129-35.

Florindo AA, Latorre MRDO, Jaime PC, Tanaka T, Zerbini CAF. Atividade física habitual e sua relação com a densidade mineral óssea em homens adultos e idosos. *Rev Bras Atividade Física & Saúde*. 2000;5:22-34.

Florindo AA, Latorre MRDO. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. *Rev Bras Med Esporte*. 2003;9(3):129-135.

Fritel X. Pelvic floor and pregnancy. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2010; 38: 332–346.

Gamble TL, DU H, Sand PK, Botros SM, Rurak M, Goldberg RP. Urge incontinence: estimating environmental and obstetrical risk factors using an identical twin study. *Int Urogynecol J*. 2010.

Gonçalves R, Merighi MAB. Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 2 (17).

Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, Langan E, Kapoor S, Nelson DB. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the changes of the menopause transition. *Menopause*. 2005; 2(12):128-35.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. 1998; 25(5). Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm>

Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 2003; 2(189): 428-439.

Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Faúndes A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2001a; 7(23):439-443.

Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. 2001b; 5(35):428-35.

Ham E, Choi H, Seo J-T, Kim H-G, Palmer MH, Kim I. Risk Factors for Female Urinary Incontinence among Middle-Aged Korean Women. *J of Women's Health*. 2009; 11(18).

Han M, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *International Urogynecol Journal*. 2005;17: 35-39.

Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian Epincont Study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;110: 247-254.

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

Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST. risk factors for urinary incontinence in taiwanese women aged 20–59 years. Taiwan J Obstet Gynecol. 2008;47: 197-200.

Hulley SB, Cumming SR, Browne WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Hunnskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitn MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. Urology. 2003; 4A(62):16-23.

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

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Estado nutricional, precisão das estimativas e totais da população 2002-2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/analise/defaulttab.shtml> (06 out. 2006).

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2005a.

IBGE. Censo demográfico: 2000. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/> (2005 out).

IDF. The International Diabetes Federation consensus worldwide definition of metabolic syndrome. Belgium, 2006.

Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, Miles TP, Resnick HE, Kritchevsky SB, Simonsick EM, Brown JS. Urinary Incontinence in Elderly Women: Findings From the Health, Aging, and Body Composition Study. American college of obstetricians and gynecologists. 2004; 104:301-307.

Krause MP, Albert SM, Elsangedy HM, Krunski K, Goss FL, da Silva SG. Urinary incontinence and waist circumference in older women. *Age Ageing*. 2010; 1(39):69-73.

Lassere A, Pelat C, Guérout V, Hanslik T, Chartier KE. Incontinência urinária em mulheres francesas: prevalência, fatores de risco e impacto na qualidade de vida. *Eur Urol*. 2009; 1(56):177-83.

Lemos A, de Souza AI, Gomes ALCGF, Figueroa JN, Cabral- Filho JE. Do perineal exercises during pregnancy prevent the development of urinary incontinence? A systematic review. *Int J Urol*. 2008;15: 875-80.

Lópes M, Ortiz AP, Vargas, R. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association with Body Mass Index among Women in Puerto Rico. *J of Women's health*. 2009;10(18).

Luber KM. The Definition, Prevalence, and Risk Factors for Stress Urinary Incontinence. *Reviews in Urology*. 2004, 3(6): S3-S9.

Marques ACPR, Zaleski M, Caetano R, Laranjeira R, Pinsky I, Gigliotti A, et al. Estudo da Prevalência de Fumantes em uma Amostra Probabilística da População Brasileira em 2006.

Martins G, Soler ZASG, Cordeiro JÁ, Amaro JL, Moore KN. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J*. 2010; 1185-2.

Massue T, Wada K, Nagata C, Deguchi T, Hayashi M, Taketa N, Yasuda K. Lifestyle and health factors associated with stress urinary incontinence in Japanese women. *Maturitas*. 2010; MAT-5359.

Medeiros SF, Medeiros MMWY, Oliveira VN. Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2006; 4(124):214-8.

Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*. 2010; 65:167-171.

Mishra GD, Hardy R, Cardozo L, Kuh D. Menopausal transition and the risk of urinary incontinence: results from a British prospective cohort. *BJUInt*. 2010; 32: 1415-1422.

Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol*. 2000; 3(96): 446-51.

NANS. Menopause practice: a clinician's guide. USA: NAMS, 2004.

Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med*. 1999;131(7):485-91.

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

Palma PCR, Portugal HSP. Anatomia do assoalho pélvico. In: Palma PCR. *Urofisioterapia. Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais do assoalho pélvico*. 1.ed. Campinas/SP: Personal Link Comunicações Ltda.; 2009, P. 25-38.

Pandey S, Bhattacharya S. Impact of obesity on gynecology. Womens Health (Lond Engl). 2010;6(1):107-17.

Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;110:927-933.

Park HS, Oh AW, Cho S, Choi WH, Kim YS. The metabolic syndrome and associated lifestyle factors among South Korean adults. *International journal of Epidemiology*. 2004;33:328-336.

Pastore LM, Kightlinger RS, Hullfish K. Vaginal symptoms and urinary incontinence in elderly women. *Geriatrics*. 2007; 7(62): 12-16.

Pedro AO, Pinto- Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Hardy EE. Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil. *Revista de Saúde Publica*. 2003; 37(6):735-742.

Peeker I, Peeker R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003; 1(48): 60-66.

Pereira WMP. Dissertação Prevalência de depressão e ansiedade associada à obesidade em mulheres na transição e após menopausa. FSP/USP: 2007-2010.

Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU International*. 2002; 89: 61-66.

Relatório conjunto da associação internacional de uroginecologia ("International Urogynecological Association" – IUGA) / sociedade internacional de continência ("international continence society" – ICS) sobre a padronização da terminologia da disfunção do assoalho pélvico feminino (Nova Terminologia Adotada pela "IUGA/ICS"- 2009). *Int Urogynecol J*. 2010, 21:5-26.

Ricchetto C, Palma P, Tarazona A. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continência. *Actas Urol Esp*. 2005; 1: 31-40.

Rizk DEE, El-Safty MM. Female pelvic floor dysfunction in the Middle East: a tale of three factors—culture, religion and socialization of health role stereotypes. *Int Urogynecol J*. 2006; 17:436-438.

Robinson D, Pearce KF, Preisser JS, Dugan E, Suggs PK, Cohen SJ. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstetrics & Gynecology*. 1998; 2(91): 224-8.

Royer M, Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui PA, Danckers L, Bencosme A, et al. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. *Climacteric*. 2007;10(2):164-70.

Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Bréart G. Negative Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life, a Cross-Sectional Study Among Women Aged 49- 61 Years Enrolled in the GAZEL Cohort. *Neurourology and Urodynamics*. 2006; 25:696-702

Sampselle CM, Harlow SD, Shurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2002;6(100): 1230-1237.

Santos- Sá D, Pinto- Neto AM, Conde DM, Pedro AO, Oliveira SCM, Costa-Paiva L. Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 6(52):413-8.

Santos WN, Feitosa JA, Oliveira FC, Oliveira Filho M, Almeida FML, Mediros FC. Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. *RBGO*. 1994; 5(16):175-8.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Disponível em <URL:http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES_SINDROME_METABOLICA_SBH_ORG_BR.pdf>. Acesso em: jan.2005.

Schmitt ACB. Tese de Doutorado Intitulada Prevalência da síndrome metabólica e fatores associados na transição e após a menopausa. FSP/USP; 2009.

Shakhatreh FM, Mas'ad D. Menopausal symptoms and health problems of women aged 50-65 years in southern Jordan. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*.2006; 4(9):305-11.

Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. *Fisioterapia Brasil*. 2003; 3(4): 205-211.

Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U, Cnattingius S. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. *Maturitas*. 1996; 1-2(24):31-6.

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

Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and Urinary Incontinence: Epidemiology and Clinical Research Update. *Journal of Urology*. 2009; 182: S2-S7.

Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence Common problem among women over 45. *Can Fam Physician*. 2005; 51: 84 – 91.

Sze EHM, Jones WP, Ferguson JL, Barker CD, Dolezal JM. Prevalence of urinary incontinence symptoms among black, white and Hispanic women. *Obstetrics & Gynecology*. 2002; 4(99): 572-574.

Tamanini JTN, D'ancona CAL, Botega NJ, Netto Junior NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Revista de Saúde Pública*. 2003;2(37):203-11.

Tamanini JTM, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Junior NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ – SF). *Rev Saúde Pública*. 2004; 3(38): 438-44.

Tamanini JTM, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Junior NR. Responsiveness to the Portuguese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short- Form (ICIQ) after stress urinary incontinence surgery. 2005; 31(5):482-9.

Tampakoudis P, Tantanassis T, Gribizis G, Papaletsos M, Mantalenakis S. Cigarette smoking and urinary incontinence in women – a new calculative method of estimating the exposure to smoke. *European Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1995;63: 27-30.

Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S et al. Quality of life in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2007; 18:543–549.

Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. BMI, Waist Circumference, and Incident Urinary Incontinence in Older Women. *Obesity*. 2008;16:881-886.

Vaart CH van der, Bom JG van der, Leeuw JRJ, Roovers JPWR, Heintz APM. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002;109:149-154.

Waetjen LE, Feng WY, Johnson WO, Greendale GA, Sampsel CM, Sternfield B, Harlow SD, Gold EB. Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2009; 5(114);989-98.

Walker GJ, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynaecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010; Jul 9.

Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Suback LL. *Obstetrics and Gynecology*. 2001; 3 (98): 398-406.

Wing RR, West DS, Grady D, Creasman JM, Richter HE, Myers D, Burgio KL, Franklin F, Gorin AA, Vittinghoff E, Macer J, Kusek JW, Subak LL. Effect of Weight Loss on Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women: Results at 12 and 18 Months. *J Urol*. 2010;17.

WHO World Health Organization. Workshop on obesity prevention and control strategies in the Pacific. Apia, Samoa 26-29 September 2000.

WHO World Health Organization. Obesity and overweight, Fact sheet N°311, setembro 2006.

Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. The Journal of The North American Menopause Society. 2008; 3(15): 566-569.

Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. 2009; 4(16): 831- 836.

Zhu L, Lang J, Liu C, Xu T, Liu XC, Li L, Wong F. Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. Int Urogynecol J. 2010; 21: 589-593.

Anexo 1: Carta da Secretaria de Pindamonhangaba/SP.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira Cesar
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3066-7703 / 3081-2451 Fax.: (011) 3085-0240
E-mail: jmaldril@usp.br

São Paulo, 05 de janeiro de 2005

DE: Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública
Professor Doutor José Mendes Aldrighi

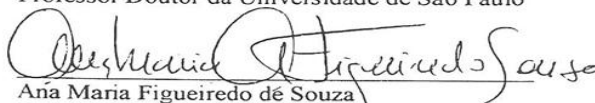
PARA: Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba, SP
Ilustríssima Senhora Ana Maria Figueiredo de Souza

O presente documento firma um acordo de cooperação técnica científica entre o Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), representado neste pelo Professor Associado José Mendes Aldrighi, com o Programa de Saúde da Família, representada neste pela Ana Maria Figueiredo de Souza.

A intenção é realizar pesquisas conjuntas, no tocante ao desenvolvimento de dissertações de mestrado e teses de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, envolvendo Saúde da Mulher.

É entendemos que a cumplicidade científica entre as instituições envolvidas certamente contribuirá não só para formar pós-graduandos de excelência e conhecimento multidisciplinar sobre Saúde da Mulher tão carente nos dias atuais, mas também proporcionar informações para gerar de programas práticos de intervenção em Saúde Pública para a população específica.


José Mendes Aldrighi
Professor Doutor da Universidade de São Paulo


Ana Maria Figueiredo de Souza
Secretária de Saúde do município de Pindamonhangaba, SP

Anexo 2: Carta de Aprovação do COEP/FSP da COORTE



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 54 /08

Protocolo	1776
Projeto de Pesquisa	COORTE DA EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA DAS MULHERES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINHAMONHAGABA-SP
Pesquisador(a)	Jose Mendes Aldrighi

26 de MARÇO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua 2.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 20/03/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o **protocolo** de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm. Sr.
Prof. Dr. JOSÉ MENDES ALDRIGHI
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Anexo 3: Carta de Aprovação do COEP/FSP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP
Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/068/09

PROTOCOLO	1934
PROJETO DE PESQUISA	PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A OBESIDADE EM MULHERES NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA
PESQUISADOR(A)	Jéssica de Moura Sousa Oliveira
ÁREA TEMÁTICA	Grupo III

São Paulo, 18 de Março de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP **analisou**, em sua 2.ª/09 Sessão Ordinária, realizada em 13/03/2009, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN/196/96, são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.
Prof. Assoc. José Mendes Aldrighi
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública - USP

Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Promoção de saúde em mulheres com síndrome metabólica no climatério.

Eu, _____,

_____, (NOME) (IDADE)

(_____) _____, (RG) (ENDEREÇO) (DDD) (telefone)

aceito participar do estudo sobre hábitos de vida, doenças cardiovasculares em mulheres de 35 a 65 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores José Mendes Aldrighi, docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Ana Carolina Basso Schmitt, doutoranda da mesma instituição. Autorizo a realização de entrevista, medidas de peso, altura, circunferência da barriga e de pressão, bem como análise de sangue (gordura, açúcar e gordura com açúcar), cujos resultados serão utilizados no desenvolvimento deste projeto, que tem por objetivo analisar mudanças na circulação do sangue, hábitos e condições de vida, para assim reunir informações para elaborar projeto de melhorar a saúde das mulheres. Tenho consentimento que, provavelmente, serei procurada nos próximos anos para novas perguntas e avaliações. Para tanto, serei consultada para permissão das novas pesquisas. Autorizo que meu sangue permaneça guardado para outros exames futuros e serei procurada para autorizar outras análises, quando possível. Considero-me suficientemente informado de que se trata de informações obtidas com perguntas e a amostra de sangue será obtida com material descartável por uma profissional especializada, absolutamente sem a utilização de nenhuma droga e substância e sem gastos. Os resultados serão entregue para meu conhecimento e se houver alguma alteração serei orientada para tratamento. Tenho ciência de que posso participar de um programa para receber orientações de saúde, de exercícios e alimentar, com mínimo risco para minha integridade física ou moral, uma vez que as atividades serão recomendadas de forma gradual. Posso recusar a participação ou desistir em qualquer momento da pesquisa sem consequências ou prejuízo para mim. Tenho conhecimento que meus dados serão confidenciais e poderão ser divulgados em eventos e congressos de maneira coletiva sem dizer o meu nome ou outra forma de minha identificação. As informações obtidas serão úteis para possibilitar a prevenção de doenças.

_____/_____/_____ ASSINATURA DA PARTICIPANTE

DATA

Declaramos cumprir as situações acima expostas:

Pesquisadores responsáveis – TELEFONE (12) 3625 4287

Professor Doutor José Mendes Aldrighi e Ana Carolina Basso Schmitt

Anexo 5: Autorização do banco de dados



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 - sala 218 - Cerqueira César
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3066-7702 / 3066-7703 / 3066-7773
Fax.: (011) 3085-0240

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS DO PROSAPIN – PROJETO DE SAÚDE DE PINDAMONHANGABA.

Eu, Professor Associado JOSÉ MENDES ALDRIGHI, nº USP 2289509, coordenador do projeto intitulado "PROSAPIN – Projeto de Saúde de Pindamonhangaba - Coorte da Evolução Epidemiológica e Clínica na Transição Menopausal e Pós-Menopausa das Mulheres da Estratégia de Saúde da Família de Pindamonhangaba/Sp", autorizo JÉSSICA DE MOURA SOUSA OLIVEIRA, aprovada no processo seletivo da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, a utilizar o banco de dados do estudo referido.

Professor Associado José Mendes Aldrighi
Professor do Departamento Saúde Materno Infantil – FSP/USP.

Anexo 6: Termo de responsabilidade

▪

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Eu, Jéssica de Moura Sousa Oliveira, aprovada no processo seletivo da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, assumo a responsabilidade de manter em sigilo absoluto os dados coletados da pesquisa intitulada “PROSAPIN – Projeto de Saúde de Pindamonhangaba - Coorte da Evolução Epidemiológica e Clínica na Transição Menopausal e Pós-Menopausa das Mulheres da Estratégia de Saúde da Família de Pindamonhangaba/Sp”, coordenado pelo Professor Associado JOSÉ MENDES ALDRIGHI, bem como solicitar, quando necessário, autorização para publicações.

Jéssica de Moura Sousa Oliveira.

Anexo 7: Questionário ICIQ-SF

ICIQ-SF EM PORTUGUÊS																								
<p>Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____</p> <p>Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.</p> <p>1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)</p> <p>2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p>																								
<p>3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/> 0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/> 1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/> 3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 4	O tempo todo	<input type="checkbox"/> 5											
Nunca	<input type="checkbox"/> 0																							
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/> 1																							
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2																							
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/> 3																							
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 4																							
O tempo todo	<input type="checkbox"/> 5																							
<p>4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/> 2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/> 4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/> 6															
Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0																							
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/> 2																							
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/> 4																							
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/> 6																							
<p>5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)</p> <table style="width: 100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
<p>ICIQ Score: soma dos resultados 3+4+5 = _____</p>																								
<p>6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando tusso ou espirro</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou dormindo</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco sem razão óbvia</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco o tempo todo</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espirro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>							
Nunca	<input type="checkbox"/>																							
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando tusso ou espirro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																							
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																							

“Obrigado por você ter respondido as questões”

Anexo 8: Roteiro de Antropometria

Nome da entrevistadora: _____

Data da coleta: ____ / ____ / ____ Hora de início: ____:____ Hora de término: ____:____

1. USF Coloque o n. de registro da entrevistada RG da entrevistada	_____ (nome e micro área) _____ _____	
2. Peso	_____ Kg	_____ Kg
3. Estatura	_____ m	_____ m
4. IMC	_____ Calcular: $IMC = peso / altura^2$	
5. Pressão arterial	1ª. _____ mmHg (dia e hora _____) 2ª. _____ mmHg (dia e hora _____) 3ª. _____ mmHg (dia e hora _____) calcular a média _____ mmHg	
6. Circunferência abdominal	_____ cm	_____ cm
7. Circunferência quadril	_____ cm	_____ cm

	NR.....99
A Sra já foi ou é casada ou teve união livre (morou junto com um companheiro)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
No total, quantas vezes a Sra foi casada ou em união (morou junto)?	Nº. de vezes...../..... NS.....88 NR.....99
. Este casamento ou união continua ou acabou?	Continua.....1 Separação.....2 Viuvez.....3 Divórcio.....4 NS.....88 NR.....99
. A Sra se considera ...	Branca.....1 Preta.....2 Amarela.....3 Parda (morena).....4 Indígena.....5 Outra.....6 NS.....88 NR.....99
A Sra trabalha mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro (objetos, alimentos, roupas, favores, etc), ou pensionista ou aposentada?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Tem pagamento / remuneração?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual o valor de seu pagamento / remuneração mensal? (Anotar o valor total – referencia: Salário mínimo = R\$ 380,00)	R\$ NS.....88 NR.....99
. Qual seu cargo ou função ou profissão ou ofício exercido?	NS.....88 NR.....99
. Quantas pessoas moram com a Sra? (sem contar com você)/ NS.....88 NR.....99
. Qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos que moram com Sra? (Anotar o valor total – referencia: Salário mínimo = R\$ 380,00)	R\$ NS.....88 NR.....99
Agora sobre MORBIDADE(DOENÇA)	
. A Sra usa algum remédio (medicamento)? Tem a receita do médico ou a caixa ou a bula do remédio? (anotar o(s) nome(s) do(s) remédio(s) de acordo com a receita ou caixa ou bula).	Não.....1 Sim, quais2 3. 4. 5.
A Sra teve ou tem pressão alta = hipertensão?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88
A Sra teve ou tem diabetes na gravidez = gestacional?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra teve ou tem problema no coração?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88

	NR.....99
Qual?	NS.....88 NR.....99
A Sra teve Derrame = AVC?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra teve ou tem cistos no ovários (síndrome de ovários policísticos)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra teve ou tem doença de fígado sem ser por causa do álcool? (Doença hepática gordurosa não-alcoólica)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra teve ou tem gota = ácido úrico elevado = Hiperuricemia?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem pressão alta = hipertensão?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem problema no coração?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra já realizou exame de Densitometria óssea? (Exame que avalia a massa óssea)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
No exame de Densitometria óssea, o resultado foi...	Normal.....1 Osteopenia.....2 Osteoporose.....3 NS.....88 NR.....99
Agora sobre a HISTÓRIA OBSTÉTRICA	
E A senhora ficou grávida alguma vez?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Quantas vezes a senhora ficou grávida?	Nº de vezes...../_____ NS.....88 NR.....99
Quantos partos foram normais?	Nº de vezes...../_____ NS.....88 NR.....99
Teve uso de fórceps (ferro)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A senhora fez episiotomia? (pic - corte na vagina para facilitar a passagem do neném)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Quantos partos foram cesáreas?	Nº de vezes...../_____ NS.....88 NR.....99
A senhora teve algum aborto?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Quantos abortos a senhora teve?	Nº de vezes...../_____ NS.....88 NR.....99

Qual o peso do seu maior filho?	_____ NS.....88 NR.....99
Fez cirurgia ginecológica prévia? (alguma cirurgia na vagina, útero, trompas, ovário, bexiga e reto)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual foi a cirurgia?	1. _____ 2. _____ NS.....88 NR.....99
Agora sobre <i>HISTÓRIA GINECOLÓGICA</i>	
Que idade tinha quando menstruou pela primeira vez?	Idade...../____ (anos) NS.....88 NR.....99
A Sra menstruou nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Atualmente sua menstruação: é regular (menstrua de 28 em 28 dias, de 29 em 29 etc)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
E agora? Atrasa ou adianta mais que 7 dias?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
E agora? Fica sem vir de 2 a 11 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra, atualmente, evita ter filhos?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Usa algum desses métodos? (pode marcar mais que um)	Pílulas anticoncepcionais.....1 Anticoncepcionais injetáveis.....2 Camisinha.....3 Tabela.....4 Método Billings ou da ovulação.....5 Diafragma.....6 Espermicida.....7 DIU.....8 Vasectomia.....9 Ligadura.....10 Outros.....11 NS.....88 NR.....99
A Sra está, atualmente, tomando anticoncepcional?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual o nome?	_____ _____ _____ NS.....88 NR.....99
Com que idade começou a tomar anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	idade...../____ NS.....88 NR.....99
Por quanto tempo a Sra tomou anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	Meses...../____ Anos...../____ NS.....88 NR.....99
Com que idade parou de menstruar?	Anos...../____ anos NS.....88 NR.....99

A Sra tomou alguma vez ou toma atualmente hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos ou creme?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Com que idade começou a tomar hormônio para a menopausa?	Idade...../____ NS.....88 NR.....99
Por quanto tempo a Sra tomou hormônio de mulher?	Meses...../____ Anos...../____ NS.....88 NR.....99
A Sra está, atualmente tomando hormônio de mulher?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Agora sobre INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)	
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS . Com que frequência você perde urina? (apenas uma resposta)	Nunca.....0 Uma vez por semana ou menos.....1 Duas ou três vezes por semana.....2 Uma vez ao dia.....3 Diversas vezes ao dia.....4 O tempo todo.....5 NS.....88 NR.....99
Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (apenas uma resposta)	Nenhuma.....0 Uma pequena quantidade.....1 Uma moderada quantidade.....2 Uma grande quantidade.....3 NS.....88 NR.....99
Em geral quanto que perder urina interfere na sua vida diária? (0 não interfere e 10 interfere muito)	0.....0 1.....1 2.....2 3.....3 4.....4 5.....5 6.....6 7.....7 8.....8 9.....9 10.....10 NS.....88 NR.....99
Quando você perde urina? (Marcar todas as alternativas que se aplicam a entrevistada)	Nunca.....1 Perco antes de chegar ao banheiro.....2 Perco quando tusso ou espirro.....3 Perco quando estou fazendo atividades físicas.....4 Perco quando estou dormindo.....5 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo.....6 Perco sem razão óbvia.....7 Perco o tempo todo.....8
Agora sobre ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ VERSÃO CURTA)	
. Nós queremos saber quanto tempo você gastou fazendo atividade física NA ÚLTIMA SEMANA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS . As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as questões:	
<ul style="list-style-type: none"> • atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. • atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de ALGUM esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. 	
Em quantos dias da semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	____/____ dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
Nos dias em que você CAMINHOU por pelo menos	Horas:_____ Minutos:_____

10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia ?	Não caminha() NS.....88 NR.....99
Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração. (NÃO INCLUIR CAMINHADA)	____/____ dias por semana Nenhum.....() NS.....88 NR.....99
Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?	Horas:_____Minutos:_____ Não fez() NS.....88 NR.....99
Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.	____/____ dias por semana Nenhum.....() NS.....88 NR.....99
Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?	Horas:_____Minutos:_____ Não fez() NS.....88 NR.....99
Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana ?	Horas:_____Minutos:_____ Não fica sentada.....() NS.....88
Quanto tempo no total você gasta sentado em um dia de final de semana ?	Horas:_____Minutos:_____ Não fica sentada() NS.....88 NR.....99
ATIVIDADE FÍSICA (BAECKE): responda a resposta mais apropriada para cada questão.	
Você considera o seu trabalho...	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 Não tem ocupação.....4 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra senta...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Frequentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra fica em pé...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Frequentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra anda...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Frequentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra carrega carga pesada...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Frequentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88

	NR.....99
Após o trabalho a Sra está cansada...	Muito freqüentemente1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra sua (transpira)...	Muito freqüentemente1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
Em comparação com outras da sua idade a Sra pensa que seu trabalho é fisicamente...	Muito mais pesado.....1 Mais pesado.....2 Tão pesado quanto.....3 Mais leve.....4 Muito mais leve.....5 NS.....88 NR.....99
A Sra pratica ou praticou esporte ou exercício físico nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual esporte ou exercício físico a Sra pratica ou praticou mais freqüentemente?	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
Quantos meses por ano?	< 1.....1 1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
A Sra faz ou fez um segundo esporte ou exercício físico, nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual o tipo?	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
Quantos meses por ano?	< 1.....1 1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
Em comparação com outras pessoas da sua idade a Sra	Muito maior.....5

pensa que sua atividade física durante as horas de lazer é...	Maior.....4 A mesma.....3 Menor.....2 Muito menor.....1 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra sua (transpira)?	Muito freqüentemente5 Freqüentemente.....4 Algumas vezes.....3 Raramente.....2 Nunca.....1 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra pratica esporte ou exercício físico?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra vê televisão?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra anda?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5 NS.....88
Durante as horas de lazer a Sra anda de bicicleta?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5 NS.....88 NR.....99
Durante quantos minutos por dia a Sra anda a pé ou de bicicleta indo e voltando do trabalho, escola ou compras?	<5.....1 5-15.....2 16-30.....3 31-45.....4 >455 NS.....88 NR.....99

Sobre o **HÁBITO DE FUMAR**. (mesmo que não fume ou nunca tenha fumado)

Para cada um destes espaços públicos, por favor diga se a Sra acha que deveria ser permitido fumar em todas as

Áreas internas, em algumas áreas internas, ou se não deveria ser permitido fumar em nenhuma área interna

	Todas as áreas internas	Algumas áreas internas	Nenhuma área interna	NS	NR
Hospitais	1	2	3	88	99
Locais de trabalho	1	2	3	88	99
Bares	1	2	3	88	99
Restaurantes e cafés	1	2	3	88	99
Lojas	1	2	3	88	99
Escolas	1	2	3	88	99
Shopping Centers	1	2	3	88	99

Seus pais fumam atualmente? Já fumaram no passado?

	Fumam	Não fumam	Já fumaram
Nenhum dos dois	1	1	1

Ambos	2	2	2
Somente o pai	3	3	3
Somente a mãe	4	4	4
Não tenho pais (não conheceu)	5	5	5
NS	88	88	88
NR	99	99	99

Alguma vez a Sra já tentou ou experimentou fumar cigarros, cachimbos ou charutos, mesmo uma ou duas tragadas?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Quantos anos a Sra tinha quando fumou seu primeiro cigarro, cachimbos ou charutos?

____|____| Anos NS.....88 NR.....99

Somando todos os cigarros, cachimbos ou charutos que a Sra fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Atualmente, a Sra fuma cigarros?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Em média, quantos cigarros, cachimbos ou charutos a Sra fuma POR DIA?

____|____| cigarros por dia

. Nos últimos sete dias (uma semana), em quantos dias a Sra fumou cigarros, cachimbos ou charutos ?

____|____| dias da semana

. Nos últimos 30 dias (um mês) em quantos dias a Sra fumou cigarros, cachimbos ou charutos?

Nenhum	1
1 ou 2 dias	2
3 a 5 dias	3
6 a 9 dias	4
10 a 19 dias	5
20 a 29 dias	6
Todos os 30 dias	7
NS	88
NR	99

. Nos últimos 30 dias (um mês), nos dias em que fumou, quantos cigarros, cachimbos ou charutos a Sra fumou em média?

Menos de 1 cigarro por dia	1
1 cigarro por dia	2
2 a 5 cigarros por dia	3
6 a 10 cigarros por dia	4
11 a 20 cigarros por dia	5
Mais de 20 cigarros por dia	6
NS	88
NR	99

Quantos anos a Sra tinha quando começou a fumar regularmente, isto é, pelo menos 1 cigarro, cachimbos ou charutos por semana?

Nunca fumei regularmente	1
___/___ANOS	2
NS	88
NR	99

. Quantos anos a Sra tinha quando começou a fumar cigarros, cachimbos ou charutos diariamente?

Nunca fumei diariamente	1
___/___ANOS	2
NS	88
NR	99

. Que tipo de cigarro, cachimbos ou charutos a Sra fuma mais? **(a Sra pode escolher mais de uma opção)**

Baixos teores/ suaves / light	1
Teores regulares	2
Eu não sei o que significa cigarros de baixos teores/ suaves / light ou de teores regulares	3
Cigarros com filtro	4
Cigarros sem filtro	5
Cigarros de palha	6
Charutos	7
Cachimbo	8
Cigarilhas	9
Cigarros com sabor Mentolado / de menta	10
Cigarros com sabor de baunilha	11
Cigarros de Bali (cravo)	12
Outros	13
Qualquer Um	14
NS	88
NR	99

. Quanto tempo depois de acordar a Sra fuma o primeiro cigarro, cachimbos ou charutos, ?

Menos de 5 minutos	1
De 5 a 14 minutos	2
De 15 a 29 minutos	3
Após 30 minutos, mas menos de 1 hora	4
Após 1 hora mas menos de duas horas	5
2 horas ou mais	6
NS	88
NR	99

. Quão fácil ou difícil a Sra acharia ficar um dia inteiro sem fumar cigarros, cachimbos ou charutos, ? A sra acharia...

Muito fácil	1
Fácil	2
Difícil	3
Muito difícil	4
NS	88
NR	99

. No último mês a Sra fez algum esforço para evitar de olhar ou pensar sobre as fotos/ advertências nos maços de cigarros, cachimbos ou charutos: (ler cada frase)

	Sim	Não	NS	NR
Cobrindo as fotos/ advertências?	1	2	88	99

Deixando o maço longe de vista?	1	2	88	99
Usando uma cigarreira ou alguma outra caixa?	1	2	88	99
Não comprando maços com alguma foto/ advertência em particular?	1	2	88	99

. Se o preço dos maços aumentasse, o que a Sra faria? (ler cada frase)

	Sim	Não	NS	NR
Fumaria menos cigarros?	1	2	88	99
Mudaria para uma marca mais barata?	1	2	88	99
Procuraria um local onde vendessem sua marca mais barato?	1	2	88	99
Compraria uma quantidade menor de cigarros por vez?	1	2	88	99
Compraria cigarros em grande quantidade?	1	2	88	99
Tentaria parar de fumar?	1	2	88	99
Não mudaria meus hábitos de fumar	1	2	88	99

A Sra fuma cigarro ou sente vontade de fumar cigarro, cachimbos ou charutos ao acordar de manhã?

Não, não fumo nem sinto vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	1
Sim, às vezes fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	2
Sim, freqüentemente fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	3
Sim, sempre fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	4
NS	88
NR	99

. A Sra gostaria de parar de fumar totalmente?

Sim	1
Não	2
Não Sei	88
Recusa	99

. A Sra pretende parar de fumar?

No próximo mês	1
Nos próximos 6 meses	2
No próximo ano	3
Não	4
NS	88
NR	99

. Agora vou lhe mostrar algumas opiniões de pessoas a respeito de fumar. Por favor, diga o quanto a Sra concorda ou discorda delas.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	NS	NR
a. Fumar não é tão prejudicial a saúde quanto dizem	1	2	3	4	88	99
b. Acho que eu ficaria muito mais saudável se parasse fumar	1	2	3	4	88	99
c. Se os cigarros fossem mais caros eu pensaria em parar de fumar	1	2	3	4	88	99
d. Se houvesse tratamento gratuito disponível para parar de fumar, eu o usaria	1	2	3	4	88	99

A Sra já parou de fumar por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

Nos últimos 12 meses a Sra parou de fumar, por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Qual foi a principal razão para a Sra querer para de fumar? (**DIGA SIM PARA APENAS UMA RESPOSTA**)

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família ou amigos à fumaça do cigarro	8
i. Porque fumar me deixa menos atraente para os(as) meninos(as)	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (ESPECIFICAR.)	11
NS	88
NR	99

. Nos últimos 12 meses a Sra recebeu alguma ajuda para parar de fumar?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

Agora sobre **HÁBITOS ALIMENTARES**

Eu vou perguntar sobre alguns alimentos para a Sra. Qual a frequência que a Sra consumiu cada um destes alimentos de 1 ano atrás até os dias de hoje?

Alimento	(0) Não consome (não come)	(0) menos de 1x/mês	(1) 2 a 3 x/mês	(2) 1 a 2 x/sem ana	(3) 3 a 4 x/sem ana	(4) 5 ou mais x/sema na
Hambúrguer						
Carnes gordurosas						
Frango frito						
Salsicha e lingüiça						
Frios						
Maionese						
Manteiga margarina						
Ovos						
Bacon						
Queijos e requeijão						
Leite integral						
Batata frita						

Salgadinhos de pacote						
Sorvete						
Produtos de pastelaria						
Sucos naturais de frutas						
Frutas						
Verduras						
Batata						
Feijão, lentilha, ervilha						
Legumes						
Cereais integrais						
Pão integral						
Pães convencionais						
Café						

Agora sobre **DEPRESSÃO (BECK)**

. Eu vou lhe dizer algumas situações com quatro afirmações cada, depois de eu ler cada grupo dessas quatro afirmações, me diga qual descreve melhor a maneira como Sra tem se sentido nesta semana, incluindo hoje.	
Não me sinto triste.....0 Eu me sinto triste.....1 Estou sempre triste e não consigo sair disso.....2 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar...3 NS.....88 NR.....9 9 Não tem.....0	Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro 0 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro 1 Acho que nada tenho a esperar. 2 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar 3 NS. 88 NR 99 Não tem 0
Não me sinto um fracasso.....0 Acho que fracassei que uma pessoa comum.....1 Quando olho para trás, na minha vida, que posso ver é um monte de fracassos.....2 Acho que, sou um completo fracasso.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Tenho tanto prazer em tudo como antes.....0 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.....1 Não encontro um prazer real em mais nada.....2 Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não me sinto especialmente culpada..... 0 Eu me sinto culpada às vezes.....1. Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.....2. Eu me sinto sempre culpada.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não acho que esteja sendo punida castigada).....0 Acho que posso ser punida.....1 Creio que vou ser punida.....2 Acho que estou sendo punida.....3 NS.....88 NR.....99 9 Não tem.....0
Não me sinto decepcionada comigo mesma.....0 Estou decepcionada comigo mesma.....1 Estou enojada de mim.....2 Eu me odeio.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.....0 Sou crítica em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.....1 Eu me culpo sempre por minhas falhas.....2 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não tenho quaisquer idéias de me matar.....0. Tenho idéias de me matar, não as executaria.....1 Gostaria de me matar.....2 Eu me mataria se tivesse oportunidade.....3 NS.....88 NR.....99	Não choro mais que o habitual.....0. Choro mais agora do que costumava.....1 Agora, choro o tempo todo.....2 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.....3 NS.....88

Não tem.....0	NR.....99 Não tem.....0
Não sou mais irritada agora do que já fui.....0 Fico molestada ou irritada mais facilmente do que costumava.....1 Atualmente me sinto irritada o tempo todo.....2 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.....3 Não tem.....0.	Não perdi o interesse nas outras pessoas.....0 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.....1 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.....2 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas...3 Não tem.....0
Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.....0 Adio minhas decisões mais do que costumava.1 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.....2 Não consigo mais tomar decisões.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.0. Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos.....1 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos...2 Considero-me feia.3 NS.....8 8 NR.....99
Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.....0 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.....1 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.....2 Não consigo fazer nenhum trabalho.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Durmo tão bem quanto de hábito.....0 Não durmo tão bem quanto costumava.....1 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir..2 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não fico mais cansada que de hábito.....0 Fico cansada com mais facilidade do que costumava.....1 Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer coisa...2 Estou cansada demais para fazer qualquer coisa...3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Meu apetite não está pior do que de hábito.....0 Meu apetite não é tão quanto costumava ser.....1 Meu apetite está muito pior agora.2 Não tenho mais nenhum apetite.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.....0 Perdi mais de 2,5 Kg.....1 Perdi mais de 5,0 Kg.....2 Perdi mais de 7,5 Kg.....3 Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO () NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.....0 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.....1 Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.....2 Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa...3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.....0 Estou menos interessada por sexo que costumava.....1 Estou menos interessada em sexo atualmente..2 Perdi completamente o interesse por sexo.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	

Temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Indique agora os sintomas que a Sra apresentou **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE**. (Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma). (BECK)

	0	1	2	4	88	99
--	---	---	---	---	----	----

SINTOMAS	AUSENTE	SUAVE não me incomoda muito	MODERADO é desagradável mas consigo suportar	SEVERO quase não consigo suportar	NS	NR
. Dormência ou formigamento						
Sensações de calor						
Tremor nas pernas						
Incapaz de relaxar						
Medo de acontecimentos ruins						
Confuso ou delirante						
Coração batendo forte e rápido						
Insegura						
Apavorada						
Nervosa						
Sensação de sufocamento						
Tremor nas mãos						
Trêmula						
Medo de perder o controle						
Dificuldade de respirar						
Medo de morrer						
Assustada						
Indigestão ou desconforto abdominal						
. Desmaios						
. Rubor facial (Bochecha vermelha)						
. Sudorese (não devido ao calor)						

Agora sobre **AVALIAÇÃO DO SONO**

Vou lhe fazer agora algumas perguntas sobre o seu sono **apenas do último mês**

. Durante o mês passado, a que horas a Sra foi se deitar à noite, na maioria das vezes?

Horas: _____ Minutos: _____

NS.....88

NR.....99

Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) a Sra demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

Horas: _____ Minutos: _____

NS.....88

NR.....99

Durante o mês passado, a que horas a Sra acordou de manhã, na maioria das vezes?

Horas: _____ Minutos: _____

NS.....88

NR.....99

. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite a Sra dormiu? Pode ser diferente do número de horas que a Sra ficou na cama.

Horas: _____ Minutos: _____

NS.....88

NR.....99

Durante o mês passado, quantas vezes a Sra teve problemas para dormir por causa de:

i. Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

Nenhuma vez.....1

Menos de uma vez por semana.....2

Uma ou duas vezes por semana.....3

Três vezes por semana ou mais.....4

NS.....88	
ii. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
iii. Levantar-se para ir ao banheiro	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
iv. Ter dificuldade para respirar	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
v. Tossir ou roncar muito alto	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
vi. Sentir muito frio	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
vii. Sentir muito calor	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
viii. Ter sonhos ruins ou pesadelos	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
ix. Sentir dores	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99

As próximas perguntas são sobre seu uso de diversos tipos de **BEBIDAS ALCOÓLICAS**.

. Com que frequência a Sra geralmente bebe **VINHO**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual do consumo de **VINHO**. (**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:**)

Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos **últimos doze meses**, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8

I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de vinho que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de vinho nos referimos a um copo de vinho de 90 ml.

. Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade de vinho** que a Sra geralmente bebeu em um único dia?
Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1
B.	12 a 16 doses em um único dia	2
C.	8 a 11 doses	3
D.	5, 6 ou 7 doses	4
E.	4 doses	5
F.	3 doses	6
G.	2 doses	7
H.	1 dose	8
	NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	88
	NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	99

(MOSTRAR
CARTÃO)

.....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO

DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra. BEBEU.....

.12 ou mais doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.
....de 8 a 11 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.
....ao menos 5, 6 ou 7 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.
....4 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.
....3 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.
....2 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.
....1 dose de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.D)

Considere esses dois tipos de garrafas: garrafas tradicionais de vinho – branco e tinto - e um garrafão. As garrafas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Diga-me a letra correspondente ao tipo de garrafa que a Sra geralmente bebeu nos últimos 12 meses. (SE NÃO BEBE VINHO DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A QUESTÃO)

Além desse tipo de garrafa a Sra também bebeu vinho nos últimos doze meses do outro tipo de garrafa?

	24.4a	
	1ª Men.	2ª Men.
A	1	1
B	2	2
Nenhum	97	97
NS	88	88
NR	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.D)

Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na garrafa que a Sra selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses. **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS QUE BEBEU.**

A	B	C	D	E	F	Não sei	Recusa
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	98	99
1	2	3	4	5	6	98	99

(MOSTRE CARTÃO 24.E)

Olhe para essa foto de diferentes tipos de taças de vinho e de um copo comum. As taças e o copo aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de taça de vinho que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses: (SE NÃO BEBE VINHO NESTES TIPOS DE TAÇAS, PULE PARA INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO**

24.6). Além desse tipo de taça/copo a Sra também bebeu vinho nos últimos doze meses em outro tipo de taça/copo? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE TAÇA/COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)**

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.
01	1	1	1	1
02	2	2	2	2
03	3	3	3	3
04	4	4	4	4
Nenhum	97	97	97	97
NS	88	88	88	88
NR	99	99	99	99

. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na taça que a Sra selecionou em primeiro lugar, **nos últimos 12 meses.**

(REPETIR PARA TODAS AS TAÇAS/COPOS QUE BEBEU.

A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

. Com que frequência a Sra geralmente bebe **CERVEJA OU CHOPE?** Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO A RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
NS		88
NR		99

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de **cerveja ou chope** que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de cerveja nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja ou considere que uma garrafa corresponde a 2 doses ou garrafa “long neck” que corresponde a 1 dose ou 1 copo de chope que corresponde a 1 dose.

. Durante os últimos doze meses, qual foi a **MAIOR QUANTIDADE DE CERVEJA** ou chope a Sra geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1
B.	12 a 16 doses em um único dia	2
C.	De 8 a 11 doses	3
D.	5, 6 ou 7 doses	4
E.	4 doses	5
F.	3 doses	6
G.	2 doses	7
H.	1 dose	8
	NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	88
	NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	99

(MOSTRE CARTÃO).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO
DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra BEBEU.....

.....**12 doses** ou mais de **cerveja ou chope** em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas e copos de cerveja? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**8 a 11 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**5, 6 ou 7 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**4 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**3 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**2 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**1 dose** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

Olhe para essa foto com copos e um caneco de chope. Eles aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de copo de chope, ou caneco, que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses**:

(SE NÃO BEBE CERVEJA/CHOPE NESTES TIPOS DE COPOS, PULE PARA A QUESTÃO 24.10a)

Além desse tipo de copo a Sra também bebeu cerveja/chope nos últimos doze meses em outro tipo de copo?

(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.
01	1	1	1	1
02	2	2	2	2

03	3	3	3	3
04	4	4	4	4
Nenhum	97	97	97	97
NS	88	88	88	88
NR	99	99	99	99

Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, no copo ou caneco que a Sra selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODOS OS COPOS EM QUE BEBEU.)**

A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

Olhe para essa foto com uma lata e garrafas – tamanho tradicional e “long neck” - de cerveja. Elas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo, se lata e/ou garrafa, que a Sra geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(SE NÃO BEBE CERVEJA DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA)** Além desse tipo de garrafa/lata a Sra também bebeu cerveja nos últimos doze meses de outro tipo de garrafa/lata? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE GARRAFA/LATA)**

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.
A	1	1	1
B	2	2	2
C	3	3	3
Nenhum	97	97	97
NS	88	88	88
NR	99	99	99

Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na lata ou garrafa que a Sra selecionou, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS/LATA QUE BEBEU.)**

A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

(Com que frequência a Sra geralmente bebe **bebidas “ice”** (destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados, como por exemplo Smirnoff Ice ou Johnnie Walker One)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	NS	88
	NR	99

. Entre os destilados que a Sra bebe, qual o que a Sra mais consome? (Cachaça, Uísque, Rum, Vodka ou outra bebida alcoólica)?

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª Men.
Cachaça	1	1	1	1	1

Uísque	2	2	2	2	2
Rum	3	3	3	3	3
Vodca	4	4	4	4	4
Conhaque	5	5	5	5	5
Gin	6	6	6	6	6
Outra 1: _____	7	7	7	7	7
Outra 2: _____	8	8	8	8	8
Outra 3: _____	9	9	9	9	9
Nenhuma outra		97	97	97	97
NS	88	88	88	88	88
NR	99	99	99	99	99

Com que frequência a Sra geralmente bebe **QUALQUER BEBIDA ALCOÓLICA** (incluindo cerveja, vinho, destilados, bebidas “ice” ou qualquer outra bebida)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. (ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)

Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

(Bebedor atual)	A. Três ou mais vezes por dia	1
	B. Duas vezes por dia	2
	C. Uma vez por dia	3
	D. Quase todos os dias	4
	E. Três ou quatro vezes por semana	5
	F. Uma ou duas vezes por semana	6
	G. Duas ou três vezes por mês	7
	H. Aproximadamente uma vez por mês	8
	I. Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
(Ex-bebedor)	J. Menos de uma vez por ano	10
(Abstinentes na vida)	K. Nunca	11
	NS	98
	NR	99

. Quantas doses de bebida alcoólica a Sra pode beber até afetar sua capacidade de dirigir um veículo? Por afetar a capacidade queremos dizer que o seu dirigir deixa de ser seguro.

_____|_____|_____| (N. de Doses)

. Pense na ocasião mais recente em que dirigiu logo após beber 3 ou mais doses. Aonde a Sra havia bebido naquela ocasião? Por favor diga-me o local do cartão que melhor descreve aonde a Sra bebeu.

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/Plc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro – Aonde? _____	94
Nunca dirigiu depois de beber 3 ou mais doses	95
NS	88
NR	99

. Quantas doses a Sra bebeu naquela ocasião?

12 ou mais doses	1
8 a 11 doses	2
5 a 7 doses	3
4 doses	4
3 doses	5
2 doses	6
1 dose	7

(ABSTÊMIO VIDA TODA VEIO DA 24.5 = 11)

Quantas vezes a Sra foi passageiro em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais?

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
NS	88
NR	99

(ABSTÊMIO 24.5 = 11 TERMINE!)

Quantas vezes a Sra já esteve envolvido em algum acidente de trânsito quando dirigia após ter bebido

qualquer quantidade de álcool?

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4

Nunca aconteceu	5
Nunca dirigi/não tenho carta	97
NS	88
NR	99

Quantos anos a Sra tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas? Não considere as vezes em que a Sra experimentou apenas 1 ou 2 goles.

____ idade

____ NS / não lembra (88)

____ NR (99)

Quantos anos a Sra tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas?

____ idade

____ NS / não lembra (88)

____ NR (99)

(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (24.21=10), PERGUNTE USANDO O TEMPO PASSADO)

Nos dias em que a Sra bebe (bebia), cerveja, vinho, bebidas ice, destilados, quantas doses a Sra geralmente bebe (bebia) por dia?

____ n° de doses

____ menos de uma dose por dia (999)

Aproximadamente quanto do seu consumo de álcool ocorre (ocorria) durante as refeições, a Sra diria:

todo ou quase todo,	1
mais de metade,	2
metade,	3
menos de metade, ou	4
nada ou quase nada?	5

(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (24.21=10), PULE PARA 24.39. (MOSTRE CARTÃO 24.M))

Pense na ocasião nos últimos doze meses aonde a Sra mais bebeu. Aonde a Sra estava quando consumiu o maior número de doses? Diga-me o local do cartão.

(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO BEBEU O MESMO EM DIVERSOS LUGARES, PERGUNTE SOBRE O LOCAL MAIS RECENTE.)

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4

Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/Plc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro - especifique _____	94
Bebe a mesma quantidade em qualquer lugar	95
NS	88
NR	99

Quantas doses de álcool a Sra bebeu nessa ocasião? **(SE NECESSÁRIO USE TABELA DE EQUIVALÊNCIA)**

____ nr. doses ____ NS / não lembra (88) ____ NR (99)

(NOTA PARA ENTREVISTADOR: COMO ESSA PERGUNTA É DE “INVESTIGAÇÃO”, LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOSTRAR O CARTÃO).

A Sra diria que foram quantas doses?

17 ou mais doses em um único dia	1
12 a 16 doses em um único dia	2
5, 6 ou 7 doses	3
De 8 a 11 doses	4
4 doses	5
3 doses	6
2 doses	7
1 dose	8
NS	88
NR	99

SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR BEBEDOR ATUAL

Já houve algum período de tempo em que a Sra bebeu vinho, bebidas ice ou destilado, ao menos uma vez por ano?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

Qual é o maior número de doses que a Sra se lembra de ter consumido em uma ocasião?

____ nº doses NS / não lembra (88) (____ NR (99))

Foi quatro ou mais?

MULHER:	SIM: (QUATRO OU MAIS)	93
	NÃO: (TRÊS OU MENOS)	92

Tempo de entrevista: Horas: _____ Minutos: _____

CURRÍCULOS

		Jéssica de Moura Sousa Oliveira possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Taubaté (2004). Tem experiência em Fisioterapia, atuando principalmente nas seguintes áreas: uroginecologia, neurologia e ortopedia. (Texto informado pelo autor)	 Diretoria de grupos de pesquisa
Última atualização do currículo em 05/08/2010 Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1094933933054092		 Certificado pelo autor em 05/05/10	
Dados pessoais			
Nome	Jéssica de Moura Sousa Oliveira		
Nome em citações bibliográficas	OLIVEIRA, J. M. S.		
Sexo	Feminino		
Endereço profissional	Clínica de Medicina Estética Dra. Cêlide Campiata. Rua Américo Brasiliense, 458 Cambuí 13025-230 - Campinas, SP - Brasil Telefone: (19) 32947584		
Formação acadêmica/Titulação			
2006 - 2006	Especialização em Saúde da Mulher no Climatério. (Carga Horária: 360h). Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, USP - FSP, Brasil. Título: Associação da história obstétrica com os sintomas urinários. Orientador: Elaine Cristina Alves Pereira.		
2005 - 2006	Especialização em Uroginecologia. (Carga Horária: 360h). Colégio Brasileiro de Estudos Sistemáticos. Título: Avaliação e correlação da força muscular do assoalho pélvico com sintomas urinários. Orientador: Elaine Cristina Alves Pereira.		
2000 - 2004	Graduação em Fisioterapia. Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil. Título: Descrição do perfil e avaliação dos sinais e sintomas urinários e suas influências na vida das mulheres com incontinência urinária atendidas na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Taubaté. Orientador: Ana Carolina Basso Schmitti.		
Formação complementar			
2009 - 2009	Pilates Clínico. Valéria Figueredo.		
2002 - 2002	Curso de Trigger Point. (Carga horária: 36h). Polyfisio Centro de Estudos.		
Atuação profissional			
Áreas de atuação			
1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional / Subárea: Fisioterapia em Uroginecologia. 3. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional / Subárea: Fisioterapia aplicada a ortopedia. 4. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional / Subárea: Fisioterapia aplicada a neurologia.			
Idiomas			
Português	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.		
Inglês	Lê Razoavelmente.		
Espanhol	Compreende Razoavelmente Lê Razoavelmente.		

José Mendes Aldrichi
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1971). Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1987). Professor Associado, Livre-docente em Saúde da Mulher pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor Titular de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor de Pós-graduação do InCor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 21/08/2010
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/9288664060952694>

Certificado pelo autor em 21/06/10

Rede de Colaboração

Diretório de grupos de pesquisa

SciELO - artigos em texto completo

Dados pessoais

Nome José Mendes Aldrichi

Nome em citações bibliográficas ALDRIGHI, J. M.

Sexo Masculino

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

Formação acadêmica/Titulação

1996 Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Repercussões dos estrogênios e progestogênios sobre as lesões ateroscleróticas da aorta e das artérias coronárias em coelhas ooforectomizadas submetidas a dieta hipercolesterolêmica. Ilacões para a clinica e para a saúde pública., *Ano de obtenção:* 1996.
Palavras-chave: estrogênios; progestogênios; aterosclerose.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1985 - 1987 Doutorado em Medicina (Ginecologia) (Conceito CAPES 5).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
Título: Contraceptivos hormonais orais trifásicos: repercussões sobre o colesterol, triglicerídeos, lipoproteínas e apoproteínas usuárias acima de 35 anos, *Ano de Obtenção:* 1987.
Orientador: Geraldo Rodrigues de Lima.
Palavras-chave: contraceptivo hormonal oral; colesterol; triglicerídeos; lipoproteínas; apoproteínas.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1972 - 1973 Especialização em Ginecologia e Obstetrícia.
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FMSCSP, Brasil.

1966 - 1971 Graduação em Medicina.
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FMSCSP, Brasil.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

1996 - Atual Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Professor Associado, Carga horária: 20

Atividades

10/2003 - Atual Atividades de Participação em Projeto, Faculdade de Saúde Pública, .

2002 - Atual Direção e administração, .

Cargo ou função
Responsável pela disciplina HSM 107 - Saúde Materna e da Mulher.

1998 - Atual Direção e administração, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Cargo ou função
Membro do Conselho do Departamento de Saúde Materno Infantil.

1996 - Atual Direção e administração, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)