



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CLAUDIA DANIELLA AVELINO VASCONCELOS BENÍCIO

**PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**TERESINA
2012**

CLAUDIA DANIELLA AVELINO VASCONCELOS BENÍCIO

**PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Relatório final da Dissertação apresentado
ao Programa de Pós-Graduação Mestrado
em Enfermagem da Universidade Federal do
Piauí para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz

Área de Concentração: A Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

**TERESINA
2012**

CLAUDIA DANIELLA AVELINO VASCONCELOS BENÍCIO

Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde

Relatório final da Dissertação de mestrado submetido à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz
Orientadora / Presidente - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes
1ª Examinadora - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Profa. Dra. Inez Sampaio Nery
2ª Examinadora - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Suplente: Profa. Dra. Elaine Maria Leite Rangel Andrade
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dedico este estudo aos meus amados pais, exemplos de amor, humildade e compreensão. Reconheço e agradeço a dedicação de vocês ao longo da minha vida. Aos meus amores eternos, meus filhos, Davi e Daniel (ainda no ventre), sinônimo de pureza, amor e beleza. Vocês foram e serão o meu maior incentivo para a realização de novas conquistas. Ao meu esposo, Marivaldo, que com paciência, soube entender a minha ausência durante a elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Pai todo poderoso, pela possibilidade da realização deste sonho, me proporcionando sempre momentos de felicidade ao lado de pessoas que amo. Pelo acalento à minha alma durante os momentos de fraqueza, me tornando mais forte e capaz de lutar pelos meus objetivos. Muito obrigada Senhor!

Aos meus pais, por sempre acreditarem que eu concretizaria este sonho. Pela força e estímulo durante o curso.

Ao meu esposo, Marivaldo, pelo companheirismo e críticas construtivas durante a elaboração deste trabalho. Pela ajuda na tradução dos textos internacionais e pela torcida para que eu concluísse esta pesquisa.

Ao meu filho, Davi, que a cada dia me encoraja.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), em nome do Magnífico Reitor Luis Santos Júnior, pela oportunidade de realizar este sonho a partir da implantação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem desta instituição.

Às Professoras Doutoras do Programa de Mestrado do Departamento de Enfermagem da UFPI: Benevina Vilar Teixeira Nunes, Claudete Ferreira Monteiro, Elaine Maria Leite Rangel Andrade, Grazielle Roberta Freitas da Silva, Lídy Tolstenko Nogueira, Inez Sampaio Nery, Maria Eliete Moura, Maria Helena Barros Araújo Luz, Maria do Livramento Fortes Figueiredo, Silvana Santiago da Rocha e Telma Maria Evangelista de Araújo pela determinação e compromisso para com a ciência, possibilitando o desenvolvimento e reconhecimento técnico-científico deste Programa de Mestrado, ao mesmo tempo em que proporcionam aprendizado aos seus discentes.

À Fundação Municipal de Saúde, em nome do Presidente Pedro Leopoldino pela oportunidade de realizar a pesquisa na Coordenadoria Regional Sul de Saúde.

À Coordenadoria Regional Sul, em nome do coordenador Francisco Pádua, pelo acolhimento nesta Regional de Saúde.

À Unidade Integrada de Saúde do Parque Piauí (UISPPI), local de realização da coleta de dados desta pesquisa, em nome da diretora e amiga Sandra Marina, pela receptividade, apoio, incentivo e importante colaboração na coleta de dados. A sua generosidade e determinação são admiráveis. Muito obrigada pela sua atenção, e principalmente pela sua amizade, simpatia e alegria que a todos contagia.

Às minhas novas amigas Mariana Silva dos Santos e Taís na colaboração bastante importante durante a coleta de dados. Pela amizade conquistada e mantida não só durante a realização deste estudo.

A todos os meus familiares, primos pelo apoio e incentivo.

Ao meu eterno “chefe” Prof. Dr. Luis Carlos Feitosa Tajra, pelo incentivo, mesmo sem saber que o fazia. Pela inspiração que proporcionaste na minha vida profissional, motivando em mim o interesse pela área da Urologia. Tenha certeza que contribuíste de forma ímpar para o despertar desta temática na minha caminhada. Pela compreensão e liberação dos dias de trabalho para a realização deste sonho.

Às minhas grandes amigas Luciane Bezerra e Francisca Ferreira, companheiras de trabalho, pela amizade, compreensão, preocupação e apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

À Stênio, estatístico, que colaborou na construção deste trabalho.

Aos funcionários e estagiários do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI por colaborarem para o bom funcionamento deste Programa.

Aos meus ex-alunos que torceram por mim durante a realização deste trabalho.

Às minhas colegas do curso de mestrado, pelo aprendizado durante as discussões em sala de aula, pela troca de experiências proporcionada a cada encontro, especialmente, à Lívia, Taiane, Dinah e Nirvânia pela disposição e presteza nos momentos de dúvida e desespero. Vocês foram e serão sempre muito especiais para mim.

Às mulheres que participaram deste estudo como sujeito. Pela paciência e disposição para responder aos questionamentos das entrevistas. Pelo enriquecimento pessoal proporcionado à minha pessoa durante a escuta das suas falas. Vocês me tornaram ainda mais sensível e capaz de perceber quão significativa é a vivência de cada uma de vocês com a Incontinência Urinária.

A todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste sonho. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À competente e dedicada Profa. Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz, orientadora deste trabalho, que soube conduzir todo o processo de desenvolvimento desta dissertação com sabedoria, paciência e carinho. A minha admiração por sua pessoa vai além deste curso, e hoje, com todo respeito, a considero uma grande amiga.

À admirável Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, inicialmente pela possibilidade de conhecê-la, e mesmo com tantos compromissos, pôde fazer parte da construção deste estudo, contribuindo de forma peculiar com sua experiência para a realização desta pesquisa.

À Profa. Dra. Inez Sampaio Nery pelas importantes sugestões que contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Profa. Dra. Elaine Maria Leite Rangel Andrade pela primorosa leitura e valiosas contribuições a este estudo.

À Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem Profa. Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira, pela competência e compromisso com que conduz o Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI, proporcionando credibilidade a este curso, bem como, entusiasmo e disciplina aos seus discentes.

Em um desses belos dias que a vida nos proporciona, enquanto refletia sobre a construção desta dissertação, li uma mensagem intitulada “A Pedra”, que assim dizia: “O distraído nela tropeçou; o bruto a usou como projétil; o empreendedor, usando-a, construiu. O camponês, cansado da lida, dela fez assento. Para os meninos, foi brinquedo. Drummond a poetizou. Já David matou Golias, e Michelangelo extraiu-lhe a mais bela escultura. E, em todos esses casos, a diferença não esteve na pedra, mas no homem”.

Heitor Romero Marques

RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) é definida pela International Continence Society (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. É um desvio de saúde que atinge grande parte da população, especialmente o sexo feminino, apresentando crescente prevalência em todo o mundo e provocando significativas alterações na vida das pessoas. Esta pesquisa objetivou estimar a prevalência de IU e sua correlação com os fatores de risco em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde de Teresina - PI. Estudo do tipo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com o CAAE 0368.0.045.000-10. Participaram do estudo 306 mulheres com idade mínima de 20 e máxima de 83 anos. Utilizou-se como instrumento de investigação um formulário estruturado composto por três blocos: (1) dados sociodemográficos, (2) dados clínicos e (3) manejo da IU. Realizou-se análise estatística descritiva a partir da distribuição da frequência e percentuais das variáveis, utilizando-se medidas de tendência central e dispersão, o teste χ^2 (Chi-quadrado) com nível de significância $\alpha = 5\%$ para verificar as possíveis associações entre os quesitos estabelecidos nos objetivos específicos da pesquisa. O teste selecionado para observar a diferença entre o grupo que apresentou e o que não apresentou IU foi o de Mann-Whitney. A prevalência de IU foi de 40,8%, sendo que a maioria apresentou Incontinência Urinária de Esforço (IUE) com o percentual de 60,0%, seguida da Urge-Incontinência (UI) com 28,2%; e 12,1%, para Incontinência Urinária Mista (IUM). Dentre os fatores de risco mais fortemente associados à IU, com significância estatística, encontraram-se a idade ($p < 0,001$), as doenças neurológicas ($p = 0,005$), a diabetes ($p = 0,024$), hipertensão ($p = 0,001$), o tabagismo ($p < 0,001$), o uso de cafeína ($p = 0,018$), cirurgias pélvicas ($p = 0,001$), cirurgias abdominais ($p = 0,037$), cirurgias pélvicas e abdominais ($p = 0,007$), o uso de anti-hipertensivos ($p = 0,002$), a obesidade ($p = 0,010$), constipação ($p = 0,013$) e os eventos obstétricos: (número de gestações, número de partos normais e número de abortos), todos com $p < 0,001$. Destaca-se que quanto ao perfil sociodemográfico e clínico predominaram mulheres com ensino médio completo (29,6%), casadas (51,2%), naturais de Teresina (40,0%), de cor parda (64,8%), com 04 a 06 pessoas na família (55,2%), com diversas ocupações e renda mensal e familiar entre um e dois salários mínimos (44,8%) e (55,2%), respectivamente, hipertensas (58,1%), que tinham o hábito de consumir cafeína (63,9%), submetidas a cirurgias pélvicas (69,0%), que usavam anti-hipertensivo (53,3%), e que apresentavam constipação intestinal (67,6%). Considerando o manejo da IU, verificou-se a falta de informação, o desconhecimento e descuido quanto à utilização de medidas preventivas e de tratamento da IU. Conclui-se que o estudo possibilitou conhecer a situação da IU em mulheres assistidas na Atenção Básica, evidenciando resultados semelhantes aos existentes na literatura, contribuindo com informações relevantes e originais sobre a IU, podendo despertar nos profissionais e gestores de saúde pública a necessidade de maior atenção para essa clientela, no sentido de prevenção e melhoria da qualidade de vida.

Descritores: Incontinência Urinária, Prevalência, Mulheres, Fatores de Risco, Enfermagem.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is defined by the International Continence Society (ICS) as the complaint of any involuntary leakage of urine. It is a misuse of health that affects most of the population, especially females, with increasing prevalence worldwide and causing significant changes in people's lives. These search aimed to estimate the prevalence of UI and its correlation with risk factors in women attending a gynecology outpatient clinic of a Basic Health Unit of Teresina - PI. Study is an exploratory-descriptive cross-sectional quantitative approach, approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí with CAAE 0368.0.045.000-10. The study included 306 women aged at least 20 and maximum of 83 years. Was used as a research tool a structured form composed of three blocks: (1) demographic data, (2) clinical and (3) management of UI. Analysis was descriptive statistics from the frequency distribution and percentages of variables, using measures of central tendency and dispersion, the test (Chi-square test) with significance level $\alpha = 5\%$ to determine possible associations between the items specific objectives set out in the research. The selected test to observe the difference between the group with and that did not show UI was the Mann-Whitney test. The prevalence of UI was 40.8%, and most had Urinary Incontinence (SUI) with the percentage of 60.0%, followed by the Urge-Incontinence (UI) with 28.2% and 12.1 % for Mixed Urinary Incontinence (MUI). Among the risk factors most strongly associated with UI, with statistical significance, we found age ($p < 0.001$), neurological diseases ($p = 0.005$), diabetes ($p = 0.024$), hypertension ($p = 0.001$), smoking ($p < 0.001$), caffeine use ($p = 0.018$), pelvic surgery ($p = 0.001$), abdominal surgery ($p = 0.037$), abdominal and pelvic surgeries ($p = 0.007$), use of antihypertensive ($p = 0.002$), obesity ($p = 0.010$), constipation ($p = 0.013$) and obstetric events (number of pregnancies, number of normal deliveries and number of abortions), all $p < 0.001$. It is noteworthy that the sociodemographic and clinical profile predominated women with secondary education (29.6%), married (51.2%), natural Teresina (40.0%), mulatto (64.8%) with 04-06 people in the family (55.2%), with various occupations and family monthly income and between one and two minimum wages (44.8%) and (55.2%), respectively, hypertension (58.1 %) who had the habit of consuming caffeine (63.9%) who underwent pelvic surgery (69.0%), who used anti-hypertensive (53.3%), and who had constipation (67.6% .) Considering the management of UI, there was a lack of information, ignorance and carelessness in the use of preventive measures and treatment of UI. It is concluded that the study has helped understand the situation of UI in women seen in primary care, showing results similar to those existing in the literature, contributing relevant information and documents about the UI, can awaken in professional and public health managers the need for greater attention to these clients in order to prevent and improved quality of life.

Descriptors: Urinary Incontinence, Prevalence, Women, Risk Factors, Nursing.

RESUMÉN

La incontinencia urinaria (IU) se define por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina. Se trata de un uso indebido de salud que afecta a la mayoría de la población, especialmente las mujeres, con el aumento de la prevalencia en todo el mundo y causando cambios significativos en la vida de las personas. Esta de búsqueda tuvo como objetivo estimar la prevalencia de la interfaz de usuario y su correlación con factores de riesgo en mujeres que acuden a una consulta de ginecología de una Unidad Básica de Salud de Teresina - PI. El estudio es un estudio exploratorio-descriptivo de corte transversal enfoque cuantitativo, aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí con el CAAE 0368.0.045.000-10. El estudio incluyó a 306 mujeres de al menos un 20 y un máximo de 83 años. Fue utilizado como una herramienta de investigación de un formulario estructurado compuesto por tres bloques: (1) datos demográficos, clínicos (2) y (3) gestión de la interfaz de usuario. El análisis se realizó estadística descriptiva de la distribución de frecuencias y porcentajes de las variables, utilizando medidas de tendencia central y dispersión, la prueba (test Chi-cuadrado) con un nivel de significación $\alpha = 5\%$ para determinar las posibles asociaciones entre los elementos objetivos específicos establecidos en la investigación. La prueba elegida para observar la diferencia entre el grupo y que no mostró la interfaz de usuario era la prueba de Mann-Whitney. La prevalencia de la interfaz de usuario ha sido del 40,8%, y la mayoría tenía la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con el porcentaje de 60,0%, seguido por la urgencia-incontinencia (IU) con el 28,2% y 12,1 % para la incontinencia urinaria mixta (IUM). Entre los factores de riesgo más fuertemente asociados con la interfaz de usuario, con significación estadística, que se encuentran la edad ($p < 0,001$), enfermedades neurológicas ($p = 0,005$), diabetes ($p = 0,024$), hipertensión ($p = 0,001$), hábito de fumar ($p < 0,001$), el consumo de cafeína ($p = 0,018$), cirugía pélvica ($p = 0,001$), cirugía abdominal ($p = 0,037$), cirugía abdominal y pélvica ($p = 0,007$), el uso de antihipertensivos ($p = 0,002$), la obesidad ($p = 0,010$), estreñimiento ($p = 0,013$) y los eventos obstétricos (número de embarazos, el número de partos normales y el número de abortos), todos $p < 0,001$. Es de destacar que el perfil sociodemográfico y clínico predominaron las mujeres con educación secundaria (29,6%), casados (51,2%), natural de Teresina (40,0%), mulatos (64,8%) con 04-06 personas en la familia (55,2%), con diversas ocupaciones y el ingreso familiar mensual y entre uno y dos salarios mínimos (44,8%) y (55,2%), respectivamente, la hipertensión (58,1 %) que tenía la costumbre de consumir cafeína (63,9%) que se sometieron a cirugía de la pelvis (69,0%), que utiliza contra la hipertensión (53,3%), y que ha sufrido de estreñimiento (67,6% .) Teniendo en cuenta la gestión de la interfaz de usuario, hubo una falta de información, la ignorancia y el descuido en el uso de medidas preventivas y el tratamiento de la IU. Se concluye que el estudio ha ayudado a comprender la situación de IU en las mujeres atendidas en atención primaria, mostrando resultados similares a los existentes en la literatura, la aportación de información y los documentos pertinentes acerca de la interfaz de usuario, puede despertar en los administradores profesionales de la salud pública y la necesidad de una mayor atención a estos clientes con el fin de prevenir y mejor calidad de vida.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, la prevalencia, las mujeres, factores de riesgo de Enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo (n=306). Teresina (PI), 2011.....	41
Tabela 02	Distribuição das mulheres incontinentes segundo o tipo de manifestação da IU (n=125).Teresina (PI), 2011.....	44
Tabela 03	Associação entre a queixa de IU e a faixa etária (em anos) das mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (n=306). Teresina (PI), 2011.....	44
Tabela 04	Associação entre a queixa de IU e fatores de risco estudados (n=306). Teresina (PI), 2011.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Distribuição das mulheres quanto à Prevalência de IU (n=306). Teresina (PI), 2011.....	44
Gráfico 02	Distribuição das mulheres quanto ao tipo de prevenção realizada independente da ocorrência de incontinência urinária (n=306). Teresina (PI), 2011.....	46
Gráfico 03	Distribuição das mulheres quanto ao tipo de tratamento realizado para incontinência urinária (n=125). Teresina (PI), 2011.....	47
Gráfico 04	Distribuição das mulheres incontinentes quanto ao tipo de autocuidado realizado (n=125). Teresina (PI), 2011.....	48
Gráfico 05	Distribuição das mulheres incontinentes quanto ao tempo (em anos) que apresentam IU (n=125). Teresina (PI), 2011.....	49
Gráfico 06	Distribuição das mulheres incontinentes quanto ao tipo de dificuldade enfrentada frente à problemática (n=125). Teresina (PI), 2011.....	49
Gráfico 07	Distribuição das mulheres incontinentes quanto à categoria profissional que realizou orientação sobre o assunto (n=125). Teresina (PI), 2011.....	50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP	Assoalho Pélvico
AIL	Autocateterismo Intermitente Limpo
CAA	Coordenadoria de Assuntos assistenciais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Equipe de Saúde da Família
eSF	Estratégia de Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	<i>International Continence Society</i> (Sociedade Internacional de Continência)
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RX	Raios-X
RM	Ressonância Magnética
TC	Tomografia Computadorizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Urge-incontinência
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UISPPI	Unidade Integrada de Saúde do Parque Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Contextualização do problema.....	17
1.2 Objeto de estudo.....	21
1.3 Questões de investigação.....	21
1.4 Objetivos.....	21
1.4.1 Objetivo geral.....	21
1.4.2 Objetivos específicos.....	21
1.5 Justificativa e relevância do estudo.....	22
2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	25
2.1 A Incontinência Urinária: aspectos conceituais, epidemiológicos clínicos e terapêuticos.....	25
2.1.1 Conceito, etiologia e fatores de risco da incontinência urinária.....	25
2.1.2 Fisiologia da micção e classificação da incontinência urinária.....	27
2.1.3 Avaliação diagnóstica e tratamento da incontinência urinária.....	28
2.2 A Enfermagem frente à problemática da mulher com incontinência urinária.....	31
2.2.1 A atuação da Enfermagem na avaliação da mulher com incontinência urinária.....	31
2.3 A estratégia Saúde da Família (eSF) como modelo de reorientação da assistência à saúde e inserção da enfermagem.....	33
3 METODOLOGIA.....	35
3.1 Tipo do estudo.....	35
3.2 Local de realização da pesquisa.....	35
3.3 População e amostra do estudo.....	37
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	38
3.5 Procedimento para a coleta de dados.....	39
3.6 Organização e análise dos dados.....	39
3.7 Aspectos éticos.....	40
4 RESULTADOS.....	41
4.1 Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo.....	41
4.2 Prevalência de incontinência urinária, tipos e fatores de risco estudados.....	44
4.3 Medidas de prevenção, tratamento e autocuidado com a incontinência urinária.....	46

4.4 Tempo de convivência, dificuldades e orientações recebidas pelas mulheres incontinentes.....	48
5 DISCUSSÃO.....	51
5.1 Características sociodemográficas das mulheres incontinentes.....	51
5.2 Prevalência e tipos de incontinência urinária.....	53
5.3 Relação entre a ocorrência da incontinência urinária e os fatores de risco associados.....	54
5.4 Medidas de prevenção, tratamento e autocuidado referidos pelas participantes do estudo.....	59
5.5 Tempo de convivência, dificuldades e orientações recebidas pelas mulheres incontinentes.....	64
6 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	83
ANEXOS.....	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

A Incontinência urinária (IU) é um desvio de saúde que atinge grande parte da população, especialmente o sexo feminino e com o avançar da idade. Apresenta crescente prevalência em todo o mundo, despertando preocupação e interesse de pesquisadores, mediante as significativas alterações que provoca na vida das pessoas comprometendo o seu cotidiano nos aspectos: físico, psicossocial, econômico, funcional e cultural.

A IU é definida pela International Continence Society (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS *et al.*, 2010). Esta definição é reforçada e considerada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), como um sinal ou sintoma relacionado ao aparelho urinário, apresentada com o número R 32 (OMS, 1993), podendo provocar problemas fisiopatológicos e financeiros, além de comprometer a auto-estima das pessoas, assim como suas atividades sociais, habilidades e autonomia (AZEVEDO; DECLAIR; SILVA, 2005; HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Desse modo, tem-se motivado o desenvolvimento de estudos sobre o tema por diversas categorias de profissionais da área da saúde como: médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, dentre outros, sendo no contexto da enfermagem, alvo de estudos da especialidade Estomaterapia que abrange o cuidado de pessoas com estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências urinária e fecal (SANTOS; CESARETTI, 2005).

Segundo Lopes e Higa (2006) e Santos e Cesaretti (2005) nos Estados Unidos da América, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram algum episódio de IU, e dentre estes, 11 milhões são mulheres, cerca de 85%. No Brasil, de acordo com Tamanini *et al.* (2009) e Guarisi *et al.* (2001) os estudos epidemiológicos sobre IU ainda são escassos, destacando-se pesquisas publicadas por profissionais médicos, que utilizam métodos para esclarecimento de diagnósticos, procedimentos terapêuticos e cirúrgicos, sendo menos frequentes os que abordam a prevalência e incidência.

Segundo Buckley e Lapitan (2010), a prevalência de IU em todo o mundo varia entre 25 e 45%. Já outros estudos evidenciaram a prevalência média de IU

variando entre 27,6% em mulheres e 10,5% em homens, e se faz presente em aproximadamente 20% a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, aumentando para 25% a 30% dos 40-49 anos, se mantendo assim até os 75-89 anos, quando ocorre um novo aumento para 30% a 35%, e após os 90 anos a prevalência chega a 35%, podendo atingir até 50 % das mulheres em alguma fase de suas vidas (MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003; FONSECA *et al.*, 2006).

Assim, percebe-se, que a problemática da IU é mais frequente em mulheres e, dentre estas, podem ser observados como fatores de risco associados à sua ocorrência, a multiparidade, cirurgias pélvicas e outros como a obesidade, o uso do cigarro, da cafeína, enfermidades como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Melitus (DM), dentre outros de menor acontecimento (DANFORTH *et al.*, 2006; GUARISI *et al.*, 2001).

No entanto, mesmo diante de dados significativos sobre prevalência o conhecimento de fatores que podem predispor a manifestação deste sinal ou sintoma e da repercussão, muitas vezes negativa, provocada na vida das pessoas, a IU tem sido negligenciada e subestimada, tanto pela omissão das pessoas acometidas por esse agravo à sua saúde mediante o constrangimento, o desconhecimento, a falta de informação e possibilidades de busca de recursos terapêuticos, assim como, pelos profissionais de saúde que, muitas vezes, sobrecarregados pela demanda dos serviços, mostram-se pouco sensíveis à escuta e dispensam atenção limitada às manifestações desse problema que ofuscam a IU para clientes, profissionais e serviços de saúde (HIGA; LOPES; TURATO, 2008).

A pessoa com IU geralmente apresenta constrangimento, e as mulheres jovens e de meia-idade muitas vezes podem utilizar mecanismos de defesa, como a negação ou resistência, para adesão a comportamentos de continência (NICOLSON *et al.*, 2008). A este fato soma-se o receio do odor de urina exalado, relatando vergonha quando essa perda acontece em ocasiões sociais entre amigos e familiares, muitas vezes provocando o isolamento social (LOPES; HIGA, 2006).

De outro modo a IU também contribui para outros danos e complicações no paciente como o surgimento de dermatites e inclusive a formação de úlceras por pressão, que é considerado um problema de saúde frequente em pacientes idosos, acamados ou com restrição da mobilidade, tanto nas instituições hospitalares como no domicílio, pois a exposição à umidade favorece a maceração da pele e consequente fragilidade e rompimento da integridade da mesma (BEZERRA, 2010).

Além do acometimento social e físico, as mulheres incontinentes podem apresentar problemas de ordem afetiva, sexual e psicológica como: desagregação conjugal por distanciamento do parceiro, alteração da imagem corporal, baixa auto-estima pela perda da autonomia no controle eficaz da eliminação urinária necessitando da utilização de dispositivos absorventes e coletores que geram desmotivação, insegurança, depressão; bem como sobrecarga emocional e física dos cuidadores (LOPES; HIGA, 2008; LOPES; REIS, 2008).

Desse modo, pode-se considerar que o custo financeiro se torna elevado no tratamento dessas pacientes, pois é necessária a aquisição de produtos e equipamentos que são imprescindíveis para veicular/destinar a urina eliminada, como forros absorventes, fraldas e cateteres. Para o uso desses produtos, é preciso ajuda, orientação e capacitação, pois a utilização inadequada dos mesmos pode levar a problemas mais graves como dermatites e infecção do trato urinário, principalmente em pacientes paraplégicos e idosos com mobilidade prejudicada (LANGEMO *et al.*, 2011; GODFREY, 2008).

Acredita-se que a postura dos profissionais de saúde pode inibir ou mesmo impedir que o paciente expresse espontaneamente suas queixas durante a consulta, momento em que é necessária a iniciativa do profissional para realizar uma investigação detalhada, explorar as manifestações e encorajar o paciente a considerar a possibilidade de obter tratamento e resolutividade para o problema da IU que muitas vezes, é interpretado como um sinal natural da idade ou acreditar que esse problema não tem cura ou tratamento.

Torna-se importante ressaltar que no Brasil, com a implantação do SUS e o aumento da cobertura da assistência à saúde, mediante a estratégia Saúde da Família (eSF), assim como o acelerado e crescente envelhecimento da população, há uma tendência ao aumento do número dos casos de mulheres com incontinência urinária (IU), pois esta condição é mais comum em pessoas a partir da quarta década de vida e tende a progredir com o avançar da idade (HIGA; LOPES, 2005).

Assim, torna-se preocupante a situação vigente, em que uma parcela de profissionais negligencia a IU e muitas vezes desconsidera o fato de que possivelmente mulheres adultas jovens sejam também portadoras desta condição, se omitam a investigar e a oferecer oportunidade para se expressarem e receberem orientações e encaminhamentos necessários à condução de tratamentos e cuidados adequados.

Com a operacionalização da eSF no Brasil, o modelo da assistência à saúde tem sofrido mudanças no seu enfoque, que de curativo e hospitalocêntrico passa a valorizar a promoção da saúde e prevenção de doenças a nível ambulatorial e domiciliar, tendo a família como a principal referência de atuação, buscando articulação com os demais níveis de atenção secundária e terciária na perspectiva de se obter resolutividade e melhoria da qualidade de vida da população.

Tendo em vista a predominância do sexo feminino na população em geral, especialmente, entre os idosos, assim como a própria identificação da enfermagem, que se constitui um contingente profissional predominantemente feminino, observa-se que os enfermeiros da eSF têm oportunidade de desenvolver um amplo e eficiente trabalho junto à essa população, que se encontra inserida nos diversos programas do Ministério da Saúde.

Dentre estes programas, destacam-se os de assistência integral à saúde da mulher, especialmente no ciclo gravídico-puerperal, prevenção do câncer de mama e do colo de útero, incluindo o climatério, promoção da saúde da pessoa idosa, acompanhamento do envelhecimento, controle das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e diabetes, dentre outros. Entretanto, ainda não se evidencia a inserção desse profissional na identificação da problemática da IU, nem na produção do conhecimento para preenchimento dessa lacuna, assim como, ainda não há visibilidade na atenção dispensada, mediante cuidados direcionados à essa clientela.

Diante do exposto, observa-se o ocultamento da IU, pela possibilidade de desinformação da clientela incontinente sobre a doença que portam, muitas vezes, pelo constrangimento vivenciado por essa condição, por achar que a perda de urina é algo “normal” e consequente do envelhecimento, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, não comentarem sobre a problemática no momento do contato com o profissional de saúde durante a consulta ou na visita domiciliar. Dessa forma, supõe-se haver uma subnotificação de dados epidemiológicos sobre as pessoas incontinentes e julga-se importante buscar dados sobre essa condição visando suprir essa lacuna.

Embasado nesses fatos pode-se perceber a importância de se ampliar o conhecimento nessa área, a fim de orientar políticas de saúde para a prevenção e controle da IU e subsidiar novas reflexões dos profissionais de saúde no sentido de proporem ou definirem estratégias assistenciais, direcionadas às pessoas com IU,

favorecendo um planejamento do cuidar e ampliação de resultados positivos à saúde dessas pessoas.

1.2 Objeto de Estudo

Considerando essa problemática definiu-se como objeto desse estudo a ocorrência e fatores de risco associados à incontinência urinária em mulheres atendidas em um ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Teresina-PI.

1.3 Questões de Investigação

Para delimitar a pesquisa foram elaborados os seguintes questionamentos:

Qual a prevalência de IU em mulheres que buscam espontaneamente consulta ginecológica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Teresina?

Qual o perfil sociodemográfico e clínico dessas mulheres?

Que fatores de risco se relacionam à ocorrência da IU?

Que cuidados, relacionados à prevenção e tratamento da IU, são realizados por essas mulheres?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de incontinência urinária e identificar os fatores de risco em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina - PI.

1.4.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo;

Classificar os tipos de incontinência urinária conforme a manifestação apresentada pelas mulheres incontinentes;

Identificar os fatores de risco associados à ocorrência da IU;

Correlacionar a ocorrência de IU ao perfil sociodemográfico das mulheres e aos fatores de risco estudados;

Discutir cuidados realizados pelas mulheres na prevenção e tratamento da IU e dificuldades encontradas.

1.5 Justificativa e relevância do estudo

O interesse em focalizar a temática da IU nesta pesquisa decorre da inserção nesta área de atuação logo após a graduação, mediante a oportunidade de realizar um estágio na área de Urologia e Transplante renal em Lyon (França) no Hospital de ensino (Hôpital Edouard Herriot) durante, aproximadamente, sete meses. No decorrer desse período, ao participar de um Congresso realizado em Paris no ano de 1998, verificou-se a apresentação de estudos e palestras sobre a aplicabilidade e possibilidade da realização de Autocateterismo Intermitente Limpo (AIL) em pacientes que apresentavam bexiga neurogênica, onde era descrita a técnica e a assistência de Enfermagem durante a realização do procedimento em pacientes paraplégicos, os quais portadores de disfunção vesical, ora apresentavam retenção, ora incontinência urinária.

Esta perspectiva despertou a possibilidade da conquista da autonomia e humanidade destes pacientes com a participação de enfermeiros. A preocupação com a problemática e com a vivência dessas pessoas que utilizavam o AIL como alternativa para o cuidado da IU fez despertar grande interesse pela temática, que até então era inovadora para a atual pesquisadora, momento em que se começou a questionar como um paciente poderia realizar um cateterismo nele próprio utilizando uma técnica limpa, se durante a graduação aprende-se que o cateterismo vesical é um procedimento estéril, realizado com técnica asséptica. Passou-se a investigar sobre o assunto, e desde então a Urologia tem sido a área de atuação profissional e mais especificamente, a Incontinência Urinária, o alvo dos estudos desta autora.

A essa motivação, soma-se o fato de ter trabalhado como enfermeira em uma clínica de urologia e ginecologia, atuando junto à população portadora de IU durante sete anos, onde era notável a crescente procura de mulheres por tratamento da IU. Além de, no ano de 2007, ter realizado especialização em Enfermagem em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Ceará cuja monografia apresentada à banca examinadora por ocasião da conclusão do curso, teve como título:

Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoas com incontinência urinária. Estudo em que se pôde evidenciar como resultado que as pessoas que têm IU não se expressam sobre a condição com a qual convivem por acreditar que é um problema consequente da idade e que não tem cura ou tratamento; e que as atitudes e práticas desenvolvidas por estas pessoas não são coerentes com o conhecimento disponível sobre a patologia (BENÍCIO, 2008).

Assim, mediante a experiência de atuação na prática cotidiana em que se observa a grande incidência e prevalência de IU, principalmente em mulheres, aliada à necessidade de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre essa temática na expectativa de buscar melhoria da qualidade assistencial justificam o desenvolvimento desta pesquisa, pois ainda se observa um certo desconhecimento sobre a realidade, no que diz respeito a dados estatísticos na cidade de Teresina, bem como uma necessidade de aprimoramento sobre o autocuidado e assistência de enfermagem tanto por parte das mulheres que portam essa condição, como dos profissionais de saúde que lidam com essas pacientes.

A relevância desse trabalho relaciona-se à ampliação de conhecimentos sobre um problema frequente, que é a IU, uma vez que os estudos acerca dessa temática são ainda incipientes ou pouco efetivos, sem muito impacto na prática profissional. O trabalho pode contribuir para a melhoria da atuação do enfermeiro como educador em saúde, pois os profissionais poderão educar pacientes e cuidadores, bem como aperfeiçoar as técnicas de autocuidado adotadas pelas mulheres incontinentes.

Para o enfermeiro é fundamental o aprimoramento do conhecimento na área a ser estudada, para que se possa planejar, conduzir e intervir da melhor maneira possível, com o intuito de promover a continência, facilitar o manuseio do autocuidado, e melhorar o conforto e bem-estar social do convívio das clientes com essa alteração.

A partir do enfoque apresentado, este estudo também poderá motivar e subsidiar novas pesquisas, contribuindo para que os profissionais de saúde possam refletir e agir com embasamento teórico-científico, qualificando a assistência prestada a essas mulheres; propor medidas de prevenção para diminuir os riscos de incontinência, melhorando a qualidade de vida da clientela afetada; possibilitar a educação permanente e o desenvolvimento de protocolos, com a finalidade de evitar ou diminuir esse agravo. O estudo também poderá contribuir para a melhoria do

ensino de graduação e pós-graduação da área de saúde, podendo possibilitar novas reflexões e estratégias assistenciais a pessoas com problemas de IU dentro da política de saúde atual.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 A Incontinência Urinária (IU): aspectos conceituais, clínicos e terapêuticos

2.1.1 Conceito, etiologia, fatores de risco da incontinência urinária

Acredita-se que os primeiros relatos sobre os distúrbios miccionais são da autoria de Guiteras em 1912. A partir de então a preocupação com as disfunções vesicais tem sido alvo dos estudiosos da saúde, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e outros. Porém, só em 1979 a *International Continence Society (ICS)* definiu incontinência urinária como sendo uma condição na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social ou de higiene, e pode ser objetivamente demonstrado. Esta definição vigorou até o ano de 2002, quando passou a ser reconsiderada pela ICS como a queixa de qualquer perda involuntária de urina relatada pelo paciente (CHIAPARA; CACHO; ALVES, 2007; GROSSE; SENGLER, 2002).

Pautada na definição da ICS, a Enfermagem apresenta a IU classificando-a em oito tipos de diagnósticos precisos e um diagnóstico de risco, citados na *North American Diagnosis Association* (NANDA, 2010) tais como: Disposição para eliminação urinária melhorada; Eliminação urinária prejudicada; Incontinência urinária de esforço; Incontinência urinária de urgência; Risco de incontinência urinária de urgência (diagnóstico de risco); Incontinência urinária funcional; Incontinência urinária por transbordamento; Incontinência urinária reflexa, e; Retenção urinária.

Esses diagnósticos abordados demonstram que a Enfermagem na esfera mundial tem se preocupado em “expor” a problemática na intenção de educar os enfermeiros, promovendo e facilitando a assistência de enfermagem fundamentando as intervenções em diagnósticos exatos e válidos (NANDA, 2010).

Quanto à etiologia, a IU é caracterizada pela multifatorialidade, pois diversos são os fatores de risco que podem contribuir para o seu desenvolvimento. Estudos recentes de Higa, Lopes e Reis (2008) e Mourão *et al.* (2008) abordam dentre os principais: a raça branca, as doenças crônicas, como a diabetes e doenças neurológicas; a idade; a obesidade; a paridade; os tipos de parto; o uso de anestesia no parto; peso do recém-nascido; menopausa; cirurgias ginecológicas; constipação

intestinal; deficiência estrogênica, condições associadas ao aumento da pressão abdominal; doenças do colágeno; fatores hereditários; uso de drogas; consumo de cafeína; tabagismo e exercícios físicos, sendo a maioria relacionado à condição feminina.

Em se tratando de gênero, percebe-se que de todos os fatores de risco supracitados, as mulheres podem ser consideradas as mais afetadas, levando-se em conta o fato de que os homens não tem relação orgânica com: a paridade; os tipos de parto; uso de anestesia no parto; peso do recém nascido; menopausa; cirurgias ginecológicas e deficiência estrogênica.

Em relação à paridade, Guarisi *et al.* (2001) salientam que este é um dos que mais está associado à incontinência urinária, parece ser comum na gravidez, aparecendo em aproximadamente 1/6 de todas as mulheres, destacando que um percentual de 35% de mulheres climatéricas apresentavam queixa de incontinência urinária, supondo-se ser causada por uma combinação de fatores hormonais e mecânicos. No entanto, os autores não identificaram nesse estudo a relação da IU com o número de gestações, bem como com aquelas que tiveram um ou mais partos em relação àquelas sem gestação ou partos.

Mesmo não estando relacionada diretamente com o envelhecimento fisiológico, a IU é observada com maior frequência entre pessoas idosas e em mulheres, numa proporção de duas mulheres para um homem. Estima-se que 8 a 58% da população feminina adulta geral apresentem sintomas de IU, embora as taxas de prevalência de IU oscilem de acordo com os tipos de estudos realizados (DEDICAÇÃO *et al.*, 2009).

A prevalência de IU atinge até 50% das mulheres em algum período de suas vidas, possibilitando o aparecimento de algumas complicações de ordem psicossocial, comprometendo sua qualidade de vida, pois além da perda involuntária de urina, podem surgir: o isolamento social, perda da função sexual, bem como outros problemas de ordem psicossocial, repercutindo de forma negativa no que diz respeito ao estado geral de saúde das mulheres. Talvez por este motivo a ICS tenha sugerido a inclusão de dados sobre a qualidade de vida na abordagem de pessoas com IU (MOURÃO *et al.*, 2008; LOPES; HIGA, 2006; FONSECA *et al.*, 2005).

Dito isto, pode-se enfatizar que com o crescente aumento da expectativa de vida da população, haverá um aumento do número de idosos e como consequência,

o número de casos de IU pode se elevar, considerando a idade como um dos fatores de risco para o aparecimento da IU.

2.1.2 Fisiologia da micção e Classificação da incontinência urinária

O processo fisiológico da micção é considerado um evento neurológico complexo, não conhecido na sua totalidade, mediado por vias reflexas que estão voluntariamente sob controle, e aprendido desde a infância. No recém-nascido é um fenômeno reflexo sob comando da medula (S2-S4). Com o crescimento, a mielinização e maturação do sistema nervoso possibilitam a consciência da plenitude vesical, e conseqüentemente a habilidade para inibir a micção, tornando-a um ato voluntário (D'ANCONA, 2001).

Como principais estruturas anatômicas envolvidas no processo de armazenamento de urina à baixa pressão, controle do músculo detrusor; continência e condução da urina para o meio exterior, têm-se a bexiga e a uretra, respectivamente. São funções coordenadas pelo sistema nervoso autônomo (SNA), sistema nervoso somático (SNS) e sistema nervoso central (SNC) (D'ANCONA, 2001).

Outra importante estrutura compõe a região responsável pela continência urinária feminina - o corpo perineal. Este é uma estrutura de interconexão para componentes musculares, fasciais e fibrosos, medindo cerca de 2 cm de diâmetro, situado em posição mediana, entre o ânus e a vagina. É também o ponto de conexão dos mecanismos de continência fecal e urinária. A função do corpo perineal é dar suporte da região anorretal à pelve e da vagina à fáscia pélvica, prevenir a expansão do hiato urogenital, funcionar como barreira entre vagina e reto e preservar a continência urinária e fecal. É importante na obstetrícia, pois pode ser lesado durante o parto vaginal e geralmente é mal reparado, devido ao desconhecimento de sua anatomia; é o local onde o cirurgião realiza a episiotomia com risco de lesão ao nervo podendo durante o parto (BARBOSA *et al.*, 2005).

Quanto à classificação de IU, Abrams *et al.* (2010) a subdividem em três tipos mais frequentes: incontinência urinária de esforço ou estresse (perda de urina após esforço físico, tosse ou espirro), urge-incontinência (vontade súbita de urinar, de difícil controle) e mista (sinais e sintomas dos dois tipos relacionados acima). Dentre as citadas, a incontinência urinária induzida por estresse é uma das mais frequentes,

assertiva que se confirma em um estudo de Borges *et al.* (2010) realizado com mulheres após parto vaginal ou cesáreo, no qual concluem que a IUE atinge preferencialmente mulheres com antecedente de algum tipo de parto, parecendo ser o trabalho de parto o responsável pela ocorrência dessa queixa.

2.1.3 Avaliação diagnóstica e tratamento da incontinência urinária

Identificar a presença de IU não é tão complexo, pois para o problema ser determinado torna-se necessário, por si só, a evidência da queixa da perda involuntária de urina (ABRAMS *et al.*, 2001). No entanto, instituir o diagnóstico diferencial das classes de IU (IUE, UI e IUM), às vezes, não é tão simples, pois requer além da tomada da história de saúde do(a) paciente, a realização do exame físico e do estudo urodinâmico. Porém, a prática do exame urodinâmico nem sempre é factível, pela necessidade de equipamento especial e pessoal qualificado para realizá-lo e interpretá-lo. Assim sendo, alguns sistemas específicos têm sido desenvolvidos para orientar os profissionais que atuam nessa área. Tais sistemas podem ser úteis não somente para o ensino, mas também como apoio à decisão na prática clínica diária (LOPES; MARIN; ORTEGA, 2009).

Dentre os referidos sistemas, de acordo com Riss e Koelbl (1998) e Riss *et al.* (1998) alguns são programas informatizados destinados a uma área específica que facilitam a implementação e codificação mais restrita base de informação, possibilitando definir claramente a representação do conhecimento, bem como produzir resultados que solucionam problemas que dificultam a evidência dos diagnósticos.

Para cuidar da mulher incontinente na eSF, inicialmente é necessário confirmar o diagnóstico de IU, que muitas vezes não é tarefa de fácil execução, principalmente pelos seguintes fatores: o fato da mulher incontinente raramente falar sobre o seu problema; não procurar tratamento devido a não orientação médica em dar continuidade ao tratamento; a crença das mulheres acharem normal perder urina; bem como mencionarem a falta de tempo ou não considerar importante o problema em questão (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Somam-se a esses fatores a indisponibilidade de recursos tecnológicos na atenção básica como, por exemplo, o equipamento para avaliação urodinâmica, termo genérico que compreende o estudo funcional da bexiga e/ou da uretra e de

relevada importância para o diagnóstico da incontinência urinária, principalmente quando há indicação cirúrgica. É um exame invasivo que envolve a fluxometria, a cistometria, o estudo fluxo/pressão, a eletromiografia, o perfil pressórico uretral e a pressão de perda (D'ANCONNA, 2001).

Além dos sistemas específicos diagnósticos citados anteriormente e do estudo urodinâmico, outros métodos são considerados para a identificação do diagnóstico da IU como: a história clínica da paciente; exame físico; questionários de qualidade de vida, o *pad test* (teste do absorvente), e a ultra-sonografia (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Uma vez diagnosticada a IU pode-se iniciar o tratamento clínico ou cirúrgico de acordo com o tipo de IU e as implicações no cotidiano da paciente. O tratamento cirúrgico refere-se a uma série de procedimentos como: o “sling” de parede vaginal, a colposuspensão de Burch e a suspensão endoscópica do colo vesical. Entretanto, o tratamento clínico tem sido preferencial baseando-se na terapia farmacológica como: os agentes colinérgicos, relaxantes musculotrópicos, os relaxantes dos canais de potássio, os inibidores das prostaglandinas, os agonistas beta e alfa adrenérgicos, os antagonistas beta-adrenérgicos, o estrógeno e o hormônio anti-diurético (SILVA; SANTOS, 2005).

Em 2002 a ICS elucida que a reabilitação do trato urinário baixo é realizado por meio de todos os tratamentos não-cirúrgicos, não farmacológicos para a função do trato urinário inferior, incluindo o treinamento do assoalho pélvico, biofeedback e mudanças comportamentais. Salientando-se que o tratamento à base de treinamento do assoalho pélvico e a utilização de recursos mecânicos podem ser aplicados de forma isolada ou de forma combinada; (FELDNER JÚNIOR *et al.*, 2006).

Ainda quanto ao tratamento, Fozzatti *et al.* (2008) citam a reeducação postural global com significativa influência, buscando realinhar os eixos ósseos, eliminando pontos de tensão exagerada, contribuindo para a melhora do tônus muscular e colocando o centro de gravidade do corpo no centro da bacia. Com isso almeja-se fortalecer, bem como oferecer subsídios para a tomada de consciência e maior atividade dos músculos do assoalho pélvico, aumentando a capacidade de controle ativo eficaz dos esfíncteres.

Faz-se necessário esclarecer que a palavra cuidar é empregada aqui no sentido de prestação de cuidados, de atenção na forma holística à mulher

incontinente. Uma vez que além da IU provocar sentimentos de baixa auto-estima na mulher, interfere nas suas atividades domésticas, na sua vida sexual, restringindo o contato social, além de desencadear problemas de ordem econômica devido aos custos com a compra de absorventes e até mesmo dificultar o trabalho remunerado fora do lar. Salienta-se ainda, nesse contexto, que a equipe de enfermagem é a que é responsável pela prestação de cuidados em diversas situações e realidades, envolvendo todas as fases da vida. Assim traduz-se melhor o significado deste verbo com a seguinte citação:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2008, p.33).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006) compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera municipal, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços das ações de saúde. Dentre os serviços das ações de saúde incluem-se o desenvolvimento do processo de educação permanente para o controle social no SUS, considerando as especificações locais; bem como a promoção, com instituições e entidades, do processo de comunicação, informação e troca de experiências sobre educação permanente para o controle social no SUS.

É importante ressaltar que as atividades supracitadas são desenvolvidas, principalmente pelos enfermeiros na ESF, e se relacionam diretamente com o tratamento clínico da IU; uma vez que a orientação é atribuição desempenhada de forma peculiar pelo profissional em questão, em relação ao controle do problema, considerando cada situação, devendo ser atribuições incentivadas e valorizadas de forma permanente. Como atividades realizadas pelos enfermeiros, além de atividades educativas e recomendação da terapia comportamental, a avaliação clínica e o treinamento do assoalho pélvico, incluindo a orientação e supervisão de exercícios perineais, o *biofeedback* e a eletroterapia, podem ser desenvolvidas por enfermeiras estomaterapeutas, fisioterapeutas, ginecologistas, urologistas, uroginecologistas.

É importante salientar que o *biofeedback* foi definido pela ICS como uma técnica que faz parte do processo fisiológico da paciente, obtendo tanto a paciente como o profissional, uma resposta por meio de um estímulo visual, auditivo e/ou tátil.

A eletroterapia, por sua vez, é uma modalidade de tratamento conservador que tem como objetivo aumentar a consciência das mulheres, promovendo a percepção do assoalho pélvico, estimulando o aprendizado correto da contração (CHIAPARA; CACHO; ALVES, 2007).

Porém, ainda nesse sentido deve-se salientar que a educação permanente por parte dos enfermeiros, no que diz respeito à IU, não é realizada de forma incisiva ou satisfatória, pois além da falta de busca de tratamento por parte das mulheres afetadas, existe o despreparo da categoria de enfermagem tanto na abordagem, diagnóstico e tratamento da mulher incontinente (LOPES; HIGA, 2006).

2.2 A Enfermagem frente à problemática da pessoa com incontinência urinária

2.2.1 A atuação da enfermagem na assistência à mulher com IU

Na última década, principalmente, vários foram os estudos sobre IU produzidos por Enfermeira(os) em nível internacional e nacional, tais como artigos publicados, dissertações e teses demonstrando a preocupação por parte desta categoria em salientar o problema da IU, ao mesmo tempo em que buscam resultados para melhor trabalhar esta condição no sentido de proporcionar mais conforto e bem-estar à população incontinente.

Ressalta-se que estes estudos têm sido desenvolvidos abordando ambos os sexos com diferentes tipos de amostras, porém se destacam as pesquisas em que as mulheres são mais frequentemente investigadas, talvez pela problemática afetá-las mulheres em maior porcentagem, bem como pelo fato da população feminina sobrepôr em número à população masculina.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 o Brasil passou a ter quase 4 milhões de mulheres a mais do que homens em dez anos, mostrando uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres. No mesmo ano a população do Piauí era de 3.119.015 pessoas, sendo 1.528.796 homens representando um percentual de 49,02% e 1.590.219 mulheres com maior percentual: 50,9%, enquanto na capital, Teresina, a população era de 814.439 pessoas, sendo 433.746 mulheres e 380.693 homens (IBGE, 2011).

Diante destes dados, evidencia-se que existe um discreto desequilíbrio entre a população masculina e feminina no Piauí e em Teresina, onde a população

feminina supera a masculina. Este fato pode explicar a maior incidência de agravos à saúde ocorrerem principalmente em mulheres, como a IU, embora diversos outros fatores possam contribuir para a sua ocorrência, como descrito em momentos anteriores deste estudo.

Observa-se que apesar do crescente contingente populacional feminino, principalmente as idosas, e de todas as políticas de saúde já desenvolvidas e implantadas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde da mulher, ainda é observada uma lacuna no que se refere à assistência especializada a mulheres incontinentes.

Atualmente, existe no Brasil oportunidade de qualificação profissional em nível de especialização na área de Enfermagem que focalizam o estudo e atuação junto a pessoas com Incontinência Urinária, tais como: Enfermagem em Estomaterapia, em Urologia, em Obstetrícia, em Saúde Pública e outras. Desse modo tem possibilitado a formação de núcleos de estudos e apoio para o desenvolvimento de diversas atividades, como práticas educativas, treinamentos específicos da musculatura pélvica, realização de tratamentos conservadores, dentre outros cuidados voltados para esta condição com o propósito de melhorar os serviços e proporcionar qualidade de vida a estas pessoas.

Estes centros especializados estão localizados principalmente, na Região Sudeste (Sorocaba, Campinas e São Paulo), onde a própria enfermeira presta assistência direta aos incontinentes. Nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste merecem destaque os Hospitais da Rede Sarah Kubitscheck localizados em São Luís, Fortaleza, Salvador e Brasília, os quais são referência Nacional para reabilitação de pessoas com distúrbios, principalmente neurológicos, dentre os quais se encontra a IU. No Piauí, Teresina é considerada polo de referência em saúde, pois conta estrutura de serviços e profissionais qualificados, que recebe uma demanda significativa de pacientes procedentes de outras cidades do interior, bem como de outros Estados, inclusive nas áreas de urologia e uroginecologia.

Entretanto, a atuação da Enfermagem na assistência especializada à pessoas incontinentes ainda necessita de mais iniciativa, incremento e compromisso, pois apesar da existência dessas clínicas especializadas, ainda é observada uma limitação assistencial pela falta da implementação da sistematização da assistência, utilizando diagnósticos e intervenções de Enfermagem e avaliação dos resultados junto às pessoas incontinentes, particularmente às mulheres, promovendo a

visibilidade da Enfermagem, buscando o reconhecimento, autonomia e o aprimoramento contínuo na prática avançada da especialidade.

2.3 A estratégia Saúde da Família (eSF) como modelo de reorientação da assistência à saúde e inserção da enfermagem

O sistema de saúde vigente no Brasil tem apresentado crescentes mudanças e significativos avanços nos últimos anos em que muito se tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nas duas últimas décadas houve um grande esforço por parte das autoridades governamentais na tentativa de desenvolvimento de um modelo de atenção que priorize ações de melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

Nesse processo de incrementação às políticas públicas, sob o impulso do espírito da Reforma Sanitária Brasileira (1986), surge no Brasil em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que teve sua construção de forma agitada, polêmica e pontuada de pressões emergentes de crise do sistema de saúde da própria conjuntura nacional, porém com resultados significativos. Os primeiros passos foram iniciados com a nova concepção de saúde, firmada na Constituição Brasileira de 1988, na qual a saúde deixa de significar assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva, para ser o resultado de políticas públicas oficiais (BRASIL, 2006).

A estratégia do setor saúde, representada pelo PSF, não deve ser entendida como uma proposta que trabalha “às margens”, mas sim como uma substituição do modelo vigente plenamente sintonizada com os princípios do SUS e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Assim, um dos objetivos principais de saúde é fazer com que as pessoas possam contar com um amplo acesso aos serviços de saúde, sempre que haja necessidade de atendimento a todas as suas necessidades de saúde, desde uma orientação sobre como prevenir uma doença, até o exame mais complexo, e assistência de acordo com a gravidade da doença que essas pessoas possam apresentar (APM, 2008).

Dessa forma o PSF apresenta potencialidades como estratégia para mudança do modelo assistencial, verificando-se, entretanto a necessidade de flexibilizar as atividades estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar não

somente os profissionais de saúde e Universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada, mas, também, conscientizar os gestores e a população sobre a importância da sua participação no planejamento das ações, uma vez que, é um trabalho de parceria PSF/ Família/Comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Em se tratando da atenção à saúde da mulher, o ano de 2004 foi considerado de grande relevância, pois neste período foi criado pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde. Como preliminares para o desenvolvimento da PAISM foram considerados dados obtidos por intermédio dos estudos e pesquisas promovidos pela área técnica de saúde da mulher para avaliar as linhas de ação desenvolvidas, merecendo destaque para o lançamento desta política: o balanço das ações de saúde da mulher 1998-2002, o estudo da mortalidade de mulheres em idade fértil, a avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento, a avaliação dos centros de parto normal e a avaliação da estratégia de distribuição de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2007).

Posteriormente, a área técnica buscou a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde, incorporando as contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Finalmente submeteu-se a referida política à apreciação da comissão intersetorial da mulher, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007).

No Piauí, a Atenção Básica foi se fortalecendo progressivamente, constituindo-se como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária (BEZERRA, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa de natureza exploratória-descritiva, de corte transversal com abordagem quantitativa. Este tipo de estudo se caracteriza pela observação de uma quantidade selecionada de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCK, 2009).

Os inquéritos de saúde que veicularam esta pesquisa têm como função precípua a quantificação dos problemas de saúde da população, gerando informações que são úteis ao planejamento dos serviços de saúde, visto que o banco de dados resultante pode ser utilizado em momentos posteriores, não só para comparações, mas para vários outros fins relacionados à saúde. Por se tratar de dados primários, é maior o grau de fidedignidade, possibilitando resultados consistentes e de grande relevância para o planejamento, formulação e avaliação de políticas e programas de saúde (GOMES; TANAKA, 2003; PEREIRA, 2006).

A pesquisa quantitativa é apropriada para medir tanto opiniões, atitudes e preferências como comportamentos. Também são chamadas de pesquisas fechadas, pelo formato em que os dados são coletados (POLIT; HUNGLER, 2004). Assim, optou-se pela escolha desta metodologia por considerar que ela favorecerá a melhor resposta às questões da pesquisa e a obtenção dos objetivos.

3.2 Local de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Teresina, capital do Estado do Piauí, na Unidade Integrada de Saúde do Parque Piauí (UISPPI), localizada na zona Sul da cidade, no bairro que recebe o mesmo nome da Unidade de Saúde: Parque Piauí.

O município de Teresina, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2011), contava no ano de 2000 com uma população de aproximadamente 677.470 pessoas, enquanto que no ano de 2011 esta estimativa sofreu uma elevação para 822.364, representando um crescimento populacional aproximado de 145.000 pessoas em onze anos. O município conta com 68 Centros de saúde totalizando duzentas e vinte e nove (229) Equipes da estratégia Saúde da

Família, distribuídas nas unidades urbanas, perfazendo uma cobertura de 95,6% da população teresinense. Estas equipes estão sob coordenação de três regionais de Saúde: Sul, Leste-Sudeste e Centro-Norte (TERESINA, 2010).

Já o populoso bairro Parque Piauí no ano 2000 contava com um contingente populacional de 12.950 habitantes, sendo 5.747 homens e 7.203 mulheres (IBGE, 2011). Naquele ano a população do bairro representava 1,91% da população de Teresina. Embora atualmente não se encontrem estimativas estatísticas referentes à população do referido bairro, se considerarmos a suposição de que a população do Parque Piauí ainda representa 1,91% da população de Teresina, temos nos dias de hoje, aproximadamente, no bairro referenciado uma população de 15.707 habitantes.

Atualmente, o Parque Piauí destaca-se pelo desenvolvimento do seu comércio o qual influencia e atende a vários bairros vizinhos, evidenciando-se também o importante reconhecimento, por parte dos usuários, da assistência à saúde prestada pela Unidade de Saúde eleita para a realização desta pesquisa (TERESINA, 2012).

A Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sul Urbana foi selecionada intencionalmente para o desenvolvimento deste estudo por possuir uma demanda bastante significativa de mulheres cadastradas na eSF que buscam atendimento ambulatorial, com um total de cento e vinte e um mil, novecentos e vinte (121.920) mulheres na zona urbana (TERESINA, 2010).

Desta forma a Unidade de Saúde escolhida para a realização da pesquisa, funciona sob o comando da CRS Sul urbana. Caracteriza-se por ser um hospital de pequeno porte, contando com vinte e cinco (25) leitos para internação e um (01) isolamento. Oferece atendimento de urgência vinte e quatro (24) horas nas especialidades de pediatria e clínica médica, e consultas ambulatoriais nas áreas de ginecologia, pediatria, ortopedia, dermatologia, psiquiatria e clínica médica.

Atualmente, o hospital dispõe do serviço de agendamento *online* para consultas em todas as especialidades e marcação de exames para encaminhamento, como Ressonância Nuclear Magnética (RM) e Tomografia Computadorizada (TC) e outros, sendo realizados na própria unidade os exames de Ultrassonografia (US), Raio X (RX) e Eletrocardiograma (ECG). A referida unidade conta ainda com quatro (04) equipes da eSF, que realizam atendimento nos turnos manhã e tarde, sendo reconhecida como referência para a Regional Sul por prestar

atendimento à população cadastrada na eSF dos bairros vizinhos da mesma regional como: Saci, Lourival Parente e Bela Vista, atendendo em média cerca de trezentos e cinquenta (350) pacientes por dia na urgência e quinhentos (500) pacientes em consultas ambulatoriais e exames.

3.3 População e Amostra do Estudo

A população do estudo foi constituída por mulheres que demandaram espontaneamente consulta ginecológica na UBS selecionada, cuja amostra foi determinada pelos seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade a partir de 20 anos que fossem capazes de responder verbalmente aos questionamentos do formulário para entrevista e que concordassem em participar da pesquisa.

A idade pré-estabelecida teve como propósito a possibilidade de incluir na pesquisa o maior número de mulheres com o desvio de saúde estudado e verificar a ocorrência da incontinência urinária e os fatores de risco associados a partir desta idade. Uma vez que estudos epidemiológicos têm evidenciado que a prevalência de incontinência urinária em mulheres a partir dos 30 anos varia entre 20 a 23% e considerando a idade a partir de 20 anos para a inclusão das mulheres neste estudo, estimou-se para a obtenção da amostra uma prevalência presumida de 15% de incontinência urinária nas mulheres cadastradas na CRS sul urbana da eSF. A margem de erro utilizada foi de 5% e nível de confiança de 95%.

$$n = 1,96^2 \times \frac{0,85 \times 0,15}{(0,05)^2} \quad \text{onde:} \quad n = \frac{3,84 \times 0,13}{0,0025} = 200$$

Assim, de acordo com a fórmula estatística utilizada para o cálculo desta amostra, 1,96 é o escore da curva normal padronizado para o nível de confiança de 95%, 0,15 é a proporção de prevalência e $0,85 = 1 - 0,15$ e 0,05 é a margem de erro. Desta forma, a partir destes resultados teve-se uma amostra inicial estimada em duzentas (200) mulheres, número ultrapassado para 306 participantes mediante a disponibilidade de tempo para ampliar a coleta, dada a possibilidade de constituir um banco de dados consistente e tornar mais significativos os resultados.

A amostragem foi do tipo intencional, selecionada no local do atendimento à medida em que as mulheres que estavam na sala de espera, para consulta, eram informadas sobre a pesquisa e demonstravam interesse em participar.

3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados durante a entrevista foi um formulário semi-estruturado (APÊNDICE B) elaborado pela própria autora, especificamente para esta pesquisa, baseado em instrumentos utilizados em outro estudo conforme Santos (2008), constituído por perguntas predominantemente fechadas e algumas abertas; o qual foi aplicado pela própria pesquisadora e por 01 (uma) discente treinada para este fim, graduanda do curso de enfermagem de uma faculdade particular de Teresina. Está composto por três blocos, em que o primeiro bloco inclui **dados sociodemográficos**: idade, peso, altura, IMC escolaridade; situação conjugal; naturalidade; cor da pele; nº de pessoas na família; profissão/ocupação; renda individual e renda familiar; o segundo está constituída por **dados clínicos**: ocorrência de IU, tempo de convivência com a IU, fatores de risco associados (Diabetes Melitus - DM; Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS; constipação; antecedentes cirúrgicos; nº de gestações; nº de abortos; nº de partos normais; nº de partos cesarianos; obesidade; tabagismo; o uso de cafeína; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Doenças Neurológicas, tipo de manifestação da IU e o terceiro - **manejo da IU**: medidas de prevenção da IU; tipo de tratamento da IU; estratégias utilizadas para a prática do autocuidado e dificuldades enfrentadas pelas mulheres para lidar com a IU.

O instrumento foi submetido a um pré-teste com 10 mulheres para verificar sua compreensão, aplicabilidade e adequação para o alcance dos objetivos. Houve necessidade de realizar algumas alterações para torná-lo mais claro e objetivo, como a substituição do termo *profissão* para *ocupação*, pelo fato de algumas mulheres entrevistadas não trabalharem; a inclusão de fatores de risco como DPOC, doenças neurológicas e tabagismo; e maior detalhamento sobre as manifestações dos tipos de IU para melhor identificar a ocorrência deste problema.

É mister esclarecer ainda que os tipos de IU foram identificados neste estudo a partir da aplicação de três questionamentos específicos, junto às mulheres entrevistadas, que caracterizavam cada tipo de perda urinária que as pacientes

apresentavam [vide APÊNDICE B, item 2.4, letras A), B) e C)]. Vale ressaltar que as respostas obtidas para o item supracitado pelas participantes da pesquisa foram de fácil interpretação pela pesquisadora, o que favoreceu a identificação das classes de IU das mulheres com êxito e segurança.

3.5 Procedimento para a coleta de dados

Os dados dessa pesquisa foram coletados pela própria autora no período de fevereiro a junho de 2011, mediante entrevista, junto à clientela de mulheres com idade a partir de 20 anos que demandaram consulta ginecológica espontânea, na Unidade Integrada de Saúde do Parque Piauí (UISPPI), no turno da manhã, de 8:00 às 12:00 e atenderam aos critérios de inclusão.

O primeiro contato com as mulheres foi realizado na sala de espera dos consultórios para atendimento, onde foram informadas sobre a pesquisa, e as que demonstraram interesse em participar e que se incluíam nos critérios de inclusão, foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo, confirmando sua adesão com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A).

Faz-se imprescindível ressaltar que durante a realização das entrevistas, procurou-se estabelecer um vínculo empático com as mulheres com o propósito de proporcionar uma relação de confiança entre a pesquisadora e as entrevistadas. Tal comportamento é considerado relevante por Borba, Lelis e Brêtas (2008) em estudo sobre a avaliação de mulheres com IU. Acredita-se que este tipo de estratégia, embora mais recomendada para estudos qualitativos, possibilita uma melhor interação entre as partes favorecendo a aceitação das pacientes em participar da pesquisa, bem como responder aos questionamentos propostos pela pesquisadora, também favorece os estudos quantitativos.

3.6 Organização e análise dos dados

Os resultados foram processados no programa *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS 18.0 for windows) e analisados descritivamente medindo-se a taxa de associação entre as variáveis do estudo.

Os dados foram consolidados em um banco de dados utilizando as técnicas de estatísticas descritivas (frequências absoluta e percentual) e medidas de

tendência central (média, moda), de dispersão (desvio padrão) foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

Realizou-se análise estatística descritiva e exploratória a partir dos percentuais das categorias de respostas das variáveis. O uso do teste χ^2 (Qui-quadrado) com nível de significância $\alpha = 5\%$ foi utilizado para verificar as possíveis associações entre os quesitos estabelecidos nos objetivos específicos da pesquisa. E o teste selecionado para observar a diferença entre os grupos que apresentou e o que não apresentou IU foi o de Mann-Whitney. A discussão dos achados foi feita com base na literatura produzida sobre o tema.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos e legais conforme a Resolução 196 /96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo iniciada após aprovação da Coordenação de Assuntos Assistenciais da Fundação Municipal de Saúde (FMS), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0368.0.045.000-10, com data de aprovação em 17/01/2011.

As participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato e a confidencialidade de informações pessoais, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações que pudessem conferir prejuízos às pessoas envolvidas.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em forma de tabelas e gráficos e divididos em quatro seções. Na primeira seção apresenta-se: a Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo; na segunda demonstra-se a Prevalência de IU, tipos e fatores de risco estudados; na terceira traz-se as Medidas de prevenção, tratamento e autocuidado com a Incontinência Urinária, e na quarta e última seção, apresentam-se o Tempo de convivência, dificuldades enfrentadas pelas mulheres incontinentes e as orientações recebidas.

4.1 Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo

Tabela 01: Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo (n=306). Teresina (PI), 2011.

Variáveis	Ocorrência de IU			p valor*
	Com IU n(%)	Sem IU n(%)	Total (n/100%)	
Faixa etária (em anos)	\bar{x} = 41,1; M ^o = 26 SD = 14,3	IC 95% = 39,5-42,7	Min-Máx= 20-83 anos	<0,001
20 a 39	38(30,4)			
40 a 59	67(53,6)	55(30,4)	122(40,0)	
60 a 83	20(16,0)	12(6,6)	32(10,5)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	
Escolaridade				
Não alfabetizado	09(7,2)	09(5,0)	18(5,9)	
Fundamental incompleto	30(24,0)	34(19,0)	64(20,9)	
Fundamental completo	12(9,6)	17(9,4)	29(9,5)	
Médio incompleto	25(20,0)	22(12,1)	47(15,4)	
Médio completo	37(29,6)	69(38,1)	106(34,6)	
Superior incompleto	06(4,8)	19(10,5)	25(8,1)	
Superior completo	06(4,8)	11(6,0)	17(5,6)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	
Situação conjugal				0,103
Casada	64(51,2)	83(45,9)	147(48,0)	
União estável	08(6,4)	18(9,9)	26(8,4)	
Solteira	28(22,4)	59(32,6)	87(28,4)	
Separada	13(10,4)	11(6,0)	24(7,8)	
Viúva	12(9,6)	10(5,5)	22(7,4)	
Naturalidade				0,236
Teresina	50(40,0)	89(49,2)	139(45,4)	
Interior do Piauí	43(34,4)	57(31,5)	100(32,7)	
Outros estados	32(25,6)	35(19,3)	67(21,9)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	

(cont.) Tabela 01: Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo (n=306). Teresina (PI), 2011.

Variáveis	Ocorrência de IU			p valor*
	Com IU n(%)	Sem IU n(%)	Total (n/100%)	
Cor				0,923
Parda	81(64,8)	119(65,7)	200(65,4)	
Branca	24(19,2)	36(19,9)	60(19,6)	
Negra	20(16,0)	26(14,4)	46(15,0)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	
Nº de Pessoas na família				0,895
01 a 03	40(32,0)	61(33,7)	101(33,0)	
04 a 06	69(55,2)	94(51,9)	163(53,3)	
07 a 10	14(11,2)	24(13,3)	38(12,4)	
11 e mais	02(1,6)	02(1,1)	04(1,3)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	
Ocupação				0,178
Autônoma	29(23,2)	29(16,0)	58(19,0)	
Do lar	33(26,4)	45(24,9)	78(25,5)	
Aposentada	07(5,6)	07(3,9)	14(4,6)	
Beneficiária	09(7,2)	23(12,7)	32(10,4)	
Estudante	02(1,6)	10(5,5)	12(3,9)	
Outra	45(36,0)	67(37,0)	112(36,6)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	
Renda mensal individual (SM)				0,888
< 1	41(32,8)	54(29,8)	95(31,0)	
01 a 02	56(44,8)	82(45,3)	138(45,1)	
03 a 05	08(6,4)	09(5,0)	17(5,6)	
06 e mais	02(1,6)	03(1,7)	05(1,6)	
Sem renda	18(14,4)	33(18,2)	51(16,7)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	
Renda familiar (SM)				0,458
< 1	10(8,0)	15(8,3)	25(8,1)	
01 a 02	69(55,2)	101(55,8)	170(55,6)	
03 a 05	35(28,0)	57(31,5)	92(30,1)	
06 e mais	11(8,8)	08(4,4)	19(6,2)	
Total	125(100,0)	181(100,0)	306(100,0)	

* O **p valor** foi obtido pelo teste de Chi-quadrado Pearson; SD - desvio Padrão; Nível de significância fixado em <0,05.

Legenda: IU - Incontinência Urinária; SM - Salário Mínimo.

Outra*: secretária, empregada doméstica, recepcionista, cabeleireira, técnica de enfermagem, auxiliar de limpeza, professora, trabalhadora rural, assistente de administração, manicure, agente penitenciária, garçomete, vendedora, comerciante, operadora de telemarketing, costureira, balconista, caixa de panificadora, funcionária pública, copeira.

Analisando a Tabela 01, observa-se que dentre as faixas etárias categorizadas para o estudo, a que apresentou maior frequência absoluta e percentual foi a entre os 20 e 39 anos, com um total de 49,7% (152). Em relação às

demais variáveis avaliadas, destacaram-se: quanto ao nível de escolaridade, o ensino médio completo, com um total de 34,6% (106); situação conjugal casada 48% (147); natural da capital, Teresina 45,4% (139); de cor parda 65,4% (200); respectivas famílias compostas de 04 a 06 membros 53,3% (163); com ocupação das mais variadas, como secretária, empregada doméstica, recepcionista, cabeleireira, técnica de enfermagem, auxiliar de limpeza, professora, trabalhadora rural, assistente de administração, manicure, agente penitenciária, garçone, vendedora, comerciante, operadora de telemarketing, costureira, balconista, caixa de panificadora, funcionária pública, copeira, incluídas na categoria (outras), perfazendo um total de 36,6% (112); com renda mensal individual e familiar entre 01 e 02 salários mínimos com 45,1% (138) e 55,6% (170), respectivamente.

Verificou-se ainda que realizando a correlação, pelo teste de Chi-quadrado, entre a ocorrência de IU e as variáveis avaliadas no perfil sociodemográfico, observou-se que apenas a faixa etária apresentou *p valor* com significância estatística (<0,001), confirmando desta forma a associação entre esta variável e a IU.

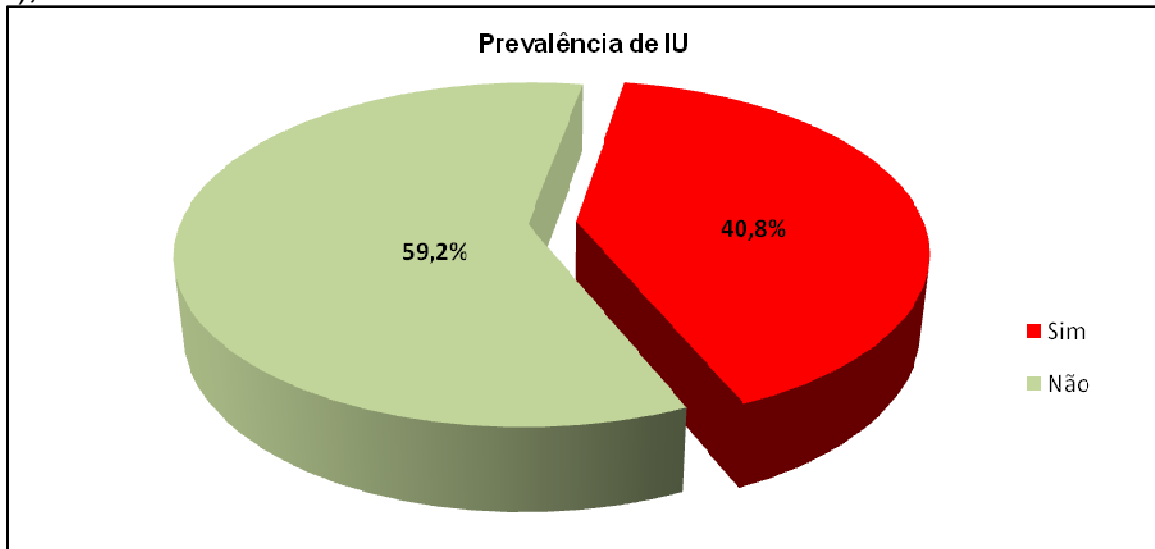
Das 306 mulheres participantes do estudo, 40,8% (125) eram incontinentes, sendo que 30,4% (38), 53,6% (67) e 16,0% (20) estavam distribuídas nas faixas etárias dos 20 a 39 anos, 40 a 59 e 60 a 83, respectivamente. 29,6% (37) tinham o ensino médio completo, 51,2% (64) eram casadas, 40% (50) naturais de Teresina, 64,8% (81) pardas, 55,2% (69) conviviam com 4 a 6 pessoas na família, 36% (45) inseriam-se nas diversas ocupações (Tabela 01), 44,8% (56) e 55,2% (69) possuíam, respectivamente, renda mensal individual e familiar entre 1 e 2 salários mínimos.

Dentre as que não apresentaram IU, (59,1% (181)), 63% (114) encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos, 30,4% (55) dos 40 aos 59 anos e 6,6% (12) dos 60 até 83 anos.

Quanto aos demais aspectos do perfil sociodemográfico, destacam-se 38,1% (69) com o ensino médio completo, 32,6% (59) casadas, 49,2% (89) naturais de Teresina, 65,7% (119) pardas, 51,9% (94) habitavam com 4 a 6 pessoas na família, 37% (67) incluíam-se nas diversas ocupações (Tabela 01), 45,3% (82) e 55,8% (101) possuíam renda mensal individual e familiar entre 1 e 2 salários mínimos, respectivamente.

4.2 Prevalência de IU, tipos e fatores de risco estudados

Gráfico 01: Distribuição das mulheres quanto à Prevalência de IU (n=306). Teresina (PI), 2011.



No Gráfico 01 demonstra-se a Prevalência de IU encontrada nesta pesquisa, com valor de 40,8%. 59,2% das mulheres mantinham a continência preservada.

Tabela 02: Distribuição das mulheres incontinentes segundo o tipo de manifestação da IU. Teresina (PI), 2011.

Tipo de IU	n	%
Mista	15	12,0
Urge-incontinencia	35	28,0
Incontinência Urinária de Esforço	75	60,0
Total	125	100,0

De acordo com a Tabela 02, o tipo de IU que prevaleceu no estudo foi a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) com 60,0% (75), em segundo lugar, a urge-incontinência com 28,2% (35) mulheres e em terceiro a incontinência urinária mista (IUM).

Tabela 03: Associação entre a queixa de IU e a faixa etária (em anos) das mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (n=306). Teresina (PI), 2011.

Faixa etária (em anos)	Queixa de IU			p valor*
	Sim n(%)	Não n(%)	Total n(%)	
20 a 39	38(25,0)	114(75,0)	152(100,0)	<0,001
40 a 59	67(54,9)	55(45,1)	122(100,0)	
60 e mais	20(62,5)	12(37,5)	32(100,0)	

*O p valor foi obtido pelo teste de *Chi-quadrado*. Nível de significância fixado em <0,05.

Considerou-se relevante verificar se havia associação entre a faixa etária e a queixa de IU, pois, analisando-se a **Tabela 03**, observa-se que apesar do número de mulheres com mais de 60 anos participantes da pesquisa ser menor do que nas outras faixas etárias, a prevalência de IU encontrada para a partir desta idade foi mais elevada (62,5%), do que nos outros intervalos de idade demonstrando que a idade, neste estudo, foi um demonstrativo bastante significativo de que a IU é mais frequente em mulheres com idade mais avançada.

Tabela 04: Associação entre a queixa de IU e fatores de risco estudados (n=306) Teresina (PI), 2011.

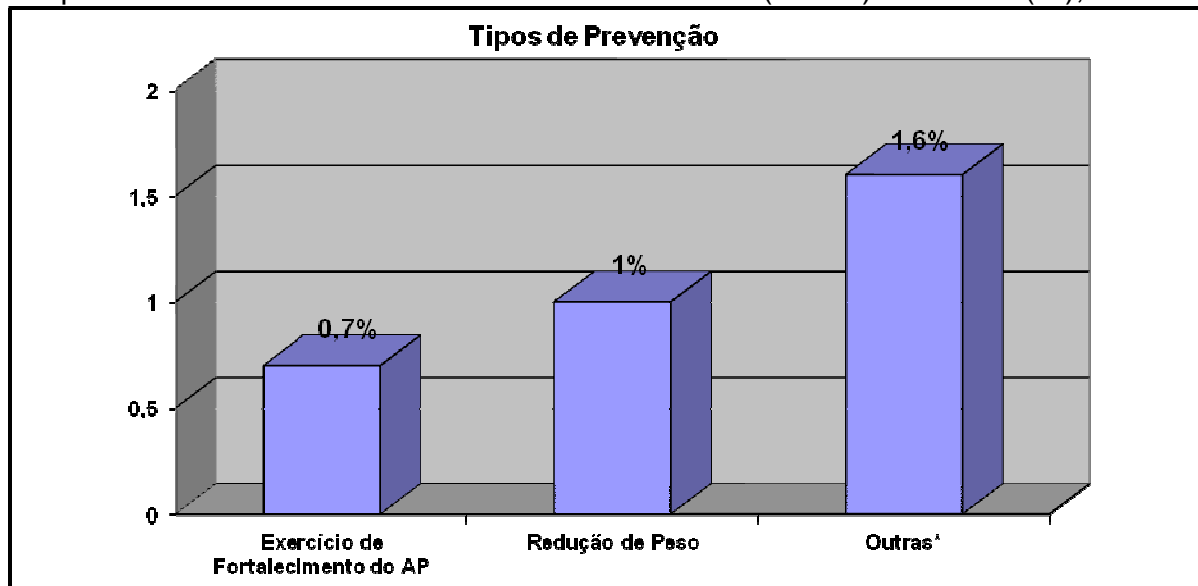
Fatores de risco	Queixa de IU		p valor
	Sim n(%)	Não n(%)	
Enfermidades Associadas			
Doenças Neurológicas	13(17,6)	05(10,2)	0,005*
Diabetes	14(18,9)	08(16,3)	0,024*
Hipertensão	43(58,1)	31(63,3)	0,001*
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	04(5,4)	05(10,2)	0,824*
Total	74(100,0)	49(100,0)	
Hábitos			
Tabagismo	26(36,1)	10(18,5)	<0,001*
Cafeína	46(63,9)	44(81,5)	0,018*
Total	72(100,0)	54(100,0)	
Cirurgias			
Cirurgias pélvicas e abdominais	16(13,8)	08(7,6)	0,007*
Cirurgias abdominais	20(17,2)	15(14,3)	0,037*
Cirurgias pélvicas	80(69,0)	82(78,1)	0,001*
Total	116(100,0)	105(100,0)	
Medicações			
Medicações diversas	22(29,3)	24(38,1)	0,296
Anti-diabético	13(17,3)	09(14,3)	0,071*
Anti-hipertensivo	40(53,3)	30(47,6)	0,002*
Total	75(100)	63(100,0)	
Condições nutricionais e de eliminação			
Obesidade	24(32,4)	22(31,4)	0,010*
Constipação	50(67,6)	48(68,6)	0,013*
Antecedentes obstétricos			
	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	
Nº de Gestações	3,7(2,6)	2,2(2,4)	<0,001**
Nº de Abortos	0,6(1,0)	0,3(0,8)	<0,001**
Nº de partos normais	2,4(2,5)	1,4(2,1)	<0,001**
Nº de partos cesarianos	0,7(0,9)	0,5(0,8)	0,061**

O **p valor** foi obtido pelo teste de *Chi-quadrado Pearson*(*) e pelo teste *Mann-Whitney*(**). Nível de significância fixado em **<0,05**; SD - Desvio Padrão.

Para se analisar a correlação entre os fatores de risco estudados e a queixa de incontinência urinária foram aplicados os testes de *Chi-quadrado* e o de *Mann-Whitney*. Observou-se que houve associação estatística entre a queixa de IU e as **enfermidades associadas** (doenças neurológicas, diabetes e hipertensão); os **hábitos** (tabagismo e consumo de cafeína); as **cirurgias** (cirurgias pélvicas e abdominais, cirurgias abdominais e cirurgias pélvicas); as **medicações** (uso de anti-hipertensivo); as **condições nutricional e de eliminação** (obesidade e constipação) e os **antecedentes obstétricos** (nº de gestações, nº de abortos e nº de partos normais), pois todas as variáveis citadas apresentaram $p \text{ valor} < 0,05$. Desta forma considerou-se que os fatores de risco avaliados, foram importantes preditores para a manifestação da perda involuntária de urina.

4.3 Medidas de prevenção, tratamento e autocuidado com a Incontinência Urinária

Gráfico 02: Distribuição das mulheres quanto ao tipo de prevenção realizada independente da ocorrência de incontinência urinária (n=306). Teresina (PI), 2011.

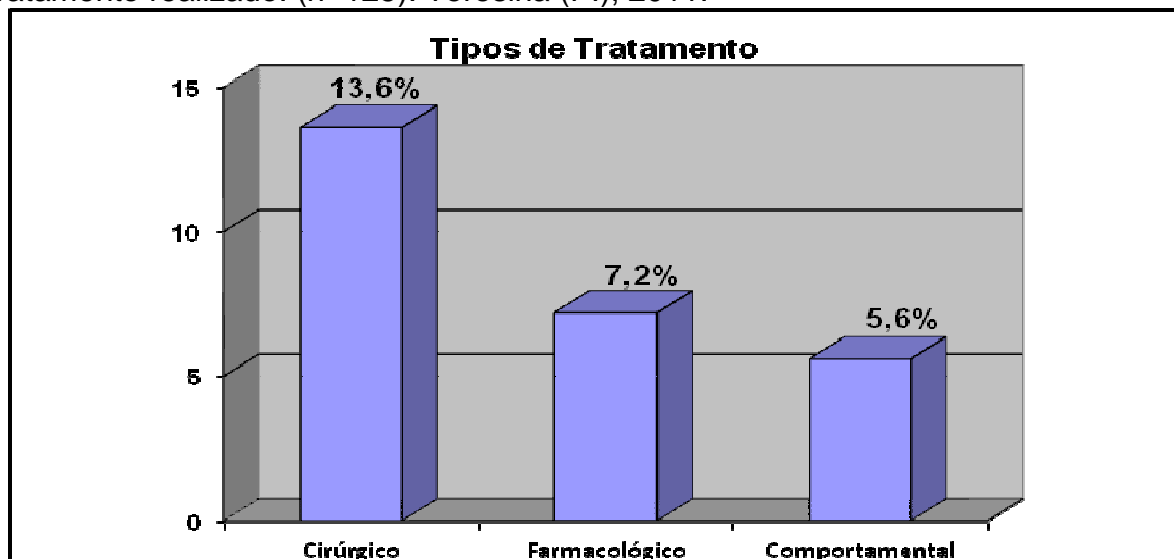


Outras*: evitar pegar peso, evitar líquidos em abundância, realizar atividades físicas, adoção de hábitos saudáveis, evitar alimentos ricos em lipídios, açúcares e sal.

No **Gráfico 02** observa-se que dentre as participantes da pesquisa, apenas 3,3% (10) mulheres realizavam alguma medida de prevenção para a IU sendo que destas, 0,7% (2) independentemente da ocorrência ou não de IU, realizavam como prevenção deste agravo, os exercícios de fortalecimento do Assoalho Pélvico (AP),

pois haviam recebido orientação adequada para este tipo de atividade, por profissional qualificado (médico); 1% (3) das mulheres adotaram a redução do peso como método preventivo e 1,6% (5) utilizavam outras formas de prevenção como: evitar pegar peso, evitar tomar líquidos de forma abundante durante o dia e a noite, a realização de atividade física e adoção de hábitos saudáveis de estilo de vida, como evitar alimentos ricos em lipídios, açúcares e sal.

Gráfico 03: Distribuição das mulheres com incontinência urinária quanto ao tipo de tratamento realizado. (n=125). Teresina (PI), 2011.

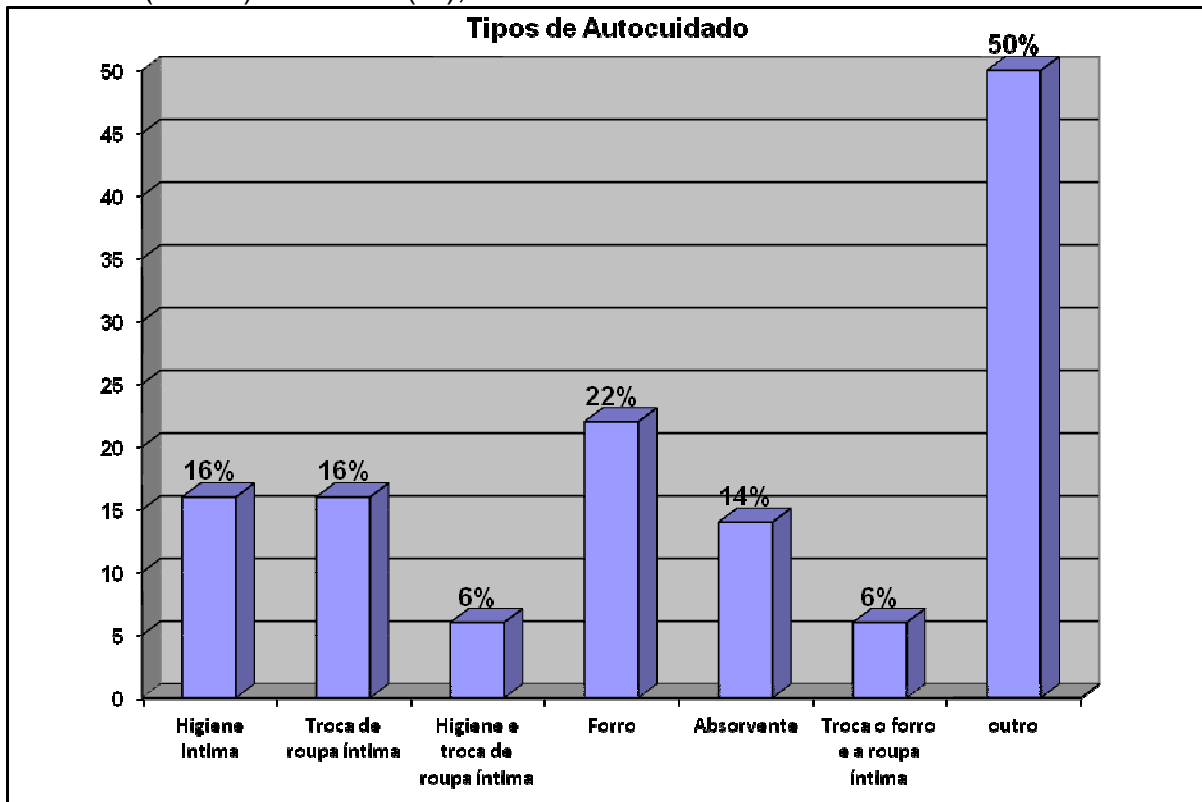


Observa-se que das 125 mulheres incontinentes 13,6% (17) realizaram tratamento cirúrgico para correção de IU (colpoperineoplastia ou cirurgia do períneo), 2% (9) foram submetidas a tratamento farmacológico e 6% (7) adotaram o tratamento comportamental, realizando mudanças nos hábitos diários como a redução dos intervalos das micções, o uso de forros absorventes e aumento da frequência de trocas, melhorando o estilo e qualidade de vida, no que se refere a diminuição do incômodo provocado pela IU.

No **Gráfico 04** as mulheres são distribuídas quanto ao tipo de autocuidado realizado. Pode-se notar que 16,0% das mulheres realizam higiene íntima quando estão úmidas de urina e que a mesma porcentagem (16,0%) apenas troca a roupa íntima, sem realizar a higiene íntima. Somente 6,0% das mulheres realizam a higiene e trocam a roupa íntima quando estão úmidas; 22,0% das mulheres utilizam forro de tecido (algodão) para evitar o contato da umidade com a pele, em contrapartida, uma porcentagem menor (14,0%) usa absorvente higiênico com a

mesma finalidade, evitando situações constrangedoras, como ficar úmida em locais públicos, e 6,0% das mulheres trocam o forro e a roupa íntima quando submetidas aos episódios de perda involuntária de urina.

Gráfico 04: Distribuição das mulheres incontinentes quanto ao tipo de autocuidado realizado (n=125). Teresina (PI), 2011.



***Outro:** evitar sair de casa, não tomar água antes de sair de casa, não usar roupas claras e finas e não realizar nenhum tipo de autocuidado.

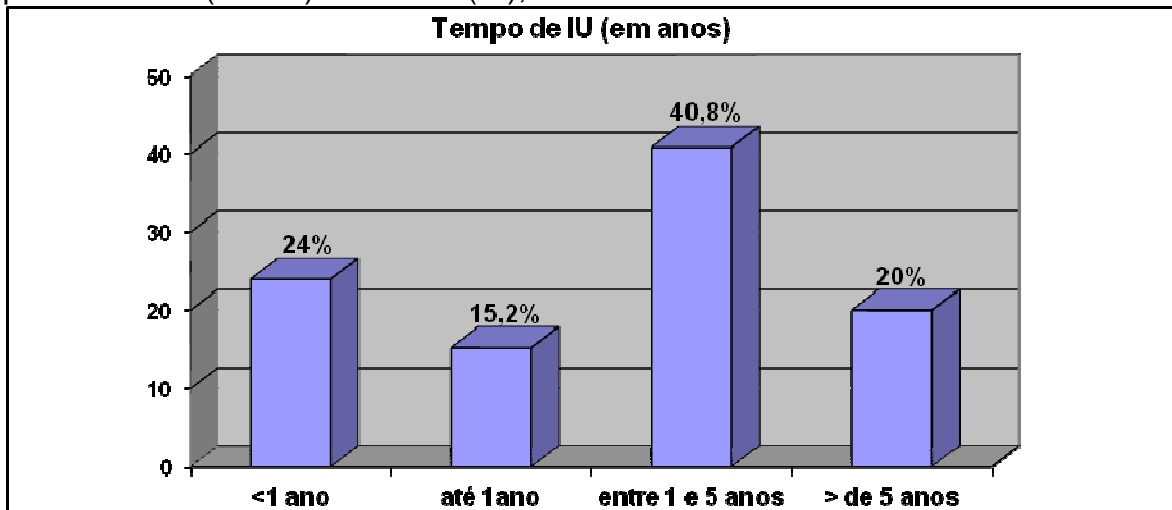
Destaca-se ainda que 50% das mulheres realizam outros tipos de autocuidado ou nenhum. Neste item obtiveram-se respostas incoerentes com a pergunta, embora a pesquisadora tenha tornado o entendimento acessível às mulheres entrevistadas. Foram citados como tipo de autocuidado: evitar sair de casa, não tomar água antes de sair de casa, não usar roupas claras e finas e não realizar nenhum tipo de autocuidado.

4.4 Tempo de convivência, dificuldades e orientações recebidas pelas mulheres incontinentes

Neste gráfico as mulheres foram distribuídas de acordo com o tempo (em anos) que apresentam IU. Observou-se que do universo de 125 mulheres

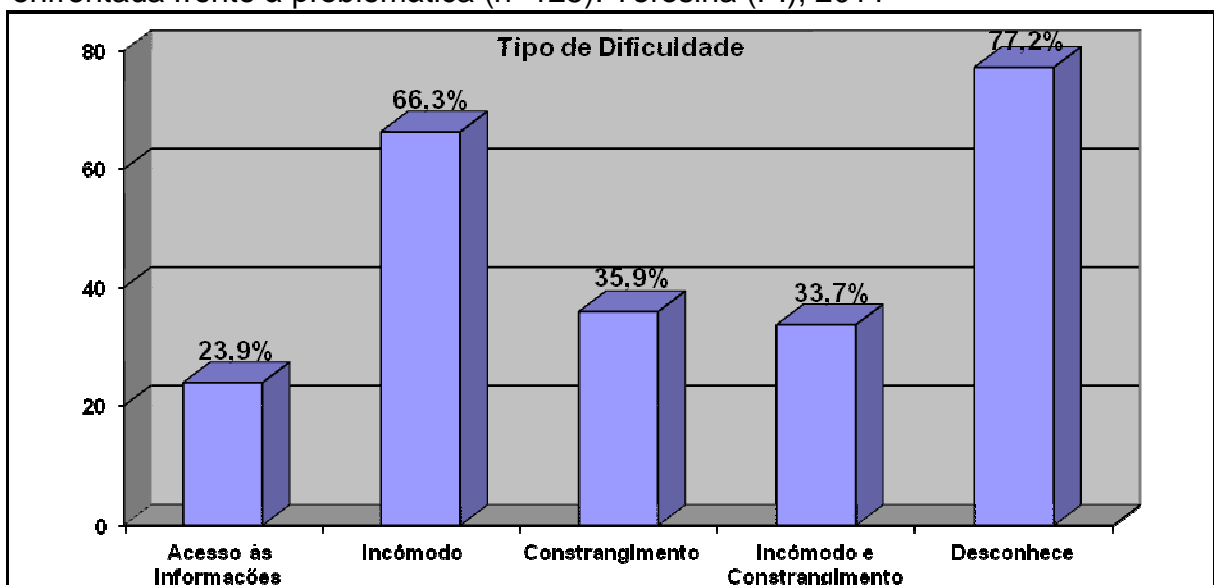
incontinentes, 40,8% convive com o problema entre 1 (um) e 5 (cinco) anos, fato curioso que mais uma vez nos leva ao questionamento do porquê destas mulheres não procurarem tratamento para o problema.

Gráfico 05: Distribuição das mulheres incontinentes quanto ao tempo (em anos) que apresentam IU (n=125). Teresina (PI), 2011.



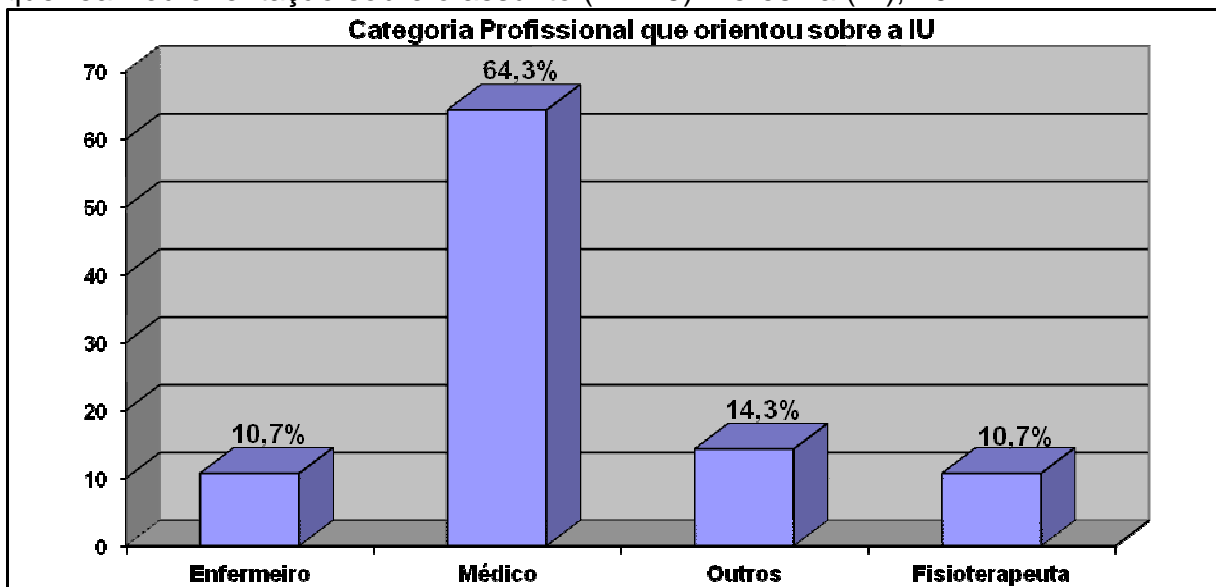
No entanto, surpreende-se com o percentual de 20,0% de mulheres que vivenciam esta condição por mais de 5 (cinco) anos, valor considerado baixo, que faz considerar a hipótese de que somente é procurada assistência para o problema após os quatro anos de manifestação, quando talvez as consequências passam a incomodar de maneira mais significativa.

Gráfico 06: Distribuição das mulheres incontinentes quanto ao tipo de dificuldade enfrentada frente à problemática (n=125). Teresina (PI), 2011



Neste gráfico, observa-se que a *Falta de conhecimento sobre o assunto* e o *Incômodo* foram as dificuldades que mais se destacaram neste contexto, com respectivos percentuais de 77,2% e 66,3%. O constrangimento foi referenciado por 35,9% das mulheres, o incômodo e constrangimento por 33,7% e a dificuldade de acesso às informações foi citada por 23,9% das mulheres incontinentes.

Gráfico 07: Distribuição das mulheres incontinentes quanto à categoria profissional que realizou orientação sobre o assunto (n=125). Teresina (PI), 2011.



De acordo com os resultados apresentados no **Gráfico 07**, a categoria profissional que, segundo as mulheres incontinentes, vem realizando mais orientações sobre a IU, ocasionalmente, durante as consultas são os médicos. Verificou-se neste trabalho que 64,3% das mulheres incontinentes já havia recebido algum tipo de orientação sobre IU por esta categoria. 14,3% receberam informações por outros profissionais como: nutricionistas e educadores físicos e, coincidentemente, um percentual bem menor 10,7% já foi orientada sobre IU por Enfermeiros e Fisioterapeutas.

5 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo são discutidos neste capítulo considerando os objetivos propostos e as seções apresentadas nos resultados, buscando explicar e fundamentá-los à luz da literatura científica nacional e internacional, pesquisada.

Os estudos sobre IU ainda têm se limitado a pesquisas envolvendo grupos específicos como o de mulheres, principalmente nos períodos gestacional e puerperal, idosos em ambulatorios, instituições hospitalares ou clínicas especializadas em urologia, ginecologia e uroginecologia, onde a demanda de pessoas incontinentes é significativa.

Este estudo embora tenha sido desenvolvido em ambiente ambulatorial de ginecologia, buscou incluir a demanda geral e ampliada de mulheres a partir de 20 anos, de uma UBS do município de Teresina, no qual se analisou a prevalência de IU e os fatores de risco associados, além de alcançar os objetivos propostos, trazendo como diferencial o fato de que mediante a interação direta da autora com a clientela participante do estudo, possibilitou a ampliação da experiência e dos resultados obtidos, pela espontânea expressão de dificuldades, expectativas e sugestões de melhoria da assistência a essas pessoas com o problema em questão, podendo ser considerado inédito no Estado do Piauí, pois até então, não se identifica nenhum trabalho local desenvolvido por enfermeira.

5.1 Características sociodemográficas das mulheres incontinentes

Diante dos achados, discute-se sobre o perfil sociodemográfico das mulheres incontinentes (n=125) participantes como sujeito. Neste contexto observou-se que a maioria 53,6% (67) encontrava-se na faixa etária entre 40 e 59 anos, sendo que a moda (M_o) foi igual a 9 na idade de 48 anos. Tinha o ensino médio completo 29,6% (37); 40% (50) era de Teresina; 64,8% (81) tinha cor parda e 44,8% (56) possuíam renda individual entre 1 e 2 salários mínimos.

A faixa etária em que a IU foi predominante entre as mulheres (40 e 59 anos) corrobora com estudos de Figueiredo *et al.* (2008) e Mendonça *et al.* (1997) os quais reforçam essa afirmação em seus resultados com maior incidência de IU entre mulheres na mesma faixa etária.

Vários estudos têm sido realizados com mulheres com idade ≤ 20 até mais de 70 anos e obtidos resultados distintos como os de Nygaard *et al.* (2008); Kocak *et al.* (2005) e Townsend *et al.* (2011). Supõe-se que o intervalo abrangente da faixa etária estudada nestas pesquisas seja explicado pela necessidade de confirmar que a IU é um problema de saúde que pode afetar mulheres em várias idades. Assertiva que se ratifica neste trabalho.

Outro recente estudo de Markland *et al.* (2011) aponta que mulheres a partir dos 45 anos apresentaram algum tipo de IU, e que este sintoma aumenta seu percentual a partir dos 50 anos. Estes achados podem ser explicados por Baracho (2007) e Goldstein *et al.* (2005) que atribuem ao aumento da idade, ou seja, o envelhecimento, possibilitar o desgaste natural das fibras musculares, podendo provocar hipotrofia ou substituição destas, por células do tecido conjuntivo e adiposo. Desta forma ocorre um comprometimento da musculatura do assoalho pélvico que reduz a capacidade de colaborar efetivamente para a ação da continência.

É importante destacar que dentre as variáveis avaliadas no perfil sociodemográfico das mulheres participantes deste estudo, a faixa etária foi a única que apresentou correlação estatística significativa com a ocorrência de IU (p valor $<0,001$ – Tabela 01). Observou-se ainda quanto a esta variável que o valor da prevalência cresceu para 62,5% em mulheres a partir dos 60 anos, embora o número de mulheres incontinentes observadas neste intervalo de idade tenha sido menor (Tabela 03).

Diante disso, o aumento da idade neste estudo foi avaliado como um fator que predispõe a IU, o que se pode observar em outros trabalhos conforme Oliveira *et al.* (2010) que identificaram a idade como um dos fatores de risco independente para a ocorrência de IU e Hunskaar *et al.* (2000) que em sua metanálise demonstraram que a IU aumenta na idade adulta atingindo uma prevalência de 20 a 30%, alcança seu nível máximo na meia idade com prevalência de 30 a 40% e mantém-se em elevação constante na terceira idade, com valores de 30 a 50%.

Quanto à raça, que neste trabalho foi estudada como cor da pele, a predominância de IU foi encontrada em 64,8% (81) mulheres de cor parda. Esta cor de pele (parda) foi considerada juntamente com a cor branca como pertencentes à raça branca, pois devido ao clima tropical quente e úmido que predomina na capital Teresina, o sol está presente durante todo o ano e, mesmo com a utilização de filtros

solares, óculos escuros e uso de guarda-sol, as pessoas são submetidas a mudanças na cor da pele. Assim, a maioria das mulheres que respondeu durante a entrevista que tinham a cor parda, na realidade são brancas, porém sofreram alterações fenotípicas na cor da pele ao longo dos anos devido à exposição, embora mínima, mas “contínua” à luz solar.

Segundo Melville *et al.* (2005), Thom *et al.* (2006) e Townsend *et al.* (2011) a prevalência de IU varia de acordo com os tipos de raça ou grupos étnicos e suas taxas de prevalência são menores em mulheres da raça negra. Townsend *et al.* (2011) ainda acrescentam que existe uma maior probabilidade de resposta favorável ao tratamento e melhora da IU em mulheres da raça negra do que em mulheres asiáticas e brancas. Nesse sentido, Sze *et al.* (2002) e Jackson *et al.* (2004) referem que as mulheres brancas têm maior probabilidade de apresentar IU (41%) quando comparadas às hispânicas e negras. Tal fato é justificado devido às diferenças anatômico-estruturais genéticas da região pélvica, relacionadas ao suporte fornecido pela uretra (BROWN *et al.*, 1999).

A renda mensal individual das mulheres entrevistadas, apresentou maior frequência (44,8%) entre as que recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Dados semelhantes aos que têm sido observados em diversos outros estudos recentes demonstrando que mesmo os usuários do SUS têm melhorado a sua condição econômico-financeira, pelo aumento de oportunidade de obtenção de benefícios sociais e previdenciários, bem como de trabalho, conseguindo evoluir seu nível de renda (IBGE, 2011).

5.2 Prevalência e tipos de IU

Com relação à prevalência de IU encontrada neste estudo, o percentual foi de 40,8% para mulheres com idade a partir de 20 anos (n= 306). Nygaard *et al.* (2008) em seu estudo de investigação quanto aos distúrbios do assoalho pélvico, entrevistaram 1961 mulheres norte-americanas a partir de 20 anos e obtiveram uma prevalência de IU= 15,7%. Outro estudo realizado no oeste da Turquia por Kocak *et al.* (2005) com a participação de 1012 mulheres acima de 18 anos identificaram prevalência de IUE no valor de 33,1%. Em um estudo nacional, Santos e Santos (2010) identificaram uma prevalência de 32,9% em mulheres e 6,2% em homens considerando adultos com idade igual ou superior a 18 anos e n= 519. Já em outro

estudo nacional, Borges *et al.* (2010) encontraram uma prevalência de 23,50% para mulheres com idade a partir de 16 anos (n= 332).

Ainda sobre a prevalência, citam-se dois estudos chineses que obtiveram resultados distintos. No primeiro trabalho, Song *et al.* (2005) encontraram prevalência geral de 19% quando pesquisaram sintomas urinários em 4684 entrevistadas; já em outro estudo, de corte transversal com participação de 5300 sujeitos, Zhu *et al.* (2006) obtiveram prevalência de IU de 38,5%.

Faz-se necessário salientar que os estudos de prevalência apresentam grandes intervalos de valores, que segundo a ICS (2005) justificam-se pelos tipos de amostras pesquisadas, pelas diferentes classificações da IU, tipos de análises e implicações das intervenções. Entretanto, apesar da verdade desta afirmação, considerou-se elevado o valor obtido para a prevalência da IU neste trabalho (40,8%), pois os maiores valores encontrados para prevalência em estudos internacionais foram de 55% e 51,1% de acordo com a idade, conforme Thom (1998) e Markland *et al.* (2011) respectivamente. Estes últimos evidenciaram em seu estudo uma prevalência crescente entre os anos de 2001 e 2008, aumentando de 49,5% para 53,4%. Em estudo nacional o índice máximo para este indicador foi de 32,9% em mulheres (SANTOS; SANTOS, 2010).

Quanto ao tipo, assim como em outros estudos, a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) foi a mais frequente entre as mulheres entrevistadas (60%). Em segundo lugar, a urge-incontinência com 28,2% e por último a incontinência urinária mista com 12,1%. Conforme Bortolotti *et al.* (2000), durante o período da menopausa, a IUE representa a principal queixa de IU entre as mulheres, seguida pela urge-incontinência. Em nosso meio, Guarisi *et al.* (1998), durante um importante estudo com mulheres entre 35 e 81 anos de idade identificou percentuais respectivamente para IUE, UI e IUM de 30,7%,14,2% e10%.

5.3 Relação entre a ocorrência da IU e os fatores de risco associados

Com relação aos fatores de risco, Merola *et al.* (2011); Hrisanfow e Hägglund (2011); Yenal *et al.* (2009); Tamanini *et al.* (2009); Higa; Lopes; Reis (2008); Stepan *et al.* (2006); Higa e Lopes (2005) já evidenciaram em seus estudos a associação entre a ocorrência de IU e fatores de risco como as doenças neurológicas, Diabetes Mellitus (DM), hipertensão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC),

tabagismo, o consumo de cafeína, cirurgias pélvicas e abdominais, o uso de medicação, anti-hipertensivo, a obesidade e a constipação.

Nesta pesquisa verificou-se de forma semelhante a correlação entre vários fatores de risco avaliados e a queixa de perda involuntária de urina. Quanto à variável **enfermidades associadas**, a hipertensão destacou-se com um percentual de 58,1% e $p \text{ valor} = 0,001$. Segundo Steele *et al.* (1999) e Diokno; Brown; Herzog (1991), a rápida produção de urina induzida pelo uso de diuréticos em pessoas hipertensas pode acrescentar a uma frequência já existente, a urgência miccional, por desencadear uma hiperatividade do detrusor na bexiga em envelhecimento.

Moller; Lose e Jorgensen (2000) complementam esta idéia comentando que após o tratamento com o uso de diuréticos, uma das classes de anti-hipertensivos, a sobrecarga sofrida pela bexiga, pode provocar não só a urge-incontinência, como também a incontinência urinária de esforço. Em estudo nacional, Higa e Lopes (2005) avaliando fatores de risco associados com a IU, identificaram a hipertensão como importante fator de risco em pesquisa com 378 profissionais de enfermagem em um hospital escola de Campinas.

A DM foi a segunda doença crônica degenerativa que apresentou forte associação estatística com a queixa de IU ($p \text{ valor} = 0,024$) nesta pesquisa, assim como evidenciado em importante estudo desenvolvido por Ashmi *et al.* (2010) no norte da Califórnia onde foram entrevistadas 2270 mulheres entre 40 e 69 anos, com 486 diabéticas. Os autores verificaram que mais da metade das mulheres com diabetes apresentaram IU uma ou mais vezes e mais de um terço relataram quatro vezes ou mais episódios de IU. Concluíram que a IU é altamente prevalente em mulheres com DM até mesmo mais comum do que as próprias complicações da DM como neuropatias, retinopatias e nefropatias, no entanto, os mecanismos que explicam a ocorrência mais frequente da IU em mulheres diabéticas ainda são motivo de futuras investigações.

As doenças neurológicas também foram outra categoria das enfermidades que apresentaram associação com a queixa de IU ($p \text{ valor} = 0,005$). Segundo o IBGE (2004), a associação entre problemas físicos e mentais é de grande interesse, sendo reconhecido que a presença de uma patologia orgânica aumenta o risco de transtornos psiquiátricos. Conforme Bisschop *et al.* (2004) e Mills (2001), a prevalência de sintomas depressivos no mundo vem sendo fortemente associada com o número de doenças crônicas, mesmo após os devidos ajustes estatísticos.

Tal relação pode ser avaliada como fator que interfere de forma bidirecional: a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas acentuando sintomas depressivos. Assim, essa complexa associação traz importantes repercussões tanto para o manejo das doenças crônicas, quanto para o tratamento da depressão.

Em estudo nacional, onde se avaliou a associação entre a depressão e doenças crônicas em um ambulatório de geriatria na cidade de Salvador, verificou-se significativa relação estatística entre a ocorrência de IU e sintomas depressivos. Observou-se que dentre quinze patologias crônicas associadas à depressão, a IU ocupou o quinto lugar em ordem de importância, tendo classificação posterior a: Doença de Parkinson, obstipação intestinal, instabilidade postural e câncer (DUARTE; REGO, 2007).

Quanto aos ***hábitos e condições nutricionais e de eliminação*** aqui estudados, confirmou-se a correlação entre todas as categorias destas variáveis e a ocorrência de IU, com a respectiva ordem de significância: o tabagismo com mais forte associação ($p \text{ valor} = < 0,001$), a obesidade ($p \text{ valor} = 0,010$), constipação intestinal ($p \text{ valor} = 0,013$) e cafeína ($p \text{ valor} = 0,018$).

O tabagismo e a obesidade, estes são estabelecidos por Hannestad *et al.* (2003) como fatores de risco modificáveis para a manifestação da IUE e devem ser incluídos no manejo não-cirúrgico quanto ao tipo de tratamento. Contudo, os mecanismos que determinam a predisposição para o desenvolvimento da IUE ainda são desconhecidos. Dessa forma a mudança comportamental quanto ao uso do tabaco pode ser a alternativa mais acertada para a redução do aparecimento dos episódios de IUE, uma vez que este hábito seja amenizado ou até mesmo abandonado pelos seus usuários.

De acordo com Bump e McClisch (1992), os fumantes geralmente apresentam tosse mais violenta, provocando direta ou indiretamente uma sobrecarga na bexiga e/ou na uretra podendo causar prejuízos aos componentes e ao mecanismo esfinteriano da uretra, uma vez que possibilita a ocorrência de IU piorando a frequência e a intensidade da IU já instaladas.

Da mesma forma, a redução do peso corporal é a estratégia que deve ser adotada para a possível melhora da ocorrência da IUE, pois de acordo com Brown *et al.* (1999) talvez a associação da IU com a obesidade seja consequência da elevada pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região

da cintura-quadril e, conseqüentemente, do aumento da pressão intra-vesical alterando o mecanismo do trato urinário.

Em se tratando da constipação, Penn *et al.* (1996) elucidam que este é um agravante para a função urológica, pois o estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, possibilitando a ocorrência de infecção do trato urinário e, a força realizada durante a evacuação intestinal pode provocar a lesão da musculatura pélvica e, por meio da distensão, ocasionar traumas e isquemia muscular.

Um estudo internacional demonstrou que a hiperatividade vesical apresentou significativa relação estatística com o consumo de cafeína, idade e tabagismo, podendo a cafeína determinar hiperatividade vesical devido ao fato de ser considerado agente excitante sobre a musculatura lisa do detrusor. Tal fato pôde ser comprovado durante a cistometria quando ocorre aumento de urgência e frequência da micção após a ingestão da cafeína (AYRA; MYERS; JACKSON, 2000).

Quanto à variável **cirurgias** todas as categorias estudadas (cirurgias pélvicas e abdominais, cirurgias abdominais e cirurgias pélvicas) apresentaram correlação estatística com a IU, sendo a mais significativa a associação com as cirurgias pélvicas (p valor = 0,001). Segundo Brown *et al.* (1996) existe associação significativa entre a histerectomia e a IU, pois supõe-se que a excisão ou o prolapso do útero podem comprometer as funções do assoalho pélvico, uma vez que este órgão suporta parte do assoalho a sua retirada pode provocar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra.

Quanto aos **antecedentes obstétricos**, o número de gestações, o número de abortos e o número de partos normais, apresentaram forte correlação estatística com a queixa de IU, todos com o (p valor <0,001). Rortveit *et al.* (2003) reforçam este achado afirmando que os episódios obstétricos são considerados os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da IU, sendo o trauma do períneo durante o parto, o evento principal para sua ocorrência. Embora, tenha se observado, neste estudo, relação entre a incontinência urinária e o aborto (p valor <0,001), não se evidenciou na literatura nacional e internacional estudo que confirmasse tal associação.

Gomes e Silva (2010) avaliaram 336 mulheres do Programa Saúde da Família de Dourados (MS) e confirmaram, estatisticamente, em seus resultados que o número de gestações e a paridade apresentam correlação com a IU comprometendo

gravemente a qualidade de vida. Da mesma forma Amaro *et al.* (2009) e Kepenekci *et al.* (2011) também corroboram da ideia de que a gravidez, grande número de partos e o parto vaginal contribuem para o desenvolvimento da IUE, enquanto as mulheres nulíparas são menos comprometidas quanto ao aparecimento da perda de urina (RORTVEIT *et al.*, 2003).

Embora o entendimento da ocorrência da IU durante a gestação ainda não seja completamente esclarecido, estudos como os de Meyer *et al.* (1998) e Liu *et al.* (2006) expõem uma série de hipóteses que tentam explicar esta etiologia, dentre estas, citam-se: as várias alterações fisiológicas provocadas, especialmente, pela concentração aumentada dos hormônios progesterona e relaxina, além das adaptações anatômico-estruturais do corpo promovidas pela evolução do útero grávido, principalmente em relação à bexiga; a elevação na taxa de filtração glomerular que implica em um aumento da excreção urinária; a instabilidade vesical que tem a sua incidência aumentada; a fadiga congênita da musculatura do assoalho pélvico; a sobrecarga sofrida pela uretra e bexiga em mulheres obesas e por fim uma desordenação das fibras elásticas na área dos tecidos reprodutivos, que pode determinar prejuízos para a estrutura e função desses tecidos, supondo-se assim, que a resistência exercida pelas fibras elásticas é salutar no progresso dos tecidos pélvicos, durante o puerpério.

Diante destas teorias que reforçam a associação da IU com a gestação Pereira e Bachion, 2005, p.659, afirmam que:

A gravidez constitui um período do ciclo de vida, que na maioria das vezes poderia transcorrer sem desvios da saúde, porém envolve em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sócio-demográficas, as quais implicam em um potencial de risco iminente e por isso demanda atenção de caráter multidisciplinar de saúde.

Dentre as transformações fisiológicas sofridas pelo corpo feminino no período da gestação, o crescimento do útero poderá provocar um aumento da pressão intra-abdominal, resultando na compressão da bexiga, favorecendo a ocorrência de perdas involuntárias de urina, caracterizada pelo desenvolvimento, na maioria das vezes, da incontinência urinária, evidenciada por relato de urgência e frequência urinária em intervalos menores do que uma hora. Tal fato é mais evidente no terceiro trimestre da gestação, quando as mulheres relatam urgência urinária e noctúria e o

trígono vesical sofre estiramento promovendo o surgimento de incontinência urinária de esforço (PEREIRA; BACHION, 2005).

Diante do exposto, observa-se que existe um vasto campo de atuação para o profissional enfermeiro, tanto para os que assistem, especificamente, a mulher no ciclo gravídico-puerperal, como para aqueles que mesmo atuando em outras áreas, desenvolvem assistência junto a estas durante a gestação. Talvez um papel de destaque na equipe multiprofissional pode ser alcançado por este profissional em se tratando, sobretudo, da educação em saúde.

Para Souza e Pieren (2002), educar em saúde significa desenvolver e incentivar transformações de costumes e rotinas, possibilitando mudanças nas atitudes e maneira de viver das pessoas. Desta forma, o enfermeiro capacitado pode desenvolver estratégias facilitadoras para o aprendizado das mulheres incontinentes, especialmente quanto aos diversos tipos de terapias comportamentais para a prevenção e tratamento da IU antes, durante e após a gestação, como os exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico.

5.4 Medidas de prevenção, tratamento e autocuidado referidos pelas participantes do estudo

Quanto à prevenção da IU (n=306), verificou-se que apenas 02 (duas) mulheres participantes do estudo independente da ocorrência de IU, realizavam como prevenção da IU os exercícios de fortalecimento do Assoalho Pélvico (AP), 03 (três) das mulheres adotaram a redução do peso como método preventivo e 05 (cinco) utilizavam outras formas de prevenção como: evitar pegar peso, restringir a ingestão de líquidos durante o dia e a noite, promover a realização de atividade física, e adotar hábitos saudáveis com a alimentação, como evitar alimentos ricos em lipídios, açúcares e sal.

De acordo com Doughty (2003) os enfermeiros encontram-se em uma posição estratégica que possibilitam a prevenção da IU, pois podem contribuir na redução da incidência de incontinência por meio de técnicas educativas que melhoram a saúde da bexiga, como: a prevenção da constipação, controle do peso corporal, evitar o fumo, e a realização de exercícios perineais para melhorar a sustentação do assoalho pélvico. Da mesma forma, Lima *et al.* (2007) em seu estudo sobre Educação para prevenção e correção da IUE concluíram que há

necessidade dos profissionais que se dedicam à Saúde da Mulher incorporarem na consulta do pré-natal a avaliação da força dos músculos do assoalho pélvico; questionarem sobre a perda de urina antes e durante a gestação, além de valorizar as queixas de distúrbios urinários, preocupando-se com outros fatores preditores da IU como o índice de massa corporal aumentado e a constipação, na intenção de prevenir a perda involuntária de urina.

Acredita-se que uma das justificativas para o reduzido número de mulheres que desenvolvem algum tipo de prevenção para a ocorrência de IU encontrado neste trabalho foi encontrado devido à falta de conhecimento por parte dos sujeitos sobre as estratégias para amenizar o problema, pois durante a entrevista com as participantes, a falta de conhecimento sobre o assunto foi a principal queixa observada na fala das mesmas, que, certamente, sofrem com a deficiência de informações e orientações sobre a prevenção da IU.

Segundo Ewings *et al.* (2005) a motivação e a qualidade das informações prestadas pelos profissionais de saúde às mulheres incontinentes são de grande relevância para que estas consigam se conscientizar da importância da realização dos exercícios de sustentação do assoalho pélvico, para que dessa forma consigam se engajar em algum programa de treinamento. E, sem dúvida, o momento ideal para conquistar a mulher (gestante) é durante as consultas de enfermagem, de forma personalizada e humanizada.

No entanto, questiona-se: aqui no Piauí é realizada consulta de enfermagem voltada para a mulher incontinente, em que se aborda sobre perdas, sinais e sintomas urinários? Os profissionais enfermeiros estão capacitados a realizarem programas de treinamento para prevenir, melhorar e manter a mulher incontinente motivada a participar destes programas? Diante destas indagações reflete-se sobre a atual Sistematização da Assistência de Enfermagem que vem sendo desenvolvida principalmente pelos enfermeiros que mantêm mais proximidade com as mulheres incontinentes. Qual é o nível de conhecimento destes profissionais sobre a IU, no Piauí?

Nesse sentido pode-se supor como segunda justificativa que talvez o baixo número de mulheres que realizam a prevenção da IU foi resultante nesta pesquisa, também, pela lacuna existente no conhecimento sobre IU por parte dos profissionais de saúde que assistem essas mulheres. Esta suposição foi também um resultado do estudo de Barbosa *et al.* (2009), que em sua pesquisa para identificar e tratar a IU

na rede básica de saúde no município de Campinas (SP), constataram que cerca de 36,8% dos enfermeiros desconheciam sinais e sintomas que poderiam ser questionados para identificar os tipos de IU.

Com relação aos tipos de tratamento adotados pelas mulheres incontinentes participantes deste trabalho, obteve-se um maior valor e percentual total de 13,6% para aquelas que utilizaram o tratamento cirúrgico como escolha. Sendo que algumas salientaram a reincidência do problema após longo período de tempo, e não souberam precisar em anos o tempo decorrido para que a IU se reinstalasse, porém, dez anos foi a média citada por pelo menos quatro das mulheres submetidas à perineoplastia, cirurgia eleita como opção terapêutica para a correção da IU pelas incontinentes.

Quanto às outras opções de tratamento avaliadas neste estudo, farmacológico e comportamental, a escolha do primeiro tipo superou o segundo em 1,6%. Esse último foi o tipo de tratamento menos citado durante as respostas das mulheres, o que caracterizou a falta de conhecimento, por parte das mesmas participantes acerca da existência de todos os tipos de terapia viáveis para a cura e/ou melhora da IU, dependendo evidentemente do tipo, severidade e sinais e sintomas apresentados pelas pacientes.

Embora existam diversas formas de tratamento para a IU, optou-se em avaliar neste trabalho as que são mais acessíveis para a população, de acordo com a realidade e cultura locais. Mesmo com esta finalidade, os valores encontrados para a utilização dos dois últimos tipos de tratamento (farmacológico e comportamental) foram reduzidos. Diante destes achados, supõe-se que, ou estes tipos de tratamento não se aplicavam aos casos de IU das mulheres que buscavam ajuda profissional, ou mais uma vez o desconhecimento por parte dos sujeitos a respeito destes tipos de tratamento tenha sido a principal razão para a não adoção dos mesmos, justificado, também, pela falta de investigação profissional acerca dos sinais e sintomas referentes à área estudada.

Barbosa *et al.* (2009) constataram em seu estudo que, com relação às condutas adotadas pelos profissionais (37 médicos e 19 enfermeiros) envolvidos na pesquisa quanto à queixa de IU (médicos da família, generalistas, ginecologistas e enfermeiros), 04 (quatro) enfermeiros e 01 (médico) não sabiam responder sobre o assunto. Além disso, um percentual variado, 43,3% dos enfermeiros, 29,4% dos médicos clínicos gerais e 14,8% dos médicos da família encaminhavam as pacientes

para médicos ginecologistas ou urologistas. Os ginecologistas, por sua vez, responderam com maior frequência que o tipo de tratamento mais adotado por eles era o cirúrgico, com nenhum tipo de manejo do problema. Já os enfermeiros mencionaram tipos variados de manejo da IU, assim como o encaminhamento para outro profissional. De forma geral, poucos profissionais conseguiram associar a conduta adequada ao tipo específico de IU.

A terapia comportamental se constitui, particularmente, de um método de baixo risco, pouco oneroso e não invasivo que pode ser eficaz e conservador na recuperação das funções fisiológicas possibilitando uma melhora evolutiva da musculatura do assoalho pélvico (SANTAROSA; KAPLAN, 1997). Como sugere o próprio nome, pode estimular alterações comportamentais e hábitos das pacientes que favorecem a perda involuntária de urina, promovendo um condicionamento vesical. Dentre as orientações mandatórias para a aplicação deste tipo de terapia, julgam-se importantes, a modificação de hábitos alimentares, como a redução da ingestão de cafeína, líquidos em excesso antes de dormir, alimentos ácidos, refrigerantes e achocolatados. Tais produtos são considerados estimulantes vesicais e podem de alguma forma piorar os eventos de perda urinária, principalmente, a incontinência de urgência (MORENO, 2004; GROSSE; SENGLER, 2002).

Além do exposto sobre terapia comportamental, são consideradas ainda necessárias e importantes, modificações quanto aos hábitos intestinais, pois problemas que impedem o trânsito livre dos intestinos, como a constipação, podem proporcionar um agravamento da incontinência, provocada pelo aumento de pressão do reto sobre a parede vesical; soma-se a este prejuízo o fato da prevalência da constipação aumentar em pessoas com bexiga hiperativa com idade maior ou igual a 40 (quarenta) anos, devendo receber melhor atenção pelos profissionais de saúde (COYNE *et al.*, 2011).

Adicionando-se a estas modificações de hábitos, pode-se ainda incrementar a terapia comportamental, correlacionando-a com a realização de exercícios para o fortalecimento e manutenção do tônus do assoalho pélvico, bem como a reeducação da bexiga. São exercícios que não oferecem grandes dificuldades para a paciente, desde que orientados por profissionais qualificados para tal fim. Como exemplo podem ser citados os exercícios de Kegel, que consistem em contrair e relaxar a uretra com a ajuda da contração dos músculos levantadores do ânus, mantendo a contração por cinco segundos com intervalos de 10 segundos. Podem ser realizados

em domicílio após aquisição prática com enfermeiro ou profissional capacitado utilizando-se como estratégias bolas para facilitar a realização dos mesmos (HONÓRIO, 2005; CALDAS *et al.*, 2010).

Ainda como vantagem da terapia comportamental, Caldas *et al.* (2010) mencionam o fato do início da sua aplicação antes mesmo da queixa de IU instalada, podendo, em alguns casos evitar procedimentos cirúrgicos que no futuro seriam indicação para determinados casos de IU; além de apresentar mínimos efeitos adversos, sendo considerada dessa forma uma estratégia de promoção da saúde. E em se tratar de promoção da saúde, sabe-se que esta é uma atividade que pode ser considerada mérito do profissional enfermeiro que de maneira singular desenvolve com excelência suas atribuições.

Nesse sentido, abordou-se sobre a terapia comportamental de forma ampla na tentativa de expor de maneira enfática quão abrangente pode ser a área de atuação do enfermeiro, que por meio de ações educativas pode beneficiar pessoas que vivenciam de forma constrangida e isolada o problema da IU, dificultando assim o diagnóstico precoce, retardando, conseqüentemente, o início do tratamento ou terapia adequada.

Dito isto, faz-se necessário salientar que uma vez interagindo com mulheres incontinentes, de forma a promover a saúde por meio de ações educativas, os enfermeiros estarão contribuindo para o aprendizado do autocuidado por parte das pacientes, favorecendo a aquisição de resultados positivos quanto à melhora dos sinais e sintomas urinários.

De acordo com Bub (2006) o autocuidado delinea e elucida a prática de cuidados realizados pela pessoa que apresenta uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar. Para Orem (2001) o autocuidado é uma atividade do ser humano apreendida por ele próprio e direcionada para uma determinada finalidade: a de controlar fatores que prejudicam sua evolução, atividades que são benéficas à sua vida, saúde e bem-estar. Tem como objetivo, a utilização de ações de cuidado, de acordo com um padrão que favoreça o desenvolvimento do ser humano. Tais ações são as condições universais de desenvolvimento e de modificações da saúde.

Como demonstração de cuidados realizados, neste estudo, para melhor controlar a IU foram citados pelas mulheres em maior percentual (50%): evitar sair de casa, não tomar água antes de sair de casa, não usar roupas claras e finas e não realizar nenhum tipo de autocuidado. Percebe-se que são ações gerais que não

apresentam uma interface direta com o assunto em questão, evidenciando a falta de conhecimento sobre cuidados básicos por parte das entrevistadas, para amenizar a IU. Em segundo lugar, o uso de forro de tecido de algodão e absorvente higiênico aparecem com valores de 22% e 16%, respectivamente, expondo a dificuldade financeira em utilizar alguma estratégia mais efetiva no controle da IU.

5.5 Tempo de convivência, dificuldades e orientações recebidas pelas mulheres incontinentes

Em se tratando do tempo em que as mulheres convivem com o problema da IU, surpreende-se ao se deparar com uma frequência de 40,8% de incontinentes que afirmam apresentar perda de urina entre 1 e 5 anos, pois diante deste achado, pode-se considerar a possibilidade das mulheres realmente não procurarem ajuda profissional para amenizar o problema ou não obterem sucesso com o tratamento que possa ter sido sugerido a elas, antes de um ano de apresentarem perda de urina. No entanto, este valor é reduzido para 20% quando o tempo de IU aumenta para mais de cinco anos. Assim, pode-se supor diante desses dados que a procura por tratamento só ocorre após quatro anos de convivência com a IU, quando as consequências já ficaram evidentes e tornaram-se potencialmente comprometedoras para o cotidiano e prejudicial à qualidade de vida dessas mulheres; ou o problema não provoca incômodo suficiente para despertar interesse em procurar ajuda.

Glisoi e Girelli (2011) encontraram dado aproximado a esta pesquisa, apontando que quanto ao tempo de alterações uroginecológicas apresentadas pelas participantes de seu estudo, a média observada foi de 4,9 anos, indicando dificuldade e demora na procura por tratamento adequado.

De acordo com Silva e Lopes (2009), a deficiência a inadequação de conhecimento sobre IU, por parte das mulheres, pode colaborar para uma desvalorização das formas de tratamento, bem como, não o considerarem como prioritário. Desta forma, ressalta-se a possibilidade das mulheres conviverem com o problema por mais tempo, demonstrando conformismo e constrangimento.

Quanto às dificuldades enfrentadas pelas mulheres incontinentes neste estudo, as que mais se destacaram foram: a falta de conhecimento sobre o assunto da IU com 77,2% e o incômodo com a situação vivenciada com 66,3%. Apareceram em menores percentuais a dificuldade de acesso às informações com 23,9%, o

incômodo e o constrangimento em uma mesma resposta com 33,7%, e por último apenas o constrangimento com um percentual de 66,3%.

Recentes estudos têm demonstrado que as mulheres apresentam dificuldades em lidar com a IU, impactando negativamente na sua qualidade de vida como citam Van der Vaart *et al.* (2002); Nygaard *et al.* (2003) e Huang *et al.* (2006). Em outros estudos em que foram avaliados a ocorrência de IU e a não procura por tratamento, bem como o impacto deste problema entre profissionais de enfermagem, Higa e Lopes (2007a,b) evidenciaram dificuldades experimentadas pelas mulheres participantes como estresse, vergonha e perda de concentração no trabalho, consequentes de atividades que requeriam maior esforço provocando aumento da perda de urina. E por fim Fitzgerald *et al.* (2000), corroboram com os achados deste trabalho quando confirmam em sua pesquisa que 81% das mulheres participantes solicitaram mais informações sobre as causas, diagnóstico, tratamento e manejo da IU.

Embora 77,2% das mulheres nesta pesquisa sentirem-se prejudicadas com a falta de informação quanto à IU, um total de 64,3% relatou já ter recebido pelo menos algum tipo de orientação sobre o assunto por médicos ginecologistas durante as consultas ambulatoriais quando o questionamento era de interesse da própria paciente, 14,3% receberam orientações por nutricionistas e educadores físicos e 10,7% foram orientadas por enfermeiros e fisioterapeutas.

Observa-se que a categoria profissional mais evidenciada quanto a este achado é a de médicos ginecologistas, e a de enfermeiros juntamente com a de fisioterapeutas foram as que menos se destacaram. Frente a estes resultados, faz-se notória a deficiência de atuação dos enfermeiros e fisioterapeutas no que diz respeito à prestação de esclarecimentos sobre a IU às pacientes. Barbosa *et al.* (2009) identificaram em seu estudo que, com exceção dos ginecologistas, muitos profissionais investigam raramente ou não investigam a presença de IU em mulheres, apesar de ser considerado um problema de saúde de repercussões negativas, que apresenta prevalência elevada, compromete a qualidade de vida das pessoas, e seu impacto socioeconômico é muito elevado.

Assim, mais uma vez, julga-se necessário o despertar do enfermeiro e das demais categorias profissionais de saúde para a realização da avaliação criteriosa das pacientes, independente das queixas urinárias por elas relatadas durante as consultas ou em outras ocasiões que permitam o contato entre as partes

(profissional/paciente). Pois desta forma poderão ser evitadas consequências indesejáveis para as mulheres incontinentes.

Por fim, ainda segundo Barbosa *et al.* (2009) várias oportunidades são favoráveis, além das consultas ginecológicas, para a investigação das queixas urinárias, como no momento do acolhimento das pacientes, durante as consultas médicas e de enfermagem de rotina, na ocasião do exame citopatológico e durante as consultas pré-natais, sendo oportuna também a avaliação do assoalho pélvico, a fim de direcionar melhor a conduta.

6 CONCLUSÃO

Propôs-se neste estudo estimar a prevalência de IU e sua correlação com os fatores de risco em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina - PI.

Seu caráter metodológico de natureza exploratório-descritiva, de corte transversal e abordagem quantitativa, mostrou-se apropriado à produção da estimativa da prevalência e análise dos prováveis fatores de risco que poderiam estar relacionados à IU, considerando-se a amostra estudada (n=306) significativa e satisfatória para a operacionalização dos objetivos propostos.

Os resultados encontrados mostraram a prevalência elevada de 40,8%, da IU em mulheres atendidas na UBS, bem como a identificação dos fatores de risco associados estatisticamente, como a faixa etária, enfermidades associadas (doenças neurológicas, diabetes e hipertensão); hábitos (tabagismo e o uso de cafeína); cirurgias (abdominais e pélvicas); o uso de anti-hipertensivos; as condições nutricionais e de eliminação (obesidade e constipação); e os antecedentes obstétricos (número de gestações, número de partos normais e número de abortos) sendo considerados bastante importantes para a predisposição da IU.

Salienta-se ainda que na capital do Piauí – Teresina é desconhecida a existência de estudos anteriores que revelem dados estatísticos sobre a IU, e que possibilite a comparação com este estudo atual. Dessa forma este trabalho caracterizou-se pelo ineditismo na capital e certamente fornecerá dados relevantes que poderão contribuir cientificamente com novas pesquisas na área da saúde.

Os achados em relação à faixa etária das mulheres acometidas pela IU neste estudo corroboraram com a literatura no sentido de afirmar que a IU é prevalente, porém não inerente ao envelhecimento, pois 53,6% de mulheres com IU que foram identificadas nesta pesquisa encontravam-se no intervalo de 40-59 anos de idade. Assim, justifica-se enfaticamente que é necessária a identificação, controle e tratamento dos fatores de risco que possam desenvolvê-la precocemente, com o propósito de evitar postergar sua manifestação em idades mais avançadas. Acredita-se assim poder-se-ia desenvolver estratégias assistenciais que possibilitassem amenizá-los, proporcionando mais conforto e melhor qualidade de vida à clientela incontinente.

Quanto ao número de gestações, foi evidenciado por meios estatísticos, a nítida associação com a queixa da perda de urina, confirmando a necessidade de assistência efetiva no pré-natal por parte dos profissionais de saúde quanto à prevenção da IU, que como já abordado anteriormente, pode ser realizada com a investigação e avaliação dos sinais e sintomas urinários, exame clínico, ações educativas e treinamentos específicos da musculatura pélvica.

Observou-se ainda o fato de que a maioria das mulheres que apresentavam IU desconheciam qualquer forma de prevenção e tratamento para o problema, e, muitas delas, pouco ou quase nunca, tinham ouvido falar sobre IU, provavelmente pela omissão ou negligência dos profissionais da área explorarem essa manifestação, bem como pelo ocultamento das mulheres quanto à exposição do problema.

Assim, percebeu-se a carência de informações por parte das participantes e nesse sentido, ressalta-se a importância da difusão e implementação da avaliação criteriosa da pessoa com IU, por parte dos profissionais de saúde, não apenas nas áreas afins, mas também aos médicos generalistas, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas que atuam na saúde pública e certamente, muitas vezes sem saber estão diante de uma mulher incontinente que muito gostaria de ser orientado(a) sobre seu problema. Desta forma pode-se, talvez, mudar a impressão de como a IU é vista pelas mulheres, que na sua maioria, até então, convivem com o problema de forma silenciosa, acreditando ser um sinal ou sintoma constrangedor e consequente do envelhecimento, sem tratamento e nem muita expectativa de cura.

No entanto, a falta de sensibilização, conhecimento e capacitação de alguns profissionais de saúde para lidar com este agravo podem torná-los inaptos para assistir adequadamente as mulheres com IU. Nesse contexto a enfermagem é inserida e destacada como uma categoria que ainda pouco contribui para o cuidado da pessoa com IU, embora existam possibilidades de especialização relacionada à prática assistencial junto à clientela incontinente.

Diante disso, torna-se necessário e urgente o treinamento, o desenvolvimento de estratégias de capacitação por parte dos gestores de saúde na tentativa de sensibilizar os profissionais de saúde a promover o cuidado às mulheres com IU assistindo-as desde a prevenção, como no tratamento para a cura da IU.

Acredita-se que a enfermagem, mais especificamente os enfermeiros que atuam em programas voltados para a assistência da saúde da mulher e os que

estão inseridos nas Equipes de Saúde da Família são os que provavelmente teriam mais oportunidade de promover o cuidado direcionado à prevenção da IU e promoção da continência, devido à possibilidade da realização de consultas individuais a essas mulheres e realização de palestras educativas. Assim, julga-se importante a inserção desta temática desde a graduação na área de enfermagem, para que enquanto profissionais enfermeiros, possa-se contribuir de maneira significativa na prevenção e melhoria da continência nas mulheres que experimentam este problema.

Finalmente, supõe-se, que este estudo poderá além de fornecer dados e informações originais sobre a IU em mulheres, despertar nos profissionais e gestores de saúde pública a necessidade de voltarem a atenção para as pessoas com IU.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. *et al.* Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. In: **2nd International Consultation on Incontinence**, Paris, France. ICUD/ICS, v.1, n. 3, p.1079-1096, 2001.

ABRAMS, P. *et al.* Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. [Neurourol Urodyn.](#), v. 29, n. 1, p. 213-240, 2010.

AMARO, J. L. *et al.* Clinical and quality-of-life outcomes after autologous fascial sling and tension-free vaginal tape: A prospective randomized Trial. **Int Braz J Urol.**, v. 35, n. 1, p. 60-67, 2009.

ASHMI, M.; *et al.* Women with Diabetes: understanding urinary incontinence and help seeking behavior. **J Urol.**, v.184, n. 4, p. 1402-1407, oct. 2010.

APM - Associação Paulista de Medicina. **O que é preciso saber sobre o sistema único de Saúde - SUS**. São Paulo: Raiz, 1. ed. 2008.

ARYA, L. A.; MYERS, D. L.; JACKSON, N. D. Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. **Obstet Gynecol.**, v. 96, n.1, p. 85-88, 2000.

AZEVEDO, G. R.; DECLAIR, V.; SILVA, S. **Enfermagem atual em cursos: estomaterapia, incontinências urinária e anal, Programa de saúde da família-PSF, Feridas, Atualização de enfermagem, em dermatologia**. Petrópolis: EPUB, 2005.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARBOSA, A. M. P. *et al.* Anatomia, fisiologia e importância clínica do corpo perineal. [Femina](#), v. 33, n. 11, p. 841-846, nov. 2005.

BARBOSA, S. S. *et al.* Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. [Mundo saúde](#), v. 33, n. 4, p. 449-456, out.-dez. 2009.

BENÍCIO, C. D. A. V. **Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoas com incontinência urinária.** [Monografia] (Especialização em Enfermagem em Estomaterapia). Universidade Estadual do Ceará, 2008.

BEZERRA, S. M. G. **Prevalência de úlcera por pressão e cuidados dispensados em acamados no domicílio.** [Dissertação] (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, 2010.

BISSCHOP M. I.; *et al.* The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **J Clin Epidemiol.**, v. 57, n. 2, p. 187-194, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. S.; BRETAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 527-535, jul-set. 2008.

BORGES, J. B. R. *et al.* Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. **Einstein Journal**, v. 8, n. 2, p. 192-196, 2010.

BORTOLOTTI, A., *et al.* Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. **Eur Urol.**, v. 37, n. 1, p. 30-35, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/1996.** Brasília: MS; 1996.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 40 p.

_____. **Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de ação programática.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2007.

BROWN, J. S.; *et al.* Urinary incontinence in older women: who is at risk? **Obstet Gynecol.**, v. 87, n.5, p.715-721,1996.

BROWN, J. S.; *et al.* Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in post menopausal women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 1, n. 94, p. 66-70, 1999.

BUB, M. B. C.; *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 152-157, 2006.

BUCKLEY, B. S.; LAPITAN, M. C. Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence. Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children - current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. **Urology**, v. 76, n. 2, p. 265-70, 2010.

BUMP, R. C.; *et al.* Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 167, n. 2, p. 392-399, 1992.

CALDAS, C. P.; *et al.* Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-788, dez. 2010 .

CHIAPARA, T. R.; CACHO, D. P.; ALVES, A. F. D. **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar.** 1. ed., São Paulo: Livraria Médica, Paulista Editora, 2007.

COYNE, K. S.; *et al.* The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. [BJU Int](#), v. 107, n. 2, p. 254-261, jan. 2011.

D'ANCONA, C. A. L; JUNIOR, N. R. N. **Aplicações clínicas da urodinâmica.** 3. edição. São Paulo: Atheneu, 2001.

DANFORTH, K. *et al.* Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 194, n. 2, p. 339-345, 2006.

DEDICAÇÃO, A. C. *et al.* Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Rev Bras Fisioter.**, [online] v. 13, n. 2, p.116-122, 2009.

DIOKNO, A. C.; BROWN, M. B.; HERZOG, A. R. Relationship between use of diuretics and continence status in the elderly. **Urology**, v. 38, n. 1, p. 39-42, 1991.

DOUGHTY, D. B. Promoting continence: simple strategies with major impact. **Ostomy Wound Manage**, [abstract Medline 2011] v. 49, n. 12, p. 46-52, dez. 2003.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000300027&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Apr. 2012.

EWINGS, P.; *et al.* Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled Trial. **Journal Obstet Gynaecol.**, v. 25, n. 6, p. 558-564, 2005.

FELDNER JÚNIOR, P. C.; *et al.* Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 54-62, jan. 2006.

FIGUEREDO, M.L.F.; *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosos acamados no domicílio. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 464-469, jul/ago, 2008.

FIGUEIREDO, E. M.; *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Rev Bras Fisioter.**, [online] v. 12, n. 2, p. 136-142, 2008.

FITZGERALD, S. ; *et al.* Urinary incontinence. Impact on working women. **AAOHN J**, v. 8, n. 3, p. 112-118, 2000.

FONSECA, E. S. M.; *et al.* Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 235-242, mai, 2005.

_____. **Assistência de enfermagem em uroginecologia e cirurgia vaginal.** São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 2006.

FOZZATTI, M. C. M. ; *et al.* Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 17-22, fev. 2008.

FUMINCELLI, L. ; *et al.* Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. **Acta paul enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 127-131, 2011.

GLISOI, S. F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Soc Bras Clín Méd.**, v. 9, n. 6, p. 408-413, nov.-dez. 2011.

GODFREY, H. Older people, continence care and catheters: dilemmas and resolutions. *Br J Nurs.*, v. 17, n. 9, p. 8–21, may, 2008.

GOLDSTEIN, S. R.; *et al.* Incidence of urinary incontinence in postmenopausal women treated with raloxifene or estrogen. **Menopause**, v. 12, n. 12, p. 160 - 164, 2005.

GOMES, G.; SILVA, G. D. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao Programa de Saúde da Família de Dourados (MS). **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 649-654, 2010.

GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. Morbidade referida em uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 75-82, 2003.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação Perineal**. 1. ed., São Paulo: Editora Manole Ltda, 2002.

GUARISI, T.; *et al.* Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. **J Bras Ginecol.**, v. 108, n. 4, p. 125-130, 1998.

_____, T.; *et al.* Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 428-435, out. 2001.

HANNESTAD, Y. S.; *et al.* Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG*, v.110, n. 3, p.247-254, mar. 2003.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 422-428, ago. 2005.

_____. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 503-506, 2007a.

_____. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 213-216, abr. 2007b.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; TURATO, E. R. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 779-86, jul-ago. 2008.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-192, mar. 2008.

HONÓRIO, G. S. **Protocolo conservador fisioterapêutico**: uma alternativa de tratamento ao homem incontinente após prostatectomia [monografia]. Florianópolis (SC): Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos, 2005.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 51-56, jan-fev. 2009.

HRISANFOW, E.; HÄGGLUND, D. The prevalence of urinary incontinence among women and men with chronic obstructive pulmonary disease in Sweden. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 13-4, p. 1895-1905, jul. 2011.

HUANG, A. J.; *et al.* Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse old women. **Arch Intern Med.**, v. 166, n. 18, p. 2000-2006, 2006.

HUNSKAAR, S.; *et al.* Epidemiology and natural history of urinary incontinence. **Int Urogynecol J.**, v. 11, n. 5, p. 311-320, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS.

NOTA: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000005570808132011085431530840.v2>> Acesso em: 24 jan. 2012.

_____. **Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios 2004.** <http://www.ibge.gov.br> (Acessado em 31/ março/2012).

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. **Neurourol Urodyn**, Montreal, Canada, v. 24, n. 5-6, p. 409-593, 28 August - 2 September 2005. Disponível em: 35TH ANNUAL MEETING. [abstract Medline 2012]. Acesso em: 10 jan.2012.

JACKSON, R. A.; *et al.* Urinary incontinence in elderly women: findings from the health, aging and body composition study. **American college of obstetricians and gynecologists**, v. 104, n. 2, p. 301-307, 2004.

KEPENЕКCI, I.; *et al.* Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. *Dis Colon Rectum*, v. 54, n. 1, p. 85-94, jan. 2011.

KLEIN C. H.; BLOCH K. V.; **Estudos Seccionais**. In: MEDRONHO, R. A.; *et al.* Epidemiologia, São Paulo: Atheneu, 2009. cap.10, p.193-219.

KOCAK, I.; *et al.* Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on the quality of life. **Eur Urol.**, v. 48, p. 634-641, 2005.

LANGEMO, D.; *et al.* Incontinence and incontinence - associated dermatitis. *Adv Skin Wound Care*, v. 24, n. 3, p. 126-142, mar. 2011.

LIMA, J. L. D. A.; *et al.* Contribuição da assistência de enfermagem obstétrica pré-natal: educação para prevenção e correção da Incontinência Urinária de Esforço (IUE). v. 31, n. 3, p. 411-418, jul-set. 2007.

LIU, X.; *et al.* Failure of elastic fiber homeostasis leads to pelvic floor disorders. **Am J Pathology**, v. 168, n. 2, p. 519-528, 2006.

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

_____, M. H. B. M.; HIGA, R. Avaliação de um sistema especialista em diagnóstico de enfermagem relacionados à eliminação urinária. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 565-569, set-out. 2008.

LOPES, M. H. B. M.; MARIN, H. F.; ORTEGA, N. R. S. The use of expert systems on the differential diagnosis of urinary incontinence. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 704-710, set. 2009.

MARKLAND, A. D.; *et al.* Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. **J Urol.**, v.186, n. 2, p. 589-593, aug. 2011.

MELVILLE, J. L.; *et al.* Urinary incontinence in US women: a population-based study. **Arch Intern Med.**, v. 165, n. 5, p. 537-542, 2005.

MENDONÇA, M.; *et al.* Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. **J Bras Ginecol.**, v. 107, n. 5, p. 153-155, 1997.

MEROLA, A.; *et al.* Parkinson's disease progression at 30 years: a study of subthalamic deep brain-stimulated patients. **Brain**, v. 134, n. 7, p. 2074-2084, jul. 2011.

MEYER, S.; *et al.* The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. **Obstet Gynecol.**, v. 92, n. 4, p. 613-618, 1998.

MILLS, T. L. Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. **Soc Sci Med.**, v. 53, n. 5, p.569-578, 2001.

MINASSIAN, V. A.; DRUTZ, H. P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*; v. 82, n. 3, p. 327-338, set. 2003.

MOLLER, L. A.; LOSE, G; JORGENSEN, T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. **Obst Gynecol.**, v. 96, n.3, p.446-451, 2000.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. São Paulo: Editora Manole; 2004.

MOURÃO, F. A. G.; *et al.* Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr.**, v. 15, n. 3, p. 170-175, 2008.

NANDA, **Diagnósticos de Enfermagem da:** definições e classificação, 2009-2011/NANDA Internacional; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.

NICOLSON, P.; *et al.* It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *Br J Health Psychol.*, v.13, n. 2, p. 343-359, mai. 2008.

NYGAARD, I.; *et al.* Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. **Obstet Gynecol.**, v. 101, n. 1, p. 149-156, 2003.

_____. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA**, v. 300, n. 11, p. 1311-1316, 2008.

OLIVEIRA, E.; *et al.* Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev Assoc Med Bras** [online]. v. 56, n. 6, p. 688-690, 2010.

OREM, D. E.; TAYLOR, S. G.; RENPENNING, K. M. **Nursing: concepts of practice.** Mosby, 2001, 542p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10.1993.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>> Acesso em: 15 Dez. 2011.

PENN, C.; *et al.* Assessment of urinary incontinence. **J Gerontol Nurs.**, v. 22, n. 1, p. 8-19, 1996..

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 6, p. 559-564, nov.-dez. 2005.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e prática.** 10. ed. Brasília: Guanabara Koogan, 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Tradução Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

REIS, R. B.; *et al.* Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir Bras.**, São Paulo, v. 18, n. supl. 5, p. 47-51. 2003.

RISS, P. A.; KOELBL, H. Development of an expert system for preoperative assessment of female urinary incontinence. **Int J Biomed Comput.**, v. 22, n. 3-4, p. 217-223, 1988.

RISS, P. A.; *et al.* Development and application of simple expert systems in obstetrics and gynecology. **J Perinat Med.**, v. 16, n. 4, p. 283-287, 1988.

RORTVEIT, G.; *et al.* EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. **N Engl J Med.**, v. 348, n. 10, p. 900-907, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; A. F., NAOMAR, D. E. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed., Editora Guanabara Koogan, 2006.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. R. U. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

SANTOS, C.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalence of Urinary Incontinence in a Random Sample of the Urban Population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 903-910, out. 2010.

SANTOS, C. R. S. **Prevalência das incontinências urinária e anal na população urbana de Pouso Alegre**. [Dissertação] (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, E. S.; *et al.* Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 307-312, jun. 2009.

SANTAROSA, R. P.; KAPLAN, S. A. Incontinência urinária de esforço em mulheres. **J Bras Urol.**, v. 13, n. 67, p. 329-337, 1997.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-78, mar. 2009.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, mar. 2005.

SIRACUSANO, S.; *et al.* Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 107, n. 2, p. 201-204, 2003.

SONG, Y. F.; *et al.* Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. [abstract Medline 2011]. **Chin Med J.**, v. 18, n. 11, p. 887-892, 2005.

SOUZA, A.; PIEREN, A. M. G. Papel da enfermagem no aumento dos índices de adesão nas doenças crônicas. In; MION JÚNIOR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco**. 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2002. p. 57-82.

STEELE, A. C.; *et al.* Pharmacologic causes of female incontinence. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.**, v. 10, n. 2, p.106-110, 1999.

STEPAN, J.; *et al.* The impact of total abdominal and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy on the development of urinary incontinence. **Ceska Gynecol.**, v. 71, n. 5, p. 438-445, dez. 2006.

SZE, E. H. M.; *et al.* Prevalence of urinary incontinence symptoms among black, white and hispanic women. **Obstetrics and Gynecology**, v. 4, n. 99, p. 572-574, 2002.

TAMANINI, J. T. N.; *et al.* Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cad Saúde Pública [online]**. v. 25, n. 8, p. 1756-1762, 2009.

TERESINA. Fundação Municipal de Saúde. **Coordenadoria de assuntos assistenciais**, 2010.

_____. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. **Teresina em Bairros; Administrações Regionais Sul**: Parque Piauí. Disponível em: <http://semplan.teresina.pi.gov.br:85/semplan/arquivos/the_bairros/Bairros_PDF/Bairro_Sul/Parque%20Piau%C3%AD_Atualizado.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2012.

THOM, D. H. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effect of differences in definition, population characteristics and study type. **J Am Geriatr Soc.**, v. 46, n. 4, p. 473-480, 1998.

THOM, D. H.; *et al.* Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity. **J Urol.**, v. 175, n. 1, p. 259-264, 2006.

TOWNSEND M. K.; *et al.* Original research: rates of remission improvement, and progression of urinary incontinence in Asian, Black, and White women. **Am J Nurs.**, v. 111, n. 4, p. 34-35, apr. 2011.

VAN DER VAART, C. H.; *et al.* The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. **BJU Int.**, v. 90, n. 6, p. 544-549, 2002.

WALDOW, V. R. **O cuidado na Saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004. 237p.

YENAL, I.; *et al.* The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. **Int. Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct.**, v. 20, n. 8, p. 947-952, April, 2009.

ZHU, L.; *et al.* The study on the prevalence and associated risk factors of female urinary incontinence in Beijing women [abstract Medline 2011]. **Zhonghua Yi Xue Za Zhi**, v. 86, n. 11, p. 728-731, 2006.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Barros Araújo Luz

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 3215 5558

Pesquisadores participantes: Enf^a Mestranda Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício

Telefones para contato (inclusive a cobrar): (86) 8832-5488/ (86) 3222-4486

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Maria Helena Barros Araújo Luz e por Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

O presente estudo se configura como uma pesquisa para verificar a prevalência de incontinência urinária em mulheres, que será realizada no período de fevereiro a abril de 2011, por meio de entrevista na qual a Sra. será solicitada a responder algumas perguntas. Tem-se como objetivo geral desta pesquisa: Estimar a prevalência de incontinência urinária e sua correlação com os fatores de risco em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina – PI; e como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo; Classificar os tipos de IU conforme a manifestação apresentada pelas mulheres incontinentes; Identificar os fatores de risco associados à ocorrência da IU; B Sra. poderá experimentar algum constrangimento ao responder aos questionamentos, porém o mesmo poderá ser amenizado garantindo-lhe a realização da entrevista de modo individual e em

ambiente privativo. No entanto, assim mesmo a Sra. poderá recusar-se a respondê-los. A entrevistada terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo. Não oferecemos benefício direto para a participante e somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Em qualquer etapa do estudo, a Sra. terá acesso às profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Dentre elas citam-se a Enf^a. mestranda Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício e a Prof^a. Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz, principal investigadora deste estudo, que pode ser encontrada no endereço: Avenida Petrônio Portela - Campus Universitário, 1204, bairro Ininga, Teresina- PI, Coordenação do mestrado em enfermagem, CEP: 64.048-070. Telefones 3215-5558. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, no mesmo endereço, na Pró-reitoria de Extensão e Pós-Graduação ou pelo telefone (086) 3215-5564.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____
 RG _____ CPF _____ n.º de prontuário _____ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde, como sujeito. Fui suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a Prof^a. Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz e com a Enf^a. Mestranda Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste serviço.

 Local e data

 Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ RG: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, _____ de _____ de 2011

Assinatura do pesquisador responsável
Maria Helena Barros Araújo Luz

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Data ___/___/_____ Hora do início: _____ Término: _____

BLOCO 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 N^o entrevista: _____

1.2 Endereço: _____

1.3 Bairro: _____

1.4 Idade: _____; **Peso:** _____; **Altura:** _____; **IMC:** _____

1.5 Programa: _____

1.6 Escolaridade: []

- (1) Não alfabetizado
- (2) Ensino fundamental incompleto
- (3) Ensino fundamental completo
- (4) Ensino médio incompleto
- (5) Ensino médio completo
- (6) Ensino superior incompleto
- (7) Ensino superior completo

1.7 Situação conjugal:[]

- (1) Solteira
- (2) Casada
- (3) Separada
- (4) Viúva
- (5) União Estável

1.8 Naturalidade:[]

- (1) Teresina
- (2) Interior do Piauí
- (3) Outros Estados

1.9 Cor da pele:[]

- (1) Parda

- (2) Branca
- (3) Negra

1.10 Nº de pessoas na família:[]

- (1) 1 a 3 pessoas
- (2) 4 a 6 pessoas
- (3) 7 a 10 pessoas
- (4) Acima de 10 pessoas

1.11 Profissão/Ocupação:

1.12 Renda individual:[]

- (1) Menos de 1 salário mínimo
- (2) 1 a 2 salários mínimo
- (3) 3 a 5 salários mínimo
- (4) Acima de 5 salários mínimo

1.13 Renda familiar:[]

- (1) Menos de 1 salário mínimo
- (2) 1 a 2 salários mínimo
- (3) 3 a 5 salários mínimo
- (4) Acima de 5 salários mínimo

BLOCO 2 - DADOS CLÍNICOS

2.1 A Sra. já apresentou perda involuntária de urina?

2.2 Há quanto tempo a Sra. tem/teve incontinência urinária?

2.3 Fatores de risco associados: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Enfermidades associados:

- (1) Doenças Neurológicas
- (2) DM (Diabetes Melitus)
- (3) HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)
- (4) DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)

Hábitos

- (5) Tabagismo
- (6) Cafeína

Cirurgias

- (7) Cirurgias pélvicas e abdominais
- (8) Cirurgias abdominais
- (9) Cirurgias pélvicas
- (10) Outras

Medicações

- (11) Uso de medicação
- (1) Sim () (2) Não ()

(12) Anti-diabético

(13) Anti-hipertensivo

(14) Outros, especificar: _____

Condição nutricional e de eliminação intestinal

(15) Obesidade

(16) Constipação

Antecedentes obstétricos

(17) N° de gestações _____

(18) N° de abortos _____

(19) N° de partos normais _____

(20) N° de partos cesarianos _____

2.4 Como se manifesta ou manifestou a IU?

(1) vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro

(2) perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, pegar peso, ou realização de algum esforço, etc.)

(3) quem responde **SIM** às duas questões anteriores

BLOCO 3 – MANEJO DA IU

3.1 Você utiliza/utilizou alguma medida de prevenção para a IU?

(1) Sim () (2) Não ()

Qual(ais)? _____

3.2 Você realiza/realizou algum tipo de tratamento para a incontinência urinária?

(1) Sim () (2) Não ()

Qual (ais)? _____

3.3 Você utiliza alguma estratégia para a prática do autocuidado? Qual (is)?

3.4 Você recebeu orientação(ões) de como lidar com a incontinência urinária?

(1) Sim () (2) Não ()

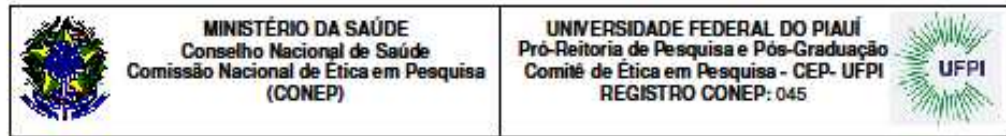
De Quem? _____

Qual (is)? _____

3.5 Que dificuldades a Sra. encontra para lidar com a IU?

3.6 Que gostaria de sugerir para melhorar a assistência à saúde e a qualidade de vida das mulheres com IU?

ANEXOS



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Prevalência de Incontinência Urinária em Mulheres Assistidas na Estratégia Saúde da Família no Município de Teresina-PI.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0368.0.045.000-10

Pesquisador Responsável: Maria Helena Barros Araújo Luz

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:


Janeiro/2012

Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 17/01/2011

Teresina, 17 de Janeiro de 2011.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR