



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

JULIA COSTA DE-TOFFOL

MAIARA DA SILVA SCHNEIDER

**FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES
USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
ARARANGUÁ/SC**

Araranguá

2017

JULIA COSTA DE-TOFFOL

MAIARA DA SILVA SCHNEIDER

**FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES
USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
ARARANGUÁ/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado à disciplina de TCC I do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção parcial do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Dra. Janeisa Franck Virtuoso

Araranguá

2017

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária durante a gestação está relacionada as diversas alterações corporais, que objetivam a adaptação do corpo feminino às modificações advindas da gestação. **Objetivo:** O objetivo do estudo é analisar os fatores associados à incontinência urinária em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Araranguá/SC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal do tipo analítico descritivo. A amostra é composta por gestantes que fazem uso do Sistema Único de Saúde e residem em Araranguá/SC. Serão incluídas gestantes independentemente da idade gestacional, primíparas ou múltiparas, com acompanhamento do pré-natal no Sistema Único de Saúde. Serão excluídas gestantes com infecções do trato urinário inferior ou gestação de alto risco. Os instrumentos de pesquisa utilizados serão: Ficha de Rastreamento das Participantes do Estudo, *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)* para determinar a presença de IU, e Ficha de Identificação de Fatores de Risco para a Incontinência Urinária (Fatores Socioeconômicos, Ginecológicos, Clínicos, Comportamentais, Antropométricos e Hereditários). Será utilizado estatística inferencial, com nível de significância de 5%. **Resultados esperados:** Espera-se que os resultados apresentem a maior incidência de incontinência urinária em gestantes no terceiro trimestre gestacional e que a IU neste período, afete a qualidade de vida. Além disso, espera-se que os principais fatores associados à IU nesta população sejam a multiparidade, o sobrepeso antes da gestação, a cirurgia pélvica e o tipo de parto na gestação anterior.

Palavras-chave: Incontinência Urinária, Gestantes, Fatores de Risco.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence during gestation is related to the various bodily alterations, which aim at the adaptation of the female body to the changes resulting from gestation. **Objective:** The objective of the study is to analyze the factors associated with urinary incontinence in pregnant women users of the Unified Health System in the city of Araranguá / SC. **Methodology:** This is a cross-sectional descriptive analytical study. The sample is composed of pregnant women who use the Unified Health System and reside in Araranguá / SC. Pregnant women regardless of gestational age, primiparous or multiparous, with prenatal care in the Unified Health System will be included. Pregnant women with lower urinary tract infections or high risk pregnancies will be excluded. The research instruments used will be: Tracer Study Sheet, International Consultation on Incontinence a Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), to determine the presence of UI, and Identification Card for Risk Factors for Urinary Incontinence (Socioeconomic, Gynecological, Clinical, Behavioral, Anthropometric and Inherited Factors). Inferential statistics will be used, with a significance level of 5%. **Expected results:** It is expected that the results are the greater presence of urinary incontinence in pregnant women in the third trimester of pregnancy, that UI in this period affects quality of life and that the main associated factors that lead to UI in this population are mainly Multiparity, pre-gestational overweight, pelvic surgery and the type of delivery in the previous gestation.

Key words: Urinary incontinence, Pregnant women, Multiparity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVO.....	6
1.1.1 OBJETIVO GERAL	6
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 Mudanças Fisiológicas na Gestação.	7
2.2 Mudanças no Sistema Urinário na Gestação.....	9
2.3 Incontinência Urinária na Gestação.	9
3 METODOLOGIA	11
3.1 TIPO DE PESQUISA	11
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	11
3.2.1 POPULAÇÃO.....	11
3.2.2 AMOSTRA	11
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	12
3.3.1 International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF).....	14
3.3.2 Ficha de Rastreamento para Determinar as Gestantes Elegíveis	12
3.3.3 Ficha de Identificação de Fatores Associados para a Incontinência Urinária.....	12
4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	14
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	15
6 CRONOGRAMA DA PESQUISA.....	16
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	22
APÊNDICE 2 - FICHA DE RASTREAMENTO.....	23
APÊNDICE 3 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES.....	24
ANEXO 1 - International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF).....	27
ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA.....	28
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como qualquer perda involuntária de urina (BO et al., 2017). A prevalência de episódios de perda urinária entre mulheres, mundialmente, é de 27,6% (PRADO et al., 2013; KNORST et al., 2013). Em relação ao período gestacional, essa prevalência costuma ser ainda maior, de modo que o estudo de Sangsawang e Sangsawang (2013) aponta uma ocorrência de IU entre 19 e 60% nas gestantes.

A IU durante a gestação também está relacionada as diversas modificações corporais, que objetivam a adaptação do corpo feminino às alterações advindas da gestação (FLORÊNCIO et al., 2015). Nesse período está atribuída a mudanças do ângulo uretrovesical, aumento da pressão sobre os músculos elevadores e ligamentos, mudanças nos tecidos conjuntivos, incremento do peso corporal materno e peso do útero gravídico, com crescente aumento da pressão sobre a musculatura do assoalho pélvico (KOCAOZ, et al., 2010; LOPES e PRAÇA, 2010). A prevalência de IU aumenta com a idade gestacional e é tipicamente pior no terceiro trimestre, devido a IU estar relacionada às alterações mecânicas, como efeito da pressão do útero gravídico sobre a bexiga e a diminuição significativa da capacidade vesical (SCARPA et al., 2008; WIJMA et al., 2008; SHARMA et al., 2008; FRITEL et al., 2010; LIANG et al., 2012). Estudos epidemiológicos mostram vários fatores de risco associados à IU nesta população, como idade materna acima de 35 anos, raça, multiparidade, tamanho fetal, influências hormonais, obesidade, diabetes mellitus, tipo de parto, cirurgia pélvica, medicações e fatores genéticos (STOTHERS e FRIEDMAN 2011; WESNES e LOSE, 2013).

Segundo Brown et al. (2010), a incontinência de esforço e a incontinência mista são mais comuns durante a gravidez do que a incontinência de urgência isoladamente. O acentuado aumento do peso corporal figura como o principal fator contribuinte para o surgimento da IU de esforço nesse período (KOCAOZ et al., 2010).

Além disso, Sangsawang e Sangsawang (2013), relatam que a IU leva à diminuição da qualidade de vida (QV) durante a gestação. Aproximadamente um terço das mulheres incontinentes atribui valor máximo à interferência nas atividades diárias (SILVA e LOPES, 2009; HIGA et al., 2010). Portanto, a IU produz repercussões na saúde sexual, psicológica e social da mulher (OLIVEIRA et al., 2013; TORRISI et al., 2012), provocando um impacto negativo na sua qualidade de vida que é evidenciado nas atividades de vida diária, de vida

prática, ocupacionais, sociais, esportivas e de lazer (MORKVED et al. 2003; DOLAN et al., 2004; SCARPA et al., 2006; SANTOS, 2006).

O estudo é relevante por conta da alta prevalência da IU durante a gestação, ainda que transitória leva a um impacto negativo na QV. Ao apontar os principais fatores associados que levam a IU nesse período, pode-se identificar a presença de alguns sintomas comuns da patologia, que podem ser minimizados o mais cedo possível, melhorando a QV e diminuindo a prevalência de IU nessa população. Por consequência poderá contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção, levando a uma diminuição dos gastos pessoais e financeiros associados a tal disfunção. Além disso, inexistem estudos locais que traçam o perfil dessa população. Segundo o estudo de Higa et al., 2008, o reduzido número de estudos referentes aos fatores de risco para IU entre as mulheres brasileiras interfere na identificação dos principais fatores que causam a IU nessa população. Portanto, este estudo tem a seguinte questão problema: Quais são os fatores associados à incontinência urinária em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Araranguá/SC?

1.1 OBJETIVO

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados a incontinência urinária em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Araranguá/SC.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência de incontinência urinária em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde que residem no município de Araranguá/SC;
- Verificar os fatores associados a incontinência urinária em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde que residem no município de Araranguá/SC;
- Traçar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde que residem no município de Araranguá/SC;

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Mudanças Fisiológicas na Gestação.

A gravidez consiste de um processo fisiológico natural compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher a partir da fertilização. A preparação do corpo para a gestação envolve ajustes dos mais variados sistemas (MANTLE e POLDEN, 2005). Polden e Mantle (2000) afirmam que as mudanças gestacionais são o resultado direto da interação de quatro fatores: mudanças hormonais mediadas no colágeno e no músculo involuntário; aumento do volume total de sangue e assim para útero e rins; o crescimento do feto resultando na conseqüente ampliação e deslocamento do útero; e por fim o aumento do peso corporal e as mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura.

Em relação ao sistema genital, o colo torna-se mais macio e vascularizado, mas permanece firme até o início do parto. O segmento inferior do útero, região que se forma entre o corpo e o colo, torna-se funcionalmente contrátil e participa do mecanismo de dilatação do colo (VALADARES, 2010).

No sistema endócrino, durante a gravidez, por ação dos estrogênios, há um aumento das proteínas carreadoras dos hormônios tireoidianos, reduzindo a fração livre destes hormônios neste período (NEALE et al., 2007). O pâncreas endócrino materno é solicitado a produzir mais insulina. Há alguns fatores contra insulinêmicos presentes na gravidez que aumentam a resistência periférica à insulina, são eles a progesterona, o estrogênio, o hormônio lactogênio placentário e o cortisol (CUNNINGHAM et al., 2005; FERREIRA, 2011).

O aumento do fluxo sanguíneo para a hipófise permite que ela dobre o seu peso neste período. Dentre alguns hormônios e fatores liberadores que essa produz, está a prolactina que se encontra aumentada enquanto a ocitocina e a vasopressina não alteram a sua produção (FERREIRA, 2011).

As concentrações dos corticosteroides aumentam em decorrência do aumento dos estrogênios, promovendo aumento de até quatro vezes das proteínas carreadoras dos corticosteroides. Para que esses hormônios mantenham as taxas constantes, as funções das glândulas suprarrenais são estimuladas (FERREIRA, 2011).

A placenta é órgão exclusivo da gravidez e tem como função nutrir o feto e função endócrina, produzindo diversas substâncias com características hormonais, como o estrogênio, a progesterona, o hormônio lactogênio placentário, a gonadotrofina coriônica, o

TSH e a prolactina (DUARTE et al., 2004). O estrogênio tem por função aumentar a formação de vasos sanguíneos e de vasodilatação, já a progesterona possui potente ação vasodilatadora, diminuindo o tônus das fibras musculares lisas arteriais, além a gonadotrofina coriônica que é uma glicoproteína do corpo lúteo e o lactogênio placentário que é um polipeptídeo que relaciona-se com o peso fetal e placentário até as últimas semanas de gestação (DUARTE, 2011).

Quanto ao sistema tegumentar, ocorre a presença de cloasma e linea nigra que são modificações de cor da pele, caracterizadas por manchas de tonalidade castanho-escuro na face (cloasma) e na linha média infraumbilical (linea nigra), sendo causado devido ao aumento da progesterona que estimula a secreção da melatonina (FERREIRA, 2011). A presença de estrias, sendo os locais mais comuns nas mamas, abdome, região lateral das coxas e nádegas, se dá principalmente pelo acúmulo de tecido adiposo nestas regiões aumentando a pressão sobre as fibras elásticas da pele e rompendo-as. Deve-se também ao aumento do cortisol neste período, o qual enfraquece as fibras elásticas da pele (NUSSBAUM et al., 2006).

Já com relação ao aparelho digestivo, durante a gravidez, tanto a fome quanto o apetite estão exacerbados. Credita-se à necessidade metabólica a base para estas alterações (FERREIRA, 2011). As náuseas e vômitos são comuns no primeiro trimestre gestacional, porém mais intensos no início da gravidez, devido aos níveis elevados de esteroides sexuais e o aparecimento da gonadotrofina coriônica. Ocorre a presença de elúlide (hipertrofia) da gengiva que limita a higienização da cavidade oral e cáries, decorrentes da ação do estrogênio e da progesterona (CUNNINGHAM et al., 2005).

No esôfago a progesterona tem efeito relaxante sobre a musculatura lisa, predispondo à regurgitação e até esofagite de refluxo (FONSECA, 2008). No intestino, por ação da progesterona, a peristalse está reduzida ocasionando alteração na absorção de medicamentos, presença de obstipação e aparecimento de hemorróidas decorrentes do esforço para evacuar (FERREIRA, 2011). No estômago, durante a gravidez, a tendência é a hipotonia e consequente dilatação, aumentando o tempo de esvaziamento gástrico, dando a impressão que o alimento não foi digerido (FERREIRA, 2011).

Nas alterações do sistema cardiovascular, ocorrem incremento de volume circulante durante a gravidez (40% a 50%), fazendo com que o rendimento cardíaco aumente em igual proporção (SIBAI e FRANGIEH, 1995). Para atender a essa demanda o coração se adapta hipertrofiando todas as suas câmaras e aumentando a frequência de batimentos (FERREIRA,

2011). Devido à ação angiogênica do estrogênio e vasodilatadora da progesterona, a pressão arterial tende a cair durante a gravidez (CARLIN e ALFIREVIC, 2008).

No aparelho respiratório, com o evolver da gravidez, o útero cresce, reduzindo o tamanho do pulmão no sentido cefalocaudal (MACHADO et al., 2007). Como o mecanismo de compensação parcial, o tórax aumenta seus diâmetros laterolateral e anteroposterior (CRAPO, 1996; CUNNINGHAM et al., 2005). Ocorrendo também elevação da frequência do ritmo respiratório devido a ação da progesterona, podendo dar a impressão de dispneia (CARRARA et al., 1996; JENSEN et al., 2007).

2.2 Mudanças no Sistema Urinário na Gestação.

As alterações no sistema urinário são evidentes pelo aumento do tamanho e do peso dos rins. Por conta do aumento do volume circulante, praticamente todos os índices de fluxo e função renal estão aumentados durante a gravidez, como o fluxo renal plasmático, o *clearance* de creatinina e a taxa de filtração glomerular, o que justifica o aumento do tamanho e peso dos rins (CUNNINGHAM et al., 2005). O fluxo sanguíneo renal está em torno de 50% e a taxa de filtração glomerular entre 45 e 50%, este último deve-se à vasodilatação sistêmica (RIZK et al., 1996; O'DAY, 1997; YEOMANS e GILSTRAP, 2005).

A exacerbação do sistema renina-angiotensina é compensada com os efeitos da progesterona. A retenção de sódio e água é notável, possibilitando arredondamento das formas corporais da grávida e hidratação adequada dos ligamentos da cintura pélvica (CUNNINGHAM et al., 2005). A ação da progesterona provoca hipotonia da bexiga urinária e a compressão progressiva pelo útero faz com que ela tenha sua capacidade reduzida, provocando aumento da frequência das micções (FERREIRA, 2011).

2.3 Incontinência Urinária na Gestação.

Sabe-se que a gravidez por si só, é um importante fator etiológico da incontinência urinária. Diante de tantas alterações encontra-se a sobrecarga do assoalho pélvico, estrutura importante para o suporte uretral e mecanismo de continência urinária (DALLEY e MOORE, 2001).

O assoalho pélvico possui o importante papel de sustentar os órgãos internos, tendo como principais o útero, a bexiga e o reto. É constituído pelo diafragma pélvico, que por sua

vez é formado pelo músculo levantador do ânus e coccígeo; e o diafragma urogenital, formado principalmente pelo músculo transverso profundo do períneo (KHALE et al., 2000).

O músculo levantador do ânus se divide em três partes, nas quais se fundem com o músculo contralateral, formando a placa do levantador. Esta placa é dinâmica, altera constantemente sua tensão e se ajusta às alterações da pressão intra-abdominal. Sobre ela apoiam-se a bexiga, os dois terços superiores da vagina e o reto, assim quando a pressão intra-abdominal é aumentada, as vísceras são empurradas contra a placa dos levantadores contraída (DUARTE, 2011).

As situações de sobrecarga na musculatura do assoalho pélvico, como partos e aumento excessivo de peso, causam alongamentos nesta musculatura, assim como na mucosa vaginal (SANTOS et al., 2010). A fásia não possui elasticidade, podendo assim se romper ou desprender-se de seu local, formando diferentes defeitos no assoalho pélvico, como as chamadas hérnias, desencadeando assim a incontinência urinária (SANTOS et al., 2010).

Na uretra, a ação da progesterona favorece o relaxamento da musculatura lisa e a relaxina determina a diminuição do tônus e da força dos músculos do assoalho pélvico, pelo distanciamento das fibras colágenas e aumento da deposição hídrica no tecido conjuntivo. Como consequência, há a diminuição da pressão máxima de fechamento uretral, o que torna favorável a perda urinária (MORENO, 2009). Além disso, foi verificado que níveis elevados de progesterona levam a hipotonicidade das estruturas do assoalho pélvico, o que influencia no desencadeamento de sintomas urinários no início da gestação (WIJIMA et al., 2008).

Dessa forma, com as mudanças fisiológicas que ocorrem na gestação, observa-se as alterações no sistema urinário, no tamanho e peso dos rins, sobrecarregando o assoalho pélvico, o que explica o alto índice de incontinência nessa população.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Nesta pesquisa, a prevalência de IU e seus fatores associados serão avaliados num único momento, através de um estudo transversal do tipo analítico descritivo. Estudos analíticos são descritos para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença. Uma das principais formas de estudo analítico, é o estudo transversal, no qual determina a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde numa população específica. As características dos indivíduos classificados como doentes são comparadas às aquelas classificadas como não doentes. O estudo descritivo tem por objetivo determinar a distribuição de doenças segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, examinando como a incidência ou a prevalência de uma doença varia de acordo com determinadas características (LIMA-COSTA e BARRETO, 2003).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.2.1 POPULAÇÃO

A população desse estudo será constituída por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde residentes em Araranguá – Santa Catarina. De acordo com um levantamento de dados realizado em 2013, por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, há cerca de 615,22/100 mil gestantes no município de Araranguá/SC.

3.2.2 AMOSTRA

A amostra será recrutada em unidades básicas de saúde do município de Araranguá. Os critérios de inclusão para este estudo são: gestantes independentemente da idade gestacional, primíparas e multíparas, que estão realizando o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde. Serão excluídas gestantes que possuem sintomas autorrelatados de

infecção do trato urinário ou gestação de alto risco (diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial gestacional, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, ruptura prematura de membranas e gestação múltipla).

3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para a condução dessa pesquisa, serão aplicados instrumentos para rastreamento afim de determinar as gestantes elegíveis à pesquisa, identificar os casos de incontinência urinária e os fatores associados a esses sintomas.

3.3.1 Ficha de Rastreamento para Determinar as Gestantes Elegíveis

A Ficha de Rastreamento das participantes do estudo (Apêndice 1), tem o objetivo de determinar as gestantes elegíveis à pesquisa. Serão coletadas individualmente, em forma de entrevista, as seguintes variáveis: Dados pessoais (nome, idade, idade gestacional e unidade básica de saúde em foi realizada a coleta); sintomas da infecção urinária (disúria, aumento da frequência urinária, alteração do aspecto físico da urina); doenças associadas (diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial gestacional, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura de placenta, gestação múltipla). A Ficha de Rastreamento Para Determinar as Gestantes Elegíveis foi desenvolvida pelas autoras do projeto de pesquisa tomando como base dados da literatura.

3.3.2 Ficha de Identificação de Fatores Associados para a Incontinência Urinária.

A Ficha de Identificação de Fatores Associados para a Incontinência Urinária (Apêndice 2), identificará os fatores que podem estar associados a IU em mulheres grávidas, que será aplicada individualmente, em forma de entrevista. Este instrumento foi desenvolvido pelos pesquisadores, baseado em fatores amplamente discutidos na literatura (BØ, 2004; MORENO, 2004; HIGA e LOPES, 2005; AGOSTINHO, AMARO e TRINDADE, 2005; CHIARAPA, CACHO e ALVES 2007; HIGA, LOPES e REIS, 2008).

O instrumento é dividido em oito subgrupos, sendo estes: Dados pessoais, Fatores Socioeconômicos, Fatores Ginecológicos, Fatores Obstétricos, Fatores Clínicos, Fatores Comportamentais, Fatores Antropométricos e Fatores Hereditários.

Nos dados pessoais, as variáveis analisadas serão: escolaridade, profissão, estado civil. Nos fatores socioeconômicos, serão questionadas quanto ao número total de pessoas que residem com a gestante, renda familiar, e se ela recebe algum tipo auxílio socioassistencial.

As variáveis analisadas nos fatores ginecológicos serão: uso de reposição hormonal e o nome do medicamento utilizado, se houve realização de procedimento cirúrgico ginecológico e qual via de acesso (vaginal ou abdominal). Nos fatores obstétricos serão avaliados a idade gestacional (semanas), a data do primeiro pré-natal e o total de pré-natais realizados. Se a gestante é primigesta ou multigesta, presença de aborto e a sua causa. Se for multigesta será identificado o número de partos normais e/ou partos cesários. Qual o tipo de parto realizado na gestação anterior, se o parto tenha sido normal, será questionado se houve a realização de episiotomia, se houve laceração, se foi utilizado o fórceps e se houve presença de complicações no parto ou no pós-parto, se houve intercorrências na gestação anterior. Será também analisado, horas de trabalho do parto mais demorado, o peso do maior bebê nascido e o intervalo interpartal.

Nos fatores clínicos serão identificadas doenças associadas que a gestante possa apresentar como: colesterol alto, presença de algum tipo de doença cardíaca, gastrite, labirintite, histórico de câncer no trato genit urinário, hemorroidas, sinusite, glaucoma, hérnia de disco, bronquite, hipotireoidismo e constipação crônica. Será questionado se faz uso de medicação diária e qual o medicamento utilizado.

Nos fatores comportamentais, será identificado se a paciente faz uso de algumas substâncias com frequência como álcool, cigarro, café, ingestão de frutas cítricas, se a gestante realizava algum tipo de exercício físico com frequência anteriormente a gestação e se realiza algum tipo de exercício físico atualmente como ginástica, caminhadas, hidroginástica e qual a frequência semanal.

Nos fatores antropométricos serão feitas medidas de altura, circunferência abdominal, peso atual e também será questionado quanto ao peso anterior a gestação. Nos fatores hereditários será questionado quanto ao histórico familiar de IU (filha, mãe, avó, irmã, tia), a raça (branca, negra, indígena, asiática ou outra) e a presença de IU antes da gestação e na gestação anterior.

3.3.3 *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF).*

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* (Anexo 1), é um questionário de triagem para IU, que avalia a frequência e a quantidade de perda urinária, a situação de perda de urina e a interferência dessa condição nas atividades de vida diária. A aplicação do questionário será feita individualmente, através de entrevista, iniciada com duas perguntas que investigam a frequência e a quantidade de perda urinária. Em seguida, quantifica o impacto sobre a qualidade de vida em escala analógica que varia de 0 (nenhum impacto sobre a qualidade de vida) a 10 (grande impacto). Por último, são investigadas as situações nas quais ocorre perda urinária como, por exemplo, durante a tosse ou espirro. A versão para o português do ICIQ-SF foi validada por Tamanini e colaboradores (2004) para aplicação em brasileiros de ambos os sexos e, devido a sua simplicidade e brevidade, constitui instrumento prático para utilização em contexto clínico ou epidemiológico.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada nos postos de saúde do município de Araranguá. Serão realizadas visitas aos postos de saúde no dia da consulta obstétrica e as gestantes serão convidadas a participarem da pesquisa. Serão apresentados os objetivos do estudo. As gestantes participantes serão mulheres que concordarão em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que preencham aos critérios de inclusão da pesquisa.

O procedimento será realizado nos períodos entre junho a outubro de 2017, será realizado em forma de entrevista, individualmente, tendo uma duração em média de 30 minutos sendo realizado antes ou após a consulta com o médico (a). Será feita uma avaliação, utilizando três questionários. O primeiro questionário aplicado será a Ficha de Rastreamento para Determinar as Gestantes Elegíveis. O segundo questionário será o ICIQ-SF, que irá determinar se a gestante possui incontinência urinária e o terceiro questionário aplicado será a Ficha de Identificação de Fatores Associados para IU, que irá identificar os principais fatores de risco relacionados com a incontinência urinária na gestante.

As mulheres que apresentarem sintomas de IU poderão procurar enquanto gestante ou após o parto, o projeto Araranguá Continente: Avaliação e Tratamento Fisioterapêutico para Mulheres com Incontinência Urinária, que tem como objetivo, avaliar e tratar mulheres com esta patologia no município.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados serão armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante será cadastrada segundo um número codificador. A análise estatística será realizada no pacote estatístico *SPSS – Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0).

Inicialmente, todas as variáveis serão analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas).

Para associação entre variáveis categóricas, será utilizado o teste de Qui Quadrado χ^2 ou exato de Fisher, quando necessário. A comparação entre os dois grupos, com variáveis numéricas, será realizada por meio do teste *t* para amostras independentes ou teste de Mann-Whitney, conforme a distribuição dos dados. A comparação entre proporções será realizada no Software MedCalc®.

Para verificar os fatores associados será utilizado uma regressão logística binária. Será adotado um nível de significância de 5%.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINHO, A.D.; AMARO, J.L.; TRINDADE, J.C.S. Epidemiologia da Incontinência Urinária Feminina. In: AMARO, J.L. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma, 2005. 328 p.
- BØ, K. Urinary Incontinence, Pelvic Floor Dysfunction, Exercise and Sport. *Sports Medicine*, 34(7): 451-464, 2004.
- BO, K.; FRAWLEY, H.C.; HAYLEN, B.T.; et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2017;28:191–213.
- BROWN, S.J.; DONATH, S.; MACARTHUR, C.; MCDONALD, E.; KRASSTEV, A.H. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J*. 2010; 21 (2): 193-202
- CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. Avaliação Cinético Funcional. Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2007. 236 p.
- CARLIN, A.; ALFIREVIC, Z. Physiological changes of pregnancy and monitoring. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008; 22:801-823.
- CARRARA, H.H.A.; DUARTE, G.; PHILBERT, P.M.P. Semiologia obstétrica. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1996; 29: 88-103.
- CRAPO, R.O. Normal cardiopulmonary physiology during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1996 39: 3-16.
- CUNNINGHAM, G.F.; LEVENO, K.J.; BLOOM, S.L.; HAUTH, J.C.; GILSTRAP, L.C.; WENSTROM, K.D. Maternal physiology. In: Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD (Editors). *Williams obstetrics*. 22 edition. New York: McGraw-Hill; 2005b. p.121-150.
- DALLEY II, A. F.; MOORE, K. L. Anatomia: orientada para a clínica. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- DOLAN, L.M.; WALSH, D.; HAMILTON, S.; et al. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal: London*, v. 15, p. 160-4, 2004.

DUARTE, G. Modificações e Adaptações do Organismo Materno Decorrentes da Gravidez
In: FERREIRA, C. H. J. Fisioterapia na Saúde da Mulher: teoria e prática. Rio de Janeiro:
Guanabara Koogan, 2011.

DUARTE, G.; CUNHA, S.P.; FILHO, M.; NOGUEIRA, A.A.; BEREZOWSKI, A.T.;
RODRIGUES, R.; YANO, R.K. Protocolos de Conduta em Gestação de Alto. 3ª edição.
Ribeirão Preto: FUNPEC; 2004.

FERREIRA, C.H.J.; Fisioterapia na Saúde da Mulher: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro,
2011.

FLORÊNCIO, R.C.C.C.; et al. Fisioterapia na Prevenção e Tratamento da Incontinência
Urinária na Gravidez: Uma revisão de literatura. An da Jor de Fisiot da UFC. Fortaleza, 2015.

FONTE: Ministério da Saúde – DATASUS | Sistema de informação da Atenção Básica –
Cadastramento Familiar.

FONSECA, E.S.V.B.; CABAR, F.R.; NOMURA, R.M.Y. Repercussões da gravidez no
organismo materno. In: Zugaib M. Zubaib obstetrícia. São Paulo: Manole; 2008. p 157-182.

FRITEL, X.; FAUCONNIER, A.; BADER, G.; et al. Diagnosis and management of adult
female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of
Gynaecologists and Obstetricians. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;151:14-9.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher.
Revista Brasileira de Enfermagem, 58(4); 422-428, 2005.

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

HIGA, R.; RIVORÊDO, C.R.S.F.; CAMPOS, L.K.; LOPES, M.H.M.; TURATO, E.R.
Vivências de mulheres Brasileiras com incontinência urinária. Rev. Esc. Enferm.
2010;19(4):627-35.

JENSEN, D.; WEBB, K.A.; WOLFE, L.A.; O'DONNELL, D.E. Effects of human pregnancy
and advancing gestation on respiratory discomfort during exercise. Respir Physiol Neurobiol
2007; 156:85-93.

KHALE, W.; LEONHARDT, H.; PLATZER, W. Atlas de Anatomia: aparelho de movimento.
São Paulo: Atheneu, 2000.

KNORST, M.R.; ROYER, C.S.; BASSO, D.M.; RUSSO, J.S.; GUEDES, R.G.; RESENDE, T.L. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. *Fisioter Pesq.* 2013; 20(3):204-9.

KOCAOZ, S.; TALAS, M.S.; ATABEKOGLU, C.S. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs.* 2010; 19 (23-24): 3314-23.

LIANG, C.C.; CHANG, S.D.; LIN, S.J.; LIN, Y.J. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2012;285:1205-10.

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e serviço de Saúde.* Belo Horizonte, p.189-201, 2003.

LOPES, D.B.M.; PRAÇA, N.S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(4): 667-74.

MORKVED, S. et al. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, Oklahoma*, v. 101, n. 2, p. 313-9, 2003.

MACHADO, M.G.R.; AROEIRA, R.M.C.; ASSUMPCÃO, J.A. Alterações do Sistema Respiratório na Gravidez. In: Baracho E (Editora). *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia.* 4ª ed. Belo Horizonte: Medsi – Guanabara Koogan; 2007. P.42 – 51.

MANTLE, J.; POLDEN, M. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia.* São Paulo: Editora Santos, 2005.

MORENO, A.L. Avaliação Fisioterapêutica. *Fisioterapia em Uroginecologia.* São Paulo: Manole, 2004. 187 p.

MORENO AL. *Fisioterapia em uroginecologia.* 2ª ed. Barueri: Manole; 2009.

NEALE, D.M.; COTAUCO, A.C.; BURROW, G. Thyroid disease in pregnancy. *Clin Perinatol* 2007; 34: 543-57.

NUSSBAUM, R.; BENEDETTO, A.V. Cosmetic aspects of pregnancy *Clin Dermatol* 2006;24:133-141.

O'DAY, M.P. Cardio-respiratory physiological adaptation of pregnancy. *Seminars in Perinatology*, v. 21, n. 4, p. 268-275, 1997.

OLIVEIRA, C.; SELEME, M.; CANSI, P.F.; CONSENTINO, R.F.; KUMAKURA, F.Y.; MOREIRA, G.A.; et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(5):460-6.

POLDEN, M.; MANTLE, J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia.* 2 ed. São Paulo: Santos, 2000.

PRADO, D.S.; LIMA, T.I.; MOTA, V.P.; Conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ciênc Med Saúde.* 2013; 2(2):12-7.

RIZK, N.W.; KALASSIAN, K.G.; GILLIGAN, T.; et al. Obstetric complications in pulmonary and critical care medicine. *Chest*, v. 110, p. 791-809, 1996.

SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and etiology. *Int Urogynecol J.* 2013; 24(6):901-12.

SANTOS, A.L.; et al. Intervenção Fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço em mulheres, com ênfase no tratamento postural e comportamental. *Revista Unorp.* São José do Rio Preto, 2010.

SANTOS, P.C. Prevalência e impacto da incontinência urinária de estresse: antes e durante a gravidez. *Acta Médica Portuguesa: Lisboa*, v. 19, p. 34956, 2006.

SCARPA, K.P.; et al. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Revista Associação Médica Brasileira: São Paulo*, v. 52, n. 3, p. 153-6, 2006.

SCARPA, K.P.; HERRMANN, V.; PALMA, P.C.R.; RICETTO, C.L.Z.; MORAIS, S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30 (7): 355-9.

SHARMA, J.B.; AGGARWAL, S.; SINGHAL, S.; KUMAR, S.; ROY, KK. Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study. *Arch Gynecol Obstet* 2008;279:845-51.

SIBAI, B.M.; FRANGIEH, A. Maternal adaptation to pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995; 7:420-426.

SILVA, L.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária em mulheres: Razões da não procura por tratamento. *Rev. Esc. Enferm.* 2009; 43(1):72-8.

STOTHERS, L.; FRIEDMAN, B. Risk factors for the Development of Stress Urinary Incontinence in Women. *Curr Urol Rep.* 2011; 12:363-69.

TAMANINI, J.T.N.; DAMDROS, M.; D'ANCORA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO, J.N.R. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004; 38 (3): 438-44.

TORRISI, G.; MININI, G.; BERNASCONI, F.; PERRONE, A.; TREZZA, G.; GUARDABASSO, V.; et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;160(1):110-5.

VALADARES, J.D. Adaptações Fisiológicas da Gestação. In: BARACHO, Elza. *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 2. p. 17-11. de da Mulher. São Paulo: Roca, 2011. Cap. 17. p. 184-189.

WESNES, S.L.; LOSE, G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecol J* 2013; 24:889-99.

WIJIMA, J.; POTTERS, A.E.W.; WOLF, B.T.H.M.; TINGA, D.J.; AARNOUDSE, J.G. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. 2008.

WIJIMA, J.; WEIS POTTERS, A.E.; TINGA, D.J.; AARNOUDSE, J.G. The diagnostic strength of the 24-h pad test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19:525-30.

YEOMANS, E. R.; GILSTRAP, L. C. Physiological changes in pregnancy an their impact on critical care.. *Crit. Care Med.*, v. 33 (suppl.) n. 10, S256-S258, 2005.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Fatores Associados a Incontinência Urinária em Gestantes Usuárias do Sistema Único de Saúde no Município de Araranguá”. Nesta pesquisa pretendemos analisar os principais fatores associados que levam a incontinência urinária nas gestantes. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Será aplicado três questionários separadamente em forma de entrevista e individualmente. Não há riscos envolvidos nesta pesquisa. Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A Sra. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Santa Catarina e a outra será fornecida a Sra. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa “Fatores Associados a Incontinência Urinária em Gestantes Usuárias do Sistema Único de Saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Araranguá, _____ de _____ 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do pesquisador responsável:

E-mail:

APÊNDICE 2 - FICHA DE RASTREAMENTO**FICHA DE RASTREAMENTO**

Nome: _____

Data: ___/___/___

Idade: _____ anos

Idade gestacional: _____ semanas

Posto de saúde: _____

Sintomas de Infecção Urinária

Você apresenta algum destes sintomas?

- Disúria
- Aumento da frequência urinária
- Alteração do aspecto físico da urina (coloração escura, aparência turva e odor forte)

Doenças Associadas à Gestação de Alto Risco

Você apresenta algumas destas doenças?

- Diabetes Mellitus gestacional
- Hipertensão Arterial Gestacional
- Descolamento prematuro de placenta
- Ruptura prematura de membranas
- Gestação múltipla

APÊNDICE 3 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data: __/__/__
 Telefone: _____ Profissão: _____
 Rua: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____

Escolaridade: () Analfabeto Estado Civil: () Solteira
 () Fundamental Incompleto () Casada
 () Fundamental Completo () Divorciada
 () Médio Incompleto () Viúva
 () Médio Completo () Outros
 () Ensino Superior
 () Pós-Graduação

FATORES SOCIOECONÔMICOS

Quantas pessoas moram na sua residência? _____
 Você recebe algum benefício socioassistencial? _____
 Renda familiar:
 () até R\$2800,00
 () Igual ou maior que R\$2800,00 e menor que R\$5600,00
 () Igual ou maior que R\$5600,00 e menor que R\$8400,00

FATORES GINECOLÓGICOS

Já realizou algum procedimento cirúrgico ginecológico? Sim () Não ()
 Qual? _____ () Via Vaginal () Via Abdominal
 Há quanto tempo? _____

FATORES OBSTÉTRICOS

Idade gestacional: _____ semanas

Quando iniciou o pré-natal? ___/___/___ Quantos pré-natais realizou: ()

G___ Pn ___ Pc___ A ___ Causa do aborto: _____

Tipo de gravidez atual () Única () Dupla () Tripla

Parto anterior: () Normal () Cesária

Intercorrência em gestações anteriores: _____

Realizou episiotomia durante o parto normal: () Sim () Não () Não lembro

Laceração durante o parto normal: () Sim () Não () Não lembro

Utilização do fórceps durante o parto normal: () Sim () Não () Não lembro

Complicações no parto ou pós-parto: _____

Horas de trabalho de parto (do mais demorado): _____

Peso do maior nascido: _____ quilogramas

Último Intervalo Interpartal: _____

FATORES CLÍNICOS

Doenças associadas:

- | | |
|--|-------------------------|
| () Sinusite | () Hipotireoidismo |
| () Glaucoma | () Hérnia de Disco |
| () Colesterol alto | () Bronquite |
| () Gastrite | () Constipação crônica |
| () Labirintite | () Hemorroidas |
| () Histórico de câncer no trato geniturinário | |

Medicação diária: _____

FATORES COMPORTAMENTAIS

Faz uso de alguma dessas substâncias listadas abaixo com frequência:

- () Álcool
- () Cigarro
- () Café
- () Ingestão de frutas cítricas

Realizava algum tipo de atividade física antes da gestação: () Sim () Não

Qual: _____ Frequência semanal: _____ vezes

Realiza algum tipo de atividade física atualmente listadas abaixo com frequência:

() Não realiza

() Ginástica

() Caminhada

() Hidroginástica

() Outros _____

Frequência semanal: _____ vezes

FATORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso antes da gestação: _____ kg Peso atual: _____ kg

Altura: _____ m IMC: _____ kg/m²

Perímetro: Cintura _____ cm

FATORES HEREDITÁRIOS

Histórico familiar de IU: () Sim () Não

Grau de parentesco: () Filha () Mãe () Avó () Irmã () Tia

Raça: () Branca () Negra () Indígena () Asiática () Outra

Apresentava perda urinária antes da gestação? () Sim () Não

Apresentava perda urinária na gestação anterior? () Sim () Não

ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de Risco para Incontinência Urinária em Mulheres Residentes na Região de Araranguá

Pesquisador: Janaisa Franck Virtuoso

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53023716.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.661.484

Apresentação do Projeto:

O Projeto é vinculado ao curso de graduação em Fisioterapia da UFSC - Centro de Araranguá. A pesquisa é exploratória do tipo transversal analítica, pois pretende analisar simultaneamente os fatores de risco e a presença de incontinência urinária entre mulheres residentes na região de Araranguá. Por meio desse tipo de estudo é possível investigar a associação entre exposição (fatores de risco) e desfecho (incontinência urinária).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar os fatores de risco para incontinência urinária em mulheres residentes na região de Araranguá.

Objetivos Específicos:

- Verificar a prevalência e os fatores de risco para incontinência urinária em mulheres residentes na região de Araranguá;
- Identificar os sintomas de gravidade incontinência urinária entre as mulheres residentes na região de Araranguá;
- Verificar possíveis relações entre a presença de incontinência urinária (desfecho) e os fatores de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Balne: Trindade CEP: 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.proposa@contri.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.661.484

risco (exposição) em mulheres residentes na região de Araranguá.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios adequadamente previstos e mencionados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com proposta relevante, hipóteses e objetivos bem definidos. A metodologia a ser utilizada permite atingir os objetivos do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram adequadamente apresentados e o TCLE readequado conforme solicitado.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as adequações no projeto foram realizadas, portanto o presente protocolo de pesquisa está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_632164.pdf	20/07/2016 11:19:50		Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.doc	20/07/2016 11:19:12	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_CORRECOES_2.docx	19/07/2016 17:26:17	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	CARTA_AO_COMITE.doc	20/04/2016 14:57:58	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_COM_CORRECOES.doc	20/04/2016 14:57:18	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_CORRECOES.docx	20/04/2016 14:57:03	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CIENCIA.pdf	05/02/2016	Janeisa Franck	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Balma: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.pesq@contis.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.681.484

Outros	DECLARACAO_DE_Ciencia.pdf	10:16:19	Virtuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.doc	02/02/2016 11:09:50	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/02/2016 11:09:31	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PROJETO.pdf	02/02/2016 11:08:40	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 03 de Agosto de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Praia Ritoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 232, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contab.ufsc.br