



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE
RIO GRANDE, RS**

ALESSANDRA COELHO DZIEKANIAK

2018



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE
RIO GRANDE, RS**

**ALESSANDRA COELHO DZIEKANIAK
Mestranda**

**JURACI A. CESAR
Orientador**

RIO GRANDE, RS, ABRIL DE 2018

ALESSANDRA COELHO DZIEKANIAK

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE
RIO GRANDE, RS**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Juraci Cesar

RIO GRANDE, RS, ABRIL DE 2018

ALESSANDRA COELHO DZIEKANIAK

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE
RIO GRANDE, RS**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Juraci A. Cesar
Orientador

Prof^a. Dr^a Maria Laura Vidal Carrett
Examinador externo – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Raul A. Mendoza-Sassi
Examinador interno

Prof. Dr. Silvio O. Macedo Prietsch
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, ABRIL DE 2018

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------------|--|
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEPAS | Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DM | Diabetes Mellitus |
| FURG | Fundação Universidade Federal do Rio Grande |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| IU | Incontinência Urinária |
| PPGSP | Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública |
| SIC | Sociedade Internacional de Continência |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

Incontinência urinária entre idosos residentes na área rural do município de Rio Grande, RS

Resumo

Objetivo: medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de Incontinência Urinária (IU) entre idosos residentes na área rural do município de Rio Grande, RS.

População alvo: idosos com 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes na área rural desse município entre os meses de abril e outubro de 2017.

Delineamento: estudo transversal de base populacional.

Desfecho: perda involuntária de urina.

Processo amostral: baseado em informações do IBGE e prefeitura municipal, o município foi dividido em setores, sendo visitados de forma sistemática, quatro em cada cinco domicílios, da área rural. À todos os moradores com 60 anos ou mais aplicou-se questionário padronizado, buscando informações sobre características demográficas, socioeconômicas, habitacionais, hábitos e costumes, padrão de morbidade e de utilização serviços de saúde.

Análises: foi utilizado o teste qui quadrado para comparar proporções e regressão de Poisson com ajuste da variância robusta na análise multivariada. A medida de efeito utilizada foi razão de prevalências (RP). A análise ajustada baseou-se em modelo hierárquico com três níveis previamente construído. Adotou-se nível de confiança de 95% para teste bicaudal e foram mantidos no modelo aquelas variáveis cujo p valor foi menor do que 0,20.

Resultados: o estudo incluiu 1028 idosos, perfazendo 90,9% do total. A prevalência de IU foi de 15,9% (IC95%: 13,6%-18,1%). Após ajuste, a análise mostrou que pertencer ao sexo feminino teve RP=3,72 (2,66-5,21) em relação ao sexo masculino. Mostrou ainda que quanto maior a idade maior o risco de desenvolver IU. Perceber seu próprio estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim mostrou RP=1,68 (1,25-2,26) e quanto maior o número de morbidades referidas maior a probabilidade de ocorrência de IU.

Conclusões: a elevada prevalência encontrada pode ser considerada como um problema na saúde dos idosos da área rural. As recomendações desse estudo são: alertar aos idosos que essa não é uma condição que deva ser aceita como parte do envelhecimento; informar aos profissionais de saúde que devem buscar identificar essa condição quando presente no idoso e ao gestor para instituir programas que valorizem os efeitos deletérios dessa condição na saúde do idoso.

Descritores: Idosos, área rural, incontinência urinária.

Urinary incontinence in elderly people living in the rural área of Rio Grande, RS

Abstract

Objective: To measure prevalence and identify factors associated with the occurrence of urinary incontinence (UI) among elderly people living in the rural area of Rio Grande (RS), Brazil.

Target population: Non-institutionalized elderly people 60 years of age and over living in the rural area of this municipality between April and October 2017.

Design: This is a population-based cross-sectional study.

Outcome: Involuntary loss of urine.

Sampling: Based on information from the IBGE and the local municipality, the municipality was divided into sectors, in which communities were indicated and all the households visited. Sampling was systematic and included four out of five households, which reveals coverage of 80% of rural households. All those aged 60 and over were submitted to a standardized questionnaire, seeking information on demographic and socioeconomic characteristics, housing conditions, habits and customs, pattern of morbidity and use of health services.

Analysis: We used the chi-square test to compare proportions and Poisson regression with robust variance adjustment in the multivariable analysis. This analysis followed a previous hierarchical model. Prevalence ratio was the measure of effect.

Results: In total, 1,028 elderly people participated in this study (90.9% of the total). The prevalence of UI was 15.9% (95%CI:13.6%-18.1%). The adjusted analysis showed a significantly higher probability of UI among older women with fair, poor or very poor self-perceived health and with a higher number of referred morbidities.

Conclusion: Due to the high occurrence of UI observed, we recommend to warn the elderly that this is not a condition that is part of ageing; to stimulate health professionals to identify early and adequately manage this condition; and to encourage health managers to create programs aimed at reducing the deleterious effects of this condition on the health of the elderly.

Keywords: Urinary Incontinence, Aged, Rural Areas.

CONTEÚDOS DO VOLUME

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Projeto | 11 |
| 2. | Relatório do trabalho de campo | 33 |
| 3. | Normas da Revista a qual o artigo será submetido | 45 |
| 4. | Artigo | 50 |
| 5. | Nota à imprensa | 71 |
| 6. | Apêndices | 73 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | Introdução | 11 |
| 1.1 | Revisão bibliográfica | 12 |
| 1.2 | Processo de busca de artigos | 13 |
| 1.3 | Prevalência do desfecho principal | 14 |
| 1.4 | Fatores associados | 15 |
| 1.4.1 | Fatores demográficos | 15 |
| 1.4.2 | Fatores socioeconômicos | 15 |
| 1.4.3 | Fatores relacionados a hábitos de vida | 16 |
| 1.4.4 | Fatores relacionados às condições de saúde | 17 |
| 2 | Justificativa | 19 |
| 3 | Objetivos | 20 |
| 3.1 | Objetivo geral | 20 |
| 3.2 | Objetivos específicos | 20 |
| 4 | Hipóteses | 21 |
| 5 | Metodologia | 21 |
| 5.1 | Local do estudo | 21 |
| 5.2 | População alvo | 22 |
| 5.3 | Delineamento | 22 |
| 5.4 | Processo e parâmetros amostrais | 22 |
| 5.5 | Variáveis dependentes e independentes | 23 |
| 5.6 | Seleção e treinamento de entrevistadores e estudo piloto | 25 |
| 5.7 | Logística | 25 |
| 5.8 | Processamento e análise de dados | 26 |
| 5.9 | Controle de qualidade | 27 |
| 5.10 | Aspectos éticos | 27 |
| 6. | Divulgação dos Resultados | 28 |
| 7 | Orçamento | 28 |
| 7.1 | Fontes de financiamento | 29 |
| 8 | Cronograma | 29 |
| 9 | Referências bibliográficas | 30 |
| 10 | Relatório do Trabalho de Campo | 33 |
| 11 | Normas da Revista | 45 |
| 11.1 | Artigo | 50 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 11.2 | Nota à imprensa | 71 |
| 12 | Apêndices | 73 |
| 12.1 | Quadros auxiliares à revisão de literatura | 74 |
| 12.2 | Instrumento de coleta de dados | 79 |

1 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) caracteriza-se pela perda involuntária de urina, conforme definição da Sociedade Internacional de Continência (SIC) (Abrams PC et al, 2003). É um problema comum, afeta milhões de indivíduos em todo o mundo e destaca-se entre os idosos, nos quais a prevalência varia de 9% a 55% (Loh KY et al, 2006). É mais prevalente entre as mulheres, com pico de incidência ocorrendo ao redor da menopausa, enquanto nos homens isso se dá em idade mais avançada. Após os 80 anos, ambos os sexos são igualmente afetados (Waag A et al, 2015).

A IU pode ocorrer de forma aguda e transitória, quando se resolve espontaneamente após a resolução da causa base, ou crônica, quando não há resolução espontânea (Waag A et al, 2015). Quanto aos mecanismos de ocorrência, os principais são IU de esforço, de urgência ou mista. A IU de esforço resulta de fraqueza do esfíncter uretral, caracteriza-se clinicamente pela perda involuntária de urina durante o ato de tossir, espirrar, rir ou executar algum esforço físico. A IU de urgência é a mais comum e decorre da hiperatividade do músculo detrusor, caracteriza-se clinicamente pela urgência em esvaziar a bexiga acompanhada de perda de urina, na ausência de infecção do trato urinário (Nygaard I, 2010). A IU mista resulta da combinação dos dois primeiros tipos e é mais frequente entre os de maior idade. A identificação do tipo de IU, o conhecimento da sua fisiopatologia e das causas associadas a sua ocorrência auxiliam na determinação do tratamento a ser instituído (Khandelwal C, Kistler C, 2013).

Entre os idosos, a ocorrência da IU é diretamente influenciada pela redução da elasticidade da bexiga, redução da força e hiperatividade do músculo detrusor, deficiência de estrogênio, atrofia do esfíncter urinário externo e hiperplasia da próstata. Sofre ainda influência indireta do processo de envelhecimento, que leva à redução da capacidade neurológica e cognitiva, à perda da mobilidade adequada, à necessidade de suplementação medicamentosa e ao surgimento de limitações que tornam o ambiente domiciliar menos seguro, como redução da visão e da audição, além da instabilidade postural e a sensação iminente de queda (Loh KY et al, 2006; Gibson W, Waag A, 2014).

Apesar da elevada prevalência, menos da metade dos portadores busca atendimento ou sequer relata o problema de forma espontânea, mesmo durante consulta médica. O principal motivo pelo qual os portadores de IU não procuram atendimento é a presunção de que essa condição faz parte do processo de envelhecimento. Outros motivos encontrados

são: vergonha em relatar, medo de cirurgia, crença de que não há cura e receio dos gastos que podem advir do tratamento. (Gibson W, Waag A, 2014).

A IU é considerada uma doença estigmatizante que traz ao indivíduo consequências danosas do ponto de vista físico e psicológico. As complicações físicas estão associadas ao aumento na ocorrência de infecções do trato urinário e da pele, quedas, fraturas e hospitalizações. As consequências psicológicas são, talvez, ainda maiores e mais difíceis de medir. Idosos acometidos por essa condição relatam constrangimento pelas frequentes idas ao banheiro, pelo odor desagradável, por parecer que lhes falta higiene adequada e nos homens, medo de uma possível associação com impotência sexual. Referem ainda raiva, culpa, depressão e baixa autoestima (Gibson W, Waag A, 2014; Loh KY et al, 2006).

A combinação de todos esses sinais, sintomas e percepções leva à principal complicação associada a todos os tipos de IU, o isolamento social, quando ocorre o afastamento de suas atividades de lazer, de trabalho e do convívio com amigos e familiares. Por fim, outra séria consequência da IU é a dificuldade de encontrar cuidadores, o que aumenta o risco de institucionalização do idoso. Soma-se a isso o aumento dos gastos por parte do idoso quando da aquisição de medicamentos, realização de exames diagnósticos, tratamento cirúrgico, reabilitação, higiene pessoal e contratação de cuidadores (Loh KY et al, 2006; Gibson W, Waag A, 2014).

Apesar de bastante prevalente e de sua influência negativa na saúde física e mental dos idosos, há poucos estudos sobre IU, principalmente em área rural. Daí a necessidade de realização desse estudo, cujo objetivo é identificar a prevalência e os fatores associados à IU nos idosos acima de 60 anos que residem na zona rural do município de Rio Grande.

1.1 Revisão bibliográfica

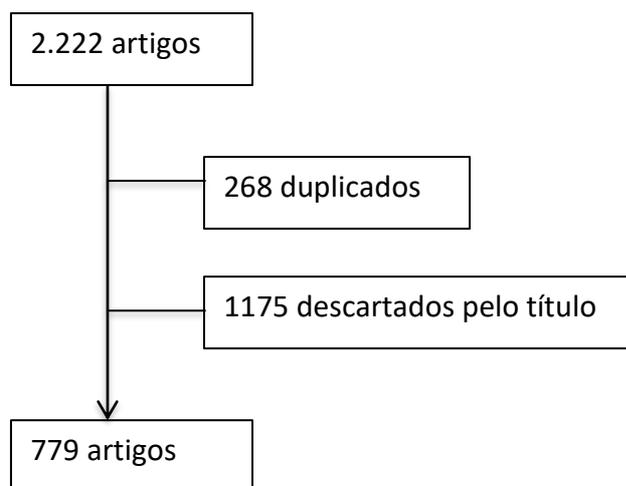
A revisão de literatura foi feita a partir das bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo. Os termos de busca são apresentados no Quadro 1 e os artigos selecionados referem-se a indivíduos com 60 anos ou mais de idade, escritos em português, inglês ou espanhol, cujo foco principal é a ocorrência de IU e a identificação de fatores associados à IU. Restringem-se ainda a estudos observacionais, em nível populacional (representativo ou não) e com aplicação de questionário em domicílio.

Quadro 1. Resultado da busca inicial dos artigos para revisão de literatura.

| Base | Palavras-chave | Artigos encontrados |
|--------------|---|---------------------|
| Pubmed | "urinary incontinence" and (elderly or older or aging or aged) and ("risk factors") | 1689 |
| Lilacs | "incontinência urinaria" and idoso | 176 |
| | "urinary incontinence" and elderly | 167 |
| | "urinary incontinence" and older | 17 |
| | "urinary incontinence" and aging | 22 |
| Scielo | "incontinência urinaria" and idoso | 43 |
| | "urinary incontinence" and (elderly or aging) | 108 |
| TOTAL | | 2.222 |

1.2 Processo de busca de artigos

Foram selecionados inicialmente 2.222 artigos após a aplicação dos termos de busca. Desses, 268 foram excluídos por estarem duplicados e 1.175 descartados a partir do título, restando 779 para leitura da seção de resumo.



O Quadro 2 mostra os critérios utilizados para a seleção dos artigos finais. Alguns artigos foram excluídos a partir do resumo outros após a leitura do artigo completo. Um artigo foi incluído a partir das referências dos demais. Restaram nove artigos que foram obtidos na íntegra e que constituem o estado de arte sobre o tema a ser apresentado neste volume, nas páginas que se seguem.

Quadro 2. Artigos selecionados para a revisão de literatura.

| | |
|--|------------|
| Selecionados para ler o resumo | 780 |
| Motivos de exclusão | |
| - Fora da faixa etária | 209 |
| - Pesquisa fora do domicílio | 132 |
| - Outro foco que não a IU | 126 |
| - IU associada a comorbidades, cirurgias e medicações | 87 |
| - Artigos de revisão/Metanálises/Capítulos de livro/Cartas/Questionários | 113 |
| - Artigos em outra língua | 52 |
| - Delineamento do estudo | 23 |
| - Abordagem de vários aspectos do envelhecimento | 13 |
| - Pesquisa não presencial | 09 |
| - População restrita | 06 |
| - Artigos não encontrados | 01 |
| Total de exclusões | 771 |
| Artigos selecionados para análise | 09 |

1.3 Prevalência do desfecho principal

Entre os estudos selecionados a prevalência de IU variou de 9,8% a 55,0%. A menor prevalência foi encontrada por Nakanish (Nakanish N et al, 1997), que considera ter sido subestimada a medida entre as mulheres pelo viés de informação na obtenção da resposta, por vergonha de admitirem o problema. A maior prevalência foi encontrada por Nygaard (Nygaard I, Lemke JH, 1996), em estudo que avaliou apenas mulheres e refere-se à prevalência de IU do tipo urgência . Afirma que a IU de urgência é mais comum entre as mulheres com mais de 75 anos, faixa em que se encontra aproximadamente metade das mulheres incluídas nesse estudo, o que poderia explicar essa prevalência elevada. O único estudo encontrado realizado no Brasil é o de Tamanini (Tamanini JT et al, 2009), que encontrou uma prevalência de 26,2% entre as mulheres e 11,8% entre os homens.

A forma de apresentar o desfecho utilizado pelos diferentes autores é variável. Alguns autores mediram a prevalência conforme o tipo de IU, se de urgência ou de esforço (Nygaard I, Lemke JH, 1996), enquanto outros em relação ao sexo e à idade (Tamanini JT et al, 2009). Dos nove estudos selecionados, cinco incluíram homens e mulheres enquanto os outros quatro incluíram apenas mulheres (Nygaard IE et al, 2007; Byles J et al, 2009; Cavalcante KVM et al, 2014). Essa diversidade de método explica a variabilidade das prevalências encontradas entre os estudos.

Todos os estudos investigaram a prevalência a partir de um critério diagnóstico não objetivo, baseando-se no autorrelato do participante, como está descrito no Quadro 5 (Apêndice 1), com pergunta direta ao entrevistado ou seu cuidador sobre a perda de urina. Cada estudo usou uma forma diferente de perguntar para medir o desfecho.

O Quadro 5 (Apêndice 1) mostra um resumo dos artigos revisados com os principais resultados encontrados.

1.4 Fatores associados

Os nove estudos selecionados avaliaram ao todo 39 fatores possivelmente associados à IU. Abaixo foram destacados os fatores que apareceram com maior frequência nos artigos selecionados e aqueles que se pretende avaliar com este estudo. Alguns autores não apresentaram o IC das associações encontradas e nestes caso estará demonstrado aqui apenas o “p” valor. Todos os 39 fatores avaliados pelos nove estudos encontrados e sua associação com IU estão descritos de forma resumida no Quadro 6 (Apêndice 1), identificados pelo nome do primeiro autor.

1.4.1 Fatores demográficos

Quase todos os estudos encontraram aumento de prevalência associado ao aumento da idade, com exceção de dois deles. Um desses dois foi o estudo de Byles (Byles J et al, 2009) que avaliou apenas mulheres entre 70 e 75 anos, o que impossibilita fazer essa comparação e o outro foi o estudo de Zunzuneghi (Zunzunegui Pastor MV et al, 2003), que encontrou associação com aumento de idade apenas entre os homens.

A maioria dos estudos encontrou que a prevalência é maior entre mulheres, embora tenha um estudo em desacordo (Nakanish N et al, 1997).

Três estudos avaliaram a associação com ter cônjuge, mas apenas um encontrou associação positiva (Gavira Iglesias F, 2005) na forma de proteção (OR=0,51;IC95%:0,30-0,86).

1.4.2 Fatores socioeconômicos

Quanto à renda familiar, dois estudos avaliaram esse fator e não encontraram associação. Há que se considerar que um dos estudos dividiu a renda em duas categorias, sem especificar se trata-se de renda individual ou familiar e considera “baixa renda” valores abaixo de sete mil dólares e “alta renda” valor maiores do que esse, no ano de 1995 (Wetle

T et al, 1995), o que não reflete a realidade da população brasileira. O outro estudo que avaliou renda é um estudo exploratório, com tamanho de amostra pequeno, que comparou indivíduos que recebem menos de um salário mínimo com aqueles que recebem mais de um salário mínimo e encontrou uma razão de prevalência de 1,07 (IC95%:0,71-1,62) (Cavalcante KVM et al, 2014).

Cinco estudos avaliaram escolaridade e apenas um encontrou associação significativa entre poucos anos de estudo e IU (Wetle T et al, 1995). Esse estudo avaliou menos de nove anos versus mais de nove anos e encontrou OR 2,9 ($p < 0,01$) para os homens com IU severa e OR 2,1 ($p < 0,001$) para as mulheres com IU severa. Deve ser destacado que a associação encontrada restringe-se aqueles com IU considerada severa e à faixa etária de 64 a 75 anos, em um estudo que avaliou homens e mulheres acima de 65 anos. Dentre os outros quatro estudos onde não foi encontrada associação, Gavira Iglesias (Gavira Iglesias F, 2005) classificou os participantes em três categorias: analfabeto ou sem estudos (onde encontrava-se 95% da população estudada), sem estudo universitário e com estudo universitário. O estudo de Byles (Byles J et al, 2009) não especifica como os anos de estudo foram categorizados, o estudo de Tamanini (Tamanini JT et al, 2009) divide em duas categorias: menos de três e mais de três anos de escolaridade sem fazer distinção entre analfabetos ou alfabetizados e o estudo de Cavalcante (Cavalcante KVM et al, 2014) divide em três categorias: nenhum ano, até quatro anos e mais de quatro anos. Pela heterogeneidade dos estudos não é possível estabelecer qualquer tipo de comparação.

1.4.3 Fatores relacionados a hábitos de vida

Em relação ao tabagismo, foram três os estudos que avaliaram esse fator. O estudo de Hsieh (Hsieh CH et al, 2007), ao comparar fumantes com não fumantes encontrou associação com IU, (OR=1,96;IC95%:1,17-3,28). Os outros dois estudos não mostraram associação e são eles o de Byles (Byles J et al, 2009), que avaliou uma população de mulheres entre 70 e 75 anos e o de Cavalcante (Cavalcante KVM et al, 2014) que é um estudo exploratório com uma amostra pequena.

Dois estudos avaliaram a associação de IU com o consumo de álcool. O estudo de Hsieh (Hsieh CH et al, 2007) não encontrou associação. O estudo de Wetle (Wetle T et al, 1995), após análise ajustada, encontrou associação significativa apenas para mulheres e IU de grau moderado (OR=1,49, $p < 0,001$). Esse resultado teve contribuição principalmente da faixa etária entre 64 e 75 anos e não foi reproduzido para IU severa. Na análise bruta foi

encontrada uma associação significativa que mostra proteção para IU severa (OR=0,6, $p<0,5$), na mesma faixa etária. Esses resultados levaram o autor a questionar a possibilidade de que o uso de álcool possa ser um fator protetor.

Quanto à ocupação, o único estudo que avaliou esse fator foi o de Cavalcante (Cavalcante KVM et al, 2014), que é um estudo exploratório, e mostrou que não ter um trabalho formal está associado à IU (RP=6,25;IC95%:1,14-34,12).

1.4.4 Fatores relacionados às condições de saúde

Entre as patologias cuja associação com IU foi estudada, destacam-se acidente vascular cerebral (AVC), diabetes mellitus (DM), obesidade, demência e depressão, por terem sido os mais estudados.

A associação entre AVC e IU foi avaliada por cinco dos nove estudos e todos encontraram associação significativa (Wetle T et al, 1995; Nakanish N et al, 1997; Hsieh CH et al, 2007; Tamanini JT et al, 2009; Nygaard I, 2010). O mesmo ocorreu com obesidade, cuja associação com IU foi avaliada por cinco dos nove estudos e todos demonstraram associação (Wetle T et al, 1995; Hsieh CH et al, 2007; Byles J et al, 2009; Tamanini JT et al, 2009; Nygaard I, 2010).

Sete dos nove estudos avaliaram a associação entre IU e DM e cinco encontraram associação significativa, conforme demonstrado no Quadro 6 (Apêndice 1). Os estudos em desacordo foram o de Byles (Byles J et al, 2009), cuja faixa etária difere dos demais estudos por avaliar apenas mulheres entre 70 e 75 anos e o de Nakanish (Nakanish N et al, 1997), lembrando que esse estudo também foi o que encontrou uma prevalência muito menor do que todos os demais e atribuiu isso ao viés de informação pela vergonha das mulheres em admitir a IU, o que pode ter se refletido nesse resultado também.

A depressão foi encontrada em associação com IU em dois dos três estudos que avaliaram esse fator. O estudo de Tamanini (Tamanini JT et al, 2009) encontrou associação (OR=2,49;IC95%:1,77-3,5). O estudo de Wetle (Wetle T et al, 1995) encontrou associação da IU na sua forma severa e depressão apenas entre as mulheres (OR=1,65; $p<0,01$). O estudo de Zunzuneghi (Zunzunegui Pastor MV et al, 2003) também avaliou esse fator mas não encontrou associação após modelo ajustado. Ao discutir esse resultado, relata que foi inesperado, mas não cita nenhuma hipótese para tal. O primeiro estudo citado aqui não descreve o critério utilizado para caracterizar depressão e os dois últimos utilizaram o mesmo critério (*Center for Epidemiological Studies – Depression*; CES-D).

Quanto ao status de saúde segundo a ótica do próprio entrevistado, cinco estudos avaliaram sua associação com IU e três encontraram associação. Foram eles os estudos de Wetle (Wetle T et al, 1995), no qual a associação só se manteve para os homens após o ajuste (OR=2,46, P<0,01), Nakanish (Nakanish N et al, 1997) que encontrou uma forte associação (OR=3,18;IC95%:1,72-5,89) e Gavira Iglesias (Gavira Iglesias F, 2005) que apresenta uma inconsistência entre o texto e a tabela que não permite citar os valores encontrados para a associação. Os dois estudos que não encontraram associação foram os de Tamanini (Tamanini JT et al, 2009) e Zunzunegui (Zunzunegui Pastor MV et al, 2003). Chama a atenção que os cinco estudos incluíram homens e mulheres, com idades semelhantes (acima de 65 anos), o que dificulta a racionalização sobre o motivo de tal diferença.

Um único estudo avalia a associação ao acesso ao sistema de saúde, testando se o número de consultas médicas estaria associado à IU (Byles J et al, 2009). O autor compara quem teve cinco consultas ou mais com aqueles que tiveram menos de cinco consultas (categoria de referência), encontrando associação (OR=1,15;IC95%:1,01-1,31) da IU com quem tem mais consultas, mas considera essa associação fraca. Aqui deve se destacar a grande chance de causalidade reversa, que o estudo não permite avaliar. O número maior de consultas poderia decorrer do problema em questão.

Foram quatro os estudos que avaliaram paridade como fator associado à IU e apenas um relatou uma associação significativa (Byles J et al, 2009). Entretanto, ao analisar a tabela que descreve os fatores associados com IU nesse trabalho verifica-se que a associação com três ou mais filhos é representada por um OR de 1,09 (IC95%:0,91-1,31) e na discussão o autor considera como uma associação fraca. Os outros três trabalhos que avaliaram esse fator não encontraram associação (Zunzunegui Pastor MV et al, 2003; Nygaard I, 2010; Byles J et al, 2009; Cavalcante KVM et al, 2014).

Há que destacar aqui que nem todos os artigos avaliaram os mesmos fatores de risco, nem mesmo a totalidade dos fatores listados no Quadro 6 (Apêndice 1). Os artigos de Wetle (Wetle T et al, 1995) e Byles (Byles J et al, 2009) fazem referência ao fato de que os estudos tem a limitação de ser transversais explicitando a possibilidade de haver causalidade reversa. Os demais estudos não consideram esse viés. Por exemplo, a IU pode limitar ou levar o idoso a excluir-se do convívio social e isto pode tê-lo levado à depressão. Ainda, a maioria dos estudos não foi clara quanto ao total de perdas ocorridas e não descreveu como foram coletadas informações dos idosos que não eram capazes de responder às perguntas.

Não é possível identificar se a resposta foi obtida a partir de um cuidador ou se o idoso era excluído do estudo. Um dos estudos apresentados (Cavalcante KVM et al, 2014) apresentou poder insuficiente para as associações investigadas.

Há que considerar ainda a existência de viés de informação, recordatório e de sobrevivência. Nos EUA, por exemplo, Wetle (Wetle T et al, 1995) refere que os homens podem não ter respondido por constrangimento, enquanto o mesmo pode ter ocorrido no Japão com as mulheres, como relata Nakanish no seu artigo (Nakanish N et al, 1997). Por fim, as perdas de cada um desses estudos estão listadas no Quadro 5 (Apêndice 1).

2 JUSTIFICATIVA

Por se tratar de um condição com elevada prevalência que afeta individual e coletivamente uma população em crescimento vertiginoso, é pequeno o número de estudos disponíveis sobre o tema, com a maioria deles sendo realizada fora do Brasil, em área urbana e com resultados heterogêneos, conforme mostra o Quadro 5 (Apêndice 1).

Em relação ao estudo dos fatores associados, existe heterogeneidade nos resultados. Apenas dois dos fatores avaliados por mais de dois estudos mostraram associação significativa em todos (AVC e obesidade). Todos os demais fatores apresentam divergência na conclusão sobre sua associação com IU entre os diferentes estudos, o que demonstra que não há consenso na literatura mundial sobre quais fatores realmente associam-se à IU, deixando espaço para melhor esclarecer esse assunto. Alguns fatores, como os demográficos e socioeconômicos, vida reprodutiva e acesso a serviços de saúde foram avaliados por poucos estudos. Embora saiba-se que esses fatores sejam de difícil mudança, identificá-los na população de idosos atual pode servir como base para montar estratégias de prevenção ou identificação precoce nas gerações futuras, reduzindo assim o principal dano trazido por essa comorbidade, que é o isolamento social.

Apesar de ter baixa mortalidade, a IU traz grande constrangimento à pessoa acometida (Gibson W, Waag A, 2014). Estudo realizado entre doentes hospitalizados mostrou que a IU associada à incontinência fecal foi considerada por metade dos entrevistados como um desfecho pior que morrer (Rubin EB et al, 2016). Isso reflete o impacto a que submete o seu portador. Além disso, é causa de isolamento social, depressão e gasto financeiro elevado (Loh KY et al, 2006).

A IU leva o indivíduo a maior utilização do sistema de saúde, seja para o tratamento da enfermidade em si ou das suas consequências, além de, muitas vezes, tirá-lo da cadeia produtiva. Além disso, à medida que a população envelhece, esse problema se torna mais frequente, o que aumenta a demanda pelos serviços de saúde, bem como o seu custo (Lima-Costa MF et al, 2011).

Em vista disso, conhecer a prevalência da IU e identificar fatores associados a sua ocorrência na população de 60 anos ou mais na zona rural do município de Rio Grande pode contribuir para uma melhor qualidade de vida dessa população e um manejo mais adequado dessa condição.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de incontinência urinária (IU) entre idosos (60 anos ou mais de idade) residentes na área rural do município do Rio Grande, RS, em 2017.

3.2 Objetivos Específicos

Medir a prevalência de IU, bem como classificá-la conforme o tipo, se de esforço, de urgência ou mista.

Identificar entre os idosos com IU quantos acham que esse problema atrapalha sua vida.

Identificar entre os idosos com IU quantos deixam de procurar atendimento para esse problema e porque isto ocorre.

Estudar a ocorrência de IU de acordo com:

- características demográficas;
- nível socioeconômico;
- vida reprodutiva das mulheres;
- acesso ao serviço de saúde;
- comorbidade (hipertensão arterial sistêmica, AVC e depressão);
- prática de atividade física regular;
- autopercepção do estado de saúde;

4 HIPÓTESES

Pelo menos um em cada quatro idosos residentes na área rural do município de Rio Grande é portador de IU;

A maioria dos idosos com IU sente que essa comorbidade atrapalha sua vida;

A maioria dos idosos não procura atendimento porque tem vergonha;

A prevalência de IU de urgência será maior que a de esforço;

A prevalência de IU será maior entre idosos:

- do sexo feminino, de maior idade, de cor da pele não branca, que vivem sem companheiro, de menor escolaridade e menor renda familiar ;
- do sexo feminino, que tiveram a maioria dos partos por via vaginal e com maior paridade;
- que utilizaram com maior frequência os serviços de saúde nos últimos três meses, que fumam ou já fumaram, que consumiram álcool em maior quantidade e que não praticam atividade física;
- que já tiveram AVC, que são portadores de hipertensão arterial sistêmica, que são obesos e têm ou tiveram depressão;

5 METODOLOGIA

5.1 Local do estudo

O presente estudo será desenvolvido no município de Rio Grande, que está localizado na chamada Metade Sul do Rio Grande do Sul, a 350 Km de Porto Alegre, a capital do Estado. A população estimada para o ano de 2016 é de 210 mil habitantes, com 4% vivendo em área rural. Desse total, 13% deles, ou seja, cerca de 1.100, têm 60 anos ou mais de idade. A base da economia desse município é o comércio, o agronegócio – basicamente pecuária e produção de arroz -, atividade portuária (exportação de grãos), pesca e indústria de defensivos agrícolas.

Este estudo será elaborado como parte de um consórcio de pesquisa desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), cujo objetivo maior é avaliar as condições de saúde da população rural do município de Rio Grande, RS.

5.2 População alvo

A população alvo deste estudo será constituída por homens e mulheres com 60 anos ou mais que residem na área rural do município de Rio Grande no primeiro semestre de 2017. Serão excluídos do estudo os idosos institucionalizados. Os elegíveis que não se mostrarem capazes de responder terão as informações coletadas a partir do seu cuidador.

5.3 Delineamento

O delineamento utilizado será do tipo transversal. Esse delineamento foi escolhido em virtude de requerer uma única abordagem, por permitir avaliar inúmeros desfechos de forma simultânea, o que se aplica a esse consórcio, e por ser rápido e de baixo custo. Os problemas decorrentes da impossibilidade em avaliar temporalidade serão, dentro do possível, minimizados a partir da identificação do início tanto da exposição quanto do desfecho (Silva IS, 1999)

5.4 Processo e parâmetros amostrais

Foi realizado cálculo de tamanho amostral considerando a prevalência estimada de incontinência urinária de 26,2%, margem de erro de 3,3 pontos percentuais, nível de confiança de 95% e acréscimo de 10% para perdas. Com base nesses parâmetros, a investigação deverá incluir pelo menos 750 idosos. O cálculo do tamanho amostral para identificação de fatores associados será feito *a posteriori*, pois não há estudos publicados com uma população semelhante a desse estudo. Por fim, há que adiantar que o tamanho final da amostra será acrescido de 15% para controle de eventuais fatores de confundimento. Estima-se encontrar cerca de 900 idosos. Os cálculos referentes ao tamanho amostral desse estudos foram realizados a partir do programa Epi Info 6.04 (Dean AG et al, 2002).

A amostra se originará de uma seleção sistemática entre todos os domicílios da zona rural do Município de Rio Grande. O estudo incluirá 80% dos domicílios, o que implica visitar quatro domicílios consecutivos e "pular" um deles, em cada localidade, até que toda a localidade tenha sido visitada. Em seguida, passa-se à próxima localidade, até que todas as localidades tenham sido visitadas, cobrindo todos os domicílios da área rural. O entrevistador deverá aplicar questionário padrão a todos com 60 anos ou mais ali residentes.

5.5 Variáveis dependentes e independentes

A coleta de informações será feita através da aplicação direta de um questionário ao idoso ou quando não puder responder, aos seu cuidador. Serão coletados dados sobre características demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e de comportamento, ocupação atual e passada e auto percepção de saúde, acesso a serviços de saúde; e características do hábito urinário atual. O peso e altura serão coletados de forma auto referida para posterior cálculo do índice de massa corporal (IMC).

O desfecho deste estudo será constituído pela ocorrência de incontinência urinária, caracterizada pela perda involuntária de urina, e a identificação de seus principais tipos, incontinência de esforço, de stress ou mista. Pretende-se identificar a ocorrência desses desfechos através das seguintes perguntas:

- 1) “O Sr.(a) se urina sem querer?”;
- 2) “O(a) Sr.(a) se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço?”;
- 3) “O(a) Sr.(a) se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro?”
- 4) “Faz quanto tempo que o(a) Sr.(a) se urinou pela primeira vez sem querer?”

Será considerado incontinente o idoso que tiver respondido sim há qualquer uma das primeiras três perguntas e mais de quinze dias para a quarta pergunta. Quanto à caracterização do tipo, o Idoso que responder “sim” apenas para a pergunta dois, independente de sua resposta para a pergunta um, será caracterizado como tendo IU de esforço. Aquele que responder “sim” apenas para a pergunta três, independente de sua resposta para a pergunta um, será caracterizado como tendo IU de urgência. Aquele que responder “sim” às perguntas dois e três será considerado como tendo IU mista. Caso responda um tempo inferior há quinze dias para a quarta pergunta será excluído do cálculo da prevalência por ser um processo acontecendo agudamente que pode relacionar-se à outra situação, como infecção urinária por exemplo.

Além disso, será medido o percentual de idosos com IU que percebem que esse problema atrapalha suas vidas e como, através de pergunta aberta e ainda o percentual de idosos com IU que deixa de procurar atendimento para esse problema e o motivo pelo qual fazem isto, também através de pergunta aberta.

A definição das variáveis independentes bem como a forma que serão coletadas são apresentadas no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3. Definição das variáveis a serem incluídas no modelo de análise.

| | Variável | Definição | Tipo de variável na coleta |
|-----------------|---------------------------------------|--|----------------------------|
| Quantitativas | Idade | Em anos completos | Discreta |
| | Escolaridade | Em anos completos com aprovação | Discreta |
| | Renda familiar | Valor recebido em R\$ por todos os moradores do domicílio no mês anterior à entrevista | Contínua |
| | Aglomeración familiar | Número de pessoas que moram no domicílio | Discreta |
| | Índice de bens | Disponibilidade de bens no domicílio | Discreta |
| | Paridade | Número de filhos nascidos vivos ou mortos | Discreta |
| Qualitativas | Sexo | Observada pelo entrevistador | Dicotômica |
| | Situação conjugal | Se vive junto com marido ou companheiro | Dicotômica |
| | Com quem vive | Se mora sozinho | Dicotômica |
| | Acesso à água | Disponibilidade de água tratada no domicílio | Dicotômica |
| | Atividade física | Se pratica atividade física em atividade de lazer ou trabalho pelo menos 30 minutos/dia, 5 dias/semana | Dicotômica |
| | Hipertensão | Se tem hipertensão diagnosticada por médico | Dicotômica |
| | AVC | Se tem diagnóstico de AVC por médico | Dicotômica |
| | Obesidade | Se tem IMC ≥ 30 Kg/m ² | Dicotômica |
| | Tipo de parto | Número de partos vaginais maior que o número de partos cesáreos | Dicotômica |
| | Depressão | Questionário PHQ9 | Dicotômica |
| | Cor da pele | Referida pelo entrevistado | Politômica |
| | Ocupação | Se exerce alguma atividade remunerada ou já exerceu | Politômica |
| | Tipo de Moradia | Tipo de construção da moradia | Politômica |
| | Auto percepção de saúde | Percepção sobre o seu estado de saúde | Politômica |
| | Tabagismo atual e prévio | Se fuma pelo menos um cigarro por dia nos últimos 30 dias ou se já fumou | Politômica |
| | Consumo de álcool | Questionário AUDIT | Politômica ordinal |
| Carga de Tabaco | Número de maços/ano que fuma ou fumou | Politômica ordinal | |

5.6 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto

Serão recrutados inicialmente 18 candidatos, com pelo menos o ensino médio-completo, que após selecionados receberão treinamento. Destes 18, seis serão selecionados e os demais permanecerão como suplentes caso seja necessário a substituição por alguma eventualidade.

O treinamento e o estudo piloto serão realizados ao longo de cinco dias consecutivos, com duração total de 30 horas. O treinamento constará de leitura do questionário e do manual de instruções, simulação de entrevistas em dupla e perante todo o grupo. Um período de quatro horas, na final do treinamento, será destinado ao manejo do tablet e do software RedCap® para entrada de dados.

O estudo piloto será realizado em área urbana, na periferia da cidade de Rio Grande. Nessa etapa, cada treinando completará pelo menos dois domicílios com participante elegível para o estudo. Além de testar na prática a habilidade do entrevistador, essa etapa terá por finalidade testar o enunciado e a sequência das questões, bem como estimar o tempo para realização de cada entrevista a fim de definir com maior precisão a logística do estudo.

5.7 Logística

A equipe para realização do trabalho de campo será formada por três entrevistadores, um supervisor (um mestrando, doutorando ou um dos coordenadores do estudo) e um motorista que se deslocarão até os domicílios dos entrevistados de segunda a sábado, preferencialmente no período da tarde, quando boa parte deles já realizou suas atividades e terão maior disponibilidade para responder o questionário.

A coleta de dados será feita de forma simultânea à aplicação do questionário por meio de tablets eletrônicos cujo conteúdo das perguntas será nele ingressado por meio do software RedCap®. Ao final de cada dia de trabalho, os questionários aplicados, serão descarregados via internet em um servidor da FURG, onde permanecerão armazenados em planilhas do software Microsoft Excel®. Posteriormente serão transferidos para o pacote estatístico Stata 14.0® onde serão realizadas as análises de consistência, checagem de outliers, categorização de variáveis, criação de variáveis derivadas e análise final de dados.

Diariamente serão feitas cópias de segurança do banco de dados. Além disso, os mestrandos responsáveis pelo banco de dados enviarão semanalmente um relatório com erros, inconsistências e variáveis não respondidas a todos os mestrandos. Cada um desses

será responsável por revisar e detectar problemas em suas variáveis, bem como solicitar correção dos dados inconsistentes/incorretos.

5.8 Processamento e análise de dados

Os dados coletados através do questionário eletrônico serão transportados para o pacote estatístico Stata 14.0® e depois rotulados. A análise descritiva será realizada por meio da obtenção da listagem de frequência do desfecho e das variáveis independentes. Para as análises bruta e ajustada dos fatores associados ao desfecho, ocorrência de incontinência urinária, será utilizada regressão de Poisson com ajuste robusto da variância (Barros AJ, Hirakata VN, 2003). A medida de efeito será expressa pela razão de prevalências (RP), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e valor p do teste de tendência linear para as variáveis ordinais, e do teste de Wald para heterogeneidade nas demais variáveis (Kirkwood BR, Sterne JAC, 2003).

Para a análise ajustada será utilizado o modelo hierárquico descrito abaixo, em quatro níveis, para determinar a ordem de entrada das variáveis no modelo. No primeiro foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas do idoso; no segundo nível, as características do domicílio; no terceiro, as variáveis comportamentais; no quarto nível foram incluídas as características da vida reprodutiva, as comorbidades e a utilização de serviços de saúde. Cabe aqui ressaltar que esta pesquisa faz parte de um projeto maior no qual estão envolvidos outros pesquisadores, e por isso está sujeito a algumas limitações, para que pudesse ser implementada dentro dos recursos financeiros e de tempo disponíveis para tal. Isso resultou em um limite de doze perguntas para cada pesquisador em seus questionários individuais. Por esse motivo, o modelo foi construído com base nas perguntas do questionário individual desse projeto acrescido de perguntas do questionário geral a todos os pesquisadores e de perguntas dos questionários de outros pesquisadores.

Serão mantidas no modelo hierárquico de análise previamente definido todas as variáveis que se mostrarem associadas ao desfecho com p-valor de até 0,20 (Victora CG, et al, 1997). As variáveis do segundo nível serão ajustadas para todas aquelas do mesmo nível mais aquelas do nível anterior cujo p-valor tenha sido $\leq 0,20$. Este procedimento será repetido para os demais níveis. A associação estatística entre as variáveis independentes e o desfecho será avaliado utilizando intervalo de confiança de 95% da medida de associação que, neste caso, será a razão de prevalências.

Quadro 4. Modelo de análise hierárquico proposto.

| Nível | Característica | |
|-----------------|--|--|
| I | <u>Demográficas</u> (Idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, com quem vive) | <u>Nível Socioeconômico</u> (Escolaridade, renda familiar, índice de bens) |
| II | <u>Condições de habitação e saneamento</u> (Aglomeração familiar, acesso à água, tipo de moradia) | |
| III | <u>Hábitos de vida</u> (Atividade física, ocupação, tabagismo, consumo de álcool) | |
| IV | <u>Condições de saúde</u> (Hipertensão, obesidade, AVC, depressão, paridade, tipo de parto, auto percepção de saúde, acesso ao sistema de saúde) | |
| Desfecho | Incontinência Urinária entre idosos | |

5.9 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado por meio da repetição de 5% de parte das entrevistas pelos supervisores do estudo. Essas entrevistas serão escolhidas de forma aleatória e terão dois objetivos: 1) confirmar a realização da entrevista e 2) avaliar consistência nas respostas, ou seja, medir o grau de concordância de respostas por diferentes entrevistadores para uma mesma pergunta. Essa consistência será avaliada utilizando-se do índice kappa de concordância (Kirkwood BR, Sterne JAC, 2003).

5.10 Aspectos éticos

Esse protocolo de pesquisa é considerado de risco mínimo e será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG.

A todos os idosos será assegurada a participação voluntária bem como a possibilidade de responder apenas parte do questionário. Será ainda garantido a todos eles a confidencialidade das informações prestadas. Além disso, a entrevista será realizada somente após sua assinatura do termo de consentimento em duas vias, com uma delas ficando em seu poder.

Os idosos identificados como portadores de IU receberão orientações sobre como procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Rio Grande.

6 DIVULGAÇÃO DO RESULTADOS

Os resultados deste projeto de pesquisa serão divulgados na forma de dissertação, cujo volume impresso ficará disponível nas bibliotecas central e da Faculdade de Medicina da FURG, por meio de publicação de artigo em revista de livre acesso na web e de matéria a ser veiculada em jornal de circulação local.

7 ORÇAMENTO

Esse projeto de pesquisa foi orçado em R\$ 49.119,00 (quarenta e nove mil cento e dezenove reais). Os tablets serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários, o que elimina a contratação de digitadores e a impressão de questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela Prefeitura Municipal de Rio Grande e pela FURG para deslocamento até os domicílios da área rural.

Quadro 4: Orçamento detalhado.

| CAPITAL | Custo em R\$ | |
|--|--------------|------------------|
| | Unitário | Total |
| • <u>Material permanente:</u> - 8 tablets RAM 1.5 GB, MEMÓRIA 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6' | 800,00 | 6.400,00 |
| Subtotal (a) | | 6.400,00 |
| CUSTEIO | Custo em R\$ | |
| | Unitário | Total |
| • <u>Material de consumo:</u> - 12 manuais de instrução | 15,00 | 180,00 |
| - 50 pacotes papel sulfite 75g 210x297 | 12,60 | 630,00 |
| - 04 cartuchos de toner laserjet | 221,00 | 884,00 |
| - 15 pranchetas poliestireno com prendedor | 15,00 | 225,00 |
| - 3.000 litros de combustível | 4,00 | 12.000,00 |
| Subtotal (b) | | 13.919,00 |

| | | |
|---------------------------------|------------------|---------------------|
| • Serviços de terceiros: | | |
| - 06 entrevistadores (4 meses) | 6 x 4 x 1.200,00 | 28.800,00 |
| Subtotal (c) | | 28.800,00 |
| ITEM | | Custo em R\$ |
| • Capital: | | |
| - Material permanente (a) | | 6.400,00 |
| • Custeio: | | |
| - Material de consumo (c) | | 13.919,00 |
| - Serviços de terceiros (d) | | 28.800,00 |
| Total geral (a + b + c) | | 49.119,00 |

7.1 Fontes de Financiamento

Este projeto será financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e Ciências da Saúde da FURG.

8 CRONOGRAMA

Este projeto será desenvolvido em 24 meses, sendo a maior parte do tempo destinada para revisão bibliográfica. Muitas das tarefas serão desenvolvidas de forma simultânea.

| Atividade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Revisão bibliográfica | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | |
| Elaboração do projeto | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Qualificação do projeto | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do questionário | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Coleta de dados | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Análise de consistência | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| Análise final de dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | |

Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. *Am Fam Physician* 2013; 87:543-550.

Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essentials of medical statistics*. 2nd ed. London: Blackwell Scientific Publications; 2003.

Lima-Costa MF, Firmo JA, Uchôa E. The Bambui cohort study of aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27: 327-335.

Loh KY, Sivalingam N. Urinary incontinence in elderly population. *Med Journal Malaysia* 2006; 61: 506-511.

Nakanishi, N., Tatara, K., Naramura, H., Fujiwara, H., Takashima, Y., Fukuda, H. Urinary and fecal incontinence in a community-residing older population in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45: 215-219.

Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence e remission. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996; 44: 1049-1054.

Nygaard I. Idiopathic urgency urinary incontinence. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363: 1156-1162.

Rubin EB, Buehler A, Halpern S. States worse than death among hospitalized patients with serious illnesses. *Jama Internal Medicine* 2016; 176: 1557-58.

Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. 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* 2009; 25:1756-1762.

Victora CG, Huttly SH, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Internal Journal Epidemiology* 1997; 26:224-7.

Wagg A, Gibson W, Ostaskiewicz J, Johnson T, Markland A, Plamer MH, Kuchel G, Szonyi G, Kirschner-Hermanns R. Urinary incontinence in frail elderly persons: report from the 5th international consultation on incontinence. *Neurology and Urodynamics* 2015; 34:398-406.

Wetle T, Scherr P, Branch LG, Resnick NM, Harris, T, Evans D, Taylor JO. Difficult with holding urine among older person in a geographically defined community: prevalence and correlates. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995; 43: 349-355.

Zunzunegui Pastor MV, Rodrigues-Laso A, Yebenes MJG, Aguilar Conesa MD, Mercado PL, Puime AO. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria* 2003; 32: 337-342.

10. Relatório do trabalho de campo

10.1 Introdução

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados.

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além desse objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando(a), conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 1. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| | Aluno(a) | Graduação | População | Tema de pesquisa |
|----|--------------------------------|------------------|------------------|------------------------------|
| 1 | Adriana Camerini | Odontologia | Crianças | Saúde bucal |
| 2 | Aline Henriques Perceval | Fisioterapia | Idosos | Apneia do sono |
| 3 | Alessandra Coelho Dziekaniak | Medicina | Idosos | Incontinência urinária |
| 4 | Andrea Silveira Lourenço | Psicologia | Mulheres | Violência psicológica |
| 5 | Fabiana da Silva Fernandes | Enfermagem | Crianças | Sibilância recorrente |
| 6 | Fernanda de Castro Silveira | Nutrição | Mulheres | Consumo alimentar |
| 7 | Franciane M. Machado Schroeder | Odontologia | Idosos | Serviços odontológicos |
| 8 | Luiza Santos Ferreira | Psicologia | Idosos | Serviços de atenção primária |
| 9 | Mariana Lima Corrêa | Psicologia | Idosos | Depressão |
| 10 | Nathalia Matties Maas | Nutrição | Domicílios | Insegurança alimentar |
| 11 | Otávio Amaral de Andrade Leão | Educação Física | Idosos | Comportamento Sedentário |
| 12 | Pedro San Martin Soares | Psicologia | Mulheres | Transtornos mentais comuns |
| 13 | Sabrina Silveira Leite | Enfermagem | Crianças | Adequação do pré-natal |
| 14 | Stephanie Jesien | Fisioterapia | Idosos | Curandeiros e benzedeadas |
| 15 | Vitória dos Santos Alam | Nutrição | Idosos | Comportamento alimentar |
| 16 | Priscila Arruda da Silva | Enfermagem | - | - |
| 17 | Seiko Nomiyama | Enfermagem | - | - |

10.2. Organização do consórcio

O Estudo “Saúde da População Rural Rio-Grandina” foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrandos e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

- a) **Elaboração dos questionários:** responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;
- b) **Elaboração do manual de instruções:** responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;
- c) **Banco de dados e questionário eletrônico:** responsável por programar o questionário eletrônico no programa RedCap® a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;
- d) **Controle de qualidade:** responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;
- e) **Mapeamento dos setores e registro de campo:** responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;
- f) **Organização financeira:** responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;
- g) **Folder:** responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe desse consórcio.

10.3. Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

O questionário do Bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Esse questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física)

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

10.4. Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 2). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem realizado durante a coleta de dados.

Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro 2. Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| Programação | 10/04 | 11/04 | 12/04 | 13/04 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Apresentação geral do consórcio. | | | | |
| Apresentação do bloco domiciliar. | | | | |
| Simulação do bloco domiciliar. | | | | |
| Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil. | | | | |
| Simulação do bloco para mulheres em idade fértil. | | | | |
| Apresentação do bloco para crianças. | | | | |
| Simulação do bloco para crianças. | | | | |
| Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças. | | | | |
| Apresentação do bloco para idosos. | | | | |
| Simulação do bloco para idosos. | | | | |
| Estudo piloto | | | | |

10.4.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel RedCap®. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

10.5. Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Esse processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era

amostrado, ou seja, era pulado. Esse procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Desse modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

10.6. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada quartel general. O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em papel, *tablets*, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

O deslocamento diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados

custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

10.6.1 Abordagem de domicílios

Sempre que chegava em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do(s) entrevistado(s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

10.6.2 Organização de trajetos e domicílios

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e trajetos de modo que os supervisores soubessem para quais localidades deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inelegível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a seguinte simbologia: "OK" se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; "P" para pendente; "V" para vazio; "INE" inelegível; "?" se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; "RE" recusa; e "X" para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção, etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande-Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR 471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme esse planejamento em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

10.6.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo esses, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa RedCap®.

10.6.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa RedCap®. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta* "data quality") para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nesses casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*® para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas

dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*[®].

10.6.5 Controle de qualidade

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017.

Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;
- bloco para mulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Desse modo, a concordância das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.

10.7. Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Desse total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro 3. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| Total de domicílios encontrados | Total de domicílios com moradores permanentes | Total de domicílios amostrados | Total de domicílios amostrados com população elegível |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 4189 | 2669 | 2218 | 1785 |

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 4.

Quadro 4. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

| População | Identificados | Amostrados | Perdas | Recusas | % Total de Perdas e Recusas |
|--------------------------|---------------|---------------|------------|-----------|-----------------------------|
| Crianças | 360 | 360 (100%) | 14 (3,9%) | 3 (0,8%) | 4,7% |
| Mulheres em idade fértil | 1.391 | 1.199 (86,2%) | 103 (8,6%) | 17 (1,4%) | 10,0% |
| Idosos | 1.351 | 1.131 (83,7%) | 78 (7,0%) | 22 (1,9%) | 8,9% |

10.8. Aspectos Éticos

Esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

10.8.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), o qual é um instrumento utilizado para rastreio de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam afirmativamente para esta pergunta foram contactados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

10.9. Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total desse consórcio de pesquisa foi de R\$ 48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte desse montante foi utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

10.10. Apoio

A execução desse consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

10.11. Descrição das atividades próprias

A participação como mestranda no trabalho de campo ocorreu na forma de elaboração do questionário, visitas aos setores, desempenhando as funções de supervisora do campo, condutora do veículo e entrevistadora. Além disso, atuei na digitação de questionários, organização do quartel general, entrevistas para o controle de qualidade e revisão do banco de dados.

a) **Elaboração do questionário.** Fiquei responsável pela elaboração do questionário em papel que continha as questões referentes a população dos idosos do consórcio a partir das questões enviadas pelos colegas. Revisava se atendiam ao critério de número máximo de perguntas a que cada colega tinha direito. Depois disso, padronizava todas as questões a partir de especificações definidas em reuniões de uma comissão responsável por esse trabalho. Estabelecia contato com os colegas para correções necessárias.

b) **Supervisão do trabalho de campo.** Saída em veículo próprio ou disponibilizado pelo consórcio acompanhada de um condutor, uma ou duas entrevistadoras e por vezes outro supervisor para visita de um setor ainda não visitado ou já visitado com pendências. No caso de setores ainda não visitados, ao chegar no setor era primeiro feito o sorteio do “pulo” daquele setor e depois disso o mapeamento dos domicílios existentes e dos

moradores desses domicílios, através de abordagem direta ou informação de vizinhos próximos que conhecessem os moradores. A todos os moradores abordados, fazia a explicação do motivo pelo qual o estava abordando e explicava resumidamente a pesquisa. Quando um morador era identificado como elegível, solicitava sua participação na pesquisa e após obter seu consentimento, apresentava a entrevistadora que aplicaria o questionário. No caso de setores já visitados, utilizava o pulo já sorteado previamente para o mapeamento de domicílios ainda não visitados e revisitava domicílios com pendências. A mesma abordagem descrita acima era então realizada. No final do trabalho, elaborava uma lista atualizada com as informações obtidas durante o trabalho sobre domicílios vazios, não elegíveis ou ainda com pendências. Repassava a lista ao colega que faria a próxima visita ao setor. Em duas oportunidades fui a campo sozinha para obter a entrevista de pendências difíceis de serem encontradas, sobrepondo então as funções de condutora, supervisora e entrevistadora.

c) **Condução do veículo.** Nesta função, conduzia veículo próprio ou disponibilizado pelo consórcio, levando outro supervisor e entrevistadoras. Em algumas das saídas ao campo, sobrepunham-se as funções de condução e supervisão.

d) **Entrevista.** Tendo em vista o limitado número de entrevistadoras, principalmente em finais de semana, realizei algumas vezes a função de aplicar o questionário aos moradores. Essa função só foi exercida com as populações de outros colegas, excluindo os idosos.

e) **Organização do quartel general.** Responsabilidade por conferir e repor o material utilizado no trabalho de campo do dia anterior para entregar ao supervisor do dia e às entrevistadoras.

f) **Controle de Qualidade.** Realizava o contato telefônico e nova entrevista a partir dos questionários e perguntas previamente selecionados pelo coordenador do Controle de Qualidade.

g) **Digitação.** Realizei a digitação de uma parte dos questionários em papel após a confecção do questionário digital, utilizando a plataforma RedCap®. Da mesma forma, realizei a digitação de parte dos questionários utilizados para o controle de qualidade.

h) **Revisão do banco de dados.** Revisão dos dados já digitados em busca de inconsistências e posterior correções.

11. Normas da Revista

Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Esse artigo será submetido à Revista “Ciência & Saúde Coletiva”, cujas normas para publicação estão descritas a seguir.

11.1. Preparação do manuscrito

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo .As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

10. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

11. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

12. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

11.2. Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

11.2. Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar

que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

11.3. Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

11.4. Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ ...ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

11.1. Artigo

**Incontinência urinária entre idosos residentes em área rural:
estudo de base populacional no Extremo Sul do Brasil**

Alessandra C. Dziekaniak

Rodrigo D. Meucci

Juraci A. Cesar

Urinary incontinence among elderly rural dwellers: a population-based study in the extreme South of Brazil

Abstract

This study measured the prevalence and identified factors associated with the occurrence of urinary incontinence (UI) among the elderly (60 years old and over) living in the rural area of Rio Grande (RS), Brazil. Using a single approach, trained interviewers systematically visited 80% of rural households in this municipality from April to October 2017. They applied a standardized questionnaire to elderly, seeking information on demographic, socioeconomic, lifestyle and morbidity pattern features. The chi-square test to compare proportions and Poisson regression with robust variance adjustment in the multivariable analysis were used. The measure of effect employed was the prevalence ratio (PR). Among the 1,028 interviewed (90.9% of the total), 15.9% (95%CI:13.6% -18.1%) reported UI. The adjusted analysis showed that the higher the age, the greater the risk of UI, and that being female showed a PR=3.72 (2.66-5.21) in relation to male. Self-perceived state of health as fair, poor or very poor showed a PR=1.68 (1.25-2.26) in comparison to others, and to two or more morbidities a PR=1.73 (1.17-2.55) in comparison to none. The prevalence of UI was high and the adequate management of risk factors at the primary health care level is essential to reduce its occurrence in this population.

Key-Words: Aged, Rural Areas, Urinary Incontinence

Incontinência urinária entre idosos residentes em área rural: estudo de base populacional no Extremo Sul do Brasil.

Resumo

Esse estudo mediu a prevalência e identificou fatores associados à ocorrência de incontinência urinária (IU) entre idosos (60 anos ou mais) residentes em área rural de Rio Grande, RS. Em abordagem única, entrevistadores treinados visitaram de forma sistemática 80% dos domicílios da área rural desse município entre abril e outubro de 2017. Questionário padronizado foi aplicado aos idosos buscando informações sobre características demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e padrão de morbidade. Utilizou-se como medida de efeito a razão de prevalências (RP), teste qui quadrado para comparar proporções e regressão do Poisson com ajuste da variância robusta na análise multivariável. Dentre os 1028 entrevistados (90,9% do total), 15,9% (IC95%:13,6%-18,1%) refeririam IU. A análise ajustada mostrou que quanto maior a idade, maior o risco à IU e que pertencer ao sexo feminino conferiu $RP=3,72$ (2,66-5,21) em relação ao sexo masculino. Perceber seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, mostrou $RP=1,68$ (1,25-2,26) em comparação aos demais, e ter duas ou mais comorbidades tem $RP=1,73$ (1,17-2,55) em relação a nenhuma. A prevalência de IU mostrou-se elevada e o manejo adequado de fatores de risco em nível de atenção primária em saúde é essencial à redução da sua ocorrência nesta população.

Palavras-chave: Idoso, Zona Rural, Incontinência Urinária

Introdução

A incontinência urinária (IU) caracteriza-se pela perda involuntária de urina¹. Pode ocorrer de forma aguda ou crônica² e classifica-se em IU de esforço, de urgência ou mista. A IU de esforço decorre de fraqueza do esfíncter uretral e se manifesta ao tossir, espirrar, rir ou mediante algum esforço físico, enquanto a de urgência, resultante da hiperatividade do músculo detrusor, manifesta-se como a necessidade imediata de esvaziar a bexiga. A IU mista resulta da combinação desses dois tipos³.

Trata-se de uma doença de ocorrência frequente em nível mundial com prevalência que varia entre 9% a 55%.⁴ Quanto maior a idade maior a sua prevalência e acomete principalmente as mulheres. Após os 80 anos ambos os sexos são igualmente afetados². Entre os idosos, a IU relaciona-se diretamente à redução da elasticidade da bexiga, da força e da hiperatividade do músculo detrusor, da deficiência de estrogênio, da atrofia do esfíncter urinário externo e de hiperplasia da próstata. Esse quadro é ainda agravado pela diminuição da capacidade neurológica e da função cognitiva, redução da atividade física mais robusta, instabilidade postural e uso de medicamentos^{4,5}.

A IU causa ao indivíduo problemas físicos, como maior frequência de hospitalizações por fraturas e infecções de pele e urinárias, e psicológicos, como raiva, constrangimento, e depressão^{4,5}. Esses problemas acarretam aumento dos gastos do idoso, maior risco de institucionalização pela dificuldade de encontrar cuidadores e isolamento social, com o afastamento do idoso de suas atividades de lazer, de trabalho e do convívio com amigos e familiares^{4,5}. A dimensão do problema é destacada por estudo com pacientes hospitalizados e em situação muito grave que foram entrevistados sobre condições que consideravam pior do que morrer no qual 50% dos entrevistados citaram a incontinência urinária, junto com incontinência fecal⁶.

Apesar de ser a IU bastante prevalente e de suas consequências negativas na saúde física e mental dos idosos, há poucos estudos de base populacional que avaliem ambos os

sexos, principalmente em área rural, onde a população tende a ser mais pobre e o acesso aos serviços de saúde tende a ser mais difícil. Daí, então, a necessidade de realizar este estudo cujo objetivo foi medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de IU entre idosos (60 anos ou mais de idade) residentes em área rural do município de Rio Grande, RS.

Metodologia

O presente estudo é parte de um consórcio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (PPGSP-FURG), que envolve alunos de mestrado e doutorado e tem por objetivo avaliar a saúde de idosos residentes na área do município de Rio Grande.

Esse município possui cerca de 210 mil habitantes e está localizado próximo ao extremo sul do Brasil, distante 350 km de Porto Alegre, a capital do Rio Grande do Sul. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada na zona rural era de 8.400 habitantes. Desse total, cerca de 1.100 possuía 60 anos ou mais de idade.

A base da economia desse município é o comércio, o agronegócio (basicamente pecuária e produção de arroz), atividade portuária (exportação de grãos), pesca e indústria de defensivos agrícolas.

Foram incluídos nesse estudo os idosos com 60 anos ou mais de idade residentes na área rural do município entre os meses de abril e outubro de 2017. Foram excluídos aqueles que se encontravam hospitalizados ou institucionalizados por ocasião da realização das entrevistas. O delineamento utilizado foi do tipo transversal, com os idosos sendo abordados uma única vez no seu domicílio.

De posse dos limites geográficos dos setores censitários da área rural fornecidos pelo IBGE e pela Prefeitura Municipal do Rio Grande, cada conjunto de domicílios foi mapeado e recebeu um número de setor. Ao chegar em cada setor, o primeiro domicílio era escolhido aleatoriamente pelo supervisor de campo. A partir deste, visitavam-se os quatro subsequentes. Ao completar o quarto domicílio com moradores, “pulava-se” o quinto domicílio e recomeçam as entrevistas nos quatro domicílios seguintes. Assim foi feito até que todo o setor fosse percorrido. Todos os moradores do domicílio que tivessem 60 anos ou mais eram entrevistados. Isso caracteriza esta amostra como do tipo sistemática e mostra que o presente

estudo cobriu 80% dos domicílios existentes na área rural do município de Rio Grande. Vale destacar ainda que as construções desabitadas não foram contabilizadas e que os moradores ausentes receberam uma segunda ou terceira visita. Caso não fossem encontrados nestas duas outras tentativas, foram contabilizados como perdas.

O cálculo de tamanho amostral foi feito *a posteriori* com a utilização do programa EPI Info 6.4²¹, considerando a prevalência de incontinência urinária de 15,9%, margem de erro de 3,0 pontos percentuais, nível de confiança de 95%, e acréscimo de 9,1% para perdas. Com base nesses parâmetros, a investigação deveria incluir pelo menos 622 idosos. A amostra necessária para avaliar fatores associados deveria incluir pelo menos 993 idosos, para nível de confiança de 95% e poder de 80%. Esse valor já se encontra acrescido de 15% para controle de eventuais fatores de confusão e de 10% para perdas.

As informações foram coletadas a partir de dois questionários padronizados e previamente testados. Em um deles buscavam-se informações sobre as características do idoso e o outro sobre as condições de moradia. O questionário sobre o idoso foi respondido sempre que possível pelo próprio idoso ou então pelo seu cuidador. O questionário sobre o domicílio nem sempre era respondido pelo idoso.

Foi aplicado um treinamento a um grupo de candidatas a entrevistadoras, totalizando 32 horas e seguido por um estudo piloto em um setor censitário da área rural de Rio Grande não incluído no estudo. Ao final, seis candidatas foram selecionadas. A coleta de dados se deu por meio de tablets, em versão eletrônica do questionário, utilizando-se do aplicativo móvel REDCap (Research Electronic Data Capture)⁷. O treinamento para uso de tablets foi de oito horas de treinamento.

Os questionários eram aplicados utilizando-se de tablets e do programa REDcap⁷ e, ao final de cada dia de trabalho, enviados ao servidor da FURG (redcap.furg.br). Os dados eram revisados semanalmente por um dos supervisores do trabalho de campo. Eventuais inconsistências ou falta de respostas eram então corrigidas. Quando necessário, era feito novo

contato com o entrevistado. Os dados foram acumulados em um banco e depois transferidos ao programa estatístico *Stata14*®⁸.

O controle de qualidade das entrevistas foi realizado por dois supervisores do consórcio. Isto era feito por meio de ligações telefônicas. Ao final, 105 entrevistas (10,5% do total) foram parcialmente refeitas. O índice Kappa de concordância entre as variáveis analisadas variou de 0,69 a 0,88 para as perguntas “o Sr.(a) se urina sem querer?” e “Quantos anos o Sr.(a) tem?”, respectivamente.

A análise descritiva constou da obtenção das prevalências tanto do desfecho quanto das variáveis independentes. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências, obtida pela regressão de Poisson com ajuste robusto da variância⁹. O teste de heterogeneidade de Wald foi utilizado para as variáveis com mais de duas categorias¹⁰.

A análise ajustada obedeceu ao modelo hierárquico previamente definido e tinha por objetivo controlar o efeito de fatores confundidores e mediadores entre as variáveis independentes e o desfecho¹⁰. O modelo proposto possuía três níveis. O primeiro nível (distal) incluiu as variáveis demográficas (idade, sexo, viver com companheiro) e socioeconômicas (escolaridade e renda familiar). O segundo nível (intermediário) constou de variável que descrevia o número de moradores no domicílio. No terceiro nível (proximal) ficaram as variáveis relacionadas a hábitos de vida (tabagismo e atividade física), condições de saúde (autopercepção de saúde e IMC) e presença de morbidade referida (Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), câncer e doença renal). A atividade física foi medida através de cinco perguntas que consideravam caminhar ou andar de bicicleta no trabalho, no lazer ou para deslocar-se de um lugar a outro e outras três perguntas sobre utilizar ou carregar objetos pesados durante o trabalho. A autopercepção de saúde foi avaliada pela resposta à pergunta “Considerando outras pessoas com a mesma idade que o Sr.(a), como o Sr.(a) considera sua saúde?”. O IMC foi calculado utilizando peso e idade referidos pelo entrevistado. A presença de morbidades

foi avaliada perguntando ao entrevistado se algum médico já havia dito ao idoso que possuía a morbidade em questão. O desfecho principal foi constituído pela perda involuntária de urina (incontinência urinária) referida pelo idoso e foi considerado incontinente o idoso que respondesse sim a qualquer uma das seguintes perguntas: “O Sr.(a) se urina sem querer?”, “O Sr.(a) se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço?” e “O Sr.(a) se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro? e que respondesse tempo igual ou superior há um mês à questão “Há quanto tempo o Sr(a) se urina sem querer?”. Ao executar o ajuste, as variáveis foram controladas para aquelas do mesmo nível e de níveis anteriores. Para ser mantida no modelo de ajuste, a variável deveria alcançar p-valor de até 0,20 na sua associação com o desfecho. O nível de significância adotado foi o de 95% para teste bicaudal¹⁰.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Os idosos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ficando uma cópia de posse do entrevistado e outra arquivada na sede do consórcio.

Resultados

A partir da visitação à área rural foram identificados 1131 idosos elegíveis para o estudo, dos quais 1028 foram entrevistados, o que revela taxa de respondentes de 90,9%. Entre os não entrevistados foram incluídos aqueles não encontrados ou que não quiseram responder, mesmo após três tentativas de abordagem.

A Tabela 1 mostra que aproximadamente metade (44,6%) da população estudada possuía entre 65 a 74 anos, que a maioria era do sexo masculino (55,2%) e a quase totalidade (92,7%) tinha a cor da pele branca. Em relação à renda familiar, 87% ganhavam até 2,9 salários mínimos. Pouco menos de um terço da população (30,6%) completou cinco anos ou mais de estudo. Pouco mais da metade (57,7%) considerava sua saúde boa ou muito boa. Cerca de dois terços (64,6%) deles relatou ter sido informado pelo médico como sendo portador de AVC, DM, HAS, câncer ou doença renal. A prevalência de IU encontrada nessa população foi de 15,9% (IC95%:13,6%-18,1%).

A Tabela 2 mostra a prevalência de IU conforme as características da população e as análises bruta e ajustada para as variáveis independentes. Nesta mesma tabela, é possível verificar que a probabilidade de ocorrência de IU entre aqueles com idade ≥ 75 anos mostrou RP=1,82 (IC95%:1,17-2,81) em relação aos idosos com idade entre 60 e 64 anos. O risco de IU no sexo feminino apresentou RP=3,74 (IC95%:2,68-5,23) quando comparado ao sexo masculino. Entre aqueles que disseram ter percepção de que sua saúde era regular, ruim ou muito ruim, a RP para IU alcançou 1,68 (IC95%:1,25-2,26) em relação aos que disseram ter saúde boa ou muito boa. Por fim, nos idosos que referiram duas ou mais morbidades, a probabilidade de ocorrência de IU foi de 1,73 (IC95%:1,17-2,55) em comparação àqueles que disseram não possuir morbidade diagnosticada por médico.

Discussão

A prevalência de IU entre idosos residentes na área rural do município de Rio Grande foi de 15,9%. Após ajuste mantiveram-se associados à ocorrência de IU idade acima de 75 anos, pertencer ao sexo feminino, perceber sua saúde como regular, ruim ou muito ruim e referir a presença de duas ou mais morbidades.

Essa prevalência mostra que um em cada seis idosos apresentava incontinência urinária na área rural de Rio Grande. Estudos semelhantes mostram que esta proporção variou de 9,8% a 42%^{11,12}. Esta diferença pode ser atribuída à diferença entre os estudos. Enquanto alguns incluíram apenas mulheres¹³⁻¹⁶, outros abordaram população mais velha¹⁵. Além disso, não houve uniformidade no critério diagnóstico que possibilitou a medida do desfecho. Nenhum deles utilizou método objetivo para medir a ocorrência de IU, além de utilizarem diferentes perguntas para esta medida. Sobre a população rural, apenas três estudos foram encontrados^{15,16,17}, nenhum ocorrendo no Brasil.

Esse número encontrado pode estar subestimado, visto que a vergonha associada à IU leva muitas pessoas a não admiti-la. Além desses, há pessoas, sobretudo entre os idosos, que acreditam que a IU faz parte do envelhecimento e, por esta razão, acostumam-se com a disfunção, alterando seus hábitos de vida sem procurar por cuidados médicos¹⁸.

A principal variável associada à IU nesse estudo foi o sexo. Para cada homem com IU há praticamente quatro mulheres incontinentes. Essa diferença tem explicação fisiológica, com base em diferenças hormonais e questões relacionadas à vida reprodutiva¹⁹. A maioria dos estudos existentes sobre o tema que avaliaram homens e mulheres também apontam essa diferença. Apenas um estudo encontrou prevalência semelhante entre os sexos. Foi realizado no Japão e atribui essa diferença à dificuldade das mulheres em relatar o problema¹¹. A prevalência entre os homens nesse estudo mostra que um em cada 13 apresenta IU. Embora seja inferior a frequência observada entre mulheres, há que dar atenção a esta população. Como já foi afirmado em parágrafo anterior, essa diferença pode ser atribuída a aspectos da

vida reprodutiva o que não pode ser comprovado nesse estudo em virtude do reduzido número de mulheres na amostra.

A probabilidade de ocorrência de IU entre idosos com 75 anos ou mais é cerca de duas vezes maior em relação aqueles com idade entre 60 e 64 anos. Isso mostra que a idade é um dos principais determinantes dessa doença. Diferença de magnitude semelhante já foi identificada em outros estudos^{11,12,13,19}. Essas diferenças decorrem de mudanças anatômicas e fisiológicas sobre o trato urinário, inerentes ao envelhecimento^{11,20}. Além disso, outras situações ligadas ao envelhecimento como por exemplo, dificuldade de deambulação, quedas, piora cognitiva e efeitos de medicamentos utilizados no tratamento de outras doenças podem auxiliar na explicação de tamanha diferença^{12,20}.

A autopercepção de saúde como regular ruim ou muito ruim também está associada à probabilidade de ocorrência de IU nesse estudo. Há divergência na literatura sobre esse achado, com dois estudos encontrando resultados semelhantes^{11,19}, enquanto outro não encontrou associação. No último, os autores sugerem que a associação não foi encontrada em virtude de a IU ser considerada por muitos como condição inerente ao envelhecimento e não uma doença que contribua para uma condição ruim de saúde²¹. Essa variável pode relacionar-se com à IU tanto no sentido de ser ela a causadora da percepção ruim de saúde quanto por estar presente em quem tem mais comorbidade, e serem essas as causadoras da percepção ruim da saúde. O presente estudo não é capaz de fazer essa diferenciação.

Esse estudo encontrou associação entre IU e pessoas que apresentam pelo menos duas outras morbididades concomitantes como AVC, DM, HAS, câncer e doença renal. Outros estudos também encontraram associação, embora a maioria deles tenha encontrado associação com cada uma dessas doenças em particular. O estudo conduzido por Byles¹⁵ utilizou um modelo estatístico que inclui várias comorbidades comuns aos idosos e encontrou associação destas doenças com IU. Todos os estudos que analisaram IU e AVC encontraram associação

significativa.^{3,11,12,13,19} Quatro deles encontraram associação com DM^{3,12,13,14} e somente um encontrou associação com HAS¹³.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Uma delas é quanto à medida do desfecho, que foi feita através de resposta do entrevistado, o que permitia negar a existência de IU, seja por vergonha ou por não entender a pergunta. Pelas limitações de custo e tempo não seria viável submeter os entrevistados a uma avaliação urodinâmica, considerado o padrão ouro para o diagnóstico de IU. Entretanto, os demais estudos sobre esse tema também baseiam-se em respostas espontâneas e não há disponível um questionário validado para tal fim. De qualquer forma, a prevalência verdadeira é superior a encontrada, o que mostra ainda mais a importância dos dados aqui produzidos quer seja para o profissional de saúde, por se tratar de um problema cuja carga de ocorrência pode ser agora calculado em nível populacional ou para o gestor, que pode planejar gastos e intervenções em saúde de uma condição até então negligenciada nas ações dentro das Unidades Básicas de Saúde.

A recomendação que fica desse estudo é que, embora as variáveis demográficas como sexo e idade não possam ser modificadas, a ação deveria ocorrer em três frentes: 1) junto ao paciente, esclarecendo que esse problema não é uma condição inerente ao envelhecimento, logo ao identificá-lo, há que procurar cuidado junto aos serviços de saúde e não negligenciá-lo como ocorre muito frequentemente; 2) junto ao profissional de saúde, mostrando que há de ter essa condição em mente quando do atendimento o idoso, buscando pelo seu diagnóstico precoce, usando de forma parcimoniosa, sobretudo nos idosos, medicamentos para outras doenças que afetam a continência urinária e promovendo o manejo adequado da IU quer seja por meio de tratamento medicamentoso ou medidas educativas 3) junto ao gestor, informando que deveria instituir programas que reduzissem o estigma decorrente desta doença, promovesse a socialização do idoso, e dessa forma, melhorasse a autoestima e o bem estar do usuário dos serviços de saúde no que concerne a essa enfermidade.

Referências

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten T, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61(1):37-49.
2. Wagg A, Gibson W, Ostaskiewicz J, Johnson T, Markland A, Plamer MH, Kuchel G, Szonyi G, Kirschner-Hermanns R. Urinary incontinence in frail elderly persons: report from the 5th international consultation on incontinence. *Neurology and Urodynamics* 2015;34:398-406.
3. Nyggard I. Idiopathic urgency urinary incontinence. *The New England Journal of Medicine* 2010;363(12):1156-62.
4. Loh KY, Sivalingam N. Urinary incontinence in elderly population. *Med Journal Malaysia* 2006;61(4):506-11.
5. Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age and Ageing* 2014;43:157-63.
6. Rubin EB, Buheler AE, Halpern SD. States Worse Than Death Among Hospitalized Patients With Serious Illnesses. *JAMA Internal Medicine* 2016 Volume;176(10):1557-58.
7. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* 2009;42:377–81.
8. StataCorp. Stata statistical software: release 14, College Station, TX: StataCorp LP; 2015.
9. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*; 2003;3:21-33. [\[L\]](#) [\[SEP\]](#)
10. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essentials of medical statistics*. 2nd ed. Londres: Blackwell Scientific Publications;2003. [\[L\]](#) [\[SEP\]](#)

11. Nakanishi, N., Tatara, K., Naramura, H., Fujiwara, H., Takashima, Y., Fukuda, H. Urinary and fecal incontinence in a community-residing older population in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997;45(2):215-19.
12. Wetle T, Scherr P, Branch LG, Resnick NM, Harris, T, Evans D, Taylor JO. Difficult with holding urine among older person in a geographically defined community: prevalence and correlates. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995;43(4):349-55.
13. Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. *Int Urogynecol J* 2007;18:1325–29.
14. Cavalcante KVM, Silva MC, Bernardo, AF, Souza DE, Lima TCC, Magalhães, AG. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Promoção e Saúde* 2014;27(2):216-223
15. Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age and Ageing* 2009; 38: 333–338.
16. Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence e remission. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996;44(9):1049-54.
17. Gavira Iglesias F, Caridad y Ocerín, JM, Guerrero Muñoz JB, López Pérez, M, Romero López M, Pavón Aranguren, MV. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Aten Primaria* 2005;35(2):67-76.
18. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. *Am Fam Physician* 2013;87(8):543-50.
19. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. 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* 2009;25(8):1756-62.
20. Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age and Ageing* 2014;43:157-63.

20. Zunzunegui Pastor MV, Rodrigues-Laso A, Yebenes MJG, Aguilar Conesa MD, Mercado PL, Puime AO. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria* 2003;32(6):337-42.

Tabela 1. Características da população com 60 anos ou mais de idade residente na área rural do município de Rio Grande, RS, em 2017.

| Características | Percentual (%) (n) |
|--|--------------------|
| Idade (em anos) | |
| 60 a 64 | 26,0 (267) |
| 65 a 74 | 44,6 (459) |
| 75-ou mais | 29,4 (302) |
| Média e desvio padrão | 70,9 (8,1) |
| Sexo | |
| Masculino | 55,2 (567) |
| Feminino | 44,8 (461) |
| Cor da Pele | |
| Branca | 92,7 (953) |
| Parda | 3,5 (36) |
| Preta | 3,8 (39) |
| Vive com companheiro | 64,1 (659) |
| Renda familiar mensal em salários mínimos | |
| Até 1,9 | 40,7 (418) |
| 2 a 2,9 | 46,6 (479) |
| 3 ou mais | 12,7 (131) |
| Média e desvio padrão | 2,3 (2,6) |
| Mediana | 2,0 |
| Escolaridade (em anos completos de estudo) | |
| 0 a 2 | 41,6 (428) |
| 3 e 4 | 27,8 (286) |
| 5 ou mais | 30,6 (314) |
| Média e desvio padrão | 3,6 (3,8) |
| Número de moradores no domicílio | |
| 1 | 22,0 (226) |
| 2 | 49,7 (511) |
| 3 ou mais | 28,3 (291) |
| Média e desvio padrão | 2,2 (1,1) |
| Se está trabalhando | 15,1 (155) |
| Se fuma ou já fumou | 47,0 (483) |
| Consumiu álcool na última semana | 16,7 (172) |
| Atividade física diária (minutos) | |
| Nenhuma | 33,1 (340) |
| 30 a 60 | 48,1 (495) |
| 90 ou mais | 18,8 (193) |
| Auto percepção de saúde | |
| Boa ou muito boa | 57,7 (593) |
| Regular, ruim ou muito ruim | 42,3 (435) |

Tabela 1. Continuação.

| Características | Percentual (%) (n) |
|--|--------------------|
| Índice de Massa Corporal ¹ | |
| Magro (<18,5) | 1,7 (17) |
| Normal (18,5-24,9) | 36,4 (357) |
| Sobrepeso (25,9-29,9) | 39,4 (387) |
| Obeso (>29,9) | 22,5 (221) |
| Média e desvio padrão | 27,0 (4,7) |
| Referiu ser portador de enfermidade confirmada por médico ² | |
| Nenhuma | 35,4 (364) |
| Uma | 41,3 (425) |
| Duas ou mais | 23,3 (239) |
| Incontinência Urinária | 15,9 (163) |

1 Peso/altura auto referidos

2 Enfermidades: acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, câncer ou doença renal

Tabela 2. Análise bruta e ajustada para fatores associados à ocorrência de incontinência urinária entre pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes na área rural do município de Rio Grande, 2017. (n=1028)

| Nível | Característica | Prevalência de incontinência urinária (%) (n=163) | Análise (IC95%) | |
|----------------|---|---|------------------|----------------------|
| | | | Bruta | Ajustada |
| I | Idade | | P=0,006 | P=0,025 ¹ |
| | 60 a 64 anos | 10,1 (27) | 1,00 | 1,00 |
| | 65 a 74 anos | 16,3 (75) | 1,61 (1,07-2,44) | 1,60 (1,07-2,40) |
| | 75 anos ou mais | 20,2 (61) | 2,00 (1,31-3,05) | 1,82 (1,17-2,81) |
| | Sexo | | P<0,001 | P<0,001 |
| | Masculino | 7,4 (42) | 1,00 | 1,00 |
| | Feminino | 26,2 (121) | 3,78 (2,70-5,29) | 3,72 (2,66-5,21) |
| | Vive com companheiro | | P=0,181 | P=0,988 |
| | Não | 17,9 (66) | 1,00 | 1,00 |
| | Sim | 14,7 (97) | 0,82 (0,62-1,09) | 0,99 (0,73-1,36) |
| | Renda familiar mensal em salários mínimos | | P=0,262 | P=0,394 ¹ |
| | Até 1,9 | 13,6 (57) | 1,00 | 1,00 |
| | 2 a 2,9 | 17,1 (82) | 1,25 (0,92-1,71) | 1,11 (0,80-1,54) |
| | 3 ou mais | 18,3 (24) | 1,34 (0,87-2,07) | 1,33 (0,88-2,00) |
| | Escolaridade (anos completos) | | P=0,035 | P=0,130 ¹ |
| Até 2 | 18,9 (81) | 1,00 | 1,00 | |
| 3 a 4 | 15,7 (45) | 0,83 (0,60-1,16) | 0,83 (0,60-1,14) | |
| 5 ou mais | 11,8 (37) | 0,62 (0,43-0,89) | 0,70 (0,49-1,00) | |
| II | Número de moradores no domicílio | | P=0,382 | P=0,498 ¹ |
| | 1 | 12,8 (29) | 1,00 | 1,00 |
| | 2 | 16,6 (85) | 1,29 (0,88-1,92) | 1,25 (0,85-1,83) |
| | 3 ou mais | 16,8 (49) | 1,31 (0,86-2,01) | 1,22 (0,80-1,85) |
| III | Tabagismo | | P<0,001 | P=0,489 |
| | Nunca fumou | 21,1 (115) | 1,00 | 1,00 |
| | Fuma ou já fumou | 9,9 (48) | 0,47 (0,34-0,64) | 0,89 (0,64-1,24) |
| | Atividade física (minutos) | | P<0,001 | P=0,238 ¹ |
| | Nenhuma | 23,2 (79) | 1,00 | 1,00 |
| | 30 a 60 | 13,7 (68) | 0,59 (0,44-0,79) | 0,82 (0,61-1,09) |
| | 90 ou mais | 8,3 (16) | 0,36 (0,21-0,59) | 0,70 (0,42-1,17) |
| | Auto percepção de saúde | | P<0,001 | P=0,001 ¹ |
| | Boa e muito boa | 10,5 (62) | 1,00 | 1,00 |
| | Regular, ruim, muito e ruim | 23,2 (101) | 2,22 (1,66-2,97) | 1,68 (1,25-2,26) |
| | Índice de massa corporal | | P=0,003 | P=0,280 ¹ |
| Magro e normal | 12,0 (45) | 1,00 | 1,00 | |
| Sobrepeso | 15,7 (68) | 1,30 (0,92-1,85) | 1,11 (0,79-1,55) | |
| Obeso | 22,6 (50) | 1,88 (1,30-2,71) | 1,35 (0,92-1,98) | |

Tabela 2. Continuação.

| Nível | Característica | Prevalência de incontinência urinária (%) (n) | Análise (IC95%) | |
|-------|---------------------------------|--|------------------|----------------------|
| | | | Bruta | Ajustada |
| III | Morbidade referida ² | | P<0,001 | P=0,015 ¹ |
| | Nenhuma | 9,6 (35) | 1,00 | 1,00 |
| | Uma | 15,3 (65) | 1,59 (1,08-2,34) | 1,27 (0,87-1,84) |
| | Duas ou mais | 26,4 (63) | 2,74 (1,87-4,01) | 1,73 (1,17-2,55) |

1 Teste de tendência linear

2 (Acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, câncer ou doença renal);

11.2. Nota à imprensa

Incontinência urinária nos idosos da área rural do município de Rio Grande

O programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande, entre os anos de 2016 e 2017 realizou um projeto de pesquisa em forma de consórcio para avaliar aspectos da saúde da população residente na área rural do município de Rio Grande. A mestranda Alessandra Coelho Dziekaniak participou desse projeto avaliando a presença de incontinência urinária nos idosos com 60 anos ou mais pertencentes a essa população.

A incontinência urinária é uma doença que não tem elevada mortalidade, mas quando presente, traz aos seus portadores consequências sérias, como um maior número de infecções, o aumento dos gastos com saúde e o isolamento social. É uma doença considerada por muitos como parte natural do envelhecimento, o que faz com que não procurem ajuda médica para resolvê-la, convivendo com a doença e suas complicações.

Participaram desse estudo 1028 idosos, dentre os quais 15,9% é portador de incontinência urinária. Foi visto ainda que a doença ocorre com muito mais frequência em mulheres do que em homens e nas aquelas pessoas de maior idade, principalmente acima dos 75 anos. Além disso, está mais presente entre aqueles que acham que seu estado de saúde é ruim e naqueles que já tem outras doenças, como hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer ou doença renal. Essas observações mostram que o principal foco da saúde pública ao abordar esse problema deve ser em melhorar o diagnóstico de incontinência urinária, oferecendo tratamento a essa população, além de atuar na prevenção das outras doenças a ela associadas.

12.2. Apêndices

12.1. Apêndice 1 Quadros auxiliares à revisão de literatura

Quadro 5. Resumo dos artigos selecionados para a revisão de literatura

| Autor/Ano/ País/Local | Delineamento | Amostra/ Faixa Etária/Sexo | Resultados | Limitações |
|--|--------------|--|--|--|
| WETLE et al. 1995; EUA; área urbana | Transversal | Censo. N=3751. Incluídos todos homens e mulheres com 65 anos ou mais da região de East Boston. As perdas foram de 1,5% e os critérios de exclusão não explicitados. | Os desfechos avaliados foram a prevalência de segurar a urina (42%, sendo maior entre as mulheres) e os principais fatores associados, sendo eles: ter estado institucionalizado no ano anterior e incontinência fecal em homens e mulheres. Em homens destaca-se ainda o pobre status funcional e em mulheres, AVC. | Investiga a dificuldade para chegar até o banheiro, o que não necessariamente reflete o grau de incontinência; considera que as mulheres podem ter maior facilidade em informar. |
| NYGAARD et al; 1996; EUA; área rural | Coorte | Censo. N=2025. Critérios de inclusão: todas as mulheres com 65 anos ou mais não institucionalizadas. As perdas foram de 20% (cita que respondentes e não-respondentes são iguais) e os critérios de exclusão não foram explicitados. | Os desfechos avaliados foram a prevalência da IU de stress (41%) e de urgência (55%), a incidência medida no primeiro seguimento (20,4% IU de urgência e 24% IU de stress) e os fatores associados. No início do estudo, os principais fatores com associação significativa ($p < 0,05$) encontrados foram: incapacidade de caminhar 8 quadras (OR=2,15), AVC (OR=1,93), e incapacidade para mover objetos pesados (OR 1,89). Quanto aos fatores associados com o aumento da incidência, apenas a idade permaneceu com significância estatística (OR=1,11; IC 95%:1,019 -1,203). | Alguns não consideram uma perda leve como um problema; avalia a dificuldade de chegar até ao banheiro e a perda de urina pode dever-se a outros problemas que não a incontinência em si; avalia apenas mulheres. |
| NAKANISH et al. 1997; Japão; área urbana. | Transversal | Amostra randomizada de base populacional. N= 1473. Homens e mulheres com 65 anos ou mais na cidade de Settsu. As perdas foram de 3,2% e foram excluídos os idosos institucionalizados. | Os desfechos avaliados foram a prevalência de IU (9,8%) e os fatores associados, sendo os principais: demência OR=33,4 (IC95%:12,03-92,76), pobre estado de saúde OR=11,4(7,39-16,77) e AVC OR=8,93(4,98-16,02). | Considera que a prevalência tenha sido subestimada entre as mulheres por viés de informação (mulheres teriam vergonha da resposta). |
| ZUNZUNEGHI Et al; 2003; Espanha; área urbana | Transversal | Amostra aleatória, estratificada por idade e sexo. N= 1151. Homens e mulheres com mais de 65 anos. Perdas de 25%. | Os desfechos avaliados foram a prevalência de IU em mulheres (30%) e homens (14%), a frequência com que ocorre, sendo uma vez por semana ou mais em 71% dos homens e 88% das mulheres e os fatores associados, sendo os principais encontrados a presença de comorbidades (RR=1,55; IC95%:1,17-2,05) para mulheres e RR=1,55 (1,19-2,02) para homens; função cognitiva RR=0,94(0,90-0,98) para mulheres e RR=0,92(0,90-0,95) para homens. IMC elevado RR=1,05(1,01-1,10) e limitação grave de mobilidade RR=2,55(1,18-5,53) estiveram associados apenas para as mulheres. | As perdas foram de 25%, a forma como a amostra foi selecionada não consta do artigo. Não fica claro quais são as comorbidades com as quais foi encontrada associação. |

Quadro 5 (continuação)

| Autor/Ano/ País/Local | Delineamento | Amostra/ Faixa Etária/Sexo | Resultados | Limitações |
|--|--------------|---|---|---|
| GAVIRA IGLESIAS et al. 2005; Espanha Área rural; | Coorte | Amostra randomizada estratificada de base populacional. N=827. Homens e mulheres com 65 anos ou mais da cidade de Cabra. As perdas foram de 15,4% no primeiro momento e de 35% no segundo momento. Os critérios de exclusão não foram explicitados. | Os desfechos avaliados foram a prevalência de IU (36%) no início do estudo, a incidência de IU no segundo momento (29%) e os fatores de risco associados à mudança de status de continência (dificuldade de mobilidade, percepção negativa da própria saúde e ausência do cônjuge). Tanto a prevalência quanto a incidência foram maiores em mulheres. | Não foi testada a confiabilidade das perguntas aplicadas por entrevistadores distintos; não se investigou o tipo de IU nem as comorbidades associadas dos sujeitos do estudo |
| HSIEH et al. 2007; China área urbana. | Transversal | Amostra randomizada de base populacional. N=1517. Mulheres com 60 anos ou mais na cidade de Taiwan. A perda foi de 37% e não há critérios de exclusão citados. | Os desfechos avaliados foram a prevalência de IU (29,8%) e os fatores de risco relacionados, que foram ($p < 0,05$ e IC 95%): Tabagismo OR=1,96(IC:95%:1,17-3,18); Cirurgia ginecológica prévia OR=1,80(1,29-2,52); Hipertensão OR=1,78(1,42-2,21). | As perdas foram de 37%. Avalia apenas mulheres. |
| BYLES et al. 2009; Austrália Área rural. | Coorte | Amostra randomizada do sistema de saúde Australiano. N=12432. Mulheres entre 70 e 75 anos. As perdas no primeiro momento não estão descritas e no final do seguimento foram de 42,4%. Os critérios de exclusão tanto no primeiro momento quanto nos seguimentos não foram explicitados. | Os desfechos avaliados foram a prevalência de IU (20,7% no momento inicial e 27,2% no final do seguimento), a incidência de IU (14,6%) e os fatores sociais e de saúde associados a IU. Os principais foram ($p < 0,001$): Demência OR=2,34(IC95%:1,64-3,34); Obesidade OR=2,18(1,70-2,80); Infecção Urinária OR=2,06(1,86-2,28); Insatisfação com habilidade física OR=1,70(1,52-1,89). | Os participantes da primeira fase do estudo representam uma população diferentes dos participantes da fase final, podendo refletir viés de sobrevivência; a amostragem foi diferente nas zonas urbana e rural; a faixa de idade foi restrita entre 70 e 75 anos no primeiro momento; avalia apenas mulheres |
| TAMANINI et al. 2009; Brasil, área urbana | Transversal | Amostra randomizada de base populacional. N=2143 homens e mulheres com 60 anos ou mais na cidade de São Paulo. 575 idosos foram selecionados em um segundo momento para compensar os óbitos entre aqueles acima de 75 anos. Perdas e critérios de exclusão não explicitados. Outra pessoa poderia responder no caso de incapacidade do idoso. | Os desfechos avaliados foram a prevalência da queixa de IU (11,8% entre homens e 26,2% entre as mulheres) e os fatores de risco associados à IU, sendo os principais ($p < 0,05$ e IC 95%): depressão OR=2,49(IC95%:1,77-3,5); dificuldade nas atividades diárias OR=2,01(1,44-2,83) e AVC OR=1,69 (1,01-2,85). A prevalência foi maior entre as mulheres em todas as faixas de idade avaliadas (64 a 75 anos e acima de 75 anos). | Os dados disponíveis não permitem calcular a prevalência global acima de 60 anos. |

Quadro 5 (continuação)

| Autor/Ano/ País/Local | Delineamento | Amostra/ Faixa Etária/Sexo | Resultados | Limitações |
|--|--------------|--|---|--|
| MARQUES CAVALCANTE et al.; 2013 Brasil; área urbana. | Transversal | Amostra aleatória por setor censitário, com base nas Unidades de Saúde da Família (USF). N= 172. Mulheres com 60 anos ou mais ligadas às USFs na cidade de Petrolina. Perdas e critérios de exclusão não explicitados. | Os desfechos avaliados foram a prevalência da queixa de IU (47,1%) e os fatores associados, sendo os principais encontrados a presença de DM RP=1,57(IC95%:1,16-2,13) e ser dona de casa RP=6,25(1,14-34,12). | O tamanho da amostra é pequeno e não consegue mostrar diferença com significância estatística entre os diversos fatores pesquisados. |

Quadro 6. Resumo dos fatores associados a ocorrência de incontinência urinária em estudos observacionais entre idosos.

| FATORES ASSOCIADOS | WETLE | NYGAARD | NAKANISH | ZUNZUNEGUI | GAVIRA I | HSIEH | BYLES | TAMANINI | MARQUES |
|--------------------------------|-------|---------|----------|------------|----------|-------|-------|----------|---------|
| Diabetes | + | + | - | | | + | - | + | + |
| Hipertensão | | | | | | + | | - | |
| DPOC | + | | | | | | | - | |
| Acidente vascular cerebral | + | + | + | | | + | | + | |
| Cardiopatia isquêmica | | - | | | | | | | |
| Depressão | + | | | - | | | | + | |
| Demência | | + | + | | | | + | | |
| Ansiedade | | | - | | | | | | |
| Fratura de quadril | - | | | | | | | | |
| Quedas ao solo | | | | | | | + | | |
| Limitação de Mobilidade | | | | + | | | | | |
| Incontinência fecal | + | | | | | | | | |
| Constipação | | | | | | | + | | |
| Infecção urinária | | | | | | | + | | |
| Comorbidades | | | | + | | | | | |
| Cirurgia ginecológica prévia | | | | | | + | + | | |
| Alergia a droga no passado | | | | | | + | | | |
| Hospitalização no passado | + | | | | | | | | |
| Institucionalização no passado | + | | | | | | | | |
| História de prolapso vesical | | | | | | | + | | |
| Terapia de reposição hormonal | | - | | | | + | | | |
| Medicações | | + | | | | | | | |
| IMC elevado | | + | | + | | + | + | + | |
| Ter cônjuge | | | | | + (P) | - | | | - |
| Tabagismo | | | | | | + | - | | - |
| Consumo de álcool | + | | | | | - | | | |

Associação significativa (+), não foi encontrado associação significativa (-). A célula vazia significa que a variável não foi medida naquele estudo. (P) significa fator de proteção.

Quadro 6 (continuação)

| FATORES ASSOCIADOS | WETLE | NYGAARD | NAKANISH | ZUNZUNEGUI | GAVIRA I | HSIEH | BYLES | TAMANINI | MARQUES |
|-------------------------------|-------|---------|----------|------------|----------|-------|-------|----------|---------|
| Renda | - | | | | | | | | - |
| Ocupação | | | | | | | | | + |
| Posição na família | | | | | | | | | - |
| Nível de escolaridade | + | | | | - | | - | - | - |
| Status de saúde auto-relatado | + | | + | - | + | | | - | |
| Status funcional | + | + | + | | + | | + | + | - |
| Função cognitiva | | | | + | | | | | |
| Frequentar grupos | | | | | | | - | | |
| Número de consultas médicas | | | | | | | + | | |
| Paridade | | - | | - | | | + | | - |
| Tipo de parto | | | | | | | | | - |
| Tipo de assistência ao parto | | | | | | | | | - |
| Acordar à noite | + | | | | | | | | |

Associação significativa (+), não foi encontrado associação significativa (-). A célula vazia significa que a variável não foi medida naquele estudo. (P) significa fator de proteção.

12.2. Apêndice 2 Instrumento para coleta de dados

BLOCO A: DOMICÍLIO – DEVE SER RESPONDIDO PELO CHEFE DO DOMICÍLIO

| | | |
|---|--|-------------------|
| Número do setor: __ __ | | aset __ |
| Número do domicílio: ____ | | anum ____ |
| Número do questionário: _____ | | anuç _____ |
| Endereço (incluir ponto de referência): _____ | | aende _____ |
| 01) Data da entrevista: __/__/__ | | adat __/__/____ |
| 02) Entrevistadora: _____ | | aent __ |
| 03) Qual o seu nome? _____ | | |
| 04) Quantos anos o(a) Senhor(a) tem? __ __ anos completos (999) IGN | | aidade ____ |
| 05) SEXO (1) MASCULINO (2) FEMININO | | asexo _ |
| 06) Qual a cor da sua pele? | | |
| (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Outra | | acorpel _ |
| 07) Quantas pessoas moram nesta casa? Nº __ __ (99) IGN | | amodo __ |
| 08) Até que série/ano o(a) Sr. (a) completou na escola? __ __ série do __ __ grau (99) IGN | | aserie_ agrau_ |
| 09) O(a) Senhor(a) é: | | |
| (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/ companheiro(a) (3) Separado(a)/ divorciado(a) | | asico_ |
| (4) Viúvo(a) (9) IGN | | |
| INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre as condições de moradia das pessoas que vivem nesta casa | | |
| (OBSERVAR E SE NECESSÁRIO PERGUNTAR) 10) TIPO DE CONSTRUÇÃO: | | acasa_ |
| (1) MADEIRA (2) TAIPA (3) TIJOLO/ALVENARIA (4) PALHA (5) MISTA (6) PAPELÃO/LATA (8) OUTRO (9) IGN | | |
| 11) A sua casa é própria, alugada ou emprestada? | | aprop_ |
| (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (não paga aluguel) (9) IGN | | |
| 12) Quantos cômodos / peças tem esta casa? __ __ cômodos/peças (99) IGN | | apeca__ |
| 13) Quantos cômodos/peças usam para dormir? __ __ cômodos/peças (99) IGN | | adorm__ |
| 14) Tem água encanada? | | aagua_ |
| (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no terreno (9) IGN | | |
| 15) De onde vem a água usada para beber? | | afonte_ |
| (1) Rede Pública (2) Chafariz (3) Cisterna, poço (4) Rio, lagoa, açude (5) Caminhão-pipa (6) Outro (9) IGN | | |
| 16) Como é a privada da casa? | | apriva_ |
| (1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga (3) Casinha/fossa (4) Não tem privada (9) IGN | | |
| 17) Esta casa está ligada à rede de esgotos? | | aesgo_ |
| (0) Não (1) Sim (9) IGN | | |
| INSTRUÇÃO 02: Agora vamos conversar sobre tua casa | | |
| Na sua casa tem... | | |
| 18) Carro de passeio? (0) Não () Sim, quantos? __ | | aauto_ |
| 19) Moto? (0) Não () Sim, quantos? __ | | amoto_ |
| 20) Empregado mensalista? (0) Não () Sim, quantos? __ | | aempr_ |

| | | | | |
|--|---------|-----------------------|---|------------|
| 21) Máquina de lavar roupa? (desconsiderar tanquinho) | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | aroupa _ | |
| 22) Banheiro | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | abanho _ | |
| 23) DVD? | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | advd _ | |
| 24) Geladeira? | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | agela _ | |
| 25) Freezer ou geladeira duplex? | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | afrez _ | |
| 26) Computador? | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | acomp _ | |
| 27) Lavadora de louças? | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | alava _ | |
| 28) Forno micro-ondas? | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | amicr _ | |
| 29) Secadora de roupas? | (0) Não | () Sim, quantos? ___ | aseca _ | |
| 30) Tem fogão à lenha? (0) Não → 32 (1) Sim | | (9) IGN | alenha _ | |
| 31) Esse fogão à lenha, vocês: (0) Nunca usam (1) Usam às vezes (2) Usam sempre (8) NSA (9) IGN | | | alefr _ | |
| INSTRUÇÃO 03: Agora vou conversar com o(a) Sr(a) sobre trabalho | | | | |
| 32) O(A) Sr. (a) está trabalhando? (0) Não (1) Sim → 34 (9) IGN | | | atrab _ | |
| 33) SE NÃO: Por que não está trabalhando? (1) Desempregado (2) Aposentado (3) Encostado (4) Pensionista () Outro _____ (8) NSA (9) IGN | | | antr _ | |
| APÓS RESPONDER A QUESTÃO 33, PULE PARA A QUESTÃO 36 | | | | |
| 34) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr.(a) faz? (Anotar onde e o que faz): _____ | | | aocup _____ | |
| 35) SE ESTÁ TRABALHANDO: O Sr(a). trabalha com carteira assinada? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | | | avinc _ | |
| 36) A sua família planta ou cultiva algum alimento? (0) Não (1) Sim (9) IGN | | | acult _ | |
| 37) A família tem criação de animais na propriedade? (0) Não () Sim, qual (is)? | | | aaanima _ | |
| Gado/rês: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | agado _ |
| Porco: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | aporco _ |
| Peixe: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | apeixe _ |
| Galinha: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | agalinha _ |
| Ovelha: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | aovelha _ |
| Cavalo: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | acavalo _ |
| Abelha: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | aabelha _ |
| Cabra: | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | acabra _ |
| SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 36 E 37 PULE PARA A QUESTÃO 41. | | | | |
| 38) O que vocês produzem é suficiente para o sustento da família na maior parte do ano? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | | | aconsu _ | |
| 39) Daquilo que vocês produzem, sobra para vender na maior parte do ano? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | | | avenda _ | |
| 40) Em 2016, quanto vocês ganharam com a venda daquilo que produziram? R\$ _____ | | | arep _____ | |
| 41) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não recebe renda (99999) IGN | | | arf1: _____ arf2: _____ arf3: _____ arf4: _____ arf5: _____ | |
| 42) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, arrendamento de terra, pensão ou outra | | | arou _ | |

| | |
|---|--------------|
| que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ _____ por mês (99999) IGN | aqrou _____ |
| 43) Algum morador é beneficiário do Programa Bolsa Família? (0) Não () Sim, quantos moradores? ____ (9) IGN | apbf _ |
| INSTRUÇÃO 04: Agora vou ler para o(a) Sr(a) algumas perguntas sobre a sua alimentação em casa nos últimos três meses, ou seja, desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, para cá. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas é importante que o(a) Sr(a) responda cada uma delas. | |
| 44) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, em algum momento você chegou a pensar que a comida na sua casa ia acabar antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN | ia01 _ |
| 45) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais? (0) Não (1) Sim (9) IGN | ia02_ |
| 46) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para comprar a comida que sua família precisava? (0) Não (1) Sim (9) IGN | ia03 _ |
| 47) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN | ia04 _ |
| 48) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, alguém da sua casa teve que comer menos do que o habitual porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN | ia05_ |
| INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre algumas doenças de família | |
| Algum familiar seu tem: | |
| 49) Retardo mental? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askatraso _ |
| 50) Dificuldade para andar? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askandar _ |
| 51) Surdez? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askouvir _ |
| 52) Enxerga as coisas duplicadas? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askenxer _ |
| SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 49, 50, 51 E 52 PULE PARA A QUESTÃO 54. | |
| 53) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 49 A 52: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você? | |
| Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | apai _ |
| Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | amae _ |
| Avô/Avó (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | aavo _ |
| Tio (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | atio _ |
| Primo (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | aprimo _ |
| Sobrinho (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | asobri _ |
| Filho (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | afilho _ |
| Outro (a): _____ | aoufam _ |
| Depois de adulto alguém da sua família que não era doente começou a: | |
| 54) Ter problema para caminhar /desequilíbrios /tombos frequentes? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askcaminha _ |
| 55) Ter problema/dificuldade para falar? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askfala _ |
| 56) Parou de sentir frio ou calor nos pés? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askcalor _ |
| 57) Ter formigamento nas pernas ou pés? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askformiga _ |
| 58) Doença dos pezinhos? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askpezi _ |
| 59) Doença de Machado-José? (0) Não (1) Sim (9) IGN | askjose _ |

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 54, 55, 56, 57, 58 E 59 PULE PARA A QUESTÃO 61.

| | | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|--|-----------|
| 60) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 53 A 58: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você? | | | | | | |
| Pai | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | aapai _ |
| Mãe | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | aamae _ |
| Avô/Avó | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | aaavo _ |
| Tio(a) | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | aatio _ |
| Primo(a) | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | aaprimo _ |
| Sobrinho(a) | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | aasobri _ |
| Filho(a) | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | aafilho _ |
| Outro(a): _____ | | | | | | aaoufam _ |
| 61) Seus pais são parentes ou primos? | | | | | | |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | | | | askpais _ |

INSTRUÇÃO 06: Agora vamos falar sobre plano de saúde

| | | | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|---------|---------|--|-----------|
| 62) Os moradores desta casa tem plano de saúde? | | | | | | |
| (0) Não → 67 | () Sim, qual plano ? | | | (9) IGN | | aplano _ |
| O que este plano de saúde cobre... | | | | | | |
| 63) Consultas médicas? | | | | | | |
| (0) Não | (1) Sim, com participação | (2) Sim, sem participação | (8) NSA | (9) IGN | | acomed _ |
| 64) Exames? | | | | | | |
| (0) Não | (1) Sim, com participação | (2) Sim, sem participação | (8) NSA | (9) IGN | | aexame _ |
| 65) Quantas pessoas fazem parte do plano de saúde? ___ pessoas (88) NSA (99) IGN | | | | | | |
| 66) Quanto custa este plano por mês? R\$ _____ (88888) NSA (99999) IGN | | | | | | |
| 67) Qual é a distância aqui da sua casa até o Posto de de Saúde mais perto? _____ metros ___ km | | | | | | |
| 68) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato? | | | | | | |
| (0) Não | (1) Sim → qual? _____ | Nome? _____ | | | | fon _____ |
| 69) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)? | | | | | | |
| (0) Não | (1) Sim → qual? _____ | Nome ? _____ | | | | fo2 _____ |

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS 48 A 58, O ORIENTE A LIGAR PARA DRA. SIMONE KARAM (53) 98116-8128 PARA INVESTIGAÇÃO E ACONSELHAMENTO GENÉTICO.

AGRADEÇA E ENCERRE ESTE BLOCO

| BLOCO D: IDOSOS | | | | |
|--|-------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------|
| Número do setor: __ | | | | dset __ |
| Número do domicílio: ___ | | | | dnum ___ |
| Número do entrevistado: ___ | | | | dnume ___ |
| Número do questionário: _____ | | | | dnuq _____ |
| 01) Data da entrevista: __/__/_____ | | | | ddat __/__/__ |
| 02) Entrevistadora: _____ | | | | dent __ |
| 03) QUEM ESTÁ RESPONDENDO AO QUESTIONÁRIO? | | (1) IDOSO(A) → 05 | (2) CUIDADOR(A) | dques _ |
| NOME DO CUIDADOR: _____ | | | | |
| 04) SE CUIDADOR: Qual a sua relação com o(a) <IDOSO(A)>? | | | | drela _ |
| (1) Esposo(a) ou companheiro(a) | (2) Filho(a) | (3) Irmão(ã) | (4) Vizinho(a) | |
| (5) Pessoa contratada | (6) Outro _____ | (8) NSA | | |
| A PARTIR DA QUESTÃO 05, TODAS AS PERGUNTAS SE REFEREM AO IDOSO (NÃO SE REFEREM AO CUIDADOR) | | | | |
| 05) Qual o seu nome? (<i>Nome do idoso</i>) _____ | | | | dnome |
| 06) Quantos anos o(a) Sr(a). tem? ___ Anos completos (999) IGN | | | | didade ___ |
| 07) SEXO | | (1) MASCULINO | (2) FEMININO | dsexo _ |
| 08) Qual a cor da sua pele? | | | | dcorpel _ |
| (1) Branca | (2) Preta | (3) Parda | (4) Amarela | (5) Outra |
| 09) Até que série/ano o(a) Sr(a). completou na escola? __ série do __ grau | | | (99) IGN | desc ___ |
| 10) O(a) Sr(a). é: | | | | dsico _ |
| (1) Solteiro(a) | | (2) Casado(a) ou com companheiro(a) | | |
| (3) Separado(a) ou divorciado(a) | | (4) Viúvo(a) | | |
| O(A) Sr(a). vive... | | | | |
| 11) Sozinho(a)? | | (0) Não | (1) Sim | dviveso _ |
| 12) Com cônjuge ou com companheiro(a)? | | (0) Não | (1) Sim | dviveco _ |
| 13) Com filho(s)? | | (0) Não | (1) Sim | dvivefi _ |
| 14) Com pai e/ou mãe? | | (0) Não | (1) Sim | dvivepai _ |
| 15) Com outra pessoa? | | (0) Não | () Sim, quem? _____ | dviveout _ |
| 16) O(a) Sr(a). tem alguma religião? | | (0) Não → 18 | (1) Sim | (9) IGN |
| 17) SE SIM: Qual? | (01) Católica | (02) Evangélica | (03) Espírita | dreligqual ___ |
| (04) Candomblé | (05) Umbanda | (06) Adventista | (07) Luterana | |
| (08) Testemunha de Jeová | (09) Mórmon | (88) NSA | (99) IGN | |
| INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre trabalho | | | | |
| 18) O(A) Sr(a). está trabalhando? | | | | dtrab _ |
| (0) Não | (1) Sim → 20 | (9) IGN | | |
| 19) SE NÃO: Por que não está trabalhando? | | | | dtrabnao _ |
| (1) Desempregado(a) | (2) Aposentado(a) | (3) Encostado(a) | | |
| (4) Pensionista | () Outro: _____ | (8) NSA | (9) IGN | |
| APÓS RESPONDER A QUESTÃO 19, PULE PARA A INSTRUÇÃO 03. | | | | |
| 20) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr(a). faz? (<i>Anotar onde e o que faz:</i>) _____ | | | | docup _ |
| 21) SE ESTÁ TRABALHANDO: O(a) Sr(a). trabalha com carteira assinada? | | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA |
| | | (9) IGN | | dcarteira _ |
| INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre atividades físicas apenas no seu trabalho | | | | |
| No seu trabalho, desde <DIA> da semana passada para cá o(a) Sr(a).... | | | | |
| 22) Caminhou pelo menos meia hora por dia? | | | | dtracam _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 23) Carregou pesos leves pelo menos meia hora por dia? | | | | dtrapele _ |

| | | | | |
|---|-------------------------|---------------|---------|------------------------------|
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 24) Carregou objetos pesados pelo menos meia hora por dia? | | | | dtrapepe _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 25) Trabalhou com enxada e outras ferramentas nas lidas do campo pelo menos meia hora por dia? | | | | dtraferr _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre atividades físicas para ir de um lugar a outro | | | | |
| 26) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). caminhou pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro? | | | | dlucam _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 27) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro? | | | | dlubici _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| INSTRUÇÃO 04: Agora vamos falar sobre atividades físicas no seu tempo livre | | | | |
| 28) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre? | | | | dlivcam _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 29) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta, tomou banho de rio ou praticou esportes pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre? | | | | dlibvici _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre as atividades que o(a) Sr(a). fez na última semana enquanto estava sentado ou deitado, sem contar o tempo que passou na cama. Hoje é <DIA>, quero que o(a) Sr(a). pense nessas atividades considerando desde <DIA> da semana passada até ontem. Para cada uma das atividades, considere apenas aquelas que sejam as principais, ou seja, se o(a) Sr(a). estava vendo televisão e comendo, considere apenas uma das duas. | | | | |
| 30) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e assistiu televisão ou vídeos/DVDs? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | oltvh __ oltvm __ |
| 31) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e usou computador/internet? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | olpch __ olpcm __ |
| 32) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e leu? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | ollerh __ ollerm __ |
| 33) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e socializou com amigos ou família? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | olsoch __ olsocm __ |
| 34) Desde <DIA> da semana passada, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e dirigiu ou andou de carro/moto/transporte público ou outro? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | oldesh __ oldesm __ |
| 35) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e praticou algum hobby? Ex: palavras cruzadas... ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | olhobh __ olhobm __ |
| 36) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e trabalhou? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | oltrabh __ oltrabm __ |
| 37) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e fez outras atividades? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN | | | | oloutrosh __ oloutrsm __ |
| INSTRUÇÃO 06: Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o hábito de fumar. Fumante é a pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia há mais de 1 mês. Ex-fumante é a pessoa que parou de fumar há mais de 1 mês. | | | | |
| 38) O(a) Sr(a). fuma ou já fumou? | | | | dfuma _ |
| (0) Não, nunca fumou → 44 | (1) Já fumou, mas parou | (2) Sim, fuma | (9) IGN | |
| 39) No último mês o Sr(a). fumou pelo menos um cigarro por dia? | | (0) Não → 42 | (1) Sim | (8) NSA (9) IGN |
| 40) SE FUMA: Há quanto tempo o(a) Sr(a). fuma? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN | | | | dfumatea __ dfumatem __ |
| 41) SE FUMA: Quantos cigarros o(a) Sr(a). fuma por dia? ___ cigarros (888) NSA (999) IGN | | | | dfumaqua ___ |
| APÓS RESPONDER A QUESTÃO 41, PULE PARA A INSTRUÇÃO 07. | | | | |
| 42) SE FUMOU: Por quanto tempo o(a) Sr(a). fumou? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN | | | | dfumoutea __ dfumoutem __ |
| 43) Há quanto tempo parou de fumar? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN | | | | dfumoupaa __ dfumoupam __ |
| INSTRUÇÃO 07: Agora vamos conversar sobre bebidas alcoólicas. | | | | |
| 44) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). tomou cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida com álcool? | | | | balco _ |

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| (0) Não → INSTRUÇÃO 09 | (1) Sim | (9) IGN | |
| 45) Desde <DIA> da semana passada para cá, em quantos dias, aproximadamente, o(a) Sr(a). tomou bebidas alcoólicas? | | | balcdsem _ |
| _ Dias por semana | (8) NSA | (9) IGN | |
| INSTRUÇÃO 08: Considere uma dose conforme esta figura (MOSTRAR FIGURA) | | | |
| 46) Nos dias em que o(a) Sr(a). bebeu, quantas doses, em média, o(a) Sr(a). tomou? | | | balcqtd _ _ |
| _ _ Doses por semana | (88) NSA | (99) IGN | |
| INSTRUÇÃO 09: Agora vamos conversar um pouco sobre sua alimentação. | | | |
| 47) Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia? ___ Refeições (99) IGN | | | varefdia _ _ |
| 48) O(A) Sr(a). consome leite, queijo, iogurte, bebida láctea ou leite fermentado pelo menos uma vez por dia? | | | vaconleite _ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | |
| 49) O(A) Sr(a). come ovos, feijão, lentilhas ou soja, pelo menos uma vez por semana? | | | vaconfe _ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | |
| 50) O(A) Sr(a). come carne, peixe, frango ou porco pelo menos três vezes por semana? | | | vaconcarne _ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | |
| 51) O(A) Sr(a). come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia? | | | vaconfu _ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | |
| 52) Quantos copos ou xícaras de líquidos o(a) Sr(a). consome diariamente? (incluindo água, café, chá, suco e chimarrão.) ___ Copos (99) IGN | | | vaconagua _ _ |
| 53) Sem contar na salada, o(a) Sr(a). costuma colocar sal na comida pronta no seu prato? | | | vaadsal _ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | |
| 54) O(A) Sr(a). costuma fazer as refeições assistindo televisão? | | | vareftv _ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | |
| 55) O(A) Sr(a). costuma tomar café da manhã, almoçar ou jantar com as pessoas que moram com você? | | | varefmo _ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | |
| 56) Em qual local da casa o(a) Sr(a). geralmente realiza as suas refeições? (<i>Marque apenas uma opção</i>) | | | vareflo _ |
| (1) Cozinha | (2) Varanda ou Sala de Jantar | (3) Sala | |
| (4) Quarto | (5) Outros | (6) Não faço refeição em casa | |
| (9) IGN | | | |
| INSTRUÇÃO 10: Agora falaremos sobre a sua saúde | | | |
| 57) Considerando outras pessoas com a mesma idade que o(a) Sr(a)., como considera sua saúde? | | | dsaude _ |
| (1) Muito boa | (2) Boa | (3) Regular | (4) Ruim |
| (5) Muito ruim | (9) IGN | | |
| O(A) Sr(a). usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia? | | | |
| 58) Bengala | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 59) Andador | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 60) Cadeira de rodas | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 61) Aparelho auditivo (no ouvido) | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 62) Dentadura em cima | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 63) Dentadura em baixo | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 64) Prótese de quadril | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 65) Colchão de espuma com pontinhas (piramidal) | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 66) Almofada de ar para cadeira ou cama | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 67) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem pressão alta? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 68) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem diabetes ou açúcar alto no sangue? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 69) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 70) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem doença na coluna? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 71) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem reumatismo, artrite ou artrose? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |
| 72) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem osteoporose (fraqueza nos | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| ossos)? | | | | |
| 73) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema nos rins? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | drins _ |
| 74) O(A) Sr(a). está fazendo hemodiálise? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dhemodi _ |
| 75) Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a). estava com câncer? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dcancer _ |
| 76) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). teve que amputar alguma parte do seu corpo? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | damputa _ |
| 77) Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr(a). tinha depressão? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | mcdeprevida_ |
| 78) Desde <MÊS> do ano passado para cá, algum médico ou psicólogo disse que o(a) Sr(a). tem depressão? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | mcdepreano_ |
| 79) O(A) Sr.(a) já tomou vacina contra a gripe? | (00) Não → 81 | () Sim, quantas vezes? ____ vezes | (99) IGN | dgripe _ |
| 80) SE SIM: O(A) Sr(a). tomou alguma dose desta vacina desde <MÊS> do ano passado pra cá? | | | | dvacinames _ |
| (0) Não, não tomou | (1) Sim, tomou | (8) NSA | (9) IGN | |
| 81) SE NÃO: Por que não tomou? | | | | dvacinanao _ |
| (1) Não sabia que podia/precisava tomar | (2) Não tinha vacina/estava em falta | | | |
| (3) Ficou com medo de adoecer | (8) NSA | (9) IGN | | |
| SE O IDOSO FOR DO SEXO MASCULINO, PULE PARA A INSTRUÇÃO 11. | | | | |
| 82) ATENÇÃO: SE MULHER: Quantos filhos a Sra. já teve? __ Filhos | (00) Nenhum → 84 | | (88) NSA | adfls _ _ |
| 83) SE TEVE FILHO(S): Quantos filhos a Sra. teve de parto normal/vaginal? __ Filhos | (00) Nenhum | (88) NSA | (99) IGN | adflsv _ _ |
| 84) Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | davc _ |
| INSTRUÇÃO 11: Agora vamos conversar sobre seu hábito para urinar | | | | |
| 85) O(a) Sr(a). se urina sem querer? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | adperde_ |
| 86) O(a) Sr(a). se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | adesforc _ |
| 87) O(a) Sr(a). se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | adurg _ |
| SE A RESPOSTA ÀS TRÊS PERGUNTAS ANTERIORES (85, 86 e 87) FOR “NÃO”, PULE PARA A INSTRUÇÃO 12. | | | | |
| 88) Faz quanto tempo que o(a) Sr(a). se urina sem querer? __ Mês(es) __ Ano(s) | (88) NSA | (99) IGN | adpvezme_ _ adpvezan _ _ | |
| 89) O(a) Sr(a). acha que se urinar sem querer atrapalha a sua vida? | | | | adatp _ |
| (0) Não → 91 | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 90) SE SIM: Em que isto atrapalha? Me conte isso. _____ | | | | adatpc _ |
| | | | | (8) NSA (9) IGN |
| 91) Alguma vez o(a) Sr(a). se consultou com médico para tratar deste problema de se urinar sem querer? | | | | adcns _ |
| (0) Não | (1) Sim → 93 ou 94 | (8) NSA | (9) IGN | |
| 92) SE NÃO: Por qual razão o(a) Sr(a). não foi se consultar com médico para tratar deste problema? | | | | adcnspq _ |
| | | | | (8) NSA (9) IGN |
| A PRÓXIMA PERGUNTA (93) SÓ DEVE SER FEITA A QUEM RESPONDEU SIM NA QUESTÃO DE NÚMERO 84, OU SEJA “TEVE DERRAME OU AVC”, USE O MESMO TERMO REFERIDO POR ELE(A) NA QUESTÃO. | | | | |
| 93) SE TEVE DERRAME: O(a) Sr(a). já se urinava sem querer antes de ter o derrame? | | | | adavcq _ |
| (1) Começou antes | (2) Começou depois | (8) NSA | (9) IGN | |
| 94) O que o(a) Sr(a). faz para não molhar a roupa de urina? _____ | | | | admour _ |
| | | | | (8) NSA (9) IGN |
| 95) Por causa de se urinar sem querer, o(a) Sr(a). já deixou de ir a algum lugar? (festa, na igreja, visitar um amigo)? | | | | adcauri _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 96) O(a) Sr(a). acha que urinar sem querer é normal para o idoso? | | | | adnouri _ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| INSTRUÇÃO 12: Agora vamos conversar sobre seu sono | | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|----------|---------------|-------------|
| 97) O(a) Sr(a). ronca? | (0) Não → 101 | (1) Sim | (9) IGN | apronca _ | |
| 98) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). roncou? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN | | | | apfronco _ | |
| 99) Seu ronco é... | | | | aptronco _ | |
| (1) Um pouco mais alto que a sua respiração | (2) Tão alto quanto a fala | (3) Mais alto que a fala | | | |
| (4) Muito alto | (8) NSA | (9) IGN | | | |
| 100) Seu ronco incomoda outras pessoas? | | | | apincoronco _ | |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | | |
| 101) Alguém já notou que o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono? | | | | appararesp _ | |
| (0) Não → 103 | (1) Sim | (9) IGN | | | |
| 102) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN | | | | | |
| 103) O(a) Sr(a). acorda cansado(a)? | | | | apacans _ | |
| (0) Não → 105 | (1) Sim | (9) IGN | | | |
| 104) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). acordou cansado? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN | | | | | |
| 105) O(a) Sr(a). fica cansado(a) no seu tempo desperto(a)? | | | | apdcans _ | |
| (0) Não → 107 | (1) Sim | (9) IGN | | | |
| 106) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). ficou cansado(a) no seu tempo desperto(a)? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN | | | | | |
| 107) O(a) Sr(a). já cochilou ou dormiu enquanto dirigia? | | | | apdirigir _ | |
| (0) Não → INSTRUÇÃO 13 | (1) Sim | (8) Não dirige → INSTRUÇÃO 13 | (9) IGN | | |
| 108) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência isso aconteceu com o(a) Sr.(a) ? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN | | | | apfqdirig _ | |
| INSTRUÇÃO 13: Agora vamos falar sobre quedas | | | | | |
| 109) O(A) Sr(a). caiu alguma vez desde <MÊS> do ano passado para cá? | | | | dcaiu _ _ | |
| (00) Não | () Sim, quantas vezes? _ _ | | (99) IGN | | |
| 110) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). quebrou ou fraturou algum osso? | | | | dquebrou _ _ | |
| (00) Não → INSTRUÇÃO 14 | () Sim, quantas vezes? _ _ | | (99) IGN | | |
| 111) O que o(a) Sr(a). quebrou? (<i>Não leia as alternativas</i>) | | | | | |
| Pé | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquepe _ |
| Tornozelo | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquetor _ |
| Perna | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dqueper _ |
| Joelho | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquejoe _ |
| Fêmur ou quadril | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquefemu _ |
| Dedos da mão | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquededo _ |
| Pulso | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquepulso _ |
| Antebraço | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dqueante _ |
| Braço | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquebraco _ |
| Clavícula | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquecla _ |
| Escápula | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquesca _ |
| Cadeiras | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquecade _ |
| Costela | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquecost _ |
| Vértebra | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquevert _ |
| Esta fratura ocorreu quando o(a) Sr(a). estava: | | | | | |
| 112) Trabalhando? | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquetrab _ |
| 113) No seu tempo livre fora de casa? | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dqueliv _ |
| 114) Em casa? | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquecasa _ |
| 115) No trânsito? | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dquetran _ |
| INSTRUÇÃO 14: Agora vamos conversar sobre a procura por benzedeira, benzedeiro, curandeiro ou rezadeira | | | | | |
| 116) Aguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou por benzedeira, benzedeiro curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde? | | | | sjbnzvd _ | |

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| (0) Não → 125 | (1) Sim | (9) IGN | | |
| 117) Quando foi a última vez que o (a) Sr(a). procurou por uma benzedeira/curandeiro? __ __ Mês(es) __ __ Ano(s) | | | sjbnzano_ _ sjbnzmes_ _ | |
| (88) NSA (99) IGN | | | | |
| 118) Nesta última vez que o(a) Sr(a). procurou uma benzedeira/curandeiro, quais eram os seus problemas de saúde? _____ | | | sjmot_ | |
| _____ (8) NSA (9) IGN | | | | |
| 119) Por que o(a) Sr(a). procurou a benzedeira ou curandeiro para resolver esse problema de saúde? _____ | | | sjbnzpq_ | |
| _____ (8) NSA (9) IGN | | | | |
| 120) A benzedeira ou curandeiro falou que o(a) Sr(a). precisava procurar um médico ou algum profissional da saúde para tratar desse(s) problema(s) de saúde? | | | sjbnzind_ | |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 121) O(a) Sr(a). também procurou um profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentista, outro profissional) para tratar este(s) problema(s) de saúde? | | | sjbnzmed_ | |
| (0) Não | (1) Sim → 123 | (8) NSA | (9) IGN | |
| 122) SE NÃO: Por que o(a) Sr(a). não procurou um profissional da saúde para resolver este(s) problema(s)? _____ | | | sjbnznao_ | |
| _____ (8) NSA (9) IGN | | | | |
| 123) O(a) Sr(a). ficou satisfeito com o resultado do tratamento para <PROBLEMA(S) DE SAÚDE> feito pela benzedeira ou curandeiro? | | | sjbnzsati_ | |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 124) Nesta última vez, a benzedeira ou curandeiro cobrou algum valor em dinheiro pelo serviço? | | | sjbnzpag_ | |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |
| 125) O(a) Sr(a). já procurou a benzedeira ou curandeiro por outro motivo que não fosse problema de saúde? | | | sjbnzout_ | |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | | |
| 126) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou padre, pastor, cirurgiões espirituais, cultos de cura da igreja, centros de umbanda (batuque) ou candomblé para tratar algum problema de saúde? | | | sjbnzfe_ | |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | | |
| INSTRUÇÃO 15: Agora vamos conversar sobre procurar atendimento de saúde | | | | |
| 127) Quando o(a) Sr(a). precisa de um atendimento de saúde, qual é o primeiro serviço em que o(a) Sr(a). vai? (Marque apenas uma opção) | | | lfserref_ | |
| (1) UBSF/ Posto de saúde de referência (mais próximo do domicílio) | (2) Outra UBS/UBSF/Posto de Saúde | (3) Consultório médico (particular) | | |
| (4) Consultório médico (convênio/plano de saúde) | (5) Unidade de atendimento 24 horas na área rural | (6) Pronto Socorro (área urbana) | | |
| (7) Hospital | () Outro _____ | (9) IGN | | |
| 128) Por que o(a) Sr(a). escolheu esse serviço? (Marque mais de uma alternativa se necessário) | | | | |
| É o serviço mais próximo da minha casa | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | lfescmot1_ |
| É o serviço/profissional de saúde que eu geralmente vou quando preciso | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | lfescmot2_ |
| É mais fácil de conseguir o atendimento | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | lfescmot3_ |
| Fica aberto no horário que posso ir | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | lfescmot4_ |
| Gosto do atendimento | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | lfescmot5_ |
| Outro motivo | (0) Não | () Sim, qual? _____ | (9) IGN | lfescmoto_ |
| 129) Por quais motivos o (a) Sr. (a) já procurou o <NOME DO SERVIÇO>? _____ | | | (9) IGN | lfrefmot_ |
| 130) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). esteve doente? | | | | lfdoe12_ |
| (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | | |
| 131) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). buscou atendimento no Posto de Saúde mais próximo à sua residência? | | | | lfbusubs12_ |
| (0) Não → 139 | (1) Sim | (9) IGN | | |
| 132) SE SIM: Quantas vezes? __ __ __ vezes (888) NSA (999) IGN | | | | lfbusubs12qt_ _ _ |
| 133) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a). foi ao Posto de Saúde mais próximo à sua residência? | | | | lfbusubs3_ |
| (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | |

| | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|---|----------------|
| 134) Por quais motivos o(a) Sr(a). já procurou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência? _____ (8) NSA (9) IGN | | | | | lfubsmot _ |
| 135) Como o(a) Sr(a). classifica o atendimento nesse Posto de Saúde? | | | | | lfubssat _ |
| (1) Muito ruim | | (2) Ruim | | (3) Regular | |
| (4) Bom | | (5) Muito bom | | (8) NSA (9) IGN | |
| 136) Da última vez que o(a) Sr(a). buscou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência, o(a) Sr(a). conseguiu o atendimento que estava procurando? | | | | | lfubsaten _ |
| (0) Não → 138 | | (1) Sim | | (8) NSA (9) IGN | |
| 137) O(a) Sr(a). já encontrou alguma dificuldade para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava? | | | | | lfubsdif _ |
| (0) Não → INSTRUÇÃO 16 | | (1) Sim | | (8) NSA (9) IGN | |
| 138) Quais dificuldades o(a) Sr(a). encontrou para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava? _____ (8) NSA (9) IGN | | | | | lfdifate _ |
| APÓS RESPONDER A QUESTÃO 138, PULE PARA A INSTRUÇÃO 16. | | | | | |
| 139) Que motivos o(a) levaram a não buscar atendimento no Posto de saúde? _____ (8) NSA (9) IGN | | | | | lfmotate _ |
| INSTRUÇÃO 16: Agora vamos conversar sobre seus dentes | | | | | |
| 140) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). consultou com dentista? | | | | | fsdente _ |
| (0) Não → 147 | | (1) Sim | | (9) IGN | |
| 141) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista? | | | | | fsdentemes _ _ |
| (00) Não __ vezes | | () Sim Quantas vezes? __ vezes | | (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) Não sabe se consultou | |
| 142) SE SIM: Desde <DIA DE DOIS MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). consultou com dentista? | | | | | fspop _ _ |
| (00) Não __ vezes | | () Sim Quantas vezes? __ vezes | | (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) Não sabe se consultou | |
| 143) Onde foi que o(a) Sr(a). consultou na última vez? | | | | | fstipse _ |
| (1) Posto de saúde público | | (2) Serviço Público, mas não do posto de saúde | | | |
| (3) Convênio | | (4) Serviço Privado | | | |
| (8) NSA | | (9) IGN | | | |
| 144) O (a) Sr(a). tem algum tipo de plano de saúde que cubra consultas com um dentista? | | | | | fspladent _ |
| (0) Não | | (1) Sim | | (8) NSA (9) IGN | |
| 145) Qual foi a razão que levou o(a) Sr(a). a utilizar o dentista na última consulta? | | | | | fsrazao _ |
| (1) Consulta de urgência | | | (2) Tratamento convencional | | |
| (3) Revisão | | | (8) NSA | | (9) IGN |
| 146) O(a) Sr(a). tem algum problema na boca que interfere com comer, dormir ou atividades sociais? | | | | | fsprob _ |
| (0) Não | | (1) Sim | | (8) NSA (9) IGN | |
| 147) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes (99) IGN | | | | | fsdesu _ _ |
| 148) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes (99) IGN | | | | | fsdein _ _ |
| 149) O(a) Sr(a). usa algum tipo de prótese dentária? (“dentadura”, “ponte”, “pivô”, implante). | | | | | fsprot _ |
| (0) Não | | (1) Sim | | (9) IGN | |
| 150) O(a) Sr(a). acha que necessita usar algum tipo de prótese dentária? | | | | | fstipro _ |
| (0) Não | | (1) Sim | | (9) IGN | |
| 151) Como o(a) Sr(a). avalia a sua saúde bucal? | | | | | fssabu _ |
| (1) Muito ruim | | (2) Ruim | | (3) Regular | |
| (4) Boa | | (5) Muito boa | | (9) IGN | |
| INSTRUÇÃO 17: Agora vamos falar sobre remédios | | | | | |
| 152) O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo? Considere remédio de uso contínuo aquele que o(a) Sr(a). usa regularmente sem data para parar. | | | | | dprecreme _ |
| (0) Não | | (1) Sim | | (9) IGN | |
| 153) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> o(a) Sr(a). usou algum remédio? | | | | | dremedio _ |

| | | | | | | |
|---|--|-----------------|----------------|---------|---------|-------------|
| (0) Não → INSTRUÇÃO 18 | | (1) Sim | | (9) IGN | | |
| 154) O(A) Sr(a). poderia trazer as caixas ou receitas de todos os remédios que tomou nos últimos 14 dias, desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS>? | | | | | | |
| Medicamento 1 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed1_ | | |
| Medicamento 2 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed2_ | | |
| Medicamento 3 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed3_ | | |
| Medicamento 4 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed4_ | | |
| Medicamento 5 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed5_ | | |
| Medicamento 6 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed6_ | | |
| Medicamento 7 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed7_ | | |
| Medicamento 8 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed8_ | | |
| Medicamento 9 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed9_ | | |
| Medicamento 10 _____ | | (8) NSA (9) IGN | | dmed10_ | | |
| O(A) Sr(a). conseguiu estes remédios pelo(a)... | | | | | | |
| 155) Farmácia Popular? | | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dfarpop_ |
| 156) Posto de Saúde/Unidade de Saúde? | | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dpsubs_ |
| 157) Farmácia Municipal? | | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dfarmun_ |
| 158) Comprou? | | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | dcomprou_ |
| 159) Amostra grátis? | | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | (9) IGN | damostra_ |
| 160) Outro | | (0) Não | () Qual _____ | (8) NSA | (9) IGN | doutrom_ |
| 161) SE COMPROU PELO MENOS UM REMÉDIO: Quanto o(a) Sr(a). gastou com medicação desde <DIA DO MÊS PASSADO>? R\$: _____, _____ (888888) NSA (999999) IGN | | | | | | dgastomed_ |
| 162) Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, teve algum remédio que o(a) Sr(a). precisou tomar e não conseguiu? | | | | | | dprecremed_ |
| (0) Não → INSTRUÇÃO 18 | | (1) Sim | | (8) NSA | | (9) IGN |
| 163) SE SIM: Por qual motivo? _____ (8) NSA (9) IGN | | | | | | dremedmot_ |
| INSTRUÇÃO 18: A seguir vou lhe fazer perguntas sobre seu dia a dia | | | | | | |
| 164) Quando o(a) Sr(a). vai tomar seu banho: | | | | | | dtbanho_ |
| (0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo | | | | | | |
| (1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo) | | | | | | |
| (2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho) | | | | | | |
| 165) Quando o(a) Sr(a). vai se vestir: | | | | | | dveste_ |
| (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido) | | | | | | |
| (1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos) | | | | | | |
| (2) Não recebe ajuda | | | | | | |
| 166) Quando o(a) Sr(a). precisa usar o banheiro para suas necessidades: | | | | | | dbanhei_ |
| (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar | | | | | | |
| (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro | | | | | | |
| (2) Não recebe ajuda | | | | | | |
| 167) Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr(a).: | | | | | | dcadei_ |
| (0) Não sai da cama | | | | | | |
| (1) Recebe ajuda | | | | | | |
| (2) Não recebe ajuda | | | | | | |
| 168) O(a) Sr(a).: | | | | | | dcurin_ |
| (0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda | | | | | | |
| (1) Tem 'acidentes' ocasionais | | | | | | |
| (2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar | | | | | | |
| 169) Para se alimentar (para comer): | | | | | | dccome_ |
| (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado(a) por sonda | | | | | | |
| (1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão | | | | | | |

| | | |
|---|-------------------------|------------|
| (2) Alimenta-se sem ajuda | | |
| 170) Para usar o telefone o(a) Sr(a).: | | dtelefo _ |
| (0) Não consegue usar sozinho(a) | | |
| (1) Pode fazer com dificuldade | | |
| (2) Não tem qualquer dificuldade | | |
| 171) Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr(a).: | | dludist _ |
| (0) Não consegue ir sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 172) Para fazer suas compras, o(a) Sr(a).: | | dcompras _ |
| (0) Não consegue fazer sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 173) Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr(a).: | | dpreref _ |
| (0) Não consegue preparar sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 174) Para arrumar sua casa, o(a) Sr(a).: | | darcasa _ |
| (0) Não consegue arrumar sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 175) Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr(a).: | | dobpeq _ |
| (0) Não consegue fazer sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 176) Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr(a).: | | dremeho _ |
| (0) Não consegue tomar sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 177) Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr(a).: | | dcuidin _ |
| (0) Não consegue cuidar sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 178) Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr(a).: | | dcamqua _ |
| (0) Não consegue andar sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| 179) Para subir um lance de escada o(a) Sr(a).: | | dsublan _ |
| (0) Não consegue subir sozinho(a) | | |
| (1) Recebe ajuda parcial | | |
| (2) Não recebe ajuda | | |
| INSTRUÇÃO 19: Agora vamos falar sobre como o senhor (a) tem se sentido nos últimos 14 dias, desde < DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora | | |
| 180) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? | | mcpint_ |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | |
| 181) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva? | | mcsdep_ |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | |

| | | | | |
|---|-------------------------|-------------|---------|-----------------|
| 182) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? | | mcpbsono_ | | |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | | | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | | | |
| 183) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu cansado(a) ou com pouca energia? | | mcscansa_ | | |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | | | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | | | |
| 184) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve falta de apetite ou comeu demais? | | mcpbapetit_ | | |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | | | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | | | |
| 185) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)? | | mcsfracas_ | | |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | | | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | | | |
| 186) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? | | mcdfconc_ | | |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | | | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | | | |
| 187) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? | | mcpbmov_ | | |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | | | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | | | |
| 188) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? | | mcpensuic_ | | |
| (0) Nenhum dia | (1) Menos de uma semana | | | |
| (2) Uma semana ou mais | (3) Quase todos os dias | | | |
| 189) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou se relacionar com as pessoas? | | mcdfrotin_ | | |
| (0) Nenhuma dificuldade | (1) Pouca dificuldade | | | |
| (2) Muita dificuldade | (3) Extrema dificuldade | | | |
| INSTRUÇÃO 20: Agora vamos falar sobre lazer | | | | |
| Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, o(a) Sr(a). ... | | | | |
| 190) Foi a missa ou culto na igreja? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dculтоми_ |
| 191) Participou de festa na comunidade? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dfestacom_ |
| 192) Participou de festa da família? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dfestafam_ |
| 193) Participou de algum baile? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dbaile_ |
| 194) Viajou para outra cidade? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dviajou_ |
| 195) Viajou de excursão? | (0) Não | (1) Sim | (9) IGN | dexcursao_ |
| INSTRUÇÃO 21: Agora quero saber seu peso e altura | | | | |
| 196) Qual o seu peso? _ _ _ , _ kg | (999) IGN | | | dpeso _ _ _ , _ |
| 197) Qual sua altura? _ _ _ , _ cm | (999) IGN | | | dalt _ _ _ , _ |
| AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO | | | | |