



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JOYCE DA SILVA COSTA**

**PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, INCONTINÊNCIA ANAL,  
DUPLA INCONTINÊNCIA E IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DE  
MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE  
UROGINECOLOGIA**

**FORTALEZA**

**2018**

JOYCE DA SILVA COSTA

**PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, INCONTINÊNCIA ANAL,  
DUPLA INCONTINÊNCIA E IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DE  
MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE  
UROGINECOLOGIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

Fortaleza

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C873p Costa, Joyce da Silva.  
Prevalência de incontinência urinária, incontinência anal, dupla incontinência e impacto na qualidade de vida de mulheres atendidas em um ambulatório especializado de uroginecologia / Joyce da Silva Costa. – 2018.  
59 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof. Dr. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos .

1. Incontinência Urinária . 2. Incontinência Anal. 3. Dupla Incontinência. 4. Qualidade de Vida . 5. Saúde da Mulher. I. Título.

CDD 610.73

---

JOYCE DA SILVA COSTA

**PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, INCONTINÊNCIA ANAL,  
DUPLA INCONTINÊNCIA E IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DE  
MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE  
UROGINECOLOGIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Ma Dayana Maia Saboia  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Mestranda Maria Laura Silva Gomes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Jofre Barbosa e Maria Tomas.

A minha irmã Priscila Costa.

Ao meu amado noivo, Yago Braga.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me possibilitado realizar esse grande sonho, por ter me capacitado e me concedido discernimento, sabedoria e persistência para trilhar este caminho que escolhi com tanta dedicação.

Aos meus pais pelo constante apoio, por ser meu alicerce, por acreditar nos meus sonhos e lutar comigo durante todo o processo de conquista. Obrigada por sempre acreditar em mim, pelos cuidados, carinhos e conselhos. Tudo que sou agradeço a vocês.

A minha irmã, por ter me cuidado e acreditado em mim.

A minha família (avó, sobrinho(as), tios, tias, primos(as)), pela torcida em favor do meu sucesso.

Ao meu noivo, Yago Braga, por ter me cuidado e me ajudado. Obrigada por acreditar em mim, por ser minha melhor companhia, por estar sempre presente, pelos conselhos, por me trazer ao eixo, pela atenção, dedicação e cuidado.

As minhas amigas Jéssyka Oliveira, Camila Aparecida, Débora Batista, Thalita Façanha, Danielle Ethel, Tatiane Moura e Paloma Monteiro, que, desde o início da graduação, estão fazendo meus dias mais leves e felizes. Minha dupla quase permanente, Jéssyka, muito obrigada pela parceria, aprendizagem, conhecimentos compartilhados, conselhos e pelo apoio durante esses anos todos. Camila, vulgo Cidinha, muito obrigada por deixar nossos dias mais divertidos e por ter me ajudado a concretizar a monografia. Débora, você foi fundamental para no nosso divertimento diário, obrigada por sempre trazer temas polêmicos nas nossas discussões e por ter sido minha parceira fiel na coleta de dados. Thalita, vulgo Tita, agradeço por nos inspirar com tanta classe e charme. Danielle, Tatiane e Paloma, obrigada pelo companheirismo e por todos esses dias de compartilhamento de responsabilidades, alegrias e anseios. Obrigada a todas por terem dividido a luta, os sonhos e a vida de vocês comigo. Sou muito grata pelo aprendizado que pude ter com cada uma.

A professora e orientadora Camila Vasconcelos, por ter me acolhido, por todos os ensinamentos enquanto professora e enquanto pessoa. Tenho admiração e orgulho pela profissional, pesquisadora, enfermeira, mãe e amiga que é. Sou eternamente grata a Deus por ter me dado a oportunidade de tê-la como orientadora.

A co-orientadora Dayana Saboia pelos ensinamentos, pela paciência e disponibilidade em me ajudar a concretizar esse trabalho.

Ao Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem UFC, por ter me proporcionado grande crescimento acadêmico, profissional e pessoal. Agradeço as tutoras Ana Kelve de Castro Damasceno, Priscila de Sousa Aquino e Régia Christina Moura Barbosa Castro. Agradeço aos petianos pelas vivências, experiências, amizades, conhecimento. Obrigada João Victor de Castro, Maria Laura, Haroldo Lima, Débora Batista, Caroline Ribeiro, Igor de Freitas, Essyo Pedro, Igo Borges, Izabel Cristina, Vitória Caroline, Paloma Monteiro, Fernanda Cartaxo, Mayara Maria, Giovanna Evelyn, Luisa Gomes, Gabriella Farias, João Victor Mendonça, Marcela Matias e Thays Lopes. Sou muito grata por fazer parte dessa família!

Ao digníssimo professor Michell Ângelo Marques Araújo, profissional admirável, que me instigou a desenvolver um pensamento crítico e reflexivo. Obrigada por acreditar na nossa capacidade e potencial em criar a Liga Acadêmica de Enfermagem em Estomaterapia – LAEE UFC. Agradeço a amizade e os ensinamentos.

Aos fundadores da LAEE por ter idealizado e concretizado a criação da primeira Lida do Departamento de Enfermagem da UFC. Obrigada pelos momentos vividos, pelos planos compartilhados, pela experiência, pelos conhecimentos técnico e científico.

As professoras Maria Ísis Freire e Viviane Mamede por coordenar a Liga Acadêmica de Enfermagem em Estomaterapia e compartilhar com os ligantes conhecimentos técnicos, científicos e de gestão. Agradeço aos colaboradores da LAEE por nos mostrar uma especialidade tão admirável e organizada que é a Estomaterapia.

A todos os Professores do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

Aos funcionários da FFOE e do DENF, Ju Veloso, Aline, Alana, à Dona Socorro e ao Érico, que se mostraram sempre muito disponíveis a ajudar.

Aos meus amigos maravilhosos que me auxiliaram ao longo da minha trajetória.

A todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho. Muito obrigada!

“Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais - a gente levanta, a gente sobe, a gente volta!... O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

Rosa, J. G. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.



## RESUMO

A Incontinência Urinária é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. Enquanto a Incontinência Anal refere-se é a perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas ou gases. Pode haver associação entre esses problemas, o que leva a Dupla Incontinência. Essas disfunções do assoalho pélvico tem impacto na qualidade de vida de mulheres. Objetiva-se estimar a prevalência e o impacto na qualidade de vida que essas complicações têm na vida das mulheres. Trata-se de uma pesquisa transversal, em que os dados foram coletados através dos prontuários das pacientes. A pesquisa foi composta por 699 mulheres atendidas em um Ambulatório Especializado em Uroginecologia de Fortaleza-CE. As participantes do estudo foram agrupadas em quatro grupos distintos de acordo com o diagnóstico: 65 mulheres sem incontinência, 361 com Incontinência Urinária, 22 com Incontinência Anal e 251 com Dupla Incontinência. A idade das participantes variou de 13 a 98 anos, sendo as mulheres com Incontinência urinária (Md:52,0) as mais jovens e as mais velhas com Incontinência Anal (Md:65,0). Quanto a qualidade de vida analisada através do SF-36 e *King's Health Questionnaire*, as mulheres Incontinência Urinária e com Dupla Incontinência, respectivamente, apresentaram pior qualidade de vida. Conclui-se que a prevalência de Incontinência Urinária foi de 51,6%, de Incontinência Anal foi 3,1 e Dupla Incontinência de 35,9%. Houve impacto negativo na qualidade de vida das mulheres de todos os grupos analisados.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária; Incontinência Anal; Dupla incontinência; Qualidade de vida; Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

Urinary Incontinence (UI) refers to the complaint of any involuntary loss of urine. Anal Incontinence (AI) is the involuntary loss of stool or gas. The combination of urinary incontinence and anal incontinence results in double incontinence (DI). These pelvic floor dysfunctions have an impact on women's quality of life. The aim is to investigate the prevalence and quantify the quality of life that complications have in the lives of women. This is a cross-sectional study, in which the data were researched by the patients. The research was done by 699 women attending an outpatient clinic specializing in Urogynecology in Fortaleza-CE. The participants of the study were grouped into four distinct groups according to the diagnosis: 65 women without incontinence, 361 with Urinary Incontinence, 22 with Anal Incontinence and 251 with Double Incontinence. The participants' ages ranged from 13 to 98 years, with women with Urinary Incontinence (Md: 52.0) being younger and older with Anal Incontinence (Md: 65.0). How much quality of life are analyzed through SF-36 and *King's Health Questionnaire* such as women and Double Incontinence, plus, worse quality of life. It was concluded that the prevalence of Urinary Incontinence was 51.6%, Anal Incontinence was 3.1 and Double Incontinence was 35.9%. There was a negative impact on the quality of life of the analyzed groups.

**Keywords:** Urinary Incontinence; Anal Incontinence; Double Incontinence; Quality of Life Women's Health.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica, Gineco-obstétrica da Amostra. Fortaleza, 2018. ....	27
Tabela 2 – Caracterização Clínica da Amostra. Fortaleza, 2018. ....	29
Tabela 3 – Comparação entre Domínios do Questionário de QV- SF-36. Fortaleza, 2018. ....	33
Tabela 4 – Comparação entre Domínios do Questionário de QV- KHQ. Fortaleza, 2018. ....	34

## LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Distribuição das pacientes atendidas em ambulatório de acordo com diagnóstico. Fortaleza, 2018. ....	26
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Câncer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPP	Colpoperineoplastia
DAP	Disfunção do Assoalho Pélvico
DI	Dupla Incontinência
DM	Diabetes Mellitus
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HTA	Histerectomia Total Abdominal
HTV	Histerectomia Total por Videolaparoscopia
IA	Incontinência Anal
IF	Incontinência Fecal
ITU	Infecção do Trato Urinário
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
ICS	<i>International Continence Society</i>
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
KK	Uretrocistopexia por via vaginal (Kelly Kennedy)
KS	Kolmogorov-Smirnov
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
Md	Mediana
P25-P75	Percentil 25- Percentil 75
QV	Qualidade de Vida
SF-36	<i>Medical Outcomes study 36- Item short- Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
3.1	Disfunção do Assolho Pélvico.....	18
3.2	Incontinência Urinária .....	18
3.3	Incontinência Anal .....	20
3.4	Dupla Incontinência .....	21
3.5	Atuação de Enfermagem .....	21
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	23
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	26
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	37
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	38
	<b>ANEXO A – PORTFÓLIO PARA COLETA DE DADOS</b> .....	42
	<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE QV - SF-36</b> .....	51
	<b>ANEXO C- QUESTIONÁRIO DE QV – KHQ</b> .....	56

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo *International Continence Society* (ICS), o termo Incontinência Urinária (IU) refere-se à queixa de qualquer perda involuntária de urina. A IU é a soma de fatores de um processo natural que vão danificando e enfraquecendo o assoalho pélvico ao longo dos anos. Além disso, há outras patologias que, independentemente da idade, vão contribuindo para esse desfecho (PASSOS *et al*, 2017). A prevalência de IU em mulheres varia de 5% a 69% (SARAÇOĞLU, EROĞLU, DIVRIK, 2018; MATTHEWS *et al*, 2013).

Existem inúmeros fatores de confusão para o estabelecimento das estimativas de prevalência de IU que variam dependendo da população estudada, metodologia utilizada do diagnóstico, as definições empregadas, os índices de gravidade, além da dificuldade de muitas mulheres procurarem auxílio, por acharem que se trata de sintoma normal da idade ou por vergonha de se exporem (PASSOS *et al*, 2017; ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017).

A Incontinência Anal (IA) é definida pela ICS como a perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas ou gases causando problemas sociais ou higiênicos ao indivíduo. Já a definição de Incontinência Fecal (IF) assemelha-se à anterior excetuando-se pela incontinência a flatus (CHATOOR *et al.*, 2007). Essa incapacidade de controlar a passagem de fezes ou gases pode produzir constrangimento, medo e tais episódios podem limitar as atividades de vida da pessoa (TERRA *et al*, 2008). A prevalência de IA em mulheres varia de 0,2% a 20,2% (ROGERS *et al*, 2013; FARIA, BANAYON, FERREIRA, 2018).

A Dupla Incontinência (DI), ou seja, incontinência de urina e fezes, é a manifestação mais extrema da disfunção do assoalho pélvico (WU *et al*, 2015). Apesar dos estudos trazerem uma taxa de prevalência de DI variando de 1,7% a 24% (YUASO *et al*, 2018), pouco se sabe dessas taxas em mulheres de países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (AMARO *et al*, 2009).

Percebe-se que os fatores de risco associados à DI são diferentes dos associados à IU ou IF isoladas, levantando questões sobre sua patogênese (WU *et al*, 2015). Além disso, a DI está associada a um maior comprometimento sobre a Qualidade de Vida (QV) quando comparada com a IU ou IF.

Diante das diversas alterações sociais, pessoais e emocionais de pacientes frente à incontinência, é relevante avaliar a QV das mesmas, valorizando assim a opinião da paciente sobre sua própria condição de saúde.

Segundo Spilker e colaboradores (1990), citado por Meinberg (2014 p.27), o uso de questionários de QV é ferramenta importante para se avaliar a gravidade dos sintomas e o impacto na vida do paciente, sendo também utilizado para avaliar eficácia de tratamento.

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), afirma que a QV pode ser avaliada de diversas maneiras, mas somente questionários psicométricos e autoaplicáveis podem medir a condição e a perspectiva da paciente. Estes questionários podem apresentar abordagem geral da saúde da mulher medindo os aspectos gerais da qualidade de vida, como o SF-36, ou serem específicos para algumas doenças como IU e IF, como o *King's Health Questionnaire* e Escala de *Wexner*, respectivamente (FEBRASGO, 2010).

Sabendo-se que os aspectos sociais, psíquicos e sexuais influem diretamente na percepção individual do processo saúde-doença, deve-se aplicar questionários de avaliação da QV às pacientes com queixas de perda involuntária de urina e/ou de fezes e gases não só como um método auxiliar durante o diagnóstico, mas como controle de satisfação da terapia que será instituída (FEBRASGO, 2010).

A assistência de Enfermagem é fundamental na identificação de queixas e fatores de risco, podendo auxiliar no diagnóstico e controle da IU, IA e/ou DI, contribuindo assim para melhorar a QV das mulheres com esse diagnóstico (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017; VALENÇA *et al*, 2016).

Ainda há pouco conhecimento em relação à prevalência, incidência e outros dados epidemiológicos nos países em desenvolvimento sobre essa temática (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017). Devido à diferença nos métodos de pesquisa, diferenças culturais, percepção da incontinência e vontade de relatá-la, pode haver variações ou dados subnotificados. Dessa forma, estudos que investiguem essas variáveis contribuem para estabelecer taxas reais e fidedignas de pacientes acometidas por IU, IA e DI (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017).



No Brasil, os estudos populacionais acerca dessa temática são escassos. Além disso, há poucos estudos reportando a ocorrência simultânea de incontinências urinárias e fecais na população brasileira, o que justifica este estudo e demonstra sua relevância.

## **2 OBJETIVOS GERAIS**

- Estimar a prevalência e analisar o impacto da qualidade de vida da IU, IA e DI em mulheres atendidas em um ambulatório especializado de Uroginecologia.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP)

Os Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) correspondem a uma camada muscular que dá suporte aos órgãos pélvicos e fecha a abertura pélvica na contração, sendo importante na prevenção da perda involuntária de urina e do conteúdo retal, além de ter relação com a função sexual (ICS, 2015).

Acredita-se que alguns fatores como cirurgia pélvica, fatores obstétricos e constipação (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017), por exemplo, podem resultar em danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos MAP, o que pode levar a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, anorretal e genital, como as incontinências, além de interferir na qualidade de vida sexual (PEREIRA *et al*, 2017).

A IU e a IA são sintomas de DAP que podem afetar mulheres de todas as idades (SLIEKER-TEN HOVE *et al*, 2010).

#### 3.2 Incontinência Urinária (IU)

Durante a vida da mulher, o assoalho pélvico é responsável pela continência urinária e fecal, bem como pela função sexual. Se a anatomia do assoalho pélvico é alterada, cada uma dessas funções pode ser comprometida (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017). Os distúrbios do assoalho pélvico podem decorrer de lesões e deterioração dos músculos, nervos e tecido conjuntivo causando prolapso de órgãos pélvicos, incontinência urinária, incontinência anal e disfunções sexuais. Estas são condições debilitantes que não só levam a problemas e custos médicos, mas também estão associados a constrangimento, o que pode levar ao isolamento, perda de independência e diminuição da QV (PERUCCHINI, 2008).

A bexiga tem a função de armazenar uma quantidade adequada de urina sob baixa pressão e sem perdas, conceituando-se assim a continência (PASSOS *et al*, 2017). Durante a fase de enchimento, há coordenação entre contração uretral e relaxamento vesical e a urina é armazenada. Durante a fase de esvaziamento, a uretra relaxa e a bexiga se contrai. Esses mecanismos podem ser prejudicados por contrações não inibidas do detrusor, aumento acentuado na pressão intra-abdominal e alterações nos diversos componentes anatômicos do mecanismo de continência (HOFFMAN *et al*, 2014).

A incontinência é uma condição estigmatizante em muitas populações (ELSTAD *et al*, 2010). É importante, portanto, caracterizar a gravidade dos sintomas, frequência de e/ou quantidade de perda, bem como o impacto nas atividades de vida diária (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017).

A ICS (2015) define IU como queixa de qualquer perda involuntária de urina. A IU pode ser categorizada em vários subtipos distintos: quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência ou a um forte desejo de urinar, denominamos Incontinência Urinária de Urgência (IUU); quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência, esforço físico, espirros ou tosse, denominamos Incontinência Urinária Mista (IUM); já quando há queixa de perda involuntária de urina ao esforço como em atividades esportivas, ou espirrar ou tossir, denominamos Incontinência Urinária de Esforço (IUE).

A IUE é o subtipo mais comum entre as mulheres jovens (EBBESEN *et al*, 2013), seguido por IUM e IUU. A IUU isolada é incomum com prevalência de 1-7% e outras causas de IU ocorrem com prevalência de 0,5-1% (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017). A prevalência de IUU é geralmente menor do que a IUE, especialmente antes da menopausa, embora a prevalência de IUU e IUM comece a aumentar após a quarta década de vida, sendo este último o subtipo mais prevalente em mulheres mais velhas (MINASSIAN *et al*, 2013).

A IU pode existir isoladamente ou pode ser associada com outros sintomas do trato urinário inferior (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017). Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (2012), existem numerosas condições que exacerbam ou predisõem à ocorrência da IU e podem estar envolvidas na fisiopatologia da incontinência. Essas condições incluem: insuficiência cardíaca, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, distúrbios neurológicos, acidente vascular cerebral, demência, distúrbios cognitivos. Além disso, existem fatores relacionados ao estilo de vida que podem estar associados à IU, como: obesidade, tabagismo, nível de atividade física e dieta.

Existem ainda fatores de risco potenciais para o surgimento ou agravamento da IU, tais como: idade, obesidade/adiposidade, número de gestações e vias de parto, menopausa, histerectomia e nível socioeconômico (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017).

Embora a IU não seja considerada uma doença física grave e não afete diretamente a vida das pessoas, é uma condição comum e está ligada a inúmeros problemas

psicológicos, sociais e econômicos (SENRA, PEREIRA, 2015). Além disso, onera o sistema de saúde devido à demanda de consultas para diagnóstico e internações para tratamento cirúrgico (TANG *et al*, 2014). Segundo a FEBRASGO (2010, p31), aspectos relativos ao início dos sintomas, gravidade, frequência, hábitos e sintomas intestinais além do impacto na qualidade de vida devem ser claramente registrados durante a consulta.

### **3.3 Incontinência Anal (IA)**

O mecanismo de manutenção da continência anal é complexo e depende da integridade anatômica e do funcionamento adequado dos músculos puborretal, esfíncter anal externo e interno. A capacidade de complacência retal, a consistência fecal, além de fatores neurológicos e cognitivos também são importantes (PASSOS *et al*, 2017).

A Incontinência Anal (IA) é caracterizada pela ICS como incapacidade para controlar a passagem de gás, fezes líquidas ou sólidas. Pode ser classificada com base na frequência e quantidade de perdas como leve, moderada e severa (ICS, 2015).

Estima-se que a prevalência global de IF é de 7,7%, enquanto que a IA é de 15,9% (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017). Estudos realizados em populações brasileiras mostram prevalências díspares, variando entre 0,2 e 15% (FARIA, BANAYON, FERREIRA, 2018), sendo constantemente observada a maior predominância em mulheres e em indivíduos com a faixa etária mais elevada (AZEVEDO *et al*, 2018).

São fatores contribuintes para a IA: parto, dano no esfíncter anal, má formação congênita, constipação crônica, diarreia, problemas neurológicos, envelhecimento, diabetes, e outros fatores (ICS, 2015 p30-31).

A IA é uma condição devastadora que pode resultar em depressão, isolamento social, custos e degradação da pele. Embora seja comum, as pessoas têm vergonha de abordar o problema com seu provedor de cuidados de saúde. Os profissionais geralmente esquecem de perguntar sobre a IA e os pacientes podem sofrer anos sem ajuda. A condição pode ser tratada ou gerenciada de forma segura (ICS, 2015 p30-31).

A avaliação da IA deve incluir uma avaliação do impacto sobre a QV do paciente. Esta avaliação deve incluir o relato de queixas clínicas com o intuito de não subestimar o impacto da mesma na qualidade de vida (ICS, 2015 p31).

### **3.4 Dupla Incontinência (DI)**

Um número considerável de mulheres tem UI e IA simultaneamente, caracterizando a DI, sendo esta a manifestação mais grave e debilitante das disfunções do assoalho pélvico. Suas taxas de prevalência nas mulheres variam de 5% a 69% (SLIEKERTEN HOVE *et al*, 2010).

Pacientes com DI têm acometimento psicossocial significativamente maior do que os que possuem apenas incontinência fecal ou urinária isoladamente. A DI também representa significativo fardo econômico para a sociedade e para os sistemas de saúde. Estima-se que o impacto econômico anual varie de 16 a 26 bilhões de dólares (IUAMOTO *et al*, 2015.)

### **3.5 Atuação da Enfermagem**

A Enfermagem desempenha papel importante na avaliação e gestão da IU e IA, visto que são o maior grupo de profissionais de saúde em todo o mundo e, muitas vezes são os primeiros a perceber que uma pessoa está experimentando incontinência (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017).

A avaliação e manejo da incontinência é uma área de especialidade da enfermagem denominada Estomaterapia, a qual abrange assistência a pessoas com estomas, feridas, incontinência anal e urinária, que é reconhecida pelo órgão de classe e sociedades científicas nacionais e internacionais (SILVA, D'ELBOUX, 2012).

A assistência e intervenções de enfermagem podem auxiliar no diagnóstico e controle da incontinência contribuindo para melhorar a QV das mulheres com esse diagnóstico (VALENÇA *et al*, 2016).

A Educação em saúde voltada para pacientes é uma ferramenta importante no que tange ao fornecimento de informação e promoção da continência, seja na atenção primária ou em serviços especializados. Durante a consulta de Enfermagem as orientações acerca do diagnóstico devem ser feitas para o entendimento do paciente, além de estimular modificações comportamentais e mudanças dos hábitos que possam contribuir para piorar ou causar episódios de perdas urinárias e fecais (ABRAMS, CARDOZO, WAGG, 2017).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa transversal que, segundo Rouqueyrol (2003) é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. Além disso, a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento (MARCONI e LAKATOS, 2001).

### **4.2 LOCAL DA COLETA DE DADOS**

A pesquisa foi realizada em um hospital público de referência em uroginecologia em Fortaleza-CE. Esse serviço oferece atendimentos ambulatoriais, com equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas e enfermeiras), disponibiliza tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para as pacientes encaminhadas com disfunção do assoalho pélvico. Trata-se do maior hospital público da rede estadual, referência em procedimentos de alta complexidade em 63 especialidades e subespecialidades. Tem 563 leitos, entre eletivo, emergência, obstetrícia e unidades de terapia intensiva adulto e neonatal. Atualmente, realiza por mês uma média de 600 cirurgias eletivas. Mensalmente, são cerca de 210 mil exames laboratoriais e mais de 8 mil exames de imagens. Com relação às consultas, são aproximadamente 19 mil por mês.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do estudo foi composta por 699 pacientes atendidas no referido ambulatório no período de 2011 até abril de 2018. Todos os prontuários foram analisados de acordo com diagnóstico médico. A amostra foi dividida em quatro grupos: 1- pacientes sem diagnóstico de incontinência; 2- pacientes com diagnóstico de IU; 3- pacientes com diagnóstico de IA e 4- pacientes com diagnóstico de DI.

### **4.4 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados nos prontuários das pacientes visto que no ambulatório da referida instituição são colhidos rotineiramente dados de avaliação sociodemográfica, anamnese completa com ênfase às questões relacionadas às disfunções do assoalho pélvico; exame físico, exames complementares e avaliação da QV através da aplicação de



questionários como o SF-36 e KHQ, abordando desde complicações próprias dessas condições até o impacto que estas têm nas atividades de vida diária das pacientes.

O SF-36 (*Medical Outcomes study 36- Item short- Form Health Survey*) é um instrumento de avaliação de qualidade de vida geral. É um questionário multidimensional composto por 36 itens, envolvendo: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final varia de 0 a 100, em que zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde (CICONELLI, 1997).

O *King's Health Questionnaire* (KHQ) é um questionário que foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil e apresenta alta confiabilidade e validade, podendo ser incluído e utilizado na assistência a pacientes com incontinência urinária. Composto por trinta perguntas envolvendo a percepção da saúde, impacto da incontinência, limitações do desempenho das tarefas, limitação física, limitação social, relacionamento pessoal, emoções, sono e a energia e as medidas de gravidade. São atribuídos valores numéricos para todas as respostas. O escore de qualidade de vida para cada domínio varia de 0 a 100. Quanto maior o número obtido, pior a qualidade de vida (FONSECA *et al*, 2005).

Existe um questionário específico para IA que foi desenvolvido por Jorge e Wexner denominada Escala de Wexner (JORGE E WEXNER, 1993). Essa escala contém cinco questões, sendo três sobre IA (perda de fezes sólidas, fezes líquidas e gases), uma sobre uso de absorventes e uma sobre alterações no estilo de vida. Cada pergunta pode ter cinco respostas possíveis que fornecem um escore final de zero a vinte. Quanto maior o escore, maior a gravidade dos sintomas e pior a qualidade de vida.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science - SPSS 20.0* versão para Windows. A normalidade da distribuição dos dados foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS).

Os dados foram analisados de forma descritiva, com frequência absoluta e relativa, e os escores de cada instrumento foram analisados pela mediana e percentis 25 e 75.

Para a descrição do perfil das pacientes as variáveis são apresentadas em

frequências e percentuais. As variáveis utilizadas para descrever o perfil das pacientes nesta pesquisa são as sociodemográficas, como idade, escolaridade, estado civil, zona, renda e profissão, além da anamnese, levando em consideração os sintomas relacionados à presença de IU, IA e DI; assim como os antecedentes obstétricos e ginecológicos.

O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar os grupos entre si.

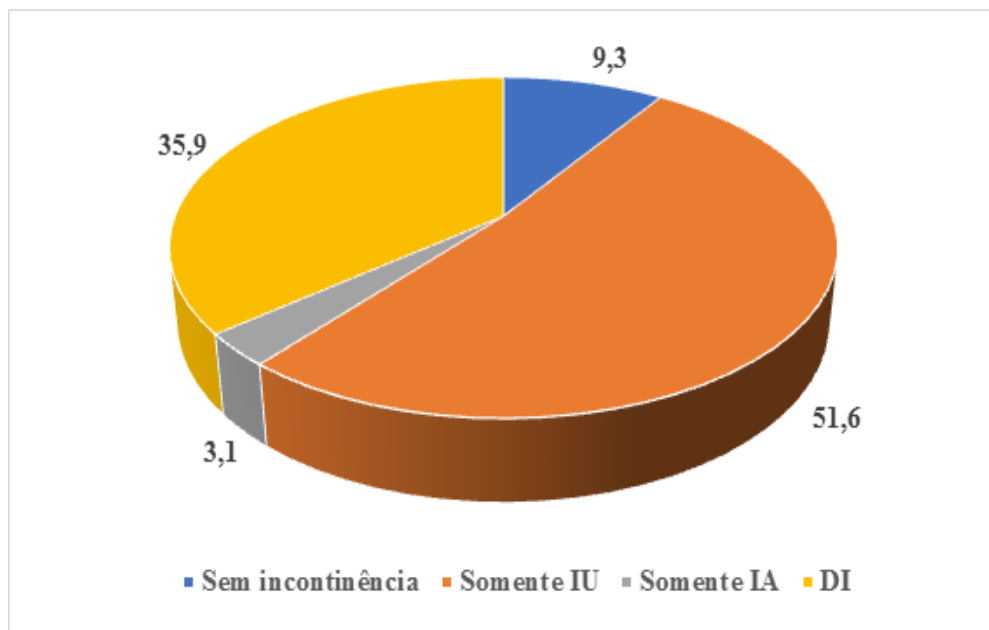
#### **4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisas com seres humanos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado com o número do CAAE 34100514.2.3001.5040.

## 5 RESULTADOS

As participantes do estudo foram agrupadas em quatro grupos distintos de acordo com o diagnóstico. Destas, a maior parte da amostra foi de mulheres que apresentaram somente IU, seguido de mulheres com DI, como mostra o Gráfico 1.

**Gráfico 1- Distribuição em porcentagem das pacientes atendidas no ambulatório de acordo com diagnóstico. Fortaleza, 2018.**



Fonte: Elaborado pela própria autora.

A idade das participantes variou de 13 a 98 anos, sendo as mulheres com IU as mais jovens (Md:52,0) e as mais velhas com IA (Md:65,0). As mulheres diagnosticadas com IU apresentaram renda e escolaridade maior que os outros grupos analisados. Em todos os grupos analisados, a maioria das mulheres eram casadas/união estável (Tabela 1).

Em relação à história gineco-obstétrica, a mediana de gestação e parto foi igual para o grupo de mulheres sem incontinência, IU e DI, sendo a via vaginal a mais frequente em todos os grupos (Tabela 1). O grupo de mulheres sem incontinência apresentou o maior percentual de mulheres menopausadas, seguido do grupo de mulheres com IA (Tabela 2).

**Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e gineco-obstétricas da amostra. Fortaleza, 2018.**

<b>Variáveis</b>	<b>Sem Incontinência</b>	<b>Somente IU</b>	<b>Somente IA</b>	<b>DI</b>	<b>p</b>
	<b>Md(P25-P75)</b>	<b>Md(P25-P75)</b>	<b>Md(P25-P75)</b>	<b>Md(P25-P75)</b>	<b>valor</b>
<b>Idade</b>	64 (56,0-72,0)	52 (45,0-63,0)	65 (58,5-70,75)	54 (45,5-63,0)	<b>0.000</b>
<b>Renda Familiar</b>	800,00 (664,5-1.367,0)	1.010,00 (746,00 - 1.500,00)	933,00 (729,00-2.450,00)	978,00 (710,00-1.430,00)	0.178
<b>Escolaridade (anos)</b>	5,0 (0,5-9,0)	7 (4,0-11,0)	6 (4,0-9,0)	6 (3,25-12,0)	<b>0.041</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
					<b>valor</b>
<b>Estado civil</b>					
Solteira	12 (18.5)	57 (15.8)	2 (9)	34(13.5)	-
Casada/União estável	29(44.6)	188 (52.1)	11(50)	145(57.8)	
Divorciada	2 (3.1)	41(11.4)	2 (9.1)	22(8.8)	
Viúva	16 (24.6)	43(11.9)	4 (18.2)	31(12.4)	
Ausente	5 (7.7)	31 (8.6)	3 (13.6)	19(7.6)	
<b>Profissão</b>					-
Do lar	10 (15.4)	97(26.9)	5(22.7)	61(24.3)	
Serviços gerais	1 (1.5)	7(1.9)	-	17(6.8)	
Agricultora	5 (7.7)	17(4.7)	-	6(2.4)	
Costureira	2 (3.1)	21(5.8)	1(4.5)	11(4.4)	
Aposentada	10 (15.4)	35(9.7)	3 (13.6)	26(10.4)	
Vendedora	1 (1.5)	4(1.1)	2(9.1)	4(1.6)	
Outras	8 (12.3)	65(18)	3(13.6)	45(17.9)	
Ausente	28 (43.1)	114(31.6)	8(36.4)	81(32.3)	
<b>Zona</b>					
Urbana	45 (69.2)	247 (75.9)	17(77.3)	199(79.3)	-
Rural	10 (15.3)	41(11,4)	2(9.1)	30(12)	
Ausente do sistema	-	46 (12.7)	3(13.6)	22(8.8)	

Continua

<b>Variáveis</b>	<b>Sem Incontinência n (%)</b>	<b>Somente IU n (%)</b>	<b>Somente IA n (%)</b>	<b>DI n (%)</b>	<b>p valor</b>
<b>Nº de gestações</b>	4 (2,5- 8,0)	4 (3,0-6,0)	3,5 (2,0-6,0)	4 (3,0-6,0)	0.326
<b>Nº de partos</b>	3,0 (2,0-7,0)	3 (2,0-5,0)	2,5 (2,0-5,25)	3 (2,0-5,0)	0.694
<b>Nº de abortos</b>	0 (0-1,0)	0 (0-1,0)	0 (0-1,0)	0 (0-1,0)	0.439
<b>Nº partos fórceps</b>	0 (0 - 0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0.743
<b>Nº partos cesareanos</b>	0 (0 -1,0)	0 (0 – 1,0)	0 (0-0)	0 (0-1)	0.116
<b>Nº de partos vaginais</b>	3 (2,0-7,0)	3 (2,0-4,0)	2,5 (1,75-5,0)	3 (1,0-5,0)	0.824
<b>Peso do maior RN</b>	3.777,5 (3,500- 4.250)	3,825 (2.400- 4.312,5)	4.300 (3.612,5- 5.012,5)	3.800 (3.297,5- 4.477,5)	0.344

Fonte: Elaborada pela autora.

Conclusão

As mulheres com DI apresentaram maior porcentagem de perda de urina aos grandes esforços, urgência urinária, noctúria, urgi-incontinência e polaciúria em relação às pacientes com IU. Com relação à hesitação, as pacientes com IA apresentaram maior porcentagem, diferindo dos outros grupos. O grupo sem incontinência e o de pacientes com DI apresentam maiores porcentagem de mulheres que não tem vida sexual ativa. As pacientes com diagnóstico de DI referiram maior dor ao enchimento vesical em detrimento dos outros grupos. Os quatro grupos assemelharam-se em relação à resposta negativa para enurese noturna, perda de urina contínua, disúria e força para iniciar a micção. Em todos os grupos, a maioria das mulheres haviam realizado algum tipo de cirurgia ginecológica prévia. Em contrapartida, grande parte das participantes não utilizava forros ou protetores diários (Tabela 2).

**Tabela 2- Caracterização clínica da amostra. Fortaleza, 2018.**

<b>Variáveis</b>	<b>Sem Incontinência n(%)</b>	<b>Somente IU n(%)</b>	<b>Somente IA n(%)</b>	<b>DI n(%)</b>
<b>Perda de urina aos esforços</b>				
Não	65 (100)	51(14.1)	21 (95.5)	23 (9.2)
Grandes esforços	-	161 (44.6)	-	115(45.8)
Médios esforços	-	83 (23)	-	67(26.7)
Mínimos esforços	-	65 (18)	-	45(17.9)
Ausentes	-	1 (0.3)	1 (4.5)	1(0.4)
<b>Urgência urinária</b>				
Não	47 (72,3)	82 (22.7)	17 (77.3)	36(14.3)
Sim	18 (27.7)	276(76.5)	5(22.7)	214(83.3)
Ausente	-	3(0.8)	-	1(0.4)
<b>Noctúria</b>				
Não	38 (58.5)	168 (46.5)	12(54.5)	107(42.6)
Sim	21 (32.3)	179 (49.6)	9(40.9)	134(53.4)
Ausente	-	14 (3.9)	1(4.5)	10(4)
<b>Urge incontinência</b>				
Não	63 (96.9)	103 (28.5)	21 (95.5)	49(19.5)
Sim	-	258 (71.5)	-	201(80.1)
Ausente	2 (3.1)	-	-	1(0.4)
<b>Enurese noturna</b>				
Não	59 (90.8)	254 (70.4)	21 (95.5)	142(56.6)
Sim	6 (9.2)	106 (29.4)	-	108(43)
Ausente	-	1 (0.3)	-	1(0.4)
<b>Perde urina continuamente</b>				
Não	64 (98.5)	339 (93.9)	22 (100)	243(96.8)
Sim	1 (1.5)	20 (5.5)	-	6(2.4)
Ausente	-	2 (0.6)	-	2(0.8)

Continua

Variáveis	Sem	Somente IU	Somente IA	DI
	Incontinência n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Perda de urina durante coito</b>				
Não	30 (46.2)	140 (38.8)	11(50)	77(30.7)
Durante penetração	-	62 (17.2)	1 (4.5)	70(27.9)
Durante orgasmo	-	26 (7.2)	-	21(8.4)
Penetração + orgasmo	-	6 (1.7)	-	1(0.8)
Não tem relação sexual	33 (50.8)	122 (33.8)	10 (45.5)	80(31.9)
Ausente	2 (3.1)	4 (1.1%)	-	-
<b>Hesitação</b>				
Não	35 (53.8)	297 (82.3)	8(36.4)	195(77.7)
Sim	30 (46.2)	63 (17.5)	14(63.6)	54(21.5)
Ausente	-	1 (0.3)	-	2(0.8)
<b>Disúria</b>				
Não	50 (76.9)	266 (73.7)	14(63.6)	173(68.9)
Sim	15 (23.1)	93 (25.8)	7(31.8)	76(30.3)
Ausente	-	2 (0.6)	1(4.5)	2(0.8)
<b>Força para iniciar micção</b>				
Não	42 (64.6)	307 (85)	12 (54.5)	211(84.1)
Sim	23 (35.4)	53 (14.7)	10(45.5)	38(15.1)
Ausente	-	1 (0.3)	-	2(0.8)
<b>Polaciúria</b>				
Não	34(52.3)	192 (53.2)	14(63.6)	103(41)
Sim	21 (32.3)	146 (40.4)	7(31.8)	134(53.4)
Ausente	10 (15.4)	23 (6.4)	1 (4.5)	14(5.6)
<b>Dor ao enchimento vesical</b>				
Não	51 (78.5)	261 (59.8)	13 (59.1)	122(44.6)
Sim	9 (13.8)	136 (37.7)	9 (49.9)	131(52.2)
Ausente	5 (7.7)	9 (2.5)	-	8(3.2)

Continua

Variáveis	Sem	Somente IU	Somente IA	DI
	Incontinência	n(%)	n(%)	n(%)
<b>N° forros/dia</b>				
0	58(89.2)	183 (50.7)	19(86.4)	122(48.6)
1	-	29 (8.0)	-	24 (9.6)
2	1(1.5)	27 (7.5)	-	27(10.8)
3	1(1.5)	49 (13.6)	-	31(12.4)
4	-	37 (10.2)	1(4.5)	17 (6.8)
5	-	12 (3.3)	-	11 (4.4)
6	-	6 (1.7)	-	5 (2.0)
8	-	3 (0.8)	-	3 (1.2)
9	-	-	-	1 (0.4)
10	-	4 (1.1)	-	2 (0.8)
Ausente	5(7.7)	-	2(9.1)	8 (3.2)
<b>N° ITU/ano</b>				
0	48 (73.8)	263 (72.9)	15(68.2)	165 (65.7)
1	1 (1.5)	17 (4.7)	-	23 (9.2)
2	3 (4.6)	9 (2.5)	3(13.6)	11 (4.4)
3	1 (1.5)	12 (3.3)	1(4.5)	14 (5.6)
4	-	9 (2.5)	2(9.1)	5 (2.0)
6	-	2 (0.6)	-	1 (0.4)
10	-	1 (0.3)	-	-
Ausente	12(18.5)	48 (13.3)	1 (4.5)	32 (12.7)
<b>Menopausa</b>				
Não	9 (13.8)	134 (37.1)	5 (22.7)	87 (34.7)
Sim	52 (80)	185 (51.2)	15 (68.2)	130 (51.8)
Não dá para saber	3 (4.6)	30 (8.3)	2 (9.1)	28 (11.2)
Ausente	1 (1.5)	12 (3.3)	-	6 (2.4)

Continua



Variáveis	Sem	Somente IU	Somente IA	DI
	Incontinência n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Antecedentes clínicos</b>				
Nenhum	18 (27.7)	91 (25.2)	7 (31.8)	71 (28.3)
Diabetes	2 (3.1)	12 (3.3)	-	9 (3.6)
HAS	18 (27.7)	53 (14.7)	1 (4.5)	35 (13.9)
Obesidade	4 (6.2)	35 (9.7)	2 (9.1)	23 (9.2)
DM+HAS	9 (13.8)	24 (6.6)	3 (13.6)	15 (6)
Outros	14 (21.3)	130 (37)	8 (13.6)	89 (35.5)
Ausente	-	9 (2.5)	1 (4.5)	9 (3.6)
<b>Medicações em uso</b>				
Nenhuma	17 (26.2)	94 (26.0)	8 (36.4)	76 (30.3)
Diuréticos	8 (12.3)	18 (5.0)	-	11 (4.4)
Diuréticos+outros	4 (6.2)	20 (5.5)	2 (9.1)	10 (4.0)
Ansiolíticos+outros	1 (1.5)	3 (0.9)	-	2 (0.8)
Outros	35 (53.9)	211 (58.5)	8(36.6)	150 (59.8)
Ausente	-	15 (4.2)		2 (0.8)
<b>Antecedentes cirúrgicos</b>				
Nenhum	23 (35.4%)	85 (23.5)	7 (31.8)	46 (18.3)
Perineoplastia(KK)	3 (4.6)	32 (8.9)	1 (4.5)	19 (7.6)
HTA	3 (4.6)	26 (7.2)	1 (4.5)	20 (8.0)
HTV	3 (4.6)	7 (1.9)	-	5 (2.0)
CPP	4 (6.2)	7 (1.9)	-	9 (3.6)
KK+Outros	2 (3.0)	10 (2.8)	2 (9.0)	5 (2.0)
HTV+CPP	1 (1.5)	1 (0.3)	-	1 (0.4)
Sling+outros	1 (1.5)	2 (0.6)	-	3 (1.2)
Outros	25 (38.5)	178 (49.3)	11 (49.9)	139 (55.4)
<b>Antecedentes ginecológicos</b>				
Nenhum	44 (67.7)	222 (61.5)	12 (54.5)	147 (58.6)
Miomas	13 (20)	81 (22.4)	7 (31.8)	59 (23.5)
Endometriose	-	3 (0.8)	1 (4.5)	4 (1.6)
CA ginecológico	-	5 (1.4)	-	11 (4.4)
Outros	-	29 (8.0)	1 (4.5)	23 (9.2)
Ausente	8 (12.3)	21 (5.8)	1 (4.5)	7 (2.8)

Fonte: Elaborada pela autora.

Conclusão

Quanto aos antecedentes clínicos, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais comum entre as mulheres sem incontinência. Em todos os grupos houve maior porcentagem de mulheres que responderam não ter nenhum antecedente ginecológico, além de fazer uso de outras medicações.

Na avaliação da QV, houve diferença entre os grupos em sete dos oito domínios do SF-36 (Estado geral da saúde, Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos, Limitações por aspectos sociais, vitalidade, dor e saúde mental) ( $p < 0,005$ ). Em todos os domínios analisados, com exceção do Limitação por aspectos emocionais para IA, as mulheres com IA e DI apresentaram piores escores comparadas aos grupos sem incontinência e IU (Tabela 3).

**Tabela 3- Comparação entre domínios do Questionário de QV- SF-36. Fortaleza, 2018.**

<b>Domínios</b>	<b>Sem Incontinência</b>	<b>Somente IU</b>	<b>Somente IA</b>	<b>DI</b>	<b>P valor</b>
	<b>Md (P25-P75)</b>	<b>Md (P25-P75)</b>	<b>Md (P25-P75)</b>	<b>Md (P25-P75)</b>	
<b>Estado Geral da Saúde</b>	65 (57-72)	57 (37-77)	50 (30.5-68.7)	50 (28.5-67)	<b>0.001</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	72.5 (50-90)	60 (35-85)	52.5 (16.25-5)	50 (25-70)	<b>0.000</b>
<b>Limitação por aspectos físicos</b>	50 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-18.75)	0 (0-75)	<b>0.000</b>
<b>Limitação aspectos emocionais</b>	66.6 (0-100)	66.6 (0-100)	100 (0-100)	33.3 (0-100)	0.056
<b>Limitação por aspectos sociais</b>	87.5 (50-100)	75 (50-100)	50 (25-100)	62.5 (37.5-100)	<b>0.021</b>
<b>Vitalidade</b>	75 (52.5-100)	60 (30-75)	47.5 (31.25-77.5)	45 (25-65)	<b>0.000</b>
<b>Dor</b>	72 (51.75-88.0)	51 (31-72)	36 (21.25-60)	42 (31-61)	<b>0.000</b>
<b>Saúde Mental</b>	76 (63-88)	64 (48-80)	62 (46-74)	56 (33-76)	<b>0.001</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Na avaliação específica da QV, houve diferença no domínio Emoções ( $p < 0.017$ ), Sono e disposição (0.014) e Medidas de Gravidade do KHQ ( $p < 0.001$ ) e a DI assemelhou-se da IU em apenas três domínios, apresentando, assim, pior qualidade de vida (Tabela 4).

**Tabela 4- Comparação entre domínios do Questionário de QV- KHQ\*. Fortaleza, 2018.**

<b>Domínios</b>	<b>Somente IU</b>	<b>DI</b>	<b>Significância</b>
	<b>Md (P25-P75)</b>	<b>Md (P25-P75)</b>	<b>(p)</b>
<b>Percepção da saúde</b>	50 (25-75)	75 (25-75)	0.079
<b>Impacto da IU</b>	66 (33.3-100)	100 (33.3-100)	0.140
<b>Limitações das atividades diárias</b>	50 (16.6-66.6)	50 (16.6-83.3)	0.293
<b>Limitação física</b>	50 (16.6-83.3)	50 (16.6-83.3)	0.615
<b>Limitação social</b>	22.2 (0-44.4)	22.2 (0-55.5)	0.282
<b>Relacionamento pessoal</b>	16.6 (0-61.05)	33.3 (0-66.6)	0.085
<b>Emoções</b>	44.4 (11.1-77.7)	55.5 (22.2-88.8)	<b>0.017</b>
<b>Sono/disposição</b>	33.3 (0-66.6)	50 (16.6-83.3)	<b>0.014</b>
<b>Medidas de gravidade</b>	46.6 (26.6-66.6)	60 (40-80)	<b>0.001</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

\*Abreviação: KHQ: *King's Health Questionnaire*.

## 6 DISCUSSÃO

As prevalências de IU, IA e DI variam dependendo da população estudada e dos instrumentos usados para avaliar a gravidade da condição (FARIA, BENAYON, FERREIRA, 2018). Na tentativa de esclarecer essas taxas na população feminina, encontram-se inúmeros fatores de confusão, como a metodologia empregada para o diagnóstico, as definições empregadas, os índices de gravidade, além da dificuldade de muitas mulheres procurarem auxílio, por acharem que se trata de um sintoma normal da idade ou por vergonha de se exporem (PASSOS *et al*, 2017).

Estudos internacionais investigaram a prevalência de IU em mulheres e relataram uma ampla variação, de 5% para 69%. No entanto, a maioria dos estudos indica prevalência de 25 a 45% (SARAÇOĞLU, EROĞLU, DIVRIK, 2018; MATTHEWS *et al*, 2013). No Brasil, a prevalência varia entre 27% a 40,54% (AMARO *et al*, 2009; DE MELLO PORTELLA *et al*, 2012), contudo, no presente estudo, a prevalência foi maior do que os dados nacionais disponíveis, tal fato pode ser explicado pelo local do estudo, visto que o mesmo foi realizado em um ambulatório especializado.

Em revisões de estudos internacionais, realizados na população geral, obteve-se prevalência de IA em mulheres variando entre 0,2% a 20,2% (FARIA, BENAYON, FERREIRA, 2018; ROGERS *et al*, 2013; SOLIGO *et al*, 2003). A semelhança do presente estudo, dados brasileiros trazem uma prevalência de IA variando de 4,3% a 27,8% (ZASLAVSKY *et al*, 2012; FARIA, BENAYON, FERREIRA 2018).

A variação na prevalência dessas condições pode ser explicada pela utilização de abordagens diferenciada que dificultam a comparação de resultados. Além disso, a IA é uma condição sub-relatada pelos pacientes, não descrita aos profissionais de saúde, possivelmente em função da vergonha de ser portador (HALLAND, TALLEY, 2012).

A IA pode estar associada à IU e vice-versa, evidenciando prevalência internacional de 7% a 10,3% (MATTHEWS *et al*, 2013; SLIEKER-TEN HOVE *et al*, 2010). No Brasil, os dados variam de 1,7% a 24% (AMARO *et al*, 2009; FARIA, BENAYON, FERREIRA 2018; YUASO *et al*, 2018), no entanto, a prevalência encontrada no presente estudo foi maior que os valores relatados.

A idade é considerada um importante fator de risco para as DAP, onde 88% das mulheres com IA desenvolvem sintomas após os 40 anos de idade (BHARUCHA *et al*, 2005), tal fato pode ser explicado pelo déficit funcional do esfíncter anal e da complacência retal

próprios do processo de envelhecimento (ZASLAVSKY *et al*, 2017). Essas condições clínicas são causas de institucionalização de mulheres (ZASLAVSKY *et al*, 2012; PAQUETTE *et al*, 2015).

Para evitar o constrangimento das perdas urinárias e fecais, muitas mulheres costumam usar forros ou protetores diários, sendo a média de uso destes na população brasileira de 2,7 forros por dia (AMARO *et al*, 2009). Damon (2006), ao pesquisar mulheres com DI, observou que estas utilizavam um maior número de forros quando comparadas às com IU ou IA isoladas. Em contraste, no presente estudo, a maioria das mulheres não utilizou nenhum forro, o que pode ser explicado pela gravidade da incontinência.

Sabe-se que a IU, IA e DI afetam negativamente a QV das mulheres gerando privação nas relações ou convívio social por vergonha ou constrangimento (SABOIA *et al*, 2017; PADILHA *et al*, 2018; DAMON *et al*, 2006; FARIA, BENAYON, FERREIRA, 2018).

As mulheres com IA e DI apresentam piores escores de avaliação da QV, visto que muitas mulheres com IA jejuam por horas como estratégia para evitar o vazamento do intestino quando têm que sair de casa. A disponibilidade e a acessibilidade de um banheiro é uma grande preocupação (MEYER; RICHTER, 2015). Essa condição clínica pode afetar a vida sexual, causar isolamento social, ansiedade, depressão e absenteísmo ao trabalho (MUNDET *et al*, 2016). Essa situação pode ser piorada quando associada à perda de urina (ZASLAVSKY *et al*, 2012).

## 7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados presentes nesse estudo, identificou-se a prevalência de mulheres acometidas por IU em 51,6%, IA em 3,1% enquanto que DI foi de 35,9%.

Quanto à avaliação geral da QV, todas foram afetadas negativamente, sendo que a IA e DI obtiveram piores resultados. Com relação à QV específica, as mulheres com DI apresentaram maior impacto, assemelhando-se da IU em apenas três domínios.

Diante da alta prevalência e grandes impactos na QV, os dados do presente estudo podem despertar os profissionais de enfermagem para um papel importante na assistência a essa população.

Faz-se fundamental a aplicação de questionários envolvendo a QV para que as intervenções sejam voltadas para a realidade de cada paciente.

As limitações presentes no estudo são: ausência de alguns registros nos prontuários; não utilização de questionário específico para avaliação da QV em mulheres com IA; não estratificação dos grupos por tipo de incontinência (IUE, IUU, incontinência de gazes, incontinência de fezes líquidas, por exemplo). Sugere-se que futuros estudos investiguem a IU, IA e DI em outros cenários e realizem avaliação da QV considerando os subtipos de incontinência.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMS OH, CARDOZO L, WAGG A, WEIN A. **Incontinence, 6th International Consultation on Incontinence**, Tokyo, September 2017.
- ABRAMS PH, CARDOZO L, KHOURY AE, WEIN A. **Incontinence, 5th International Consultation on Incontinence**. Plymbridge UK: Health Publication Ltd.; 2013.
- ABRAMS, P. et al. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. **Neurourology and Urodynamics**, v. 7, n. 5, p. 403-427, 1988.
- AMARO, JL. et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in brazilian women. **Int. braz j urol.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 5, p. 592-598, Oct. 2009.
- BEZERRA, LRPS et al. Comparação entre as terminologias padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o prolapso pélvico feminino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2004.
- BHARUCHA, AE. et al. Prevalence and burden of fecal incontinence: a population-based study in women. **Gastroenterology**, v. 129, n. 1, p. 42-49, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**. 1996 Suplemento; 4(2):15-25.
- BUMP, RC.; NORTON, Peggy A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 25, n. 4, p. 723-746, 1998.
- CHATOOR, D. R. et al. Faecal incontinence. **Br J Surg**, v. 94, n. 2, p. 134-44, Feb 2007.
- CICONELLI, RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). 1997.
- DAMON, H et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. **Gastroenterologie clinique et biologique**, v. 30, n. 1, p. 37-43, 2006.
- DE MELLO PORTELLA, P. et al. Prevalence of and quality of life related to anal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 160, n. 2, p. 228-231, 2012.
- ELSTAD, EA. et al. Beyond incontinence: the stigma of other urinary symptoms. **Journal of advanced nursing**, v. 66, n. 11, p. 2460-2470, 2010.
- EBBESEN, MH et al. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). **BMC urology**, v. 13, n. 1, p. 27, 2013.

FARIA, CA; BENAYON, PC; FERREIRA, ALV. Prevalência de incontinências anal e dupla em idosas e impacto na qualidade de vida. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 41-45, 2018.

FEBRASGO - Manual de Orientação em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. 2010.

FONSECA, ESM et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2005.

FONTELLES, MJ et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

HALLAND, M; TALLEY, NJ. Fecal incontinence: mechanisms and management. **Current opinion in gastroenterology**, v. 28, n. 1, p. 57-62, 2012.

HALLAND, M et al. Prevalence correlates and impact of fecal incontinence among older women. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 56, n. 9, p. 1080-1086, 2013.

HAYLEN BT, et al. An international urogynecological association (IUGA)/International continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4-20.

HOFFMAN, BL. et al. **Ginecologia de Williams**. Artmed Editora, 2014.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. Committee on Standardisation of Terminology. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 21:167-178 (2002).

IUAMOTO, LR et al. Transplante de órgãos pélvicos: uma nova proposta de tratamento para incontinência fecal e urinária. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 1, p. 36-45, 2015.

JORGE, J. M.; WEXNER, S. D. Etiology and management of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, v. 36, n. 1, p. 77-97, Jan 1993.

LAKATOS, EM; DE ANDRADE MARCONI, M. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 2001.

LANDEFELD, C. Seth et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. **Annals of Internal Medicine**, v. 148, n. 6, p. 449-458, 2008.

M.G, L et al. Sociedade Brasileira de Urologia: Diretrizes para incontinência urinária. 2012.

MATTHEWS, CA. et al. Risk factors for urinary, fecal or dual incontinence in the Nurses' Health Study. **Obstetrics and gynecology**, v. 122, n. 3, p. 539, 2013.



MEINBERG, MF. Adaptação cultural e validação da escala de Wexner em mulheres com incontinência anal na população brasileira. 2014.

MEYER, I; RICHTER, HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. **Women's Health**, v. 11, n. 2, p. 225-238, 2015.

MINASSIAN, VA. et al. Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women, by incontinence type. **Obstetrics and gynecology**, v. 121, n. 5, p. 1083, 2013.

MUNDET, L et al. Quality of life differences in female and male patients with fecal incontinence. **Journal of neurogastroenterology and motility**, v. 22, n. 1, p. 94, 2016.

PASSOS, EP et al. **Rotinas em ginecologia**. Artmed Editora, 2017.

PAQUETTE, IM. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 58, n. 7, p. 623-636, 2015.

PEREIRA, AJSR et al. INFLUÊNCIA DO MÉTODO PILATES SOLO NA INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA DUPLA. **HÓRUS**, v. 11, n. 1, p. 68-80, 2017.

PERUCCHINI, D; DELANCEY, JOL. Functional Anatomy of the Pelvic Floor and Lower Urinary Tract. *Pelvic Floor Re-education*, p. 3-21, 2008.

RODRIGUES, AM et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2009.

ROGERS, R. G. et al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). **International urogynecology journal**, v. 24, n. 7, p. 1091-1103, 2013.

ROUQUAYROL, MZ; FILHO, NA. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003, 736p.

SABOIA, DM et al. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, p. e03266, 2017.

SANTOS, CRS et al. Epidemiologia das incontinências urinária e anal combinadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 328-330, 2009.

SANTOS, CRS; SANTOS, VLCCG. Prevalence of self-reported double incontinence in the Urban population of a Brazilian city. **Neurourology and urodynamics**, v. 30, n. 8, p. 1473-1479, 2011.

SARAÇOĞLU, M; EROĞLU, A; DIVRIK, RT. Prevalence of Anal Incontinence and Constipation in Female Patients with Urinary Incontinence. **Journal of Urological Surgery**, v. 5, n. 1, p. 21-24, 2018.

SENRA, C; PEREIRA, M.G. Quality of life in women with urinary incontinence. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 61, n. 2, p. 178-183, Apr. 2015.

SILVA, VA; D'ELBOUX, MJ. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1221-1226, Oct. 2012.

SLIEKER-TEN HOVE, MC. Ph et al. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. **Neurourology and urodynamics**, v. 29, n. 4, p. 545-550, 2010.

SPILKER, B. et al. Quality of life bibliography and indexes. *Med Care*, v. 28, n. 12 Suppl, p. DS1-77, Dec 1990.

SOLIGO, M et al. Double incontinence in urogynecologic practice: a new insight. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 189, n. 2, p. 438-443, 2003.

TAMANINI, JTN et al. Validation of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire for urinary incontinent women. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 203-211, 2003.

TANG, DH. et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. **BJU international**, v. 113, n. 3, p. 484-491, 2014.

TERRA, M. P. et al. Can the outcome of pelvic-floor rehabilitation in patients with fecal incontinence be predicted?. **International journal of colorectal disease**, v. 23, n. 5, p. 503-511, 2008.

The International Continence Society. Fact Sheets: A Background to Urinary and Faecal Incontinence. Prepared by the Publications & Communications Committee, August 2015.

VALENÇA, MP et al. Cuidados de Enfermagem na Incontinência Urinária: um Estudo de Revisão Integrativa. **ESTIMA**, v.14 n.1, p. 43-49, 2016.

VASCONCELOS, CTM et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. 2013.

WU, JM. et al. Urinary, fecal, and dual incontinence in older US adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 5, p. 947-953, 2015.

YUASO, DR. et al. Female double incontinence: prevalence, incidence, and risk factors from the SABE (Health, Wellbeing and Aging) study. **International urogynecology journal**, v. 29, n. 2, p. 265-272, 2018.

ZASLAVSKY, C et al. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 4, p. 289-294, 2012.

## ANEXO A

## PORTFÓLIO PARA COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					
Data: ____/____/____		1. Prontuário: _____			
2. Zona: 1- Urbana 2- Rural					
3. Idade: _____					
4. Profissão atual: 1- Do lar 2 - serviços gerais 3- agricultora 4 – costureira 5 – aposentada. Da atividade: _____					
6 - vendedora 7 – professora 8 - outras: _____					
5. Estado civil: 1-solteira 2- casada/união estável 3-divorciada 4- viúva					
6. Escolaridade da mulher: _____ anos de estudo					
(analfabeta=0/Ens.Fund.Completo[1ª-8ªsérie]=9 anos/ Ens.Méd.Completo[1ª-3ªsérie do 2º grau]=12 anos)					
7. PONTOS A: _____(Analfabeta até a 3ª série do 1º Grau = 0/ Até a 4ª série do 1º grau = 1/ Até a 8ª série completa = 2 /Ensino médio completo = 4/ Superior completo = 8)					
AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA					
13. Renda familiar total (somando com o bolsa família, se for o caso): R\$ _____					
Avaliação da posse de itens (CCEB 2011)					
Quantidade	0	1	2	3	4
TV em cores	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Rádio	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Banheiro	0 pontos	4 pontos	5 pontos	6 pontos	7 pontos
Automóvel	0 pontos	4 pontos	7 pontos	9 pontos	9 pontos
Empregada mensalista	0 pontos	3 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos
Máquina de lavar	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos
Vídeo cassete e/ou DVD	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos
Geladeira	0 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos
<b>TOTAL DE PONTOS B</b>					
15. Avaliação da classe social (SOMAR PONTOS A E PONTOS B): _____					
16. Classe: 1- A1 (42-46) 2- A2 (35-41) 3- B1 (29-34) 4- B2 (23-28) 5-C1 (18-22) 6- C2 (14-17) 7- D (08-13) 8- E (00-07)					

## ANAMNESE

**17. Queixa principal:** ( , , ) 1- “Bola na vagina” 2- Perda de urina 3- Urinar muito 4-

Outras: \_\_\_\_\_

**Expressão da paciente:** \_\_\_\_

**HDA:** \_\_\_\_\_

## ICIQ – SF (Tamanini, J.T.N. et al)

**18. Com que frequência você perde urina?** 0-nunca 1-uma vez/semana ou menos 2- duas ou três vezes/semana

3- uma vez/dia 4- diversas vezes/dia 5- o tempo todo

**19. Qual a quantidade de urina que você pensa que perde?**

0-nenhuma 2- pequena quantidade 4- moderada quantidade 6- grande quantidade

**20. Quanto a perda de urina interfere em sua vida diária?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10

(0=não interfere 10= interfere

muito)

**21. ICIQ SCORE: (Somar os resultados 18+19+20 = \_\_\_\_\_)**

**22. Quando você perde urina (assinale as alternativas que se aplicam à paciente)?**

( ) 1- Nunca ( ) 2- Perco antes de chegar ao banheiro ( ) 3- Perco quando tusso ou espirro

( ) 4- Perco quando estou dormindo ( ) 5- Perco quando estou fazendo atividades físicas

( ) 6- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ( ) 7- Perco sem razão óbvia ( ) 8- Perco o tempo todo

**Se a paciente referir incontinência fecal, AVALIAR O GRAU DE INCONTINÊNCIA DE JORGE & WEXNER**

(Escore mínimo = 0, escore máximo = 20)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Geralment e	Sempre
43. Perda para sólidos	0	1	2	3	4
44. Perda para líquidos	0	1	2	3	4
45. Perda para gases	0	1	2	3	4
46. Uso de fraldas/forro	0	1	2	3	4
47. Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4
<b>48. TOTAL</b>					

49. Classificação do grau de incontinência: 0- Não tem 1- Leve (0-7 pts) 2- Intermediária (8-13 pts) 3- Grave (14-20 pontos)

50. Você tem urgência fecal (Desejo súbito de defecar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim

51. Constipação (Movimentos intestinais infreqüentes e/ou necessidade frequente de esforço ou ajuda manual para defecar)? 0 – Não 1- Sim

**Se a paciente referir constipação, preencher ESCORE DE JORGE & WEXNER DE CONSTIPAÇÃO (Escore mínimo = 0, escore máximo = 30)**

52. Frequência instestinal	1-2 x em 1-2 dias 0	2x/semana 1	1x/semana 2	< 1x/sem 3	< 1x/mês 4
53. Dificuldade: (Esforço evacuatório)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
54. Sensação evacuatória incompleta	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
55. Tempo: min no lavatório (tentativa para evacuar)	< 5' 0	5 - 10' 1	10 - 20' 2	20 - 30' 3	> que 30' 4
56. Auxílio: (tipo de auxílio para evacuar)	Sem auxílio 0	Laxativos estimulantes 1		Auxílio digital, enema ou ducha 2	
57. Tentativas para evacuar sem sucesso em 24h	Nunca 0	1-3 1	3-6 2	6-9 3	> 9 4
58. Duração da constipação (anos)	0 0	1-5 1	5-10 2	10-20 3	>20 4
59. Dor abdominal (não relacionada à evacuação)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
<b>60. TOTAL</b>					

61. Classificação do grau de constipação: 0- Não tem constipação 1- Discreta (0-10) 2- Moderada (11-20) 3- Intensa (21-30)

62. Sensação de bola na vagina? 0 – Não 1- Sim

63. Frouxidão vaginal? 0 – Não 1- Sim

### INVESTIGAÇÃO SOBRE AS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

23. N° de micções diurnas (**da hora que acorda até antes de dormir**): \_\_\_\_\_

24. N° de micções noturnas (**após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?**): \_\_\_\_\_

25. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços  
3- Mínimos esforços

26. Urgência (**Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010**)? 0 – Não 1- Sim

27. Noctúria (N° de micções noturnas  $\geq 3$ ) ? 0 – Não 1- Sim

28. Urge-incontinência (**queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010**)? 0 – Não  
1- Sim

29. Enurese noturna (**queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010**)? 0 – Não 1-  
Sim

30. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim

31. Quantos forros vaginais você usa por dia ? \_\_\_\_\_ (**Escreva 0, caso não utilize forros**)

32. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual

33. Dificuldade de iniciar micção (**queixa-se de atraso para iniciar a micção – hesitação**)? 0 – Não 1- Sim

34. Disúria? 0 – Não 1- Sim

35. Força para iniciar a micção? 0 – Não 1- Sim

36. Polaciúria (N° micções diurnas  $\geq 7$ vezes)? 0 – Não 1- Sim

37. Sensação de esvaziamento incompleto (**a bexiga não esvaziou completamente após a micção**) ? 0 –  
Não 1- Sim

38. Hematúria? 0 – Não 1- Sim

39. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim

40. ITU recorrente (**No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses**)?  
0 – Não 1- Sim

41. Se sim, quantas vezes em um ano: \_\_\_\_\_ (**Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio**)

42. Incontinência fecal? 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3-“mancha a calcinha”

### PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO

DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

XX Tem atividade sexual? 0 – Não 1- Sim

64. Está na menopausa ? 0 – Não 1- Sim 2- Não dá para saber (histerectomizada)

65. Tempo de pós-menopausa: \_\_\_\_\_ (meses) (**Coloque 0, se não estiver na menopausa**)

66. Uso de TH atualmente (há < 6 meses): 0 – Não 1- Sim

67. G: \_\_\_\_\_ 68. P: \_\_\_\_\_ 69. A: \_\_\_\_\_

70. Partos vaginais: \_\_\_\_\_

71. Partos fórceps: \_\_\_\_\_

72. Partos cesarianos: \_\_\_\_\_

73. Maior peso RN: \_\_\_\_\_ gramas ( ) **Não lembra**

74. Antecedentes Clínicos: 0-Nenhum 1-Diabetes 2-HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse  
pnica

6- Outros:

\_\_\_\_\_

75. Medicações em uso: 0- Nenhum 1- Diuréticos 2-Ansiolíticos 3- Anticolinérgicos 4- Outros

: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

76. Antecedentes Cirúrgicos: 0-Nenhum 1-Sling 2-“Perineoplastia” (KK) 3- HTA 4- HTV 5- CP  
6- CPP

7- Outros:

\_\_\_\_\_

77. Antecedentes Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4-  
Outro: \_\_\_\_\_

78. Você tem história familiar de prolapso? 0- Não 1- Sim 2- Não Lembra

79. Fumante: 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente

80. Se já fumou ou fuma, duração do tempo de fumante? \_\_\_\_\_ (meses)

81. N° de cigarros por dia: \_\_\_\_\_ (não coloque carteira de cigarro, mas o n° de cigarros  
por dia)

### EXAME FÍSICO

82. Vulva: 0- Normal 1- Atrófica

83. Laceração perineal: 0-Ausente 1- Pele 2- Cutâneo-mucosa 3- Músculo-aponeurótica

84. Aa	86. C		Estágio (ICS, 1996) (pelo maior ponto de prolapso) <b>93. 0 ( ) I ( ) II ( ) III ( )</b> <b>IV ( )</b>
85. Ba			
87. HG	88. CP	89. CVT	
90. Ap	91. Bp	92. D	

● Assinatura do examinador do POP-Q: \_\_\_\_\_

- 95. Perda urinária ao esforço solicitado? 0- Não 1- Em jato 2- Em gotas
- 96. Foi sincrônica? 0 – Não 1- Sim 2 – Não se aplica (não perdeu urina durante o esforço solicitado)
- 97. Houve perda com a redução do prolapso? 0 – Não 1-Sim 2 – Não se aplica (não tem prolapso)

**98. A paciente apresenta sensibilidade perineal?** 0 – Não 1-Sim

**99. A paciente apresenta reflexo anal?** 0 – Não 1-Sim

**100. Peso** \_\_\_\_\_ **Altura** \_\_\_\_\_ 1- [ ≤ 18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)]

**101. IMC:** \_\_\_\_\_ **Kg/m<sup>2</sup>** **classe:** \_\_\_ 4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[ ≥40 (Obesidade3-mórbida)]

**110. DIAGNÓSTICO CLÍNICO (Descreva todos os compartimentos):** 0 – Normal (não tem IU nem POP)

**INCONTINÊNCIA:** 1- IUE 2-UI (Perda involuntária de urina associada à urgência) 3- IUM (Perda de urina associada à urgência e com o esforço físico) 4- BH (Urgência urinária, geralmente acompanhada por frequência e noctúria, com ou sem UI, na ausência de ITU ou outra patologia óbvia) 17 – IUE OCULTA (diagnosticada após EUD)

**PROLAPSO ANTERIOR:** 5- PPVA I 6- PPVA II 7- PPVA III 8- PPVA IV **XX** Norma

**PROLAPSO POSTERIOR:** 9- PPVP I 10-PPVP II 11- PPVP III 12- PPVP IV **XX** Normal

**PROLAPSO APICAL:** 13- P. APICAL I 14-P. APICAL II 15- P. APICAL III 16-P. APICAL IV **XX** Normal

19-

Outro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ass. do Médico Responsável pelo atendimento**

#### Avaliação da Fisioterapia

**102. AFA:** \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica, pois

**103. P:** \_\_\_\_\_

**104. E:** \_\_\_\_\_

**105. R:** \_\_\_\_\_

**106. F:** \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Data:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**110**



<b>PERITRON</b>	
<b>107. P. BASAL:</b> _____ ( ) Não se aplica, pois o aparelho não capta. <b>108. P. PICO:</b> _____ <b>109. ENDURANCE:</b> _____ <b>Assinatura</b> _____ <b>Data:</b> ____/____/____	
<b>RESULTADO DO EXAME URODINÂMICO (PRÉ-OPERTÓRIO)</b>	
<b>Data da realização :</b> ____/____/____	
<b>FLUXOMETRIA</b>	
<b>112. Curva:</b> 0- Normal 1- Anormal	<b>112.</b> _____
<b>113. Fluxo Máximo:</b> _____ ml/segundo	<b>113.</b> _____ —
<b>118. Volume residual:</b> _____ ml	<b>118.</b> _____ —
<b>ESTUDO FLUXO-PRESSÃO</b>	
<b>112. Curva:</b> 0- Normal 1- Anormal	
<b>113. Fluxo Máximo:</b> _____ ml/segundo	
<b>114. Fluxo Médio:</b> _____ ml/segundo	<b>114.</b> _____ —
<b>115. Tempo de fluxo:</b> _____ segundos	<b>115.</b> _____ —
<b>117. Pressão detrusor no fluxo máximo:</b> _____ cmH2O	
<b>CISTOMETRIA</b>	

119. Capacidade Vesical (CV) durante a 1° sensação: _____ ml	119. _____
120. Capacidade Cistométrica Máxima (CCM): _____ ml	120. _____
121. Complacência: _____ ml/cmH2O	_____
122. Perda de urina ao esforço: 0-Não 1-Sim: _____ ml	_____
123. Pressão de Perda: _____ cmH2O	123. _____
124. Urgência: _____ ml 125. Urge-incontinência: _____ ml	_____
126. Presença de contrações não inibidas: ( ) 0- Não 1- Sim: _____ ml	126. _____
Ass. do responsável pela coleta dos dados: _____	

## CHECK-LIST PARA REALIZAÇÃO DO PAD TEST PRÉ-OPERATÓRIO

SPSS

Data da realização : ____/____/____		
<b>ORIENTAÇÃO</b>	<b>Marque um X</b>	
Orientar a paciente a esvaziar a bexiga espontaneamente		
127. Pesar o absorvente antes do teste: _____ g		127. _____
128. Medir o resíduo pós-miccional após cateterismo : _____ ml		128. _____
Infundir 250ml de Água destilada ou SF 0,9%		
129. Realizar teste de esforço (tosse ou valsalva): Perde urina?		129. _____

<b>0-Não 1-Sim</b>		
<b>Pedir para a paciente SALTAR 10 vezes</b>		
<b>Pedir para a paciente AGACHAR 10 vezes</b>		
<b>Pedir para a paciente TOSSIR 10 vezes</b>		
<b>Pedir para a paciente MANOBRA DE VALSAVA 10 vezes</b>		
<b>Subir e descer 5 degraus 10 vezes</b>		
<b>Caminhar durante 10 minutos</b>		
<b>Lavar as mãos em água corrente durante 1 minuto</b>		
<b>130. Pesar o absorvente após o teste:</b> _____g		<b>130.</b> _____
<b>DIFERENÇA ENTRE O PESO PÓS E PRÉ TESTE</b>		<b>131.</b> _____g
<b>131. RESULTADO DO PAD-TEST: 0-Negativo 1- Positivo</b>		_____
<hr/> <p><b>Ass. do responsável pela coleta dos dados</b></p>		

## ANEXO B

## QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF36

## VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF – 36)

SPSS

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Quanto &gt; o escore, melhor a qualidade de vida)

## ESTADO GERAL DE SAÚDE

132- Em geral você diria que sua saúde é:

1-Excelente (5,0) 2-Muito Boa (4,4) 3-Boa (3,4) 4-Ruim (2,0) 5- Muito Ruim (1,0)

132-

133- O quanto é verdadeiro ou falso é cada uma das seguintes afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	maioria das vezes verdadeiro	Não sei	maioria das vezes falso	Definitivamente falso
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1 (5,0)	2(4,0)	3	4(2,0)	5(1,0)
Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
Minha saúde é excelente	1 (5,0)	2(4,0)	3	4(2,0)	5(1,0)
<b>TOTAL</b>					

134- DOMÍNIO ESTADO GERAL DE SAÚDE= \_\_\_\_\_

[(VALOR QUESTÃO 132+ TOTAL DA QUESTÃO 133) – 5] X 100 / 20

## CAPACIDADE FUNCIONAL

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

134-

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
Subir vários lances de escada	1	2	3
Subir um lance de escada	1	2	3
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3

Andar vários quarteirões	1	2	3
Andar um quarteirão	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se	1	2	3
<b>TOTAL</b>			

**135- DOMÍNIO CAPACIDADE FUNCIONAL=** \_\_\_\_\_  
**[(VALOR QUESTÃO – 10) X 100] / 20**

**LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS**

**Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?**

	Sim	Não
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2
<b>TOTAL</b>		

**136- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. FÍSICOS =**

**[(VALOR QUESTÃO – 4) X 100] / 4**

**LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS**

**Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?**

	Sim	Não
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2
<b>TOTAL</b>		

**137- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. EMOCIONAIS**

**=** \_\_\_\_\_

**[(VALOR DA QUESTÃO – 3) X**

**100] / 3**

**ASPECTOS SOCIAIS**

**8- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?**

De forma nenhuma (5,0) 2- Ligeiramente (4,0) 3- Moderadamente (3,0) 4- Bastante (2,0) 5- Extremamente (1,0)

**9- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?**

Todo tempo 2- Maior parte do tempo 3- Alguma parte do tempo 4- Pequena parte do tempo 5- Nenhuma parte do tempo

**140- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. SOCIAIS**

135-

136-

137-

138-

139-

$\frac{\{(VALOR DA QUESTÃO 138 + QUESTÃO 139) - 2\} \times 100}{8}$							140-
<b>VITALIDADE</b>							
<p>As questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.</p>							
	Todo Tempo	maior parte do tempo	na boa parte do tempo	alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)	
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)	
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6	
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6	
<b>TOTAL</b>							
<p><b>141- DOMÍNIO VITALIDADE =</b> _____</p> $\frac{[VALOR DA QUESTÃO - 4] \times 100}{20}$							
<b>DOR</b>							141-
<p><b>2- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?</b></p> <p>Nenhuma(6,0) 2- Muito leve(5,4) 3- Leve(4,2) 4- Moderada(3,1) 5- Grave(2,2) 6- Muito grave(1,0)</p>							142-
<p><b>3- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?</b></p> <p>De maneira alguma 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Bastante 5- Extremamente</p>							143-
<b>A resposta da questão 143 depende da nota da questão 142</b>				<b>Se a questão 142 não for respondida, o escore da questão 143 passa a ser o seguinte:</b>			
Se 142 = 1 e se 143 = 1, o valor da questão é (6)				Se a resposta for (1), a pontuação será (6)			
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 1, o valor da questão é (5)				Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)			
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 2, o valor da questão é (4)				Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)			
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 3, o valor da questão é (3)				Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)			
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 4, o valor da questão é (2)				Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)			
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 3, o valor da questão é (1)							
<b>TOTAL=</b>							144-
<p><b>144- DOMÍNIO DOR =</b> _____</p> $\frac{\{(VALOR DA QUESTÃO 142 + QUESTÃO 143) - 2\} \times 100}{10}$							
<b>SAÚDE MENTAL</b>							

As questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
<b>TOTAL</b>						

145- DOMÍNIO SAÚDE MENTAL = \_\_\_\_\_

$$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 19}) - 5] \times 100\} / 25$$

145- \_\_\_\_\_

Ass. do Responsável pelo preenchimento dos dados

## ANEXO C

## QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – KHQ

King's Health Questionnaire - avaliação da qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária	SPSS
146. Como você avaliaria sua saúde hoje? 1- Muito Boa 2- Boa 3- Normal 4- Ruim 5-Muito ruim	146- _____
147. DOMÍNIO PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE= _____ ((Pontuação da Questão 146 - 1) / 4) x 100	147- _____
148. Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida? 1- Nada 2-Um pouco 3-Mais ou menos 4- Muito	148- _____
149. IMPACTO DA INCONTINÊNCIA= _____ ((Pontuação da Questão 148 - 1) / 3) x 100	149- _____
<b>LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DAS TAREFAS</b>	
150. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa? (ex.limpar, lavar, cozinhar, etc.)? 1- Nenhuma 2-Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	150- _____
151. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compras, levar filho na escola, etc? 1- Nenhuma 2-Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	151- _____
152. LIMITAÇÕES DE ATV. DIÁRIAS= _____ (((Pontuação das Questões 150 + 151) - 2) / 6) x 100	152- _____
<b>LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL</b>	
153. Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	153- _____
154. Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	154- _____
155. LIMITAÇÕES FÍSICAS= _____ (((Pontuação das Questões 153 + 154) - 2) / 6) x 100	155- _____
156. Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	156- _____
157. Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	157- _____
158. LIMITAÇÕES SOCIAIS= _____ (((Pontuação das Questões 156+ 157 + 162) - 3) / 9) x 100**	158- _____
** Se a pontuação da Questão 162 ≥ 1; se 0, então ..-2) /	
6) x 100	159- _____
<b>RELAÇÕES PESSOAIS</b>	
159. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual? 0- Não tem relação sexual 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	159- _____
160. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro? 0- Não tem companheiro 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	160- _____
161.RELAÇÕES PESSOAIS= _____ (((Pontuação das Questões 159 + 160) - 2) / 6) x 100***	161- _____



*** Se a pontuação das Questões 159 + 160 $\geq 2$ , Se $(159 + 160) = 1; \dots - 1) / 3) \times 100$ ; Se $(159 + 160) = 0$ ; ....tratar como "missing value"		
<b>162. Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?</b> 0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito		159-
<b>EMOÇÕES</b>		
<b>163. Você fica deprimida com seu problema de bexiga?</b> 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito		160-
<b>164. Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?</b> 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito		161-
<b>165. Você fica mal consigo mesma por causa do seu problema de bexiga?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		
<b>166. EMOÇÕES=</b> _____ $(((\text{Pontuação das Questões } 163 + 164 + 165) - 3) / 9) \times 100$		162-
<b>SONO/DISPOSIÇÃO</b>		
<b>167. Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		
<b>168. Você se sente desgastada ou cansada?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		
<b>169. SONO E DISPOSIÇÃO=</b> _____ $(((\text{Pontuação das Questões } 167 + 168) - 2) / 6) \times 100$		163-
<b>MEDIDAS DE GRAVIDADE</b>		
<b>170. Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente, tipo Modess para manter-se seca?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		164-
<b>171. Você controla a quantidade de líquido que bebe?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		165-
<b>172. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		166.
<b>173. Você se preocupa em estar cheirando urina?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		167.
<b>174. Você fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?</b> 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre		168.
<b>175. MEDIDAS DE GRAVIDADE =</b> _____ $(((\text{Pontuação das Questões } 170 + 171 + 172 + 173 + 174) - 5) / 15) \times 100$		169.
Responsável pela coleta dos dados: _____ DATA: _____ _____/_____/_____		170.
<b>AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM IU E/OU POP – PISQ-12</b> QUANTO MAIOR O VALOR DO PISQ, MELHOR A FUNÇÃO SEXUAL (TOTAL 0 – 48 PONTOS)		171.
<b>DATA:</b> ____/____/____ (preencher somente se a mulher for ativa sexualmente)		172.
<b>176. Com que frequência você sente vontade de fazer sexo? Esta vontade pode incluir querer fazer sexo, planejar fazer sexo, sentir-se frustrada por não fazer sexo, etc.</b> 4-Diariamente 3-Semanalmente 2-Mensalmente 1-Menos de uma		173.
		174.

vez por mês 0- Nunca							<b>175.</b>
<b>177. Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro)</b>							
	4- Sempre	3-Frequentemente	2-Às vezes	1-			
Raramente	0-Nunca						
<b>178. Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro?</b>							
	4- Sempre	3-Frequentemente	2-Às vezes	1-			
Raramente	0-Nunca						
<b>179. Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual?</b>							<b>176.</b>
	4- Sempre	3-Frequentemente	2-Às vezes	1-			
Raramente	0-Nunca						
<b>180. Você tem dor durante o ato sexual?</b>	0- Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-Raramente			<b>177.</b>
4-Nunca							
<b>181. Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual?</b>							
	0- Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-			<b>178.</b>
Raramente	4-Nunca						
<b>182. O medo da incontinência (perda de fezes ou urina) dificulta a sua atividade sexual?</b>							
	0- Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-			<b>179.</b>
Raramente	4-Nunca						
<b>183. Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída)</b>							<b>180.</b>
	0- Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-			
Raramente	4-Nunca						
<b>184. Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)?</b>	0- Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-Raramente	4-Nunca		<b>181.</b>
<b>185. Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual?</b>							<b>182.</b>
	0- Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-Raramente	4-Nunca		
<b>186. Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual?</b>							<b>183.</b>
	0- Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-Raramente	4-Nunca		
<b>187. Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses?</b>							<b>184.</b>
	0- Muito menos intenso	1- Pouco intenso	2- Mesma intensidade	3- Mais intenso	4-Muito mais intenso		

188. TOTAL DO ESCORE: \_\_\_\_\_

185.

186.

187.

188.