



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS  
MÉDICO-CIRÚRGICAS**

**ISABELLA PARENTE RIBEIRO FROTA**

**FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E QUALIDADE DE VIDA EM  
MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA COM E SEM DISFUNÇÃO DO  
ASSOALHO PÉLVICO**

**FORTALEZA**

**2016**

**ISABELLA PARENTE RIBEIRO FROTA**

**FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E QUALIDADE DE VIDA EM  
MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA COM E SEM DISFUNÇÃO DO  
ASSOALHO PÉLVICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médico Cirúrgicas.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro S. Bezerra

Co-orientadora: Prof. Dra. Simony Lira do Nascimento

**Fortaleza  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- F961f Frota, Isabella Parente Ribeiro.  
Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico / Isabella Parente Ribeiro Frota. – 2016.  
81 f.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médico-Cirúrgicas, Mestrado em Ciências Médico-Cirúrgicas, Fortaleza, 2016.  
Área de Concentração: Metabolismo, Fisiologia e Biologia Celular no Estresse.  
Orientação: Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro S. Bezerra.  
Coorientação: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento.
1. Incontinência Urinária. 2. Diafragma da Pelve. 3. Qualidade de vida. 4. Prolapso. I. Título.

---

CDD 618.97663

ISABELLA PARENTE RIBEIRO FROTA

FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA  
PÓS-MENOPAUSA COM E SEM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cirurgia. Área de concentração: Distúrbios do Assolho Pélvico.

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

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dr. Jorge Milhem Haddad  
Universidade de São Paulo (USP)

---

Prof. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, pelo dom da vida.  
A minha família, meu alicerce.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro com manutenção da bolsa de auxílio.

Ao Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra, pela sua confiança, por acreditar em mim e no meu trabalho, pelas palavras de apoio ao longo dos anos de trabalho, por não me deixar desistir apesar das dificuldades, pela oportunidade de trabalhar com uma pessoa tão especial e iluminada como você, pelos conselhos, por ser meu amigo. Um profissional ético, competente, de caráter, que trabalha, acima de tudo, com amor ao próximo e respeito. Pela sua dedicação na elaboração desse projeto e pela orientação não só na pós-graduação, mas ao longo dos anos de convívio, pela sua paciência e escuta. Serei eternamente grata por tudo que você representa e pela oportunidade que me foi dada.

À Profa. Dra Simony Lira do Nascimento, pela coorientação essencial para finalização do projeto, pela paciência, apoio e dedicação, pela grande disponibilidade.

Ao professor participante da banca examinadora Dr. Jorge Milhem Haddad pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões. A professora Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, pela disponibilidade e pelas importantes contribuições.

Aos amigos do Grupo Cearense Interdisciplinar de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho pélvico, pela ajuda na coleta de dados, pelo incentivo, pelo apoio incondicional e pelas reflexões, críticas e sugestões.

À minha querida amiga Virginia Feitosa pela sua amizade. A minha gratidão por tudo que você fez por mim.

Aos meus pais, Amélia e Frota, pela oportunidade de frequentar boas escolas, de estudar fora da minha cidade enriquecendo-me como ser humano e sabendo valorizar cada oportunidade e cada aprendizado que me foi dado.

Ao meu amor, Paulo Gustavo, pelo apoio e compreensão na minha ausência, pela sua ajuda sempre que precisei, pelo seu carinho e amor.

## RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como objetivo comparar a função dos músculos do assoalho pélvico (MAP) em mulheres na pós-menopausa com disfunção do assoalho pélvico (DAP) versus mulheres sem DAP e a relação entre a função dos MAP e a qualidade de vida (QV). Método: Estudo caso-controle com duzentos e dezesseis mulheres na pós-menopausa. Foram avaliadas e classificadas com (n: 126) e sem DAP (n: 90). Avaliação da função MAP foi realizada pela palpação digital vaginal (escala PERFECT) e incluiu: contração voluntária, a força (Escala Oxford 0-5), resistência e repetição dos MAP. Escala de Oxford foi comparada com a QV específica utilizando *King Health Questionnaire* (KHQ) para mulheres com IU e *Prolapse Quality of Life* (P-QoL) para mulheres com POP. Analisamos as mulheres com DAP em duas categorias de acordo com o valor obtido no Power (escala PERFECT): as mulheres com força  $\leq 2$  ou  $\geq 3$  usando o teste Qui quadrado. A QV geral avaliada pelo SF-36 foi utilizada para comparar as mulheres com e sem DAP com o Teste t Student, (valor  $p \leq 0,05$  foi considerado para significância). Resultados: As mulheres tinham  $58,0 \pm 9,0$  anos de idade, paridade  $3,7 \pm 3,5$ . As mulheres com DAP tinham incontinência urinária (IU), n: 44; prolapso de órgãos pélvicos (POP), n: 21; UI + POP, n: 61. A escala Oxford teve um valor médio de 2 (0-5) em todas as mulheres estudadas, sem diferença estatística entre os grupos com ou sem DAP. A maioria das mulheres estudadas tinha força insuficiente, resistência ( $p = 0,428$ ) e repetição reduzidas ( $p = 0,721$ ) nos dois grupos. Além disso, foi analisada a consciência perineal de acordo com a ausência (Power = 0) ou na presença (Power  $\geq 1$ ) de contração perceptível. Mais uma vez, não foram observadas diferenças entre os grupos caso e controle. Quando analisamos a QV geral (SF-36), encontramos que mulheres com DAP apresentam pior escores de QV em todos os domínios em comparação a mulheres sem DAP ( $p \leq 0,05$ ). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa apenas para domínio percepção de estado geral de saúde do KHQ ( $p = 0,007$ ). Não foi encontrada associação entre a função do assoalho pélvico e domínios PQoL. Conclusões: A força dos MAP foi semelhante em mulheres com e sem DAP o que sugere que há outros fatores relacionados ao desenvolvimento DAP. A QV geral é pior em mulheres com DAP. Contudo, a função MAP não foi relacionada com a QV específica, avaliada pela KHQ e P-QoL em mulheres com IU e POP, respectivamente.

**Descritores:** Incontinência urinária; Assoalho Pélvico; Qualidade de vida; Prolapso.

## ABSTRACT

Objective: this study aims to compare pelvic floor muscle (PFM) function in post-menopause women with pelvic floor dysfunction (PFD) versus women without PFD and the relationship between PFM function and quality of life (QoL). Design: a case-control study. Methods: Two hundred sixteen post-menopause women with (n: 126) and without PFD (n: 90) were enrolled. Measurement of PFM function was performed by digital vaginal palpation (PERFECT scale) included: voluntary PFM contraction, PFM strength (Modified Oxford Grading Scale 0-5), PFM endurance and repetition. Oxford scale were compared on specific QoL using King' Health Questionnaire (KHQ) for women with UI and prolapse quality-of-life (PQoL) for women with POP. We analyzed women with PFD into two categories according to the value obtained for the Power (from PERFECT scale): women with Power  $\leq 2$  or  $\geq 3$  using a Chi Square test. A general QoL using SF- 36 was used to compare women with and without PFD with a T-test, (p value  $\leq 0.05$  was considered for significance). Results: The subjects were  $58.0 \pm 9.0$  years of age, parity  $3.7 \pm 3.5$ . Women with PFD had urinary stress incontinence (UI), n: 44; pelvic organ prolapse (POP), n: 21; UI+POP, n: 61. Modified Oxford Grading Scale had a median value 2 (0-5) in all women studied without statistical difference between groups with or without PFD. Most of the women studied had insufficient strength, reduced endurance (p=0.428) and repetition (p= 0.721) in both groups. Further, we analyzed the perineal awareness according to the absence (Power =0) or presence (Power > 1) of perceptible contraction. Again, no differences were observed between the case and control groups. When we analyzed the general QoL in all women using SF-36, we found statistically significant difference between women with and without PFD in all domains (p $\leq 0.05$ ). We found statistically significant difference only for perception of general health domain of KHQ (p= 0.007). No association was found between pelvic floor function and P-QoL domains. Conclusions: PFM strength was similar in women with and without PFD which suggests that there are other factors related to PFD development. General QoL is worse in women with PFD. However PFM function was not related to specific QoL as assessed by KHQ and P-QoL in women with UI and POP, respectively.

**Key-words:** Urinary Incontinence; Pelvic Floor; Quality of Life; Prolapse.

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1: Características sociodemográficas de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216). .....</b>	<b>39</b>
<b>Tabela 2: Caracterização dos dados sociodemográficos entre os grupos de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216). .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabela 3: Comparação da força dos músculos do assoalho pélvico entre os grupos de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216). .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabela 4: Avaliação da consciência perineal entre os grupos de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216). .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabela 5: Avaliação da força dos músculos assoalho pélvico de acordo com a queixa clínica e exame ginecológico em mulheres com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216). .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabela 6: Avaliação da qualidade de vida geral (SF-36) com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216). .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 7: Associação entre qualidade de vida específica (KHQ) e função do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária (n: 105). Fortaleza, 2014. ....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 8: Associação entre qualidade de vida específica (P-QoL) e função do assoalho pélvico em mulheres com POP (n: 82). Fortaleza, 2014. ....</b>	<b>44</b>

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ICS	Sociedade Internacional de Continência
IUGA	Associação Internacional Uroginecológica
DAP	Disfunção do Assoalho Pélvico
AFA	Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico
AP	Assoalho Pélvico
IF	Incontinência Fecal
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	Incontinência Urinária Mista
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
SF-36	<i>Short Form Health Survey- 36</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNI	Contração Não-Inibida
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>27</b>
<b>3 MÉTODOS</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2 Local e Coleta de dados</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2.1 Instrumento de coleta de dados</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2.1.1 Questionário de Qualidade de Vida Geral – SF 36</b> .....	<b>31</b>
<b>3.2.1.2 King’s Health Questionnaire - KHQ</b> .....	<b>31</b>
<b>3.2.1.3 Prolapse Quality of Life – P-QoL</b> .....	<b>32</b>
<b>3.2.1.4 Avaliação da Função dos Músculos do Assoalho Pélvico</b> .....	<b>33</b>
<b>3.3 Participantes</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3.2 Critérios de não-inclusão</b> .....	<b>36</b>
<b>3.4 Variáveis</b> .....	<b>36</b>
<b>3.5 Cálculo amostral e Tamanho da Amostra</b> .....	<b>37</b>
<b>3.6 Processamento e Análise dos dados</b> .....	<b>37</b>
<b>3.7 Situação Ética</b> .....	<b>38</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE   MEDICINA DA USP</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXO B - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL GERAL DR.   CESAR CALS- HGCC</b> .....	<b>57</b>
<b>ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36</b> .....	<b>58</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A – Ficha de avaliação padronizada do serviço de Ginecologia- HGCC e HGF e Questionário Socioeconômico (CCEB) .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A disfunção do assoalho pélvico (DAP) constitui condição ginecológica comum, que acomete aproximadamente um terço das mulheres adultas (ESPUÑA *et al.*, 2008). Inclui além de incontinência urinária (IU), prolapso dos órgãos pélvicos (POP) e incontinência fecal (IF), a disfunção sexual e outros sintomas álgicos do trato urinário inferior.

Esses sintomas podem gerar impacto negativo na qualidade de vida (QV) ou no bem estar emocional e pode ser socialmente devastador. Observa-se ainda, considerável variedade de percepções e respostas entre os indivíduos acometidos (SWITHINBANK, 1999; ABRAMS *et al.*, 2002).

A IU é condição comum na qual ocorre perda involuntária de urina (HAYLEN *et al.*, 2010). A IU, particularmente em mulheres, pode se apresentar de diferentes formas ou combinações de sintomas, incluindo incontinência urinária de urgência (IUU), incontinência urinária de esforço (IUE) e incontinência urinária mista (IUM) (KHULLAR *et al.*, 2014). Quando ocorre perda associada aos esforços físicos denominamos IUE. Já a perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência miccional denomina-se IUU. Por último denomina-se IUM quando ocorrem as duas condições anteriores juntas (ABRAMS *et al.*, 2002).

O POP, por sua vez, conceitua-se anatomicamente pela descida de uma ou mais paredes vaginal anterior e/ou posterior, útero ou ápice da vagina (HAYLEN *et al.*, 2010). É queixa comum nos ambulatórios de ginecologia. Apesar de muitas pacientes serem assintomáticas e, portanto, não procurarem assistência médica, pelo menos 11 a 19% das mulheres têm necessidade de um procedimento cirúrgico. Incide principalmente em mulheres idosas e múltiparas, porém não constitui condição exclusiva dessa faixa etária (MANT; PAINTER; VESSEY, 1997; SAMUELSEN *et al.*, 1999). Apesar de não resultar em morbidade e mortalidade significativas, pode reduzir drasticamente a QV das mulheres (STANFORD *et al.*, 2012).

Estudos de prevalência das principais afecções relacionadas à DAP são difíceis de serem obtidas, uma vez que muitas mulheres escondem o problema ou o aceitam como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais (MANT et al, 1997).

Estima-se que a prevalência das DAP seja de 21,7% em mulheres entre 18 a 83 anos, chegando a 30% nas faixas etárias de 50 a 89 anos. O pico de incidência situa-se entre 60 e 69 anos chegando a 42,1 por 10.000 mulheres (SWIFT et al., 2005; LUBER; BOERO; CHOE, 2001). No Brasil os dados epidemiológicos sobre DAP ainda são escassos. Estima-se que 11 a 23% da população feminina apresentam queixas de IU (LAZARI; LOJUDICE; MAROTA, 2009) e em idosas essa prevalência pode variar entre 8 e 35% (BRASIL, 2006). Em estudo epidemiológico com 2143 idosos, Tamanini *et al.* (2009), encontraram prevalência 26,2% de IU entre as mulheres.

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, há forte tendência destas disfunções se tornarem cada vez mais frequentes, gerando importante problema de saúde pública. Nos próximos 30 anos é esperado que o número de mulheres que procurarão cuidados médicos por desordens no AP irá dobrar (LUBER; BOERO; CHOE, 2001).

No tocante aos gastos financeiros, os custos da IU são muito difíceis de serem quantificados, haja vista que o peso nas despesas de saúde depende do nível socioeconômico. Estima-se que o gasto anual com protetores íntimos em mulheres incontinentes varia de 1,2 a 2 bilhões de dólares americanos; a internação hospitalar pelas complicações da incontinência representaria 4,5 bilhões; o custo com tratamentos específicos, cirurgias, medicamentos seria um bilhão. Contudo, essas estimativas apontadas estão baseadas em estatísticas norte-americanas (WOJCIKIEWICZ et al., 2014).

No Brasil, mulheres com IU gastam em média, do próprio bolso, R\$ 2.208,00, desde o início dos sintomas até o encaminhamento para tratamento. Verificou-se que o SUS tem um gasto médio de R\$ 256,36 por mulher, para o diagnóstico e tratamento da IU. Esses custos tendem a

aumentar com o crescimento da população idosa e a predominância do sexo feminino (MARQUES, 2015).

A DAP afeta a autoconfiança e autoestima gerando impactos negativos na QV dessas mulheres. Observa-se conseqüentemente, redução na busca pela assistência profissional de saúde perpetuando as baixas condições de QV (MANT et al, 1997; VASCONCELOS et al, 2013).

Em alguns trabalhos o ápice de incidência de POP ocorre entre 60 e 69 anos de idade, havendo correlação da piora do prolapso com o aumento dos anos de vida, tipo de trabalho e renda (WOODMAN *et al.*, 2006). Foi relatado que 41% das mulheres na pós-menopausa apresentam algum grau de POP, incluindo a cistocele (34%), retocele (19%) e prolapso uterino (14%). Mulheres que apresentam POP com ou sem incontinência urinária de esforço (IUE) possuem impacto significativo na sua QV (WU et al., 2014). Apesar dos dados serem limitados, estudos mostram prevalência de POP acima de 37% em mulheres múltiparas, podendo aumentar com a idade (LAMMERS et al., 2012).

A DAP, principalmente a IU e o POP, origina-se de causas múltiplas e se desenvolve gradualmente ao longo dos anos. No entanto, a importância relativa de cada fator é desconhecido (SCHORGE et al, 2011).

O Parto vaginal é o fator de risco citado com maior frequência. Não existe consenso sobre o fato de a gestação ou o parto em si predispor a DAP. No entanto, vários estudos mostram que o parto aumenta o risco de a mulher desenvolver POP ou IU (MANT et al, 1997).

A idade avançada está implicada no desenvolvimento do prolapso e na sua maior prevalência. O *Pelvic Support Study – POSST* (SWIFT et al, 2005) em mulheres de 20–59 anos, revelou que a incidência de prolapso dobra a cada década. Entretanto, é difícil separar os efeitos do hipoestrogenismo do processo do envelhecimento.

Os receptores de estrogênio são encontrados no trato urinário inferior e no trato reprodutivo. Nessas regiões, o hipoestrogenismo está associado a alterações no colágeno e vascularização diminuída do plexo subepitelial uretral. O estado de pós-menopausa influencia a ocorrência de DAP em

74,2% das pacientes. Sabe-se que o estrogênio afeta o metabolismo do colágeno e que o hipoestrogenismo interfere no metabolismo do tecido conectivo (IOSIF, 1981).

Foram identificados receptores com alta afinidade por estrogênio na uretra, músculo pubococcígeo e trígono vesical, mas são raros em outros locais da bexiga (IOSIF, 1981).

As alterações no colágeno e as reduções na vascularização uretral e no volume da musculatura esquelética relacionadas com hipoestrogenismo parecem ser fatores relevantes. Acredita-se que possam, coletivamente, causar distúrbio da função uretral por redução da pressão uretral em repouso (CARLILE, 1988).

Além disso, supõe-se que a deficiência estrogênica com atrofia urogenital resultante seja responsável, em parte, pelos sintomas sensório-urinários após a menopausa (RAZ, 1993).

Apesar das evidências atuais de que o estrogênio tem papel importante na função urinária normal, o sucesso da terapia estrogênica no tratamento ou na prevenção da incontinência é controverso e não está comprovada (FANTL, 1994, 1996; CODY, 2009).

Os estudos atualmente demonstraram de forma inconsistente aumento na disfunção urinária após a entrada no período pós-menopausa (BUMP, 1998). Naquelas com sintomas, é difícil separar os efeitos do hipoestrogenismo dos efeitos do envelhecimento. Essas alterações anatômicas e funcionais do AP redundam em persistente morbidade e, finalmente, em distúrbios sociais, psicológicos, físicos e sexuais. Observa-se, portanto, óbvias interferências na QV dessas mulheres (SANTANA, 2010).

O entendimento da anatomia funcional do assoalho pélvico (AP) é fundamental para avaliação de sua função. O AP é formado por várias estruturas que vão desde o peritônio parietal posterior até a pele da vulva. No sentido proximal para o distal temos: peritônio, fáscia visceral e endopélvica, músculo levantador do ânus, membrana perineal e musculatura da genitália externa. O suporte dessas estruturas é dado pela sua fixação

aos ossos pélvicos. As estruturas ligamentares do assoalho pélvico em conjunto com os grupos musculares é que vão dar sustentação e suporte aos órgãos pélvicos. Os músculos têm a função de coordenar, contrair e relaxar a região perineal. As fáscias são responsáveis pelo suporte através da sua ligação com músculos e ossos.

A musculatura do assoalho pélvico (MAP) tem papel importante na manutenção da continência e suporte de órgãos pélvicos. O pavimento pélvico incorpora as fáscias e um complexo grupo de músculos que formam uma rede de sustentação na parte inferior da cavidade abdominopélvica. Os músculos do assoalho pélvico superficiais, o transverso superficial e profundo do períneo, irão estabilizar e fechar a uretra (DEVREESE et al., 2004).

De acordo com DeLancey et al (2004) o diafragma pélvico é formado pelos músculos levantador do ânus e isquiococcígeo. O levantador do ânus é formado por três grupos musculares: o músculo pubococcígeo que tem origem no osso púbico e ancora-se no cóccix por meio de ligamentos que funcionam como polias; músculo puborretal tem origem no osso púbico e inserção no mesmo osso contralateral, formando uma alça em volta do reto distal, sua contração forma o ângulo retoanal e o músculo iliococcígeo que se origina no arco tendíneo e se estende posteromedialmente, inserindo-se na face anterior do sacro, formando a placa do músculo levantador do ânus.

Completando o diafragma pélvico, há o músculo isquiococcígeo, que se origina na espinha isquiática e insere-se na placa do levantador. O resultado da contração coordenada dos grupos musculares do diafragma pélvico e do períneo resulta na manutenção da continência e esvaziamento urinário e fecal (PETROS & ULMSTEN, 1993).

Para manutenção da continência, os grupos musculares contraem-se simultaneamente, fazendo a uretra proximal ser tensionada posteriormente e a uretra média se angular, resistindo ao aumento da pressão vesical. Já para promover a micção, os músculos iliococcígeo e isquiococcígeo se contraem, gerando um vetor de força que abre o colo vesical, enquanto os músculos

pubovaginal e isquiocavernoso se relaxam, diminuindo a angulação de uretra média e permitindo o fluxo (PETROS & ULMSTEN, 1993).

A função dos músculos do AP depende de vários elementos: da sua posição anatômica, do seu tônus de repouso e da integridade das fâscias que o recobrem. Quando ocorre aumento da pressão intra-abdominal (por ex., tosse, espirro) há uma contração involuntária dos músculos do AP para manter o suporte dos órgãos pélvicos e a continência. O assoalho pélvico não age como uma plataforma estática e sim como um suporte dinâmico que responde ao esforço exercido sobre ele. A contração voluntária dos músculos do AP resulta do movimento para cima e para dentro do períneo e órgãos pélvicos. Além disso, promove um fechamento da uretra, vagina e ânus. A função normal dos músculos do AP tem papel importante para manutenção da continência urinária e fecal, além de função no intercuro sexual (MARIJKE et al., 2009).

Em resumo, podemos definir três principais mecanismos que contribuem para um suporte pélvico normal. Primariamente, o suporte derivado da fâscia endopélvica que ancora útero e vagina à parede pélvica. Secundariamente, mas não menos importante, o suporte muscular derivado da placa levantadora que tende a comprimir o lúmen dos hiatos do assoalho pélvico. Finalmente o mecanismo valvar exercido pela compressão feita pelas fâscias e ligamentos, provocando horizontalização da vagina contra a placa levantadora da musculatura do assoalho pélvico (PETROS & ULMSTEN, 1993).

Os músculos do diafragma pélvico quando estão enfraquecidos proporcionam suporte inadequado às vísceras pélvicas e a continência. A descida do diafragma pélvico causa incompetência adicional dos suportes fasciais pélvicos; o aumento da pressão intra abdominal causado pela tosse, levantamento de peso ou esforço para evacuar podem causar lacerações e enfraquecimento da fâscia endopélvica (GILL & HURT, 1998).

O traumatismo causa lesão direta da parede vaginal e do suporte dos órgãos pélvicos. Também são observados defeitos da fâscia retovaginal nas retocelos, sendo observada ruptura nas regiões lateral, central, inferior e

superior. A lesão do suporte vaginal superior e um anel da fásia pubocervical intacto causam descida uterina, prolapso da cúpula vaginal e enterocele (GILL & HURT, 1998).

Diante da compreensão de que a boa integridade e função dos músculos do AP são importantes nos mecanismos citados anteriormente, pesquisas têm avaliado o papel da função e, sobretudo, do treinamento da musculatura do AP no tratamento e prevenção das disfunções do AP. No estudo realizado por Tosun et al.(2014) observaram que após o treino da musculatura do AP houve redução significativa dos sintomas urinários assim como aumento da força da musculatura do AP ( $p < 0,05$ ) comparado com grupo controle. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) recomenda o treino da musculatura do AP como primeira linha de tratamento para IUE e IUM em mulheres. Existe nível de evidência 1A para tratamento dessas afecções com taxas de sucesso de 56-75% (BO et al, 2009).

Perante todos esses fatores pode-se observar a importância capital da avaliação da função dos músculos do AP a qual constitui parâmetro fundamental na propedêutica uroginecológica, para tratamentos clínicos assim como na pesquisa científica. É necessária para o terapeuta dar *feedback* a respeito da capacidade da mulher em contrair os músculos do AP e para documentar as mudanças na força e função do AP ao longo da intervenção (TALASZ et al, 2011).

De acordo com a Associação Internacional Uroginecológica (IUGA) / Sociedade Internacional de Continência (ICS), a função da musculatura do AP pode ser avaliada por inspeção visual, manômetro, ultrassonografia, ressonância magnética e pela palpação vaginal (HAYLEN et al., 2010).

Na inspeção visual o terapeuta solicita pelo comando verbal uma contração voluntária dos músculos do AP através da visão direta da vulva da paciente. A inspeção visual é um método para avaliação da contração do AP barato, confiável, não invasivo e indicado quando a palpação vaginal não é possível como no pós-parto imediato e em mulheres virgens (VERMANDEL et al., 2015).

Em 1948, Kegel descreveu a inspeção visual da contração dos músculos do AP como uma contração ou aperto em volta da uretra, vagina e ânus com uma elevação para dentro que pode ser observado no períneo. Esta definição ainda é utilizada na literatura atual.

O Manômetro de pressão consiste de um dispositivo pneumático usado para medir a pressão dentro da vagina. Constitui-se numa peça de borracha cheia de ar compressível (sensor) que é inserida na vagina e ligada a um manômetro. Mensura a pressão em mmHg ou cmH<sub>2</sub>O (FRAWLEY et al., 2005).

É uma das alternativas mais comumente utilizadas para avaliação dos músculos do AP, é um método confiável com boa reprodutibilidade, fornece a pressão de contração vaginal, porém pode ser influenciada pela pressão intra-abdominal (FERREIRA et al., 2011; CHEVALIER et al., 2014). Até o momento, não existe um instrumento perfeito ou padrão-ouro; no entanto, cada método tem as suas vantagens e desvantagens (ALBRICH et al., 2015).

Os métodos de imagem são mais recentemente utilizados para avaliação estrutural e funcional do AP.

A avaliação do AP através do ultrassom (US) bidimensional (2D) ou tridimensional (3D), tornou-se nos últimos anos uma ferramenta indispensável nos estudos de DAP. Alguns estudos têm avaliado a atividade muscular do AP e força com uso do US. Não só imagens em repouso, mas também manobra de Valsalva e contração dos músculos do AP fazem parte do protocolo de rotina na imagiologia uroginecológica (ALBRICH et al., 2015).

Desde que a tecnologia 3D foi introduzida ao US em Uroginecologia, o plano coronal tornou-se visível. Pode-se identificar o sling puborretal do complexo músculo elevador do ânus e medir a área de hiato por exemplo. Como as dimensões do hiato genital podem mudar significativamente durante Valsalva e durante a contração dos músculos do AP, alguns estudos têm utilizado redução da área de hiato durante a contração do AP como

parâmetro de US 3D para medir força dos músculos do AP (DIETZ et al., 2010).

Já a palpação vaginal, representa o método mais utilizado para avaliação clínica da força dos músculos do AP. Sendo um método seguro e direto, não dispendioso, além de ser minimamente invasivo e bem tolerado pelas pacientes (TIBAEK et al., 2014).

O uso de uma escala baseada na sensibilidade dos dedos introduzidos na vagina da paciente durante a contração dos músculos pélvicos (palpação bidigital) é um procedimento muito comum no diagnóstico e análise de disfunções uroginecológicas. Apesar de sua natureza subjetiva, é uma ferramenta de diagnóstico útil e simples de executar (BO et al., 2009). Palpação digital é adequada para ambos os sexos, de baixo custo, pode diferenciar o lado esquerdo e direito, medir força, bem como resistência. É simples de usar e não requer equipamento especial (CHEN et al., 2014).

Ao longo dos últimos anos, algumas avaliações dos músculos do AP, têm sido mais comumente utilizadas. Dentre elas se destacam: a avaliação funcional do AP (AFA) de Ortiz, A escala PERFECT de Laycock, a escala de Brink, a escala de avaliação de Devreese. Todas utilizam escalas de pontos para suas mensurações de força muscular. Apesar de existirem muitas escalas em uso alguns itens ainda estão em falta nesses métodos de avaliação. Infelizmente, nenhuma escala parece contemplar plenamente todos os elementos fundamentais para completa avaliação da função do AP (MARIJKE et al., 2009).

A Avaliação funcional do AP (AFA) foi desenvolvida em 1996 por Ortiz & Nuñez em estudo com objetivo de avaliar a função e a disfunção do AP usando aparelho intravaginal (cone vaginal), além da avaliação dinâmica baseada na palpação vaginal dos músculos do AP na qual foi realizada a classificação funcional de Ortiz.

O esquema PERFECT foi descrito inicialmente por Laycok & Jerwood (2001) os quais desenvolveram uma escala digital para avaliação dos músculos do assoalho pélvico, testaram e validaram esta técnica criando um regime de exercícios baseado na avaliação bidigital. É uma escala usada

para mensurar força e resistência muscular, além do número de repetições e contrações rápidas. Temos ainda segundo Laycok & Jerwood (2001) a avaliação da força e resistência muscular, além de fornecer informações sobre a gravidade da fraqueza muscular e constituir a base de programas de exercícios específicos.

Em 2011, Talasz et al., descreveram o New PERFECT baseado no esquema descrito por Laycok, porém com graduação do Power de acordo com recomendação da ICS.

Em 2005, Vakili et al analisaram a força do AP de 358 mulheres pela palpação digital utilizando a escala PERFECT no pré-operatório de cirurgias vaginais, observaram que aquelas com melhor força dos músculos do AP tinham menor chance de recorrência das DAP.

A avaliação clínica da força dos músculos do AP é procedimento comum entre os fisioterapeutas para propedêutica da mulher com DAP (BRAEKKEN et al., 2014).

Muitos estudos têm avaliado grupos distintos de mulheres com IU, POP ou até mesmo disfunção sexual e algum método de avaliação da função do AP. Estes se valeram de escalas como Ortiz, Oxford, de Brink, dentre outras.

Apesar da orientação da ICS poucos estudos tem objetivamente analisado a correlação da avaliação da força dos músculos do AP, feito por fisioterapeutas e a QV. Quer seja por questionários gerais ou específicos nas mulheres com DAP (Borello-France et al., 2007; Chevalier et al., 2014).

Borello-France et al (2007), avaliaram a força do AP utilizando a escala de Brink em 317 mulheres com diagnóstico de POP sem IUE. Concluíram que as mulheres com maior força dos músculos AP apresentavam menor grau de POP. Entretanto ao avaliar a QV específica, utilizando o *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* (POPDI), não observaram associação entre os escores de QV e a escala de Brink. Também não houve correlação entre a função sexual, pelo questionário PISQ-12 e a função dos músculos do AP.

Em 2014, Chevalier et al, avaliaram a musculatura do AP de 280 mulheres utilizando a escala PERFECT. Para avaliação da QV utilizaram o SF-12 e o EuroQoL. Ao correlacionar a força dos músculos do AP com os questionários de QV geral e específico através do SF-12 (p: 0,118) e EuroQoL (p:0,168), respectivamente, não foram encontradas relações importantes.

O conceito de Qualidade de Vida (QV) é subjetivo e, portanto, sua definição é variável (FONSECA et al., 2005). Está relacionado à percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida, abrange atividade física, bem estar psicológico, nível de independência e relacionamento social (PROTO et al., 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), QV é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994; FLECK, 2000).

Alguns questionários apresentam enfoque genérico da saúde da mulher medindo os aspectos gerais da qualidade de vida: *Medical Outcomes Study – 36-item short-form* (SF-36) ou *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL-100). Esses questionários de QV podem ser usados para avaliar diferentes populações e para comparar diferentes doenças (HAYLEN et al, 2010).

Para avaliação do impacto de uma determinada doença na QV dos indivíduos acometidos, o uso de questionários genéricos pode não ser suficiente. Aspectos tão importantes como a percepção do impacto que a disfunção causa na vida das mulheres e as medidas de sua gravidade tornar-se-iam minimizadas ou não avaliadas pela aplicação desses questionários genéricos (ABRAMS et al, 2002).

No caso dos sintomas específicos, existem alguns questionários validados, tanto para avaliar a IU, o POP como para avaliar a IF. São eles o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (TAMANINI et al, 2004), *King's Health Questionnaire* (KHQ) (FONSECA et al.,2005), o *Prolapse Quality of Life Questionnaire* (P-QoL) (OLIVEIRA et

al, 2009) e o *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL) (YUSUF et al, 2004), respectivamente.

Diante das diversas alterações sociais, pessoais e emocionais das mulheres frente à perda urinária e POP's, é relevante avaliar a QV destas mulheres, valorizando assim a opinião do paciente sobre sua própria condição de saúde. Sabendo-se que os aspectos sociais, psíquicos e sexuais influem diretamente na percepção individual do processo da doença, deve-se aplicar o questionário de QV em uroginecologia às pacientes com queixas de disfunção do AP, não só como um método auxiliar durante o diagnóstico, mas como controle de satisfação da terapia que será instituída (HANDA et al, 2008; HAYLEN et al, 2010).

A maioria dos estudos avalia a QV das mulheres com DAP de forma separada: mulheres com IU ou mulheres com POP. Não se avalia, portanto a DAP como um todo. Isso, certamente, se deve ao fato de existirem questionários específicos para cada uma dessas condições. Todavia a utilização desses questionários dificulta a real compreensão do impacto da DAP na QV geral, pois não permite compará-la com mulheres sem DAP.

A mensuração da QV de mulheres com DAP vem sendo cada vez mais valorizada. Tem sido recomendada pela ICS desde 1997, pois a percepção subjetiva de cura é atualmente considerada tão importante quanto à avaliação objetiva. Medidas de QV devem ser incluídas em todas as pesquisas clínicas, como um complemento aos tradicionais parâmetros clínicos (BLAIVAS *et al.*, 1997).

Ademais, é relevante avaliar a QV das mulheres, valorizando assim sua opinião sobre a própria condição de saúde. Fatores de ordem cultural, social, econômica e histórica de determinada região são importantes na definição do impacto das doenças sobre a percepção da QV. Até mesmo a definição de sintomas clínicos (como dor, por exemplo) e do que propriamente seria QV, podem ser distintos entre diferentes origens étnicas e culturais (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Como podemos observar os estudos analisaram mulheres com IUE ou com POP, nenhum estudo analisou as duas afecções simultaneamente.

A apresentação da DAP com IU e POP ao mesmo tempo é evento extremamente comum. Além disso, nos estudos até então publicados, não havia análise de dados comparativos a grupo controle de mulheres sem DAP. Não encontramos ainda, clara separação entre grupos por faixa etária, ou status pré e pós-menopausa. Esses elementos claramente podem interferir nos achados e diminuir a pureza dos resultados nas populações estudadas.

Diante do exposto, existe diferença entre a função dos músculos do AP nas mulheres que apresentam disfunção do AP comparado àquelas que não apresentam tal disfunção? Qual impacto da força dos músculos do AP na QV dessas mulheres?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a função do assoalho pélvico em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico e a sua relação com a qualidade de vida.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a)** Comparar a função dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico;
- b)** Comparar a qualidade de vida geral em mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico;
- c)** Avaliar qualidade de vida específica nas mulheres com disfunção do assoalho pélvico;
- d)** Correlacionar a força dos músculos do assoalho pélvico das mulheres com sua qualidade de vida específica.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo caso-controle, exploratório-descritivo, seguindo o protocolo da Iniciativa STROBE. A iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) oferece um guia para elaboração de publicações de estudos observacionais composto por um checklist com 23 itens que devem ser registrados e que variam desde a formulação do título até a menção das fontes financiadoras do estudo (MALTA et al., 2010).

### **3.2 Local e Coleta de dados**

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico de dois hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e Hospital Geral de Fortaleza (HGF). São hospitais terciários e de ensino, considerados centros de referência em atenção à saúde do estado do Ceará. Nestes centros funcionam ambulatórios de Uroginecologia e disfunção do assoalho pélvico com equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta de médicos, fisioterapeutas e enfermeiras, situados no município de Fortaleza. O período de coleta dos dados compreendeu o interstício do mês de outubro de 2012 a outubro de 2013.

As participantes do estudo foram esclarecidas pelo pesquisador sobre os objetivos e método do estudo, e uma vez em concordância com o mesmo, assinaram o TCLE (Apêndice B), recebendo uma cópia.

As mulheres que concordavam em participar do estudo e após assinarem o TCLE (Apêndice B), foi aplicado a ficha de avaliação padronizada do serviço de Ginecologia (Apêndice A) (Figura 1).

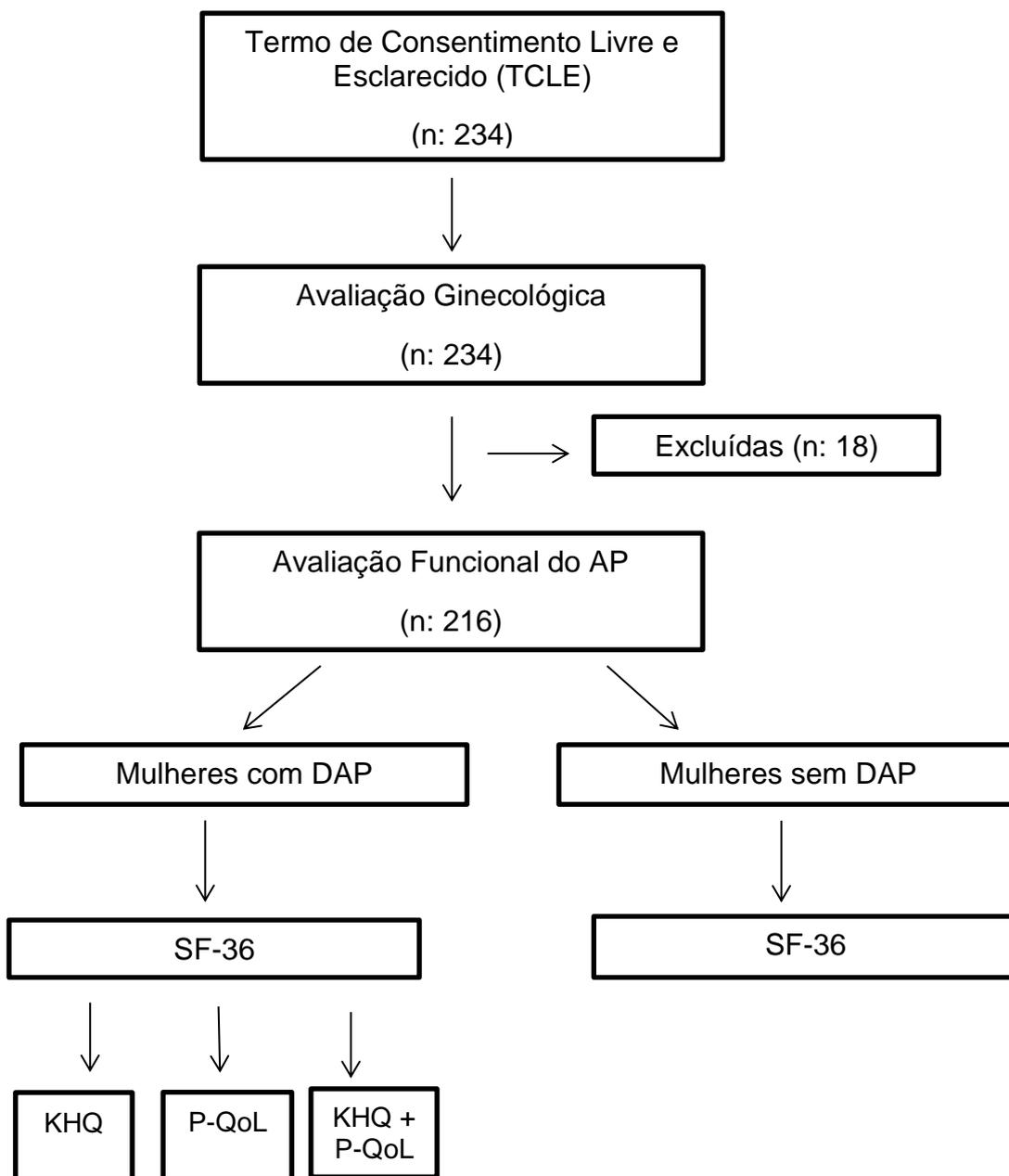


Figura 1: Avaliação e Triagem das mulheres

### 3.2.1 Instrumento de coleta de dados

A ficha de avaliação padronizada dos serviços de Uroginecologia do HGCC e do HGF (Apêndice A) contém questões para identificação da paciente (idade, paridade, IMC), para a coleta de dados clínicos e pessoais,

exame físico padronizado para avaliação do POP (POP-Q) (ABRAMS et al, 2002), além da história ginecológica, obstétrica e características das DAP como a IU e/ou POP.

As mulheres selecionadas apresentavam sintomas clínicos compatíveis com DAP (IU ou POP). Foram considerados sintomas de POP o relato na anamnese de sensação de algo caindo ou descendo pela vagina ou a sensação de bola vaginal, pressão ou sensação de enchimento pélvico em ortostase ou em raros casos necessidade de compressão digital da vagina ou períneo para facilitar a micção ou evacuação. A caracterização do POP foi realizada pelo exame físico padronizado como citado acima (BUMP et al., 1996).

Já o diagnóstico clínico da IU consistia da queixa de perda involuntária de urina associada ou não aos esforços físicos como tossir, espirrar (BUMP et al., 1996). Todas as mulheres que apresentavam IU realizaram EUD para avaliação e diagnóstico objetivo. Aquelas que apresentavam CNI do detrusor durante enchimento vesical ou que apresentavam alterações neurológicas compatível com bexiga neurogênica foram excluídas do estudo.

Além disso, para avaliação de QV geral todas as mulheres responderam o questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36*) (Anexo C). Foi aplicado o questionário de QV específico *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Apêndice A) naquelas com queixa de IU. O questionário *Prolapse Quality of Life* (P-QoL) (Apêndice A) foi aplicado nas mulheres com queixa de POP. Para as mulheres com queixa simultânea de IU e POP foram aplicados ambos os questionários. Os questionários, tanto nas suas publicações originais quanto nas suas versões validadas para o português, são auto administráveis. Entretanto, devido à alta taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional em nossa população, optamos, após estudo piloto inicial, pela aplicação do questionário realizada pelo próprio pesquisador. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, com discrição, seguindo absolutamente a mesma sequência de perguntas e entonações pelo pesquisador.

Finalmente, para avaliação funcional do assoalho pélvico (AP) foi realizada toque vaginal bidigital contemplando a escala de classificação de Ortiz (Ortiz, 1996) e o esquema PERFECT (Laycok, 2001), melhor descrito a seguir.

### **3.2.1.1 Questionário de Qualidade de Vida Geral – SF 36**

O Questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*) é um instrumento genérico de avaliação de QV, de fácil administração e compreensão. Tal instrumento foi traduzido e validado no Brasil por Ciconelli *et al.* em 1999, é um questionário genérico que avalia aspectos da QV que estão diretamente relacionadas à saúde do indivíduo. O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens que avaliam oito conceitos (ou dimensões) de saúde: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. A pontuação é dada em cada um dos domínios separadamente, não há um escore geral; são atribuídos valores numéricos para todas as respostas, que são somadas e avaliadas por domínio. Os valores variam de zero a 100, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida referente aquele domínio.

### **3.2.1.2 King's Health Questionnaire - KHQ**

O questionário de qualidade de vida KHQ é uma versão abreviada validada em português. Ele é composto por trinta perguntas semi-estruturadas divididas em nove domínios: percepção da saúde, o impacto da incontinência, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as medidas de gravidade. No questionário existe também uma escala de sintomas que é composta pelos seguintes itens: frequência urinária, noctúria, urgência, hiperatividade vesical, incontinência urinária de esforço, enurese

noturna, incontinência no intercuro sexual, infecção urinária e dor na bexiga (FONSECA et al., 2005).

A todas as respostas foram atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por domínio. Os valores foram então calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore de qualidade de vida, que varia de 0 a 100 por domínio, considerando-se que quanto maior for o número obtido, pior a qualidade de vida (FONSECA et al., 2005).

Ainda de acordo com Fonseca et al. (2005) o questionário é autoadministrável e apenas o preenchimento da folha de dados que acompanha o KHQ deve ser preenchida pelo pesquisador. Este não pode influenciar a paciente na escolha da resposta, discutir as questões, o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida poderia apenas reler a questão de forma pausada para a paciente, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas.

### **3.2.1.3 Prolapse Quality of Life – P-QoL**

O questionário de qualidade de vida em mulheres com prolapso, *Prolapse Quality of Life Questionnaire* (P-QoL) também é auto administrável. A versão final em Português é composta de 20 perguntas semiestruturadas divididas em nove domínios. Abrange a percepção da saúde, o impacto do prolapso, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as medidas de gravidade dos sintomas. As respostas do questionário P-QoL variam de "Nenhum / nada", "um pouco" e "moderadamente", e "muito". Sistema de pontuação de quatro pontos para cada item e pontuação total para cada domínio que variam entre 0 e 100 foram utilizados para a medição da gravidade dos sintomas POP. Quanto maior a pontuação, pior a QV (OLIVEIRA et al., 2009).

#### **3.2.1.4 Avaliação da Função dos Músculos do Assoalho Pélvico**

A função muscular do assoalho pélvico é definida como a capacidade de realizar a correta contração do AP que significa uma percepção tátil de 'aperto' em torno dos dedos do examinador, com movimento ascendente (para cima e para dentro) da parede vaginal correspondente (MARIJKE et al., 2009).

A avaliação funcional do Assoalho Pélvico (AP) foi realizada pela pesquisadora e quantificada através do toque vaginal bidigital, utilizando a escala de classificação de Ortiz (1996) e também o esquema PERFECT Oxford (1990) ambas padronizadas.

Antes de realizar a aferição propriamente dita, a pesquisadora procedeu com breve explicação sobre a musculatura do AP. Utilizando ilustrações, modelos, gravuras e linguagem coloquial explicou-se o que são os músculos do AP, onde se localizam e, finalmente, como se dá a função deles na continência urinária e no suporte das vísceras pélvicas. Objetivou-se com isso trabalhar o autoconhecimento corporal da mulher e a consciência da musculatura a ser avaliada.

O exame propriamente dito dos músculos do AP foi realizado com a mulher posicionada na mesa de exame clínico, em decúbito dorsal com flexão de quadril e joelhos com rotação externa do quadril. Apenas com as instruções iniciais, foi solicitada a participante uma contração voluntária dos músculos do AP. Inicialmente, o pesquisador procedeu com a observação visual, ainda sem toque vaginal, atestando a presença ou ausência da contração dos músculos do AP. Em seguida, com uso de luvas e os dedos indicador e médio lubrificados com gel foi realizado toque vaginal bidigital. Solicitou-se à mulher que executasse a contração muscular máxima da musculatura do AP com a seguinte instrução: "Aperte meus dedos tentando segurar o xixi". Uma vez que houvesse a percepção de contração pelos dedos do examinador seguiu-se à quantificação do grau de força do AP.

Embora a literatura indique alta taxa de confiabilidade inter examinadores ( $\kappa = 0,33$ , 95% intervalo de confiança 0,09-0,57) (FERREIRA

et al., 2011) para evitar viés de avaliação entre examinadores este procedimento foi realizado apenas pela pesquisadora que conduziu o estudo.

Quando a mulher realizou incorretamente a contração (manobra de valsalva ou contração dos adutores e glúteos) a examinadora forneceu um *feedback* verbal e em seguida orientou como executá-la corretamente. Finalmente, solicitou-se a realização de nova contração e foi quantificada. O tempo de repouso foi de 30 segundos entre as tentativas de contração (DEVRESSE et al., 2004). Para catalogação e análise dos dados, considerou-se a última tentativa de contração registrada, efetiva ou não. A examinadora classificou a sua percepção de pressão do aperto e deslocamento vertical dos dedos intravaginais, durante o exame, de acordo com as escalas de Ortiz e Oxford. Os critérios para avaliação do AP e as instruções verbais estão em conformidade com a terminologia da ICS.

Escala de classificação de Ortiz (1996), graduada de 0 a 4 (AFA):

- Grau 0: sem função perineal objetiva, nem mesmo a palpação;
- Grau 1: função perineal objetiva ausente e débil a palpação;
- Grau 2: função perineal objetiva débil, reconhecida a palpação;
- Grau 3: função perineal objetiva e resistência opositora não mantida a palpação;
- Grau 4: função perineal objetiva e resistência opositora mantida a palpação por mais de 5 segundos.

Esquema PERFECT: Power (Força) pode ser graduado de 0 a 5 de acordo com sistema Oxford (1990):

- Grau 0: ausência de resposta dos músculos perivaginais;
- Grau 1: contração muscular não é sustentada;
- Grau 2: contração de pequena intensidade, mas que se sustenta;
- Grau 3: contração moderada, sentida com um aumento de pressão intravaginal que comprime os dedos do examinador;

- Grau 4: contração satisfatória que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção a sínfise púbica;
- Grau 5: contração forte que comprime com firmeza os dedos do examinador com movimentação positiva em direção cranial e a sínfise púbica.

*Endurance* (Resistência) determina a manutenção de uma contração sustentada por até 10 segundos.

*Repetition* é o número de contrações satisfatórias que a paciente consegue realizar após um período de repouso de 4 segundos entre as mesmas (máximo 10).

*Fast* (Contração rápida) são as contrações rápidas que a paciente consegue realizar (máximo 10).

Considerou-se força do AP insuficiente quando a graduação tanto do AFA/PERFECT quanto do Power foi igual ou inferior a 2 (HADDAD et al., 2011). Além disso, também quando houve ausência de contração nem visualizada e nem à palpação bidigital, com Power igual a zero, considerou-se ausência de consciência perineal (KARI BO et al, 2005).

### **3.3 Participantes**

Foram selecionadas para o estudo mulheres na pós-menopausa sem terapia hormonal nos últimos seis meses ou mais, divididas em 2 grupos: Grupo 1 (Controle) pacientes sem disfunção do assoalho pélvico e Grupo 2 pacientes com disfunção do assoalho pélvico ambas confirmadas pela história clínica e pelo exame ginecológico (vide acima).

#### **3.3.1 Critérios de inclusão**

- Mulheres que se encontrassem na pós-menopausa;
- Mulheres que não estivessem utilizando terapia hormonal nos últimos 6 meses;

- Ausência de contração não inibida do detrusor comprovada pelo Estudo Urodinâmico;
- Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela mulher.

### **3.3.2 Critérios de não-inclusão**

- Mulheres com câncer ginecológico;
- Doença do colágeno;
- Doença psiquiátrica;
- Déficit cognitivo.

### **3.4 Variáveis**

Para testar a homogeneidade dos grupos foram utilizadas: Idade, IMC, Gestações, Paridade, Parto Cesárea, Parto vaginal, Aborto e pontos do CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil), um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento da posse de itens e escolaridade para diferenciar a população. Tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida é de classes econômicas. Foi o pioneiro no uso de critérios padronizados de classificação socioeconômica. O CCEB pode variar de 0-42 pontos. Quanto maior a pontuação maior posse de itens (por ex.: geladeira, automóvel, banheiro e etc.).

As variáveis dependentes foram: qualidade de vida geral e específica utilizando questionários padronizados validados para língua portuguesa: avaliada entre os grupos com e sem DAP; função dos músculos do AP.

### 3.5 Cálculo amostral e Tamanho da Amostra

O tamanho amostral foi calculado baseado no estudo de Devreese et al. (2004), o qual avaliou a função dos músculos do assoalho através do toque vaginal bidigital de mulheres com e sem incontinência urinária. Observou-se a proporção de mulheres com a função do assoalho pélvico alterada, categorizada como força  $\leq 2$ , que em mulheres com incontinência foi de 45% e nas mulheres sem incontinência 25%. Avaliando-se a diferença entre estas proporções entre os grupos, e assumindo nível de significância de 5% e um poder do teste de 80%, seria necessário um n de 88 mulheres por grupo. Foi utilizado o teste de hipótese bicaudal com amostra não pareada. Durante o período de coleta de dados foi possível avaliar um número maior de mulheres do que o tamanho de amostra calculado inicialmente, o que contribuiu para fortalecer nossos dados, além de prevenir possíveis perdas de dados.

Isto ocorreu devido à apresentação aleatória das pacientes em atendimento nos serviços e a busca não direcionada, ou intencional de casos pelo pesquisador. Uma vez que se atingiu um limite de tempo de coleta de dados, procedeu-se com a categorização e tabulação dos dados. Deste modo alguns sujeitos foram excluídos ao final das análises do estudo. Procedeu-se com amostra inicial de 234 mulheres, sendo 18 mulheres excluídas por não concordarem em fazer avaliação do AP. A amostra final consistiu de 216 mulheres na pós-menopausa diagnosticadas com ou sem DAP. Foram incluídas 126 mulheres no grupo com DAP e 90 mulheres no grupo sem DAP.

### 3.6 Processamento e Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, (SPSS v.18 para Windows). Para os dados quantitativos foi utilizado, inicialmente o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar se os dados a serem analisados estavam distribuídos de

acordo com os padrões de normalidade. Para verificar a associação entre os grupos estudados e os dados quantitativos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney U. Para as variáveis idade e IMC e para os domínios do SF-36: capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental utilizou-se o teste *t*, por serem estas as variáveis com distribuição normal. Para avaliação dos fatores relacionados à disfunção do assoalho pélvico foi realizada regressão logística múltipla. O valor de significância *estatística* foi estabelecido em 5% ou  $p < 0,05$ .

### **3.7 Situação Ética**

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior e foi realizada em parceria com Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), e portanto, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob o nº 156/12 de 23/05/2012 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals da Secretaria da Saúde do Ceará 499/2011 (Anexo B). As voluntárias foram informadas sobre o objetivo do estudo, e mediante aceitação de participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da avaliação, conforme Resolução 196/96 (Apêndice B) e ratificada pela Resolução 466/12. Apesar de já existir resolução mais recente no período do estudo ainda não havia sido publicada.

O projeto foi registrado no *Clinical Trials* (identificador: NCT01891162).

## 4 RESULTADOS

A amostra total foi composta por 216 mulheres. Foram avaliadas 126 mulheres com DAP e 90 mulheres sem DAP. A idade variou entre 36 a 89 anos, com média de 58,0 anos  $\pm$  9,0. A média de escolaridade das mulheres avaliadas foi de 6,6 anos. Apresentavam renda familiar média de R\$ 1.035,70 ( $\pm$  661,90) reais e se encontravam na classe socioeconômica C (Média: 16,1  $\pm$  5,5), pelo critério CCEB.

Em relação ao perfil obstétrico, a média foi de 4,2 ( $\pm$ 3,7) gestações com média de 3,7( $\pm$ 3,5) partos, sendo o parto vaginal a via mais comum (Média: 3,1) (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216).

Variáveis	Média	IC (95%)	Md	$\pm$ DP	Min-Máx.
<b>Idade (anos)</b>	58,0	56,5 - 59,4	56,0	9,0	36-89
<b>Renda (em Reais)</b>	1035,7	928,1 - 1143,2	1000,00	661,9	0,0-3180,0
<b>Pontos CCEB</b>	16,1	15,2 - 17,0	15,0	5,5	2-37
<b>Anos de estudo</b>	6,6	5,9 - 7,2	7,5	4,0	0-16
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	27,8	27,1 - 28,6	27,4	4,8	19,1-40,9
<b>Gestação</b>	4,2	3,6 - 4,9	3,0	3,7	0-28
<b>Parto</b>	3,7	3,1 - 4,3	3,0	3,5	0-26
<b>Aborto</b>	0,5	0,4 - 0,6	0,0	0,8	0-4
<b>Cesárea</b>	0,4	0,3 - 0,6	0,0	0,8	0-7
<b>Vaginal</b>	3,1	2,5 - 3,7	2,0	3,9	0-25
<b>Fórceps</b>	0,0	0,0 - 0,1	0,0	0,3	0-2
<b>AFA</b>	2,0	1,8 - 2,2	2,0	1,1	0-4
<b>PERFECT- Power</b>	2,0	1,8 - 2,2	2,0	1,2	0-5

A avaliação funcional do AP na escala de Oxford apresentou como mediana o valor 2, variando de 0 a 5. Já a avaliação funcional do AP na escala de Ortiz apresentou como mediana 2,0, variando de 0 a 4.

A Tabela 2 contém a caracterização sociodemográfica dos grupos estudados. Houve diferença estatística com relação à idade, anos de estudo, IMC, gestação, parto vaginal, cesárea e aborto ( $p < 0,005$ ). As mulheres com DAP eram mais velhas, tinham menor escolaridade e maior número de partos.

Tabela 2: Caracterização dos dados sociodemográficos entre os grupos de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216).

Variáveis	Grupo controle (n: 90)	Grupo caso (n: 126)	p*
	Média ±DP	Média ±DP	
<b>Idade</b>	55,4 ±7,06	60,56 ±9,62	<b>0,000</b>
<b>Renda</b>	1907,13 ±703,9	1908,90±934,3	0,581
<b>Pontos CCEB</b>	16,49 ±5,85	15,38±5,40	0,202
<b>Anos de Estudo</b>	7,28 ±3,94	5,67±3,89	<b>0,005</b>
<b>IMC</b>	27,35±4,47	28,77±4,51	<b>0,010</b>
<b>Gestação</b>	3,23±2,47	5,51±4,29	<b>0,000</b>
<b>Parto</b>	2,86±2,31	4,81±4,12	<b>0,000</b>
<b>Aborto</b>	0,41±0,73	0,71 ±0,94	<b>0,008</b>
<b>Cesárea</b>	0,57±1,00	0,36±0,77	<b>0,046</b>
<b>Vaginal</b>	2,18±2,40	4,21 ±4,10	<b>0,000</b>
<b>Fórcipes</b>	0,08±0,30	0,25±1,24	0,193

\* Mann-Whitney U

Na Tabela 3 as mulheres foram divididas em dois grupos de acordo com grau de força AFA/PERFECT: igual ou inferior a 2 e igual ou superior a 3. A maioria das mulheres avaliadas apresentou força do AP insuficiente em ambos os grupos, independente do método de avaliação. Além disso, todas as pacientes apresentam resistência muscular diminuída (*endurance* e *repetition*), ou seja, dificuldade em manter a contração.

Em relação à Avaliação funcional do AP não houve, portanto, diferença estatisticamente significativa entre os grupos caso e controle (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação da força dos músculos do assoalho pélvico entre os grupos de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216).

Variáveis	Grupo Controle (n: 90)	Grupo Caso (n: 126)	p*	Odds Ratio
<b>AFA</b>				
<b>AFA ≤ 2- n (%)</b>	59(65,6%)	83(65,9%)		
<b>AFA ≥ 3- n (%)</b>	31(34,4%)	43(34,1%)	0,538*	1,01
<b>AFA – média ± DP</b>	2,07±1,15	2.03±1,11	0,732**	
<b>POWER – PERFECT</b>				
<b>Power ≤ 2- n (%)</b>	61(67,8%)	80(63,5%)		
<b>Power ≥ 3- n (%)</b>	29(32,2%)	46(36,5%)	0,307*	0,82
<b>Power – média ± DP</b>	2,03±1,30	2,17±1,24	0,369**	
<b>ENDURANCE – média ± DP</b>	2,50±2,17	2,23±2,03	0,428**	
<b>REPETITION – média ± DP</b>	1,54±2,61	1,06±2,17	0,721**	
<b>FAST – média ± DP</b>	5,57±4,20	5,40±4,35	0,725**	

\*Qui- quadrado \*\*Mann-Whitney U

Como o teste qui-quadrado mostrou que não houve associação entre as variáveis e a DAP, não foi utilizado o valor de *odds ratio* para interpretação dos resultados em todas as situações.

Além disso, as mulheres também foram divididas conforme ausência ou presença de contração visualizada e a palpação bidigital. Aquelas com Power igual a zero foi considerado ausência de consciência perineal e aquelas com Power igual ou maior que 1 foi considerado consciência perineal presente.

Na Tabela 4, quando se avalia a consciência perineal, não houve diferença entre os grupos estudados, porém a maioria das mulheres com DAP apresentavam contração do AP quando solicitado durante avaliação.

Tabela 4: Avaliação da consciência perineal entre os grupos de mulheres na pós-menopausa com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216).

Variáveis	Grupo controle (n: 90)	Grupo caso (n: 126)	p*	Odds Ratio
Power = 0- n (%)	13(14,4%)	16 (12,7%)	0,430	0,86
Power ≥ 1- n (%)	77(85,6%)	110(87,3%)		

\* Qui- quadrado

As mulheres com DAP foram separadas em grupos distintos de acordo com a presença de IU e POP. Um grupo por queixa apenas de IU (n: 44), apenas POP (n: 21) e aquelas com queixa de IU associado ao POP (n: 61) e não houve diferença significativa entre os grupos estudados em relação a função dos músculos do AP (Tabela 5).

Tabela 5: Avaliação da força dos músculos assoalho pélvico de acordo com a queixa clínica e exame ginecológico em mulheres com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216)

Variáveis	Grupo IU (n: 44) Md ± DP	Grupo POP (n: 21) Md ± DP	Grupo IU + POP (n: 61) Md ±DP	Grupo controle (n: 90) Md ± DP	p*
AFA	2,27±1.12	1,52±1,16	2,03±1,04	2,07 ±1,15	0,075
Power	2,32±1.25	1,62±1,32	2,25±1,17	2,03±1,30	0,148
Power ≤ 2	25(56.8%)	61(67,8%)	39(63,9%)	61(67,8%)	0,358
Power ≥ 3	19(43.2%)	5 (23,8%)	22(36,1%)	29(32,2%)	
Endurance	2,61±2.00	1,62±1,71	2,16±2,13	2,50±2,17	0,222
Repetition	1,41±2.17	1,05±2,13	1,00±2,22	1,54±2,61	0,313
Fast	6,39±4.19	4,10±4,38	5,15±4,37	5,57±4,20	0,180

\* Kruskal-Wallis

Como se pode observar na Tabela 6 houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem DAP em todos os domínios na avaliação de QV geral pelo SF-36. As mulheres no grupo caso apresentaram pior QV.

Tabela 6: Avaliação da qualidade de vida geral (SF-36) com e sem DAP. Fortaleza, 2014 (n: 216)

Variáveis	Grupo controle (n: 90)	Grupo caso (n: 126)	p*
	Md± DP	Md± DP	
Capacidade Funcional	75,38 ±21,29	49,44 ±24,15	<b>0,000</b>
Limitação Física	65,83 ±38,48	32,00 ±36,28	<b>0,000</b>
Dor	61,50 ±23,70	45,39 ±23,30	<b>0,000</b>
Estado Geral Saúde	65,88 ±25,03	51,48 ±23,94	<b>0,000</b>
Vitalidade	62,33 ±22,21	45,60 ±22,40	<b>0,000</b>
Aspectos Sociais	73,27 ±27,32	61,46 ±30,68	<b>0,005</b>
Aspectos Emocionais	73,32 ±37,47	40,78 ±43,35	<b>0,000</b>
Saúde Mental	66,35 ±23,03	54,88 ±23,80	<b>0,000</b>

\* Mann-Whitney U

Nas pacientes com IU, a avaliação da associação entre a função do AP e a QV específica pelo KHQ demonstrou que apenas no domínio Percepção de Saúde houve diferença significativa (p: 0,007) quando se observa melhor contração do AP com melhor percepção da saúde (Tabela 7).

Tabela 7: Associação entre qualidade de vida específica (KHQ) e função do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária (n: 105). Fortaleza, 2014.

Variáveis	Power $\leq 2$ (n: 64)	Power $\geq 3$ (n: 41)	P*
	Md ± DP	Md ± DP	
Percepção de Saúde	63,07 ±23,84	51,19 ±22,05	<b>0,007</b>
Impacto da IU	83,00±25,15	77,68 ±29,21	0,359
Limitação Diária	59,90±32,66	57,46±38,10	0,843
Limitação Física	57,03±31,57	55,47±37,10	0,936
Limitação Social	27,11±30,79	36,15±33,51	0,148
Relação Pessoal	36,02±36,96	52,23±44,44	0,142
Emoções	53,72±31,18	53,33±36,72	0,990
Sono	48,61±32,99	53,86±34,72	0,405
Medidas de Gravidade	46,42±24,08	51,44±24,77	0,275

\* Mann-Whitney U

Já nas mulheres com queixa de POP, na avaliação de QV específica pelo P-QoL não houve associação entre os grupos analisados quanto à função dos músculos do AP e sua QV específica (Tabela 8).

Tabela 8: Associação entre qualidade de vida específica (P-QoL) e função do assoalho pélvico em mulheres com POP (n: 82). Fortaleza, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>Power <math>\leq 2</math> (n: 55)</b> <b>Md <math>\pm</math>DP</b>	<b>Power <math>\geq 3</math> (n: 27)</b> <b>Md <math>\pm</math>DP</b>	<b>P*</b>
<b>Percepção de Saúde</b>	54,91 $\pm$ 22,06	56,70 $\pm$ 21,86	0,708
<b>Impacto do POP</b>	69,91 $\pm$ 35,32	64,08 $\pm$ 36,42	0,487
<b>Limitação Diária</b>	42,72 $\pm$ 35,31	46,77 $\pm$ 38,58	0,680
<b>Limitação Física</b>	46,45 $\pm$ 34,82	45,07 $\pm$ 44,20	0,746
<b>Limitação Social</b>	26,88 $\pm$ 30,92	34,59 $\pm$ 36,27	0,516
<b>Relação Pessoal</b>	28,62 $\pm$ 28,46	46,81 $\pm$ 43,97	0,210
<b>Emoções</b>	55,42 $\pm$ 32,80	54,66 $\pm$ 36,76	0,917
<b>Sono</b>	26,89 $\pm$ 25,80	39,72 $\pm$ 36,53	0,176
<b>Medidas de Gravidade</b>	30,79 $\pm$ 24,86	31,36 $\pm$ 28,25	0,929

\* Mann-Whitney U

## 5 DISCUSSÃO

A avaliação da força e função da musculatura do AP é elemento crucial na propedêutica das DAP. O AP constitui unidade complexa, composto por estruturas não só musculares, mas também fâscias, ósseas, nervosas e vasculares. Os músculos do AP precisam apresentar adequadas força e função para manutenção da continência e suporte de órgãos pélvicos. Deste modo, sua disfunção pode se apresentar com grande variedade de sintomas a depender da topografia e gravidade da lesão, sobretudo muscular (VERMANDEL et al., 2015).

A despeito de existirem várias técnicas de aferição da força e função da musculatura do AP alguns elementos ainda parecem estar em falta. Nem sempre se procede com a medida direta da força muscular do AP nesses métodos de avaliação. Portanto, infelizmente, nenhuma escala parece contemplar plenamente todos os elementos fundamentais para completa avaliação da função do AP (MARIJKE et al., 2009). Esta avaliação se torna ainda mais limitada, porquanto, não sabemos, ao certo, como ela se relaciona com os critérios de avaliação de QV das mulheres. Poucos estudos têm relacionado à QV tanto geral como específica das mulheres acometidas com DAP com a avaliação da função do AP.

No presente estudo avaliou-se a função muscular do AP de 216 mulheres na pós-menopausa. Destas, 90 constituíram de mulheres sem queixas, nem diagnóstico de DAP, formando assim um grupo controle. As 126 restantes apresentavam queixas de IU e/ou POP. Para esta avaliação utilizamos a escala de AFA (Ortiz) e o esquema PERFECT (Oxford), em ambos os grupos. Avaliou-se também a QV geral de todas estas mulheres com o questionário SF-36. Naquelas 126 mulheres com DAP, utilizamos o KHQ para analisar a QV específica quanto a IU em 44 mulheres. O questionário P-QoI, específico para avaliar QV em mulheres com POP em 21 mulheres e ambos os questionários foram aplicados em 61 mulheres, aquelas com queixa de IU associado a POP.

Entre os grupos estudados encontramos diferenças estatísticas relativas aos dados gerais de caracterização socioeconômica. Houve diferença estatística em relação à idade, número de gestações, partos vaginais e escolaridade (anos de estudo) entre mulheres com DAP versus controle. Em nosso estudo as mulheres com DAP eram mais velhas, tinham menor escolaridade e maior número de partos.

Ao analisarmos os nossos grupos à luz do CCEB, ou seja, quanto à estratificação por classes sociais, não observamos diferenças estatísticas significativas. Não parecendo, portanto, que haja correlação entre a medida da força do AP e o estrato social da mulher.

Ao analisarmos a força dos músculos do AP não encontramos diferença entre os grupos estudados ( $M: 2,2 \pm 1,2$ ). Isso nos sugere que a presença de DAP não parece modificar significativamente a força do AP, quando avaliado pelo esquema Ortiz ou Oxford. Como os nossos grupos são diferentes quanto à idade das mulheres, esse dado sugere também que o processo de envelhecimento em mulheres com e sem DAP geralmente não parece influenciar a força dos músculos do AP. Henderson et al (2013) também não encontraram nenhuma associação entre menor força dos músculos do AP utilizando a escala de Brink e o aumento da idade.

Quanto à diferença relativa ao número de partos normais entre os grupos, algumas ilações podem ser aventadas. Ao contrário do estudo de Henderson et al (2013), nós não encontramos nenhuma associação entre aumento do número de partos vaginais com diminuição da força dos músculos do AP. Este achado está de acordo com FitzGerald et al (2007), quando afirma que o envelhecimento fisiológico "per se" em mulheres continentais não se correlaciona com a diminuição da força dos músculos AP.

Ainda corroborando nossos dados, Sartori et al (2015) não encontraram diferença entre a força dos MAP em relação a idade e ao número de partos vaginais. Neste estudo avaliou-se a força dos músculos do AP de 150 mulheres continentais com faixa etária entre 30 a 67 anos. Sem

comparação com grupo controle, nem sendo exclusivo, da pós-menopausa. Não houve correlação entre músculo fraco e idade.

Alguns estudos avaliaram a força dos músculos do AP e parecem corroborar nossos achados. Albrich et al. (2015) avaliaram 114 mulheres com disfunção do AP usando US 3D, POP-Q e escala PERFECT, e encontraram uma média de  $2,21 \pm 1,06$  da força do AP utilizando a escala PERFECT. Em nosso estudo, as mulheres com DAP tiveram média de  $2,17 \pm 1,24$  na escala PERFECT, semelhante, portanto ao estudo de Albrich et al. (2015).

No nosso estudo a maioria das mulheres, em ambos os grupos, tinha média de força muscular grau três (variando de 0 a 5) ou menos na escala de Oxford (Esquema PERFECT), o que infere força média baixa. Este achado é consistente com estudo epidemiológico anterior desenvolvido em 1732 mulheres, pela palpação manual, também utilizando a escala Oxford, quando a força foi igualmente avaliada com valor médio baixo; igual ou inferior a três (ESPUÑA et al., 2004).

Ainda de acordo com nossos achados, Roza et al (2013) não encontraram diferença significativa entre nulíparas com e sem IU. Avaliaram a força dos músculos do AP dentro de um pequeno grupo de mulheres que consistiu de 43 nulíparas continentais (n: 27) e incontinentes (n: 16) utilizando a escala PERFECT. Apenas achados sugestivos que o grupo com IU tinha menor força dos músculos do AP, entretanto sem significância estatística.

No nosso estudo as pacientes nunca tinham realizado tratamento ou avaliação da força muscular do AP previamente. Não havia, portanto nenhum treinamento anterior ou conscientização perineal, o que nos faz inferir que este aspecto tenha influenciado no valor baixo das medidas. Em estudo com 19 mulheres nulíparas Ferreira et al (2011) observaram significativo aumento na medida da força pela escala Oxford após 30 dias da primeira aferição. Corroborando essa explicação, Henderson et al (2013) relatam que com uma simples explicação sobre a correta contração dos músculos AP as mulheres seriam capazes de realizar a contração de forma

correta. Para este autor, as mulheres sem IU e sem POP teriam maior capacidade de realizar uma correta contração quando comparadas aquelas com POP. Entretanto os seus grupos de mulheres com e sem DAP encontravam-se tanto na pré-menopausa quanto na pós, com claro predomínio de mulheres mais jovens no menacme.

No estudo de Devresse et al (2004) observou-se que a contração dos músculos do AP (puborectal e levantador do ânus) é mais forte em pacientes continentas do que nas incontinentes. Ou seja, a maioria das mulheres continentas apresentavam grau 4 de força muscular do AP de acordo com escala de Devresse. Além disso, todas as mulheres continentas tinham boa coordenação dos músculos do AP na posição de litotomia o que não ocorreu com as incontinentes. Entretanto, neste estudo as idades variaram de 18 a 88 anos, e em ambos os grupos havia mulheres na pré-menopausa. Além disso, avaliaram-se somente mulheres com IU, diferente do nosso estudo. É provável que o exame em mulheres bem mais jovens, no menacme, sem POP, deva apresentar valores médios mais altos de força para ambos os grupos. No nosso estudo avaliamos grupos sabidamente homogêneos de mulheres quanto ao status pós-menopausa com IU e/ou POP. Isso pode nos levar à inferência de que, neste período da vida da mulher, a presença ou ausência de DAP não interfere na medida da avaliação da força do AP. Igualmente, segundo nossos dados e de outros (Espuña et al.,2004 e Roza et al, 2013), na pós-menopausa observa-se mais consistentemente valores baixos de força muscular do AP, independente da presença ou não de DAP.

Em relação à avaliação do AP, os quartis da escala PERFECT observados não apresentaram distinção entre os estágios de prolapso ou grau da IU. Pode ser que, uma vez que a disfunção do AP se desenvolva, a função muscular do AP não seja prejudicada ainda mais. É possível, no entanto, que a escala de Oxford para avaliação da função muscular do AP não seja suficientemente precisa para demonstrar uma clara associação com a disfunção do AP (BORELLO-FRANCE et al.2007). Ademais, um bom teste de função do AP não necessariamente implica em boa função, pois o músculo pubococcígeo pode não funcionar de forma eficaz (ORTIZ, 1996).

Assim como, um AP mais fraco não implicará em disfunção, pois a mulher pode não ter consciência da região perineal até o mesmo ser estimulado a contrair voluntariamente.

A palpação vaginal foi selecionada para avaliar a função muscular do AP pela sua praticidade em pesquisa e ambientes clínicos. A escala padronizada Oxford é provavelmente a mais frequentemente utilizada, tanto na prática, quanto nas pesquisas clínicas. De fato, nos parece mais desejável dentre as escalas de avaliação devido sua reprodutibilidade inter-observadores; além da sua confiabilidade teste-reteste e validade interna e externa (FERREIRA et al., 2011; CHEVALIER et al., 2014).

Apesar de notória preferência pela escala Oxford, reconhecemos que ainda não existe e escala ideal. São necessários outros estudos para comparar as diferentes escalas de avaliação da função muscular do AP baseado em exame digital. Outros instrumentos de avaliação do AP como manômetros de pressão e dinamômetros, que avaliam respectivamente a pressão e a mensuração de força da musculatura também devem ser utilizados. Por fim, apesar da grande diversidade de métodos e de instrumentos de avaliação os testes e medidas de função muscular do AP não foram, até o momento, adequadamente analisados. Os estudos carecem de avaliações no que diz respeito a identificar aspectos da fisiologia muscular, mais críticos para fornecer o suporte pélvico. Assim, não existe um consenso quanto ao modo de "melhor" avaliar função muscular do AP, superar esta limitação deve ser uma prioridade para futuras pesquisas.

Outro aspecto quanto à análise da função do AP que nos chama a atenção e demandou aprofundamento foi sua relação com a QV. A ICS desde 2002 em sua padronização internacional da terminologia recomenda fortemente que aferições de QV sejam utilizadas nas avaliações de mulheres com DAP (Abrams et al., 2002). Tem-se este entendimento porque a alteração ou o impacto na QV das mulheres parece ser elemento crucial na determinação da intensidade do agravo à saúde. As medidas da QV, utilizando questionários validados, parecem refletir mais fielmente as repercussões da DAP na saúde da mulher como um todo, do que medidas

anatômicas propriamente ditas. Estabelecer relação de gravidade ou medida de intensidade entre um método de avaliação da força do AP e a QV da mulher com DAP pode expressar melhor a dimensão desta afecção. Poucos estudos comparam QV e os métodos de avaliação.

Em nosso estudo também tentamos estabelecer relação entre a avaliação da força dos músculos do AP e a QV de acordo com questionários validados. Entretanto, ao se avaliar a QV específica das mulheres com IU e/ou POP, não houve diferença entre a medida da função do AP pelo Oxford e a QV pelo questionário P-QoL. A medida da força dos músculos do AP não interferia na QV das mulheres com POP apenas uma tendência de pior QV nas mulheres com menor força do AP, sem diferença estatística.

Nas mulheres com IU, ao serem avaliadas pelo KHQ, apenas o domínio percepção de saúde apresentou diferença significativa entre os grupos ( $p < 0.007$ ). Este fato pode nos indicar uma dificuldade de percepção de QV mais pobre nas mulheres pesquisadas. Nossa amostra consistiu de mulheres com baixa escolaridade (média 6,6 anos de estudo). Uma provável dificuldade de compreensão ou interpretação das perguntas pode relacionar-se com alterações nos escores. Podendo deste modo diminuir a confiabilidade do uso de questionários de QV como critério de avaliação. Outrossim, demanda a necessidade de novos questionários que contemplem limitação de escolaridade e peculiaridades culturais e regionais.

Poucos estudos avaliaram a função dos músculos do AP versus QV em mulheres com e sem DAP. Não encontramos até o momento casuística com grupo controle de mulheres sem DAP. Em 2007, Borello-France et al, avaliaram a força do AP utilizando a escala de Brink em grupos de mulheres com diagnóstico de POP sem IUE. Observou-se diferença quanto ao estágio do POP e avaliação de força do AP, ou seja, quanto menor o estágio de POP melhor era a força do AP. Esses autores buscaram também comparar a análise de força do AP versus a medida de QV. Para tanto avaliou a QV específica, utilizando o *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* (POPDI). Também semelhante ao nosso estudo, não encontraram diferença entre os valores de aferição de força do AP e os escores de QV específica. Para este

autor, não houve relação entre maior ou menor força do AP pela escala de Brink e uma melhor ou pior QV pelo POPDI. Importante salientar que nesse estudo os escores do questionário específico para QV sexual (PISQ-12 - Pelvic Floor and Incontinence Sexual Impact Questionnaire) e DAP também não apresentaram diferenças de acordo com a força do AP.

Chevalier et al (2014) em recente pesquisa avaliaram a musculatura do AP de 218 mulheres utilizando a escala PERFECT e o perineômetro. Semelhante ao nosso estudo, também tentaram correlacionar a avaliação de força pela escala Oxford com os valores de QV medidos por questionários padronizados. Para tanto utilizaram o questionário genérico de QV SF-12 (12 subitens do SF-36) e não houve correlação com a função do AP ( $p: 0,118$ ). Utilizaram também o EuroQol (EQ-5D), outro questionário também genérico. Ao correlacionar a força dos músculos do AP com as dimensões deste questionário respectivamente, não foram encontradas relações importantes ( $p: 0,168$ ). Concluíram que não existia, portanto relação dos valores de força do AP e a saúde geral das mulheres e a QV percebida por elas.

Em nosso estudo também não encontramos relação entre os valores de força do AP medidos pelo Oxford e Ortiz e os escores dos questionários de QV. Este achado corrobora a hipótese de que não podemos inferir sobre melhor ou pior QV nas mulheres, na pós-menopausa, com DAP a partir da análise da força muscular do AP. Isto parece ser verdade tanto para a análise das mulheres com IU, usando o KHQ, com POP, utilizando o P-Qol.

Em nosso estudo comparamos as mulheres com DAP com um grupo controle de mulheres na pós-menopausa sem DAP. Os outros estudos anteriormente não o fizeram, comparavam força do AP entre mulheres com diferentes graus de IU ou de POP. A presença de um grupo controle, consubstancia e fortalece nossas inferências. Portanto, a avaliação de força do AP pelos métodos ora utilizados parecem apresentar muitas limitações. Na pós-menopausa não parece distinguir bem a força ou a função do AP entre mulheres com e sem DAP. Algumas hipóteses podem ser aventadas. Talvez o status pós-menopausa, por si só, já seja responsável por baixos níveis de consciência perineal, pela alteração trófica dos tecidos. Gerando

valores de aferição do Oxford e Ortiz naturalmente baixos mesmo em mulheres sem DAP. Outra hipótese seria a de que uma vez que a lesão do AP tenha se instalado, mesmo minimamente, sem alterações anatômicas visíveis; talvez a DAP se instale já precocemente, independente de haver ou não agravamento consecutivo do POP com o tempo.

Há perceptíveis limitações do Oxford e Ortiz quanto á extrapolação do significado dos seus graus para outras esferas da DAP, como avaliação do impacto na QV. Aspectos culturais e sociais podem interferir na consciência corporal, e na interpretação do fenômeno saúde-doença. Em nosso meio, devemos considerar as características culturais, renda e educação, este aspecto peculiar de nossa cultura pode produzir diversos perfis de percepção de bem-estar e de saúde. Mulheres de classes socioeconômicas mais baixas têm maior chance de adoecer, pois estão expostas a trabalhos que apresentam maiores riscos à saúde, acesso limitado a cuidados de saúde adequado e possuem percepção ou reconhecimento tardio da disfunção do AP (NORONHA, 2002; WOODMAN *et al.*, 2006). Esses fenômenos podem se apresentar especificamente no AP com dificuldade de consciência genital e até mesmo de entendimento sobre a avaliação física do examinador.

Os resultados de nosso estudo apoiam a percepção de que a disfunção do AP e seus sintomas são muito complexos e completamente não entendidos. Variáveis como status perimenopausa, dados demográficos, etiologias e aspectos psicossociais desempenham papel mais importante na expressão dos sintomas das disfunções e conseqüentemente na QV do que na própria função muscular do AP (Chevalier *et al.*, 2014).

Nosso estudo apresenta, por outro lado, importantes limitações. Uma delas é o fato de que foi realizada apenas análise univariada. Não tendo sido possível analisar as interações entre os fatores determinantes potencialmente importantes de disfunção do AP, função dos músculos do AP e QV. Além disso, o desenho transversal não nos permite tirar conclusões sobre causalidade. No entanto, em vista dos resultados conflitantes descritos na literatura no que se refere à relação da QV e a função dos músculos do

AP, este estudo nos estimula a prosseguir com investigações mais aprofundadas.

## 6 CONCLUSÃO

Conclui-se que não houve diferença na força dos músculos do AP entre os grupos estudados.

Na avaliação de QV geral utilizando o SF-36 houve diferença em todos os domínios entre os grupos com e sem disfunção do AP.

Em relação à função do AP e a QV específica em mulheres com IU na pós-menopausa, utilizando o KHQ, apenas no domínio percepção geral de saúde houve diferença estatisticamente significativa.

Na avaliação da função do AP e a QV específica em mulheres com POP na pós-menopausa, utilizando o P-QoL, não houve diferença em nenhum domínio.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS P., CARDOZO L., FALL M., GRIFFITHS D., ROSIER P., ULMSTEN U., KERREBROECK P., VICTOR A., WEIN A. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. **Am J Obstet Gynecol.** 2002; 187(1):116-26.

ALBRICH S, STEETSKAMP J, KNOEHEL SL, PORTA S, HOFFMANN G. Assessment of pelvic floor muscle contractility: digital palpation versus 2D and 3D perineal ultrasound. **Arch Gynecol Obstet.** 2015, doi: 10.1007/s00404-015-3897-5.

BLAIVAS JG, APPELL RA, FANTL JA, LEACH G, MCGUIRE EJ, RESNICK NM, et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic. Urodynamic Society. **NeuroUroynamics.**1997; 16:145-7

BLAIVAS, H.R. HADLEY G.E. LEACH, R.R. DMOCHOWSKI, R.A. APPELL, J.G., K.M. LUBER, J.L. MOSTWIN, P.D. O'DONNELL AND C.G. Roehrborn Female stress urinary incontinence clinical guidelines panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence **J. Urol.**, 1997.158 : 875.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BO K, MORKVED S, FRAWLEY H, SHERBUN M. Evidence for Benefit of Transversus Abdominis Training Alone or in Combination with Pelvic Floor Muscle Training to Treat Female Urinary Incontinence: A Systematic Review. **Neurourology and Urodynamics.**2009; 28: 368-373.

BORELLO-FRANCE DF, HANDA VL, BROWN MB, GOODE P, KREDER K, SCHEUFELE LL, WEBER AM. Pelvic-floor muscle function in women with pelvic organ prolapse. **Physical Therapy.** 2007; 87(4): 399-407.

BRAEKKEN IH, MAJIDA M, ENGH ME, BO K. Are pelvic floor muscle thickness and size of levator hiatus associated with pelvic floor muscle strength, endurance and vaginal resting pressure in women with pelvic organ prolapse stages I-III? A cross sectional 3D ultrasound study. **Neurourology and Urodynamics.** 2014, 33: 115-120.

CARLILE A, DAVIES I, RIGBY A, et al: Age changes in the human female urethra: a morphometric study. **J Urol.** 139:532, 1988

CHEN X, GONG Y, WU D, LI H, TONG X. Pre- and postoperative evaluation of pelvic floor muscle function in POP patients using surface electromyography and digital palpation. **Neurourology and Urodynamics**. 2014; 33: 403-407.

CHEVALIER F, FERNANDEZ-LAO C, CUESTA-VARGAS AI. Normal reference values of strength in pelvic floor muscle of women: a descriptive and inferential study. **BMC Women's Health**. 2014, 14: 143.

DELANCEY JOL. Functional anatomy of the pelvic floor and urinary continence mechanism. In: Schüssler B, Laycock J, Norton P, Stanton S, editors. **Re-pelvic floor education** London. Spring-Verlag. 1994; 9-21.

DEVEREUSE A. Clinical evaluation of pelvic floor muscle function in continent and incontinent women. **Neurourol and Urodynam**. 2004; 23:190-197.

DIETZ HP, CHANTARASORN V, SHEK KL. Levator avulsion is a risk factor for cystocele recurrence. **Ultrasound Obstet Gynecol**. 2010, 36:76-80.

ESPUÑA PM, PUIG CM, GONZÁLES AM, ZAIRDAN PC, REBOLLO AP. Cuestionário para avaliação de la función sexual em mujeres com prolapso genital y/o incontinência. validación de la versión española Del "Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)" **Actas Urol Esp**. 2008;32 (2):211-19.

FERREIRA CHJ, BARBOSA PB, SOUZA FO, ANTONIO FI, FRANCO MM, BO K. Inter-rater reliability study of the modified Oxford Grading Scale na the Peritron manometer. **Physiotherapy**; 2011: 132-138.

FLECK, MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2000, vol.5, n.1, pp. 33-38.

Frawley HC; Galea MP; Phillips BA; Sherburn M; Bo Kari. Reliability of pelvic floor muscle strength assessment using different test positions and tools. **Neurourology and Urodynamics**. 2005; 25:236-242.

FONSECA ESM; CAMARGO ALM; CASTRO RA; SARTORI MGF; FONSECA MCM; LIMA GR; GIRÃO MJBC. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2005; 27(5): 235-242.

GILL EJ, HURT WG. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. **Obstet Gynecol**, 1998; 25: 757-769.

HANDA, V. L. et al. Female sexual function and pelvic floor disorders. **Obstet Gynecol**, 2008; v. 111, p. 1045–1052.

HAYLEN BT, RIDDER D, FREEMAN RM, SWIFT SE, BERGHMANS B, LEE J, MONGA A, PETRI E, RIZK DE, SAND PK, SCHAER GN. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction International Urogynecological Association; International Continence Society. **Neurourol Urodyn.** 2010;29(1):4-20.

HADDAD JM, RIBEIRO RM, BERNARDO WM, ABRÃO MS, BARACAT EC. Vaginal cone use in passive and active phases in patients with stress urinary incontinence. **Clinics.** 2011; 66(5):785-791.

HENDERSON JW, WANG S, EGGER MJ, MASTERS M, NYGAARD I. Can women correctly contract their pelvic floor muscle without formal instruction? **Female Pelvic Med Reconstr Surg.** 2013; 19 (1): 8-12.

Iosif CS, Batra S, Ek A, et al: Estrogen receptors in the human female lower urinary tract. **Am J Obstet Gynecol.** 1981.141:817.

KEARNEY R, SAWHNEY R, DeLANCEY JO. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. **Obstet Gynecol,** 2004; 104(1): 168-73.

KEGEL AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. **Am J Obstet Gynecol,** 1948; 56(2):238.

KHULLAR V, SEXTON CC, THOMPSON CL, MILSON I. The Relationship between BMI and urinary incontinence subgroups: Results from EpiLUTS. **Neurourology and Urodynamics,** 2014; 33:392-399.

LAYCOCK J, JERWOOD D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. **Physiotherapy.** 2001; 87(12): 631-42.

LAZARI, I. C. F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. Avaliação da Qualidade de Vida de Idosas com Incontinência Urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** 2009; 12(1).

LAMMERS K, LINCE SL, SPATH MA, van KEMPN LC, HENDRIKS JC, VIERHOUT ME. Pelvic organ prolapse and collagen-associated disorders. **Int Urogynecol J.** 2012; 23(3):313-9.

LUBER, K. M.; BOERO, S.; CHOE, J.Y. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. **Am J Obstet Gynecol,** 2001; 184 (7):1496-1501.

MALTA M, CARDOSO LO, BASTOS FI, FERREIRA MM, SILVA CMF. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública.** 2010; 44(3): 559-65.

- MANT J, PAINTER R, VESSEY M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the oxford family planning association study. **Br J Obstet Gynaecol.** 1997;104(5):579-85.
- MARIJKE C, HOVE S, POOL AL, EIJKEMANS MJC, BRUGER CW. Pelvic floor muscle function in a general female population in relation with age and parity and the relation between voluntary and involuntary contractions of the pelvic floor musculature. **Int Urogynecol J.** 2009; 20: 1497-1504.
- MARQUES LP, SCHNEIDER IJC, GIEHL MWC. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados a incontinência urinária em idoso de Florianópolis, Santa Catarina. **Rev Bras Epidemiol.** 2015; 18(3): 595-606.
- PETRUS PE, ULMSTEN UI. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. **Scand J Urol Nephrol Suppl.** 1993; 153:1-93.
- PROTO RS, REHDER JRCL, ANGELUCCI RI, MACHADO FILHO, CDAS, PAIXÃO, MT. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia.** 2010; 85(6): 939-41.
- Raz R, Stamm WE: A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. **N Engl J Med,** 1993;329:753.
- SAMUELSEN, E.C. et al. Signs on genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. **Am J Obstet Gynecol.** 1999; 180:29-305.
- SANTANA, GWRM. Validação para português do questionário sexual para incontinência urinária/prolapso de órgãos pélvico (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire- PISQ-12). São Paulo, 2010. **Dissertação de Mestrado** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa- SP.
- SARTORI DVB, GAMEIRO MO, YAMAMOTO HA, KAWANO PR, GUERRA R, PADOVANI CR, AMARO JL. Reliability of pelvic floor muscle strength assessment in healthy continent women. **BMC Urology,** 2015;15:29.
- SCHORGE JO, HALVORSON, LM, BRADSHAW, KD, SCHAFFER JI, HOFFMAN BL, CUNNINGHAM,G. Prolapso de órgão pélvico. In: **Ginecologia do Williams,** John O. Schorge, et al. tradução: Celeste Inthy, et al; revisão técnica: Suzana Pessini. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 532-55.
- STANFORD EJ, CASSIDENTI A, MOEN MD. Traditional native tissue versus mesh-augmented pelvic organ prolapse repairs: providing an accurate interpretation of current literature. **Int Urogynecol J,** 2012; 23(1):19-28.

SWIFT, S. et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 192, f. 3, p. 795-806, 2005.

SWITHINBANK LV, ABRAMS P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. **World J Urol**, 1999; 17(1): 225-229.

OLIVEIRA, M. S. et al. Validation of the Prolapse Quality-of-Life Questionnaire (P-QoL) in Portuguese version in Brazilian women. **International Urogynecology Journal**, 2009; 20 (10): 1191.

ORTIZ OC, NUÑEZ FC. Dynamic Assessment of pelvic floor function in women using the intravaginal device test. **Int Urogynecol J**, 1996; 7:317-320.

TALASZ H, KREMSER C, KOFLER M, KALCHSCHMID E. Phase-locked parallel movement of diaphragm and pelvic floor during breathing and coughing – a dynamic MRI investigation in healthy females. **Int Urogynecol J**, 2011; 22: 61-68.

TAMANINI, J. T. et al. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. **Rev Saude Publica**, 2004; 38(3): 438-444.

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

TIBACK S, DEHLENDORFF C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J**, 2014; 25: 663- 669.

TOSUN OC, MUTLU EK, ERGENOGLU AM, YENIEL AO, TOSUN G, MALKOC M. Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. **Clinical Rehabilitation**, 2014; 1-13.

VAKILI B, ZEHENG YT, LOESCH H. Levator contraction strength and genital hiatus as risk factors for recurrent pelvic organ prolapse. **Am J Obstet Gynecol**. 2005; 192: 1592-1598.

VASCONCELOS, C.T.M. et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sociodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de Uroginecologia. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, p.1484-1498, 2013.

VASCONCELOS M, LIMA E, CAIAFA L, NORONHA A, CANGUSSU R, GOMES S, FREIRE R, FILGUEIRAS MT, ARAÚJO J, MAGNUS G, CUNHA C, COLOZIMO E. Voiding dysfunction in children. Pelvic-floor exercises or biofeedback therapy: a randomized study. **Pediatr Nephrol**. 2013; 21(12):1858-64.

VERMANDEL A, WACHTER S, BEYLTJENS T, HONDT DD. Pelvic floor awareness and the positive effect of verbal instructions in 958 women early postdelivery. **Int Urogynecol J**. 2015; 26:223-228.

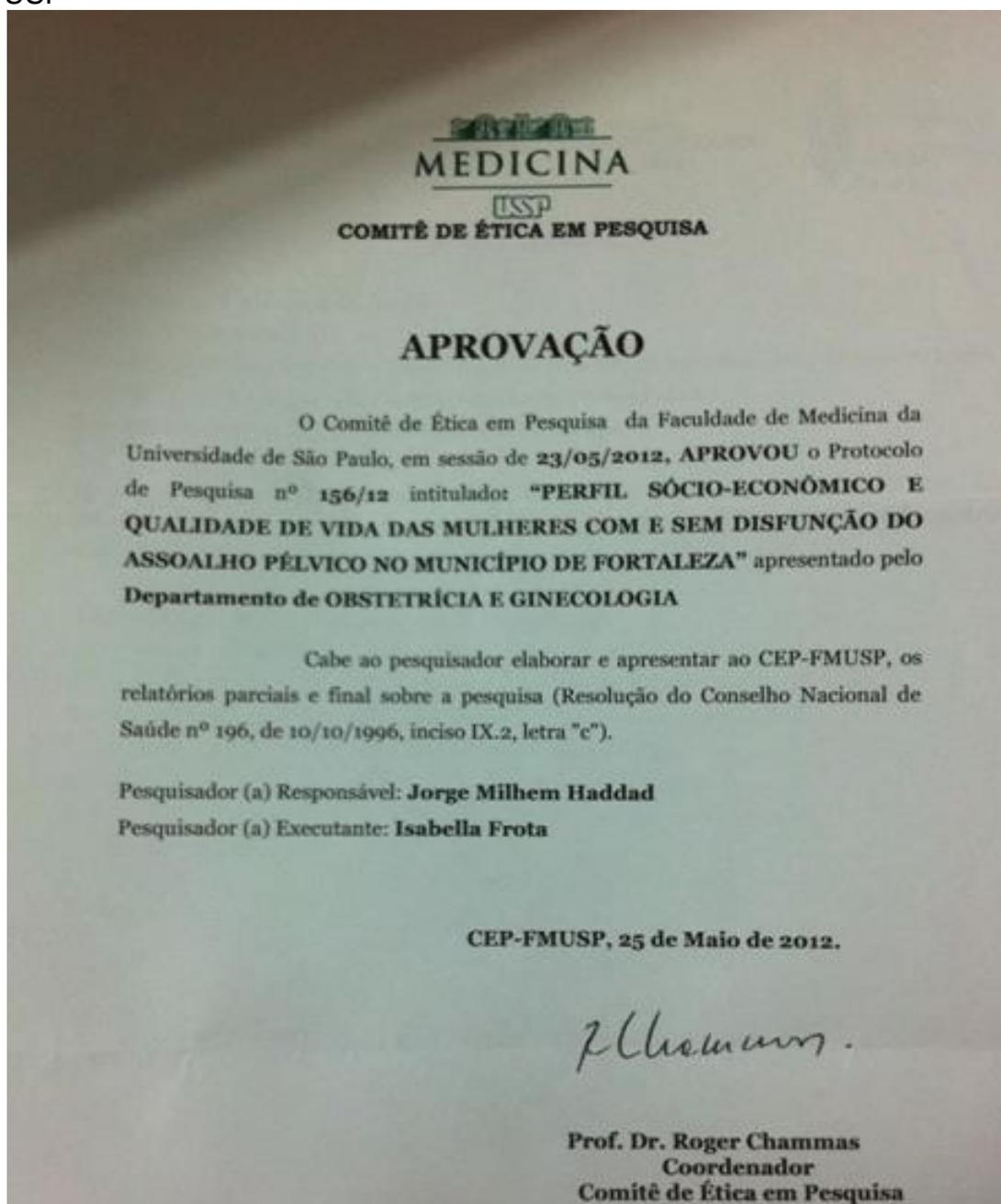
WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WOJCIKIEWICZ KS, JAROCHA D, PIWOWAR M, JACH R, UHL T, BASTA A, MAJKA M. Autologous muscle-derived cells for the treatment of female stress urinary incontinence: A 2-year follow-up of a Polish investigation. **Neurourology and Urodynamics**. 2014; 33: 324-330.

WOODMAN P, SWIFT SE, O'BOLE AM, VALLEY MT, BLAND DR, KAHN MA, SCHAFFER JI. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. **Int Urogynecol J**. 2006;17:340-5.

WU MP, HUANG KH, LONG CY, YANG CC. In Vitro Extracellular Matrix Model to Evaluate Stroma Cell Response to Transvaginal Mesh. **Neurourology and Urodynamics**. 2014; 33: 449-454.

YUSUF, S. A. et al. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol*, v. 41, n. 3, p. 2028, 2004.

**ANEXOS****ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP**

**ANEXO B - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. Cesar Cals-HGCC**

Hospital Geral  
Dr. César Cals

HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS  
CENTRO DOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA  
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Saúde

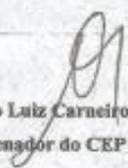
**PARECER DO CEP**

Data da aprovação: 04 de novembro de 2011  
Protocolo do CEP: 499/2011  
Título do projeto: PERFIL SÓCIO- ECONÔMICO E QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES COM E SEM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA  
Pesquisador Responsável: Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, o CEP analisou as modificações apresentadas no referido projeto e declara aprovadas

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP.

  
Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo  
Coordenador do CEP HGCC

**ANEXO C - Questionário de Qualidade de Vida SF-36**

## Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- 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?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
<b>a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.</b>	1	2	3
<b>b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.</b>	1	2	3
<b>c) Levantar ou carregar mantimentos</b>	1	2	3
<b>d) Subir vários lances de escada</b>	1	2	3
<b>e) Subir um lance de escada</b>	1	2	3
<b>f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se</b>	1	2	3
<b>g) Andar mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
<b>h) Andar vários quarteirões</b>	1	2	3
<b>i) Andar um quarteirão</b>	1	2	3
<b>j) Tomar banho ou vestir-se</b>	1	2	3

4- 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?

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

5- 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)?

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

6- 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?

<b>De forma nenhuma</b>	<b>Ligeiramente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

<b>Nenhuma</b>	<b>Muito leve</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Grave</b>	<b>Muito grave</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

<b>De maneira alguma</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às 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
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- 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	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

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

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Ficha de avaliação padronizada do serviço de Ginecologia-HGCC e HGF e Questionário Socioeconômico (CCEB)



Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assolho Pélvico

Avaliação pré-operatória

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO						SPSS
Data: ____/____/____		1. Prontuário: _____				1- _____
2. Zona: 1- Urbana 2- Rural						2- _____
3. Idade: _____						3- _____
4. Profissão atual: 1- Do lar 2- serviços gerais 3- agricultora 4- costureira 5- aposentada. Da atividade: _____						4- _____
6 - vendedora 7 - professora 8 - outras: _____						
5. Estado civil: 1-solteira 2-casada/união estável 3-divorciada 4- viúva						5- _____
6. Escolaridade da mulher: _____ anos de estudo						6- _____
(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	13- _____
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	
TOTAL DE PONTOS B						
15. Avaliação da classe social (SOMAR PONTOS A E PONTOS B): _____						15- _____
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)						16- _____



ANAMNESE	
17. Queixa principal: ( , , ) 1- "Bola na vagina" 2- Perda de urina 3- Urinar muito 4- Outras: _____	17- _____
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	18- _____
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)	19- _____
21. ICIQ SCORE: (Somar os resultados 18+19+20 = _____)	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	21- _____
INVESTIGAÇÃO SOBRE AS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL	
23. Nº de micções diurnas (da hora que acordar até antes de dormir): _____	
24. Nº de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acordar para urinar?): _____	
25. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços	23- _____
26. Urgência (Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	24- _____
27. Noctúria (Nº de micções noturnas ≥3)? 0 – Não 1- Sim	25- _____
28. Urge-incontinência (queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	26- _____
29. Enurese noturna (queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	27- _____
30. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim	28- _____
31. Quantos forros vaginais você usa por dia? _____ (Escreva 0, caso não utilize forros)	29- _____
32. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual	30- _____
33. Dificuldade de iniciar micção (queixa-se de atraso para iniciar a micção – hesitação)? 0 – Não 1- Sim	31- _____
34. Disúria? 0 – Não 1- Sim	32- _____
35. Força para iniciar a micção? 0 – Não 1- Sim	33- _____
36. Polaciúria (Nº micções diurnas ≥ 7vezes)? 0 – Não 1- Sim	34- _____
37. Sensação de esvaziamento incompleto (a bexiga não esvaziou completamente após a micção)? 0 – Não 1- Sim	35- _____
38. Hematúria? 0 – Não 1- Sim	36- _____
39. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim	37- _____
40. ITU recorrente (No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses)? 0 – Não 1- Sim	38- _____
41. Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio)	39- _____
42. Incontinência fecal? 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3-"mancha a calcinha"	40- _____
	41- _____
	42- _____



Se a paciente referir incontinência fecal, AVALIAR O GRAU DE INCONTINÊNCIA DE JORGE & WEXNER (Escore mínimo = 0, escore máximo = 20)					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Geralmente	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>					

43- \_\_\_\_\_  
44- \_\_\_\_\_  
45- \_\_\_\_\_  
46- \_\_\_\_\_  
47- \_\_\_\_\_  
48- \_\_\_\_\_

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

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

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

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	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>					

60- \_\_\_\_\_

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

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

63. Frouxidão vaginal? 0 – Não 1- Sim 63- \_\_\_\_\_

**PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO**

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

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

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

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

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

70. Partos vaginais: \_\_\_\_\_ 68- \_\_\_\_\_

71. Partos fórceps: \_\_\_\_\_ 69- \_\_\_\_\_

72. Partos cesarianos: \_\_\_\_\_ 70- \_\_\_\_\_

73. Maior peso RN: \_\_\_\_\_ gramas ( ) Não lembra 71- \_\_\_\_\_  
72- \_\_\_\_\_  
73- \_\_\_\_\_



74. Antecedentes Clínicos: 0-Nenhum 1-Diabetes 2-HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse crônica 6- Outros: _____			74- _____
75. Medicações em uso: 0- Nenhum 1- Diuréticos 2-Ansiolíticos 3- Anticolinérgicos 4- Outros : _____			75- _____
76. Antecedentes Cirúrgicos: 0-Nenhum 1-Sling 2-“Perineoplastia” (KK) 3-HTA 4- HTV 5- CP 6- CPP 7- Outros: _____			76- _____
77. Antecedentes Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Míomas 3- Câncer ginecológico 4- Outro: _____			77- _____
78. Você tem história familiar de prolapso? 0- Não 1- Sim 2- Não Lembra			78- _____
79. Fumante: 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente			79- _____
80. Se já fumou ou fuma, duração do tempo de fumante? _____ (meses)			80- _____
81. N° de cigarros por dia: _____ (não coloque carteira de cigarro, mas o n° de cigarros por dia)			81- _____
<b>EXAME FÍSICO</b>			
82. Vulva: 0- Normal 1- Atrófica			82- _____
83. Laceração perineal: 0-Ausente 1- Pele 2- Cutâneo-mucosa 3- Músculo-aponeurótica			83- _____
84. Aa	85. Ba	86. C	<p style="text-align: center;">Estágio (ICS, 1996) (pelo maior ponto de prolapso)</p> <p>93. 0 ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )</p> <p>94. ( )1- Ba ( )2- Bp ( )3- C ( )4-D</p>
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			95- _____
96. Foi sincrônica? 0 – Não 1- Sim 2 – Não se aplica (não perdeu urina durante o esforço solicitado)			96- _____
97. Houve perda com a redução do prolapso? 0 – Não 1-Sim 2 – Não se aplica (não tem prolapso)			97- _____
98. A paciente apresenta sensibilidade perineal? 0 – Não 1-Sim			98- _____
99. A paciente apresenta reflexo anal? 0 – Não 1-Sim			99- _____
100. Peso _____ Altura _____ 1-[ $\leq 18,5$ (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)]			100- _____
101. IMC: _____ Kg/m <sup>2</sup> classe: ___4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[ $\geq 40$ (Obesidade3-mórbida)]			101- _____
110. DIAGNÓSTICO CLÍNICO (Descreva todos os compartimentos): 0 – Normal (não tem IU nem POP)			110- _____
INCONTINÊNCIA: 0- Não tem IU 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 0- Sem PPVA			
PROLAPSO POSTERIOR: 9- PPVP I 10-PPVP II 11- PPVP III 12- PPVP IV 0- Sem PPVP			
PROLAPSO APICAL: 13- P. APICAL I 14-P. APICAL II 15- P. APICAL III 16-P. APICAL IV 0- Sem POP APICAL			
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: ____/____/____	
RESULTADO DO EXAME URODINÂMICO (PRÉ-OPERTÓRIO)	
Data da realização : ____/____/____	
FLUXOMETRIA/ ESTUDO FLUXO-PRESSÃO	
112. Curva: 0- Normal 1- Anormal	112. _____
113. Fluxo Máximo: _____ ml/segundo	113. _____
114. Fluxo Médio: _____ ml/segundo	114. _____
115. Tempo de fluxo: _____ segundos	115. _____
116. Pressão de abertura do detrusor: _____ cmH2O	
117. Pressão vesical no fluxo máximo: _____ cmH2O	
CISTOMETRIA	
118. Volume residual: _____ ml	118. _____
119. Capacidade Vesical (CV) durante a 1ª 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>	
<input checked="" type="checkbox"/> 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. _____
<input checked="" type="checkbox"/> Infundir 250ml de Água destilada ou SF 0,9%		
129. Realizar teste de esforço (tosse ou valsalva): Perde urina? 0-Não 1-Sim		129. _____
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente SALTAR 10 vezes		
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente AGACHAR 10 vezes		
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente TOSSIR 10 vezes		
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente MANOBRA DE VALSAVA 10 vezes		
<input checked="" type="checkbox"/> Subir e descer 5 degraus 10 vezes		
<input checked="" type="checkbox"/> Caminhar durante 10 minutos		
<input checked="" type="checkbox"/> Lavar as mãos em água corrente durante 1 minuto		
130. Pesar o absorvente após o teste: _____ g		130. _____
<b>DIFERENÇA ENTRE O PESO PÓS E PRÉ TESTE</b>		
131. RESULTADO DO PAD-TEST: 0-Negativo 1-Positivo		131. _____
<hr/> <p style="text-align: center;">Ass. do responsável pela coleta dos dados</p>		

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF – 36)						SPSS
DATA: ____/____/____ (Quanto > o escore, melhor a qualidade de vida)						
<b>ESTADO GERAL DE SAÚDE</b>						
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)						
133- O quanto é verdadeiro ou falso é cada uma das seguintes afirmações para você?						
	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A 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= _____						134- _____
[(VALOR QUESTÃO 132+ TOTAL DA QUESTÃO 133) – 5] X 100 / 20						
<b>CAPACIDADE FUNCIONAL</b>						
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?						
Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade 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= _____						135- _____
[(VALOR QUESTÃO – 10) X 100] / 20						



LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS						
<b>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?</b>						
	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						
136- _____						
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS						
<b>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)?</b>						
	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						
137- _____						
ASPECTOS SOCIAIS						
<b>138- 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?</b>						
1- De forma nenhuma (5,0) 2- Ligeiramente (4,0) 3- Moderadamente (3,0) 4- Bastante (2,0) 5- Extremamente (1,0)						
<b>139- 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)?</b>						
1- 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 = _____						
{[(VALOR DA QUESTÃO 138 + QUESTÃO 139) – 2] X 100} / 8						
140- _____						
VITALIDADE						
<b>Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.</b>						
	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 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>						
141- DOMÍNIO VITALIDADE = _____						
{(VALOR DA QUESTÃO – 4) X 100} / 20						
						141- _____

<b>DOR</b>						
<b>142- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?</b>						
1- 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)						
<b>143- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?</b>						
1- De maneira alguma 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Bastante 5- Extremamente						
A resposta da questão 143 depende da nota da questão 142			Se a questão 142 não for respondida, o escore da questão 143 passa a ser o seguinte:			
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>						
<b>144- DOMÍNIO DOR =</b> _____						
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 142} + \text{QUESTÃO 143}) - 2] \times 100\} / 10$						
144- _____						
<b>SAÚDE MENTAL</b>						
<b>Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.</b>						
	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>						
<b>145- DOMÍNIO SAÚDE MENTAL =</b> _____						
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 19}) - 5] \times 100\} / 25$						
145- _____						
_____ <b>Ass. do Responsável pelo preenchimento dos dados</b>						



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** ** Se a pontuação da Questão 162 ≥ 1; se 0, então ..-2) / 6) x 100	158- _____
<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*** *** Se a pontuação das Questões 159 + 160 ≥ 2, Se (159 + 160) = 1; ...-1) / 3) x 100; Se (159 + 160) = 0; ....tratar como "missing value"	161- _____
162. Seu problema de bexiga incomoda seus familiares? 0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	162- _____
<b>EMOÇÕES</b>	
163. Você fica deprimida com seu problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	163- _____
164. Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	164- _____
165. Você fica mal consigo mesma por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	165- _____
166. EMOÇÕES= _____ (((Pontuação das Questões 163 + 164 + 165) - 3) / 9) x 100	166- _____
<b>SONO/DISPOSIÇÃO</b>	
167. Seu problema de bexiga atrapalha seu sono? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	167- _____
168. Você se sente desgastada ou cansada? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	168- _____
169. SONO E DISPOSIÇÃO= _____ (((Pontuação das Questões 167 + 168) - 2) / 6) x 100	169- _____



<b>MEDIDAS DE GRAVIDADE</b>		169. _____
170. Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente, tipo Modess para manter-se seca? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre		170. _____
171. Você controla a quantidade de líquido que bebe? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre		171. _____
172. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre		172. _____
173. Você se preocupa em estar cheirando urina? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre		173. _____
174. Você fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre		174. _____
175. MEDIDAS DE GRAVIDADE = _____ (((Pontuação das Questões 170 + 171 + 172 + 173+174) - 5) / 15) x 100		175. _____
Responsável pela coleta dos dados: _____ DATA: ____/____/____		
<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)		
DATA: ____/____/____ (preencher somente se a mulher for ativa sexualmente)		
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. 4-Diariamente 3-Semanalmente 2-Mensalmente 1-Menos de uma vez por mês 0- Nunca		176. _____
177. Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro) 4- Sempre 3-Frequentemente 2-Às vezes 1-Raramente 0-Nunca		177. _____
178. Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro? 4- Sempre 3-Frequentemente 2-Às vezes 1-Raramente 0-Nunca		178. _____
179. Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual? 4- Sempre 3-Frequentemente 2-Às vezes 1-Raramente 0-Nunca		179. _____
180. Você tem dor durante o ato sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca		180. _____
181. Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca		181. _____
182. O medo da incontinência (perda de fezes ou urina) dificulta a sua atividade sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca		182. _____
183. Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída) 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca		183. _____
184. Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca		184. _____
185. Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca		185. _____
186. Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual? 0- Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca		186. _____
187. Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses? 0- Muito menos intenso 1- Pouco intenso 2- Mesma intensidade 3- Mais intenso 4-Muito mais intenso		187. _____
188. TOTAL DO ESCORE: _____		188. _____



AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM PROLAPSO (P-QoL)	SPSS
DATA: ____ / ____ / ____ (Preencher somente se a mulher apresentar POP sintomático)	
<b>PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE</b>	
188. Como você descreveria sua saúde neste momento? 1- Muito Boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim 5- Muito ruim	188- ____
189. SCORE PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE = _____ [(VALOR QUESTÃO 188 -1)/4] X 100	189- ____
<b>IMPACTO DO PROLAPSO</b>	
190. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? 1- Não afeta 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito	190- ____
191. SCORE IMPACTO DO PROLAPSO = _____ [(VALOR QUESTÃO 190 -1)/3] X 100	191- ____
<b>LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS</b>	
192. Com que intensidade seu prolapso atrapalha suas tarefas de casa? (ex.limpar, lavar, cozinhar, etc.)? 1- Nenhuma 2-Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	192- ____
193. Com que intensidade seu prolapso 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	193- ____
194. SCORE IMPACTO NAS ATV. DIÁRIAS= _____ [(VALOR QUESTÃO 192 +193) -2]/6] X 100	194- ____
<b>LIMITAÇÃO FÍSICA</b>	<b>SPSS</b>
195. Seu prolapso atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	195- ____
196. Seu prolapso atrapalha quando você quer fazer uma viagem? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	196- ____
197. SCORE LIMITAÇÃO FÍSICA= _____ [(VALOR QUESTÃO 195 + 196) -2]/6] X 100	197- ____
<b>LIMITAÇÃO SOCIAL</b>	
198. Seu prolapso atrapalha quando sua vida social (sair para igreja, reunião, festa...)? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	198- ____
199. Você deixa de visitar seus amigos por causa do seu prolapso? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito	199- ____
200. O peso ou a bola na vagina incomoda seus familiares? 0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	200- ____
201. SCORE LIMITAÇÃO SOCIAL= _____ Se o valor da questão 200 for $\geq 1$ = [(VALOR QUESTÃO 198 + 199+ 200) -3]/9] X 100 Se o valor da questão 200 for = 0 [(VALOR QUESTÃO 198 + 199+ 200) -2]/6] X 100	201- ____



<b>RELAÇÕES PESSOAIS</b>	
202. Seu prolapso atrapalha sua vida sexual? 0- Não tem relação sexual 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	202- _____
203. Seu prolapso atrapalha sua vida com seu companheiro? 0- Não tem companheiro 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	203- _____
204. SCORE RELAÇÕES PESSOAIS= _____ Se o valor da questão 202 +203 for $\geq 2 = [(VALOR QUESTÃO 202 + 203) -2]/6] X 100$ Se o valor da questão 202 +203 for = 1 $[(VALOR QUESTÃO 202 + 203) -1]/3] X 100$ Se o valor da questão 202 + 203 for = 0 <b>NÃO ANOTAR O VALOR</b>	204- _____
<b>EMOÇÕES</b>	
205. Você fica deprimida com seu prolapso? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	205- _____
206. Você fica ansiosa ou nervosa com seu prolapso? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	206- _____
207. Você fica mal com você mesma por causa do prolapso? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	207- _____
208. SCORE EMOÇÕES= _____ $[(VALOR QUESTÃO 205+206+207) -3]/9] X 100$	208- _____
<b>SONO/ENERGIA</b>	
209. Seu prolapso atrapalha seu sono? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	209- _____
210. Você se sente exausta ou cansada? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	210- _____
211. SCORE SONO/ENERGIA= _____ $[(VALOR QUESTÃO 209 + 210) -2]/6] X 100$	211- _____
<b>MEDIDAS DE SEVERIDADE</b>	
212. Você usa algum absorvente interno/externo ou calcinhas firmes? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo	212- _____
213. Você empurra seu prolapso para cima? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo	213- _____
214. Dor ou desconforto devido ao prolapso? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo	214- _____
215. O prolapso impede você de ficar em pé? 1- Não 2- As vezes 3-Frequentemente 4- O tempo todo	215- _____
216. SCORE SEVERIDADE= _____ $[(VALOR QUESTÃO 212 + 213+214+215) -4]/12] X 100$	216- _____
Responsável pela coleta dos dados: _____	

**APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL	
1.NOME: :.....	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....	
ENDEREÇO ..... N.....APTO: .....	
BAIRRO:.....CIDADE:.....	
CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....	
2.RESPONSÁVEL LEGAL.....	
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DATANASCIMENTO:...../...../.....ENDEREÇO:.....Nº .....	
APTO.:.....BAIRRO:.....CIDADE:.....	
DADOS SOBRE A PESQUISA	
1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa: estudo caso-controle	
PESQUISADOR: Isabella Parente Ribeiro Frota	
CARGO/FUNÇÃO: Fisioterapeutas INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 99929-F	
2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:	
RISCO MÍNIMO X	RISCO MÉDIO <input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO <input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR <input type="checkbox"/>
3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos	

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa comparar a função do assoalho pélvico das mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico no município de Fortaleza e avaliar sua qualidade de vida.

Para a coleta de dados serão realizadas entrevistas de acordo com a rotina de investigação através da ficha de avaliação médica do serviço de Ginecologia do Hospital Geral César Cals. As pacientes também serão submetidas à avaliação funcional do assoalho pélvico utilizando a escala de Oxford (AFA) e Ortiz (PERFECT) e questionários de qualidade de vida- King's Health Questionnaire-KHQ, Prolapse Quality of Life.

Trata-se de uma entrevista para aplicação de questionários de forma individual onde não haverá risco de constrangimento para as mulheres que participarem da pesquisa.

Não haverá benefício direto para as pacientes. Os benefícios serão que, a partir dos resultados deste estudo, obter-se-ão novos conhecimentos a cerca do perfil das mulheres Cearenses que apresentam IU ("perde urina" ou "molha a calça") e /ou prolapso de órgãos pélvicos ("bola saindo pela vagina"), bem como, sua relação com a qualidade de vida e a função do assoalho pélvico das pacientes, na cidade de Fortaleza.

Esses conhecimentos poderão servir a toda comunidade científica que, ao associar com outras descobertas, poderão direcionar o tratamento adequado e multiprofissional às mulheres com disfunção do assoalho pélvico.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Isabella Frota que podem ser encontradas no endereço Av. Imperador, 545- Centro Fortaleza/Ce. Telefone(85) 991776588.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Imperador, 225 – tel: 85 31015347.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição.

As pacientes envolvidas terão garantia de que os dados coletados somente serão utilizados nessa pesquisa

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa: estudo caso-controle".

Eu discuti com o Dra. Isabella Frota sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

-----  
Assinatura do paciente/representante legal      Data      /      /

-----  
Assinatura da testemunha      Data      /      /

Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

-----  
Assinatura do responsável pelo estudo      Data      /      /

