



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

THAÍS FONTES DE MAGALHÃES

**IMPACTO DO PROLAPSO APICAL NOS SINTOMAS URINÁRIOS E NA
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM PROLAPSO DE PAREDE VAGINAL
ANTERIOR**

FORTALEZA

2017

THAÍS FONTES DE MAGALHÃES

IMPACTO DO PROLAPSO APICAL NOS SINTOMAS URINÁRIOS E NA QUALIDADE
DE VIDA DE MULHERES COM PROLAPSO DE PAREDE VAGINAL ANTERIOR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas. Área de concentração: Metabolismo, Fisiologia e Biologia Celular no Estresse.

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

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M169i Magalhães, Thaís.
IMPACTO DO PROLAPSO APICAL NOS SINTOMAS URINÁRIOS E NA QUALIDADE DE VIDA
DE MULHERES COM PROLAPSO DE PAREDE VAGINAL ANTERIOR / Thaís Magalhães. – 2018.
63 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra.

1. Qualidade de vida. 2. Incontinência urinária. 3. Prolapso uterino. I. Título.

CDD 617

THAÍS FONTES DE MAGALHÃES

IMPACTO DO PROLAPSO APICAL NOS SINTOMAS URINÁRIOS E NA QUALIDADE
DE VIDA DE MULHERES COM PROLAPSO DE PAREDE VAGINAL ANTERIOR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas. Área de concentração: Metabolismo, Fisiologia e Biologia Celular no Estresse.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

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

Profª. Dra. Andreisa Paiva Monteiro Bilhar
Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal do Ceará (MEAC/UFC)

Prof. Dr. Luiz Gustavo Oliveira Brito
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

A Deus.

Aos meus pais, meus irmãos e Renan.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra, por todo o apoio, orientação e cuidado prestado desde a graduação, tendo sido o maior incentivador deste projeto. Exemplo de profissional e de pessoa, que me ensinou lições valiosas muito além do âmbito da Ginecologia.

À Dra. Andreisa Paiva Monteiro Bilhar, pela amizade e valiosa orientação em tantas fases deste projeto e da minha vida profissional.

À Dra. Kathiane Lustosa Augusto, pelos conselhos, disponibilidade e pela amizade que construímos durante este processo. A Ginecologia no Ceará tem muito a agradecer por sua constante dedicação à profissão.

À Dra. Sara Arcanjo Lino Karbage, ao Dr. José Ananias Vasconcelos Neto e à Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, pelo acolhimento, disponibilidade, preciosas colaborações e por serem exemplos de profissionais. Ao Prof. Dr. Luiz Gustavo Oliveira Brito, participante da banca examinadora, pela disponibilidade.

Ao Centro de Apoio ao Pesquisador da Universidade Federal do Ceará, na pessoa do Sr. Antônio Brazil Viana Júnior, pela paciência e eficiência na realização da análise estatística.

Ao Grupo Cearense Interdisciplinar de Uroginecologia e Disfunção do Assolho Pélvico, pelo apoio na coleta de dados e na construção deste projeto; e às equipes assistenciais e às pacientes do Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, que tornaram este trabalho possível.

RESUMO

Introdução: Em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP), sintomas urinários podem decorrer de distorções anatômicas a órgãos adjacentes. **Objetivos:** Avaliar o impacto do POP apical nos sintomas urinários e na qualidade de vida (QV) de mulheres com POP anterior. **Métodos:** Estudo caso-controle realizado em ambulatórios de Uroginecologia. Mulheres com POP apical e anterior (Grupo 1; com pontos Ba \geq -1, Bp $<$ -1 e C \geq -1 do *Pelvic Organ Prolapse Quantification system*, POP-Q) foram comparadas a mulheres com POP anterior isolado (Grupo 2; com pontos Ba \geq -1, Bp $<$ -1 e C $<$ -1 do POP-Q) quanto a sintomas urinários, avaliados pela anamnese, perda urinária ao esforço durante exame físico, resultado do *pad test* e escore no *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF); e a QV, avaliada pelos questionários *King's Health Questionnaire* (KHQ) e *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Survey* (SF-36). A análise estatística foi feita pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, utilizando-se o teste de qui-quadrado de Pearson e teste de Mann Whitney U para variáveis categóricas e numéricas, respectivamente. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. **Resultados:** Mulheres no Grupo 1 apresentaram cistocele mais proeminente, menor prevalência de sintomas de incontinência urinária de esforço (IUE), menor número de micções diurnas, maior prevalência de hesitação; além de menor frequência de perda urinária ao esforço solicitado no exame físico, menos resultados positivos no *pad test*, e menor impacto da IU pelo ICIQ-SF que o Grupo 2. O Grupo 1 mostrou melhor QV associada à IU pelo KHQ, porém não houve diferença entre os grupos quanto à QV geral medida pelo SF-36. **Conclusão:** a presença de POP apical com ponto C \geq -1 em mulheres com POP anterior está associada a graus mais avançados de cistocele, à menor prevalência de IUE e à maior prevalência de esvaziamento vesical anormal, como sugerido pela Teoria Integral de Petros. O POP apical associado ao POP anterior resulta em melhor QV associada à IU em mulheres, porém não altera a QV geral, quando comparado ao POP anterior isolado.

Palavras-chave: Prolapso de órgãos pélvicos. Incontinência urinária. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: In women with pelvic organ prolapse (POP), urinary symptoms can be caused by anatomical distortion in surrounding organs. **Objectives:** We aimed to evaluate the impact of apical prolapse on urinary symptoms and on quality of life (QoL) in women with anterior wall prolapse. **Methods:** This case-control study took place in Urogynecology clinics. Women with both apical and anterior wall prolapse (Group 1; with Pelvic Organ Prolapse Quantification system, POP-Q, points $Ba \geq -1$, $Bp < -1$ and $C \geq -1$) were compared to woman with isolated anterior wall prolapse (Group 2; with POP-Q points $Ba \geq -1$, $Bp < -1$ and $C < -1$) in relation to urinary symptoms assessed through clinical history, visualization of urinary loss during stress maneuvers on the physical exam, pad test result and International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) score; while QoL was assessed through the King's Health Questionnaire (KHQ) and Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36) surveys. Statistical analyses were carried out with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0, through Pearson's chi-squared test and the Mann Whitney U tests for categorical and numerical data, respectively. *P* values < 0.05 were considered significant. **Results:** Women in Group 1 had larger cystoceles, less stress urinary incontinence (SUI) symptoms, fewer daytime voids and more urinary hesitancy; as well as less frequent urinary loss during stress maneuvers on the physical exam, fewer positive pad tests and lower impact of UI measured by the ICIQ-SF than Group 2. Group 1 also showed better UI-associated QoL through the KHQ; however, there was no difference between groups in relation to general QoL using the SF-36. **Conclusion:** The presence of apical prolapse with point $C \geq -1$ in women with anterior vaginal wall prolapse is associated to greater cystoceles, lower prevalence of SUI and greater prevalence of abnormal bladder emptying, as suggested by Petros' Integral Theory System for posterior zone defects. Apical prolapse associated with anterior wall prolapse results in better UI-associated QoL, but does not influence general QoL, when compared to women with isolated anterior prolapse.

Keywords: Pelvic organ prolapse. Urinary incontinence. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama da Teoria Integral de Petros	15
Figura 2 – Pontos e medidas do POP-Q	20
Figura 3 – Estadiamento do POP	21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparação dos pontos do POP-Q entre os grupos	26
Gráfico 2 – Comparação do estadiamento do POP posterior entre os grupos	27
Gráfico 3 – Comparação de queixas urinárias (variáveis categóricas) entre os grupos ...	28
Gráfico 4 – Comparação da frequência de visualização de perda urinária ao esforço solicitado no exame físico entre os grupos	29
Gráfico 5 – Comparação dos resultados do <i>pad test</i> entre os grupos	30
Gráfico 6 – Comparação dos escores por domínio do KHQ	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Definição dos grupos em relação às características do POP por compartimento, de acordo com o POP-Q	19
Tabela 2	– Distribuição das pacientes por grupo, de acordo com os achados do POP-Q	25
Tabela 3	– Dados sociodemográficos (numéricos) das pacientes	25
Tabela 4	– Dados sociodemográficos (categóricos) das pacientes	26
Tabela 5	– Comparação dos pontos do POP-Q entre os grupos	26
Tabela 6	– Comparação do estadiamento do POP posterior entre os grupos	27
Tabela 7	– Resultados detalhados da análise de sintomas urinários (categóricos) por grupo	28
Tabela 8	– Resultados detalhados da análise de sintomas urinários (numéricos) por grupo	28
Tabela 9	– Comparação quanto à visualização de perda urinária ao esforço solicitado durante exame físico	29
Tabela 10	– Comparação do resultado do <i>pad test</i> entre os grupos	29
Tabela 11	– Resultados detalhados da análise dos escores ICIQ-SF e KHQ entre grupos	30
Tabela 12	– População brasileira por situação em domicílio em 2003	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Corpo perineal
CVT	Comprimento vaginal total
DAP	Disfunção do assoalho pélvico
HG	Hiato genital
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IIQ	Intervalo interquartil
IF	Incontinência fecal
IMC	Índice de massa corpórea
ITU	Infecção do trato urinário
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUGA	<i>International Urogynecology Association</i>
KHQ	King's Health Questionnaire
Md	Mediana
PMFU	Pressão máxima de fechamento uretral
POP	Prolapso de órgãos pélvicos
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification system</i>
QV	Qualidade de vida
RNM	Ressonância nuclear magnética
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey Short-Form</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	MÉTODO	18
3.1	Tipo de estudo	18
3.2	Local da pesquisa	18
3.3	Participantes	18
3.4	Definição das variáveis	19
3.4.1	<i>Prolapso de órgãos pélvicos</i>	19
3.4.2	<i>Sintomas urinários</i>	22
3.4.2.1	<i>Avaliação dos sintomas urinários</i>	22
3.4.2.2	<i>Avaliação da incontinência urinária</i>	22
3.4.3	<i>Qualidade de vida</i>	22
3.5	Coleta de dados e tamanho amostral	23
3.6	Análise estatística	23
3.7	Aspectos éticos	23
4	RESULTADOS	25
5	DISCUSSÃO	32
6	CONCLUSÃO	40
7	REFERÊNCIAS	41
	ANEXO A – APROVAÇÃO CEP/HGCC	47
	ANEXO B – APROVAÇÃO CEP/HGF	48
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
	ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PORTFOLIO HGCC/HGF)	51

1 INTRODUÇÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) está contido dentro das disfunções do assoalho pélvico (DAP). Este é um termo genérico, usado para descrever alterações anatômicas e funcionais que acometem o assoalho pélvico. Além do POP, inclui a incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF), disfunção sexual e sintomas algícos do trato urinário inferior, dentre outras condições. São afecções comuns, podendo ocorrer em conjunto ou não, sendo capazes de influenciar aspectos físicos, psicológicos e sexuais da vida das mulheres (DOAEE et al., 2014).

Estima-se que a prevalência das DAP seja de 22 a 52% em mulheres acima de 18 anos (HENDRIX et al., 2002; HORST et al., 2017). Com o aumento da expectativa de vida da população e a ocorrência do fenômeno de envelhecimento populacional, há uma tendência que estas disfunções se tornem cada vez mais frequentes, configurando um importante problema de saúde pública atual e futuro (SWIFT et al., 2005; WU et al., 2009). Esses dados, apesar de já significativos, são subestimados, visto que muitas mulheres escondem o problema ou o aceitam como consequência natural do envelhecimento ou de partos vaginais. Desta forma, não buscam atendimento profissional de saúde, prejudicando a obtenção de informações epidemiológicas sobre esta condição (VASCONCELOS NETO et al., 2017).

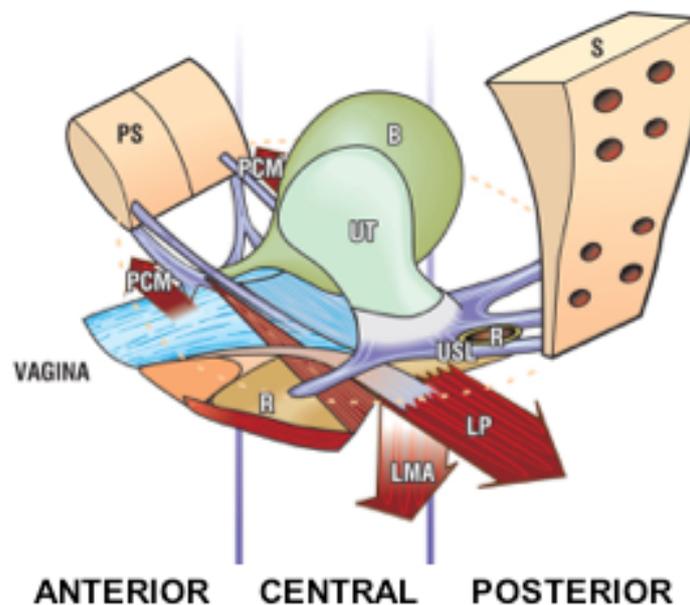
O POP é definido como o deslocamento das estruturas pélvicas de sua posição habitual e em direção ao plano do hímen (HAYLEN et al., 2016), podendo ocorrer nos compartimentos vaginais anterior, posterior e/ou apical. Pode causar sintomas diretos como a sensação de "peso" ou "bola na vagina", sendo também atribuídos ao POP diversas alterações funcionais presentes nas DAP a depender dos defeitos vistos em cada compartimento vaginal (MACCIONI, 2013; PETROS, 2010). A IU refere-se à queixa de perda involuntária de urina. Pode ocorrer em ambos os sexos, mas é mais prevalente em mulheres (AOKI et al., 2017). De forma análoga, o IF se refere à perda involuntária de fezes, causando afastamento social ou problema higiênico; e as disfunções sexuais se relacionam a alterações funcionais ou de sensibilidade experimentadas pela mulher durante a atividade sexual (HAYLEN et al., 2010).

Ainda que não se saiba exatamente qual influência determinado tipo de disfunção exerce nas demais, é fato que os sintomas nas DAP estão inter-relacionados, devido à existência de estruturas de suspensão e de sustentação comuns para diversos órgãos e de sua proximidade anatômica na pelve (PETROS, 2010). Os órgãos pélvicos estão fixados às paredes pélvicas por uma rede de tecido conectivo, chamada fâscia endopélvica. A uretra e parede vaginal são particularmente interligadas, principalmente em sua porção mais distal,

onde as estruturas que determinam a posição uretral e da parede vaginal anterior são as mesmas (DELANCEY, 1992).

Utilizando-se de raciocínio semelhante, a Teoria Integral de Petros (PETROS; ULMSTEN, 1990; PETROS, 2010) estabelece que o POP e os sintomas do assoalho pélvico, como urgência ou incontinência urinária de esforço, distúrbios do esvaziamento intestinal e dor pélvica, resultam principalmente da frouxidão da vagina e de seus ligamentos de suporte, como consequência de alterações no tecido conjuntivo (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama da Teoria Integral de Petros.



Fonte: adaptado de PETROS, 2010. B: bexiga; LMA: músculo longitudinal do ânus; LP: placa do levantador do ânus; PCM: músculo pubococcígeo; PS: sínfise púbica; R: reto; S: sacro; USL: ligamento uterossacro; UT: útero

Sintomas em mulheres com POP, portanto, podem decorrer de alterações anatômicas em órgãos adjacentes (HAYLEN et al., 2016). Queixas de perda urinária ou transtornos miccionais, como retenção urinária e sensação de esvaziamento incompleto, geralmente estão associados à distopia de parede vaginal anterior (KIM et al., 2011; WEINTRAUB et al., 2015). Já as alterações defecatórias, constipação ou até mesmo incontinência fecal foram classicamente associadas às distopias posteriores (MACCIONI, 2013). Ainda assim, não foi demonstrada clara correlação entre sintomas e medidas anatômicas da severidade do POP, sendo os dados existentes na literatura controversos

(PERSU et al., 2011; SMITH; DELANCEY; FENNER, 2013; ADJOUSSOU et al., 2014; GIANNITSAS et al., 2016; VASCONCELOS NETO et al., 2017). A carência de estudos e de associações bem definidas é ainda mais evidente no tocante à relação entre POP anterior e morbidade urinária (SERDINSEK; BUT, 2017). Poucos pesquisadores utilizaram questionários validados para queixas urinárias, e a maioria avaliou mulheres com prolapso nos três compartimentos simultaneamente. Até onde se sabe, nenhum estudo descreveu os efeitos que a associação de POP apical ao POP anterior, especificamente, teria nos sintomas urinários e na qualidade de vida (QV) das mulheres.

A decisão por incluir a análise da QV decorreu do impacto que as DAP causam nas pacientes, podendo ser por vezes incapacitante. Desta forma, a Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society*, ICS) e a Associação Internacional de Uroginecologia (*International Urogynecology Association*, IUGA) recomendam o uso de questionários de boa qualidade na avaliação da percepção de mulheres quanto aos sintomas da DAP e ao efeito dos mesmos em sua QV. Destaca-se, assim, a importância do impacto subjetivo destas disfunções nas decisões terapêuticas de tais pacientes (ABRAMS et al., 2010). Para este fim, utiliza-se questionários de QV genéricos, que podem ser aplicados em populações diferentes e para comparar doenças diferentes, e questionários de QV específicos, utilizados para medir o impacto de doenças específicas e que contém perguntas direcionadas às principais consequências da moléstia que podem interferir na vida diária do cidadão. Por se tratarem de instrumentos de avaliação muitas vezes extensos, ainda apresentam limitação de uso rotineiro na prática clínica diária (CANDIDO et al., 2012).

Assim, devido à grande importância das DAP e à escassez de estudos avaliando o efeito do POP apical nas disfunções urinárias e QV de mulheres com POP anterior, torna-se relevante a investigação do tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto do POP apical nos sintomas urinários e na QV de mulheres com POP anterior.

2.2 Objetivos específicos

Delinear dados sociodemográficos das pacientes com POP anterior com ou sem POP apical associado;

Avaliar a relação entre presença de sintomas urinários e presença de POP apical em pacientes com POP anterior;

Determinar a associação entre resultado do *pad test* e presença de POP apical em pacientes com POP anterior;

Avaliar o impacto da IU através do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) em mulheres com POP anterior com e sem POP apical associado;

Identificar as alterações na QV através dos questionários *King's Health Questionnaire* (KHQ) e *Medical Outcomes 36-item Short Form Survey* (SF-36) em mulheres com POP anterior com ou sem POP apical.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo caso-controle, cuja metodologia seguiu as recomendações do relatório STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudos observacionais (VON ELM et al., 2014). As definições e unidades descritas aqui seguem as normas recomendadas em conjunto pela ICS e pela IUGA (HAYLEN et al., 2010).

3.2 Local da pesquisa

Este estudo foi realizado em ambulatório de Uroginecologia de dois hospitais terciários de Fortaleza, Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Geral César Cals (HGCC), que funcionam de maneira integrada desde 2011, seguindo o mesmo protocolo de atendimento. Contam com consulta interdisciplinar e uma equipe formada por médicos uroginecologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos.

A padronização do atendimento nos dois serviços foi estabelecida através da utilização de um portfólio único (ANEXO D), contendo seções relevantes para a minuciosa identificação, avaliação e seguimento das mulheres com disfunção do assoalho pélvico.

3.3 Participantes

As pacientes foram encaminhadas aos serviços referenciadas de postos de saúde, tanto de Fortaleza quanto de outros municípios do Estado do Ceará, ou de outros serviços dentro dos próprios hospitais. Foram então atendidas pela equipe médica, que fez a avaliação geral através da anamnese e exame físico; e pela equipe de enfermagem, que realizou a abordagem da qualidade de vida, através dos questionários validados. Nos ambulatórios, diversos tipos de exames complementares são recomendados às pacientes de acordo com a suspeita clínica, para elucidação diagnóstica. São também oferecidas diferentes linhas de tratamento, seja conservador ou cirúrgico.

Foram selecionadas para a pesquisa mulheres acima de 18 anos, com ponto Ba do sistema de quantificação do prolapso de órgãos pélvicos (*Pelvic Organ Prolapse Quantification system*, POP-Q) maior ou igual a -1, e atendidas nos referidos ambulatórios

entre Janeiro de 2012 e Julho de 2016.

Como critérios de não-inclusão, foram utilizados: presença prolapso de parede vaginal posterior significativo, definido como um ponto Bp do POP-Q maior ou igual a -1; gestação atual; tempo menor que seis meses pós-parto; história pessoal de câncer ginecológico, doenças do tecido conjuntivo ou de transtorno cognitivo.

As mulheres foram então separadas em dois grupos, de acordo com a presença de prolapso significativo nos compartimentos vaginais anterior e apical. O prolapso era considerado significativo caso se localizasse, no mínimo, um centímetro acima da carúncula hímenal (definindo um estágio II ou maior pelo POP-Q). Este ponto de corte foi escolhido para assegurar que o POP estava definitivamente fora da faixa de normalidade.

Mulheres no Grupo 1 possuíam POP apical associado a POP anterior (ponto C \geq -1; ponto Ba \geq -1); e no Grupo 2, possuíam POP anterior de forma isolada (ponto Ba \geq -1; ponto C $<$ -1) (Tabela 1).

Tabela 1 – Definição dos grupos em relação às características do POP por compartimento, de acordo com o POP-Q. Fortaleza, 2017.

Grupo	POP apresentado	Características no POP-Q
1	Apical associado a anterior	Ba \geq -1 Bp $<$ -1 C \geq -1
2	Anterior isolado	Ba \geq -1 Bp $<$ -1 C $<$ -1

Fonte: elaborada pela autora. Abreviações: POP: prolapso de órgãos pélvicos; POP-Q: *Pelvic Organ Prolapse Quantification system*.

3.4 Definição das variáveis

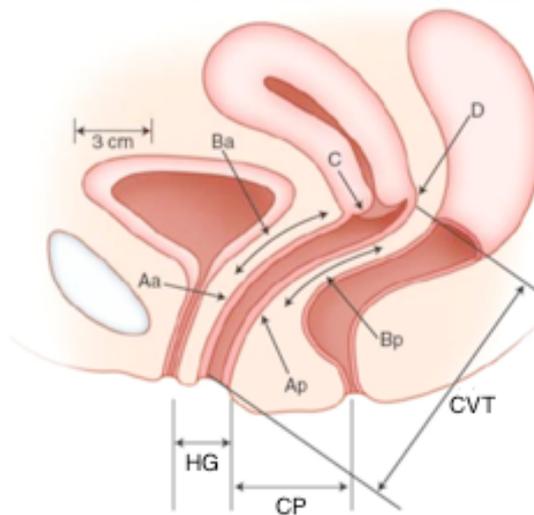
De cada paciente, foram obtidos dados sociodemográficos, história obstétrica, história de tabagismo, dados clínicos e dados de exame físico, que foram incluídos como variáveis. Além disso, as participantes realizaram o *pad test* e completaram questionários validados de avaliação dos sintomas urinários e de qualidade de vida.

3.4.1 Prolapso de órgãos pélvicos

As pacientes foram submetidas ao exame físico, incluindo a avaliação do POP

pelo POP-Q. O POP-Q é formado por seis pontos definidos dentro da vagina, sendo eles: dois anteriores (Aa e Ba), dois posteriores (Ap e Bp) e dois apicais (C e D). Cada ponto é determinado por distância em centímetros das carúnculas himenais (consideradas como marco para referência), com a paciente realizando prensa intra-abdominal. As medidas são consideradas negativas se estiverem acima do ponto de referência, ou positivas, caso estejam abaixo do referencial. Se o ponto estiver ao nível das carúnculas himenais, atribui-se a pontuação zero. São medidos também três pontos externos, referentes ao comprimento vaginal total (CVT), corpo perineal (CP) e hiato genital (HG), também registrados em centímetros (BUMP et al., 1996; HAYLEN et al., 2016) (Figura 2).

Figura 2 – Pontos e medidas do POP-Q.



Fonte: adaptado de HAYLEN et al., 2016. Pontos: Aa, Ba, C, D, Ap e Bp. Medidas: hiato genital (HG), corpo perineal (CP) e comprimento vaginal total (CVT).

Os pontos Aa e Ap situam-se na linha média da parede vaginal anterior e posterior, respectivamente, a três centímetros das carúnculas himenais quando com a musculatura relaxada. Sua localização em relação ao ponto zero são registradas quando a paciente encontra-se em Valsalva.

Os pontos Ba e Bp representam os pontos de maior prolapso das paredes anterior e posterior, respectivamente, também medidos com a paciente em Valsalva.

O ponto C se refere à distância entre as carúnculas himenais e o colo uterino,

enquanto o ponto D se refere à distância entre o referencial e a inserção dos ligamentos uterossacos. Ambos são registrados também sob realização de manobra de Valsalva.

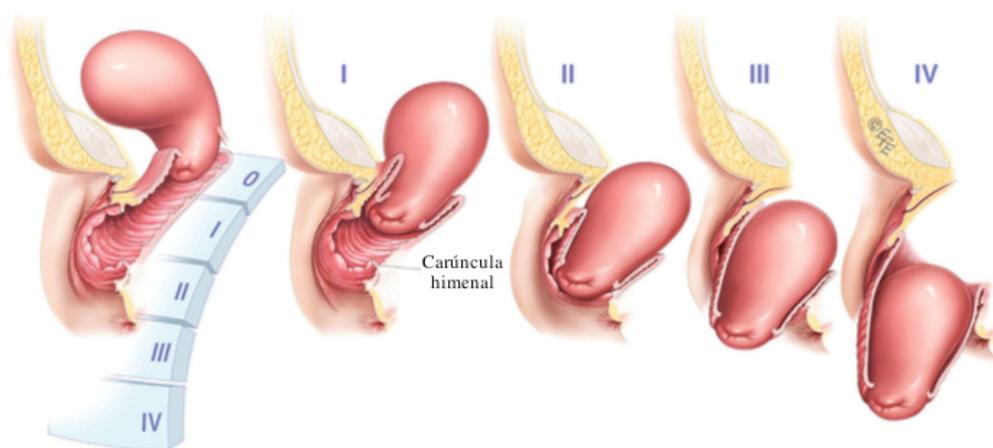
O HG representa a medida entre o ponto médio do esfíncter uretral e a margem posterior do hímen. O CP, por sua vez, é a medida da margem posterior do hímen à metade do esfíncter anal. Ambos são medidos sob Valsalva.

Finalmente, o CVT é o comprimento da vagina, em centímetros, do fórnice posterior ao hímen, quando os pontos C e D estão reduzidos à sua posição normal.

Todos os pontos foram medidos com a paciente em posição de litotomia e bexiga vazia.

Com base nos escores obtidos pelo POP-Q, o prolapso pode ser classificado de acordo com o descenso mais significativo em relação às carúnculas himenais (Haylen et al., 2016). O estadiamento varia de zero a quatro, em que zero significa ausência de prolapso (correspondendo a descensos até dois centímetros abaixo do CVT); Estádio I corresponde a prolapsos variando de três centímetros abaixo do CVT até 2 centímetros acima das carúnculas himenais; Estádio II corresponde a prolapsos variando de um centímetro acima a um centímetro abaixo das carúnculas; Estádio III corresponde a prolapsos variando de +2 a CVT-3; e Estádio IV corresponde a medidas maiores ou iguais a +(CVT-2). O estadiamento é determinado para cada compartimento vaginal (Figura 3).

Figura 3 – Estadiamento do POP.



Fonte: adaptado de HAYLEN et al., 2016.

3.4.2 Sintomas urinários

3.4.2.1 Avaliação dos sintomas urinários

Foram avaliadas por perguntas direcionadas, contidas no portfólio de avaliação (ANEXO D). Questionou-se a presença de queixas de incontinência urinária de esforço (IUE), urge-incontinência urinária, urgência miccional, hesitação, sensação de esvaziamento vesical incompleto, força para iniciar a micção, nocturia, enurese noturna, dor ao enchimento vesical, disúria e infecções do trato urinário (ITUs) recorrentes. Quantificou-se ainda o número de micções diurnas e número de micções noturnas.

3.4.2.2 Avaliação da incontinência urinária

Foi realizada pela visualização da perda urinária ao esforço (manobra de Valsalva e tosse) solicitado durante o exame físico; pelo *pad test*; e pelo questionário ICIQ-SF.

O *pad test* consiste na quantificação, através da diferença de massa de um absorvente pesado antes e após o teste, da perda urinária durante a realização do mesmo. Diferentes durações e medidas provocativas foram descritas (HAYLEN et al., 2010). Utilizando o protocolo do teste de 60 minutos descrito pela ICS, realizamos o *pad test* em consultório, com medidas provocativas de esforço, sendo considerado positivo um aumento de massa maior que um grama (ANDERSEN et al., 1992).

O ICIQ-SF (ANEXO D), um instrumento simples para avaliação da perda urinária, é constituído por três questões que avaliam a frequência, severidade e o interferência da IU, além de um conjunto de oito itens relacionados à IU vivenciadas pelas pacientes (AVERY et al., 2004). Um escore total pode ser obtido para representar numericamente as queixas das três primeiras perguntas do instrumento, somando-se a pontuação atribuída às mesmas. Quanto maior a pontuação, maior a interferência da IU. Este questionário foi previamente validado para uso na língua portuguesa (TAMANINI et al., 2004).

3.4.3 Qualidade de vida

As pacientes foram avaliadas em relação à QV específica e QV geral.

Para avaliar QV específica, foi utilizado o KHQ, validado para uso em português,

que determina o impacto dos sintomas do trato urinário inferior na qualidade de vida de mulheres (KELLEHER et al., 1997). Consiste de um questionário com nove domínios: percepção geral da saúde, impacto da incontinência, limitação das atividades diárias, limitação física, limitação social, relações pessoais, emoções, sono/energia e medidas de gravidade. Atribui-se um valor numérico a cada pergunta, obtendo-se um escore de 0 a 100, onde zero corresponde à melhor qualidade de vida e 100 à pior.

Para avaliação da QV geral, foi utilizado o SF-36, validado e traduzido para uso na língua portuguesa (CICONELLI et al., 1999). É um questionário composto por 36 itens avaliando oito dimensões de saúde: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Gera uma pontuação final de 0 a 100, onde maiores escores representam melhor qualidade de vida.

3.5 Coleta de dados e tamanho amostral

A coleta de dados foi realizada por profissionais que trabalham nos locais de pesquisa, tendo sido todos previamente treinados para aplicação adequada dos instrumentos presentes no portfólio padronizado (ANEXO D). O tamanho amostral foi determinado pelo tempo estabelecido de coleta de dados e pelos critérios de inclusão e não-inclusão.

3.6 Análise estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov determinou que as variáveis eram de distribuição não-normal. O teste de qui-quadrado foi utilizado para as variáveis categóricas, enquanto o teste de Mann Whitney U foi usado para as variáveis numéricas. Um valor de p menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Os dados de distribuição quantitativa foram expressos em medianas (Md) e intervalos interquartil (IIQ). As variáveis categóricas foram relatadas por meio de frequências, em porcentagens.

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (nº 526/2011) e do Hospital Geral de Fortaleza (nº 97.493)

(ANEXOS A e B). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C). A resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi respeitada em todos os seus aspectos.

4 RESULTADOS

No período do estudo, foram registradas um total de 685 pacientes. Após aplicar os critérios de não-inclusão, 502 mulheres foram excluídas, resultando em uma amostra final de 183 pacientes. Destas, 22 pertenciam ao Grupo 1 e 161 ao Grupo 2 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das pacientes por grupo, de acordo com os achados do POP-Q. Fortaleza, 2017.

Grupo	POP apresentado	Número de participantes (N)
1	Apical associado a anterior	22
2	Anterior isolado	161

Abreviação: POP: prolapso de órgãos pélvicos; POP-Q: *Pelvic Organ Prolapse Quantification system*.

A amostra final foi composta por mulheres com mediana de idade de 52 (IIQ 53-72) anos; com mediana de IMC de 29,1 (IIQ 26,3-32,4) kg/m², mediana de escolaridade de 6 (IIQ 4-9) anos e mediana de 3,0 (IIQ 2,0-5,0) partos. Delas, 54,8% estavam na pós-menopausa, enquanto 32,8% possuíam história prévia de tabagismo e 7,9% eram fumantes no momento da entrevista.

Mulheres no Grupo 1 eram significativamente mais velhas ($p < 0,001$); possuíam menor escolaridade ($p = 0,006$); e uma maior proporção de mulheres na pós-menopausa ($p = 0,004$). Não houve diferença estatística entre os grupos quanto ao IMC, número total de partos, número de partos vaginais ou história de tabagismo (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 – Dados sociodemográficos (numéricos) das pacientes. Fortaleza, 2017.

	Total Md (IIQ)	Grupo 1 Md (IIQ)	Grupo 2 Md (IIQ)	<i>p</i>
Idade (anos)	52 (46–63)	64 (53–72)	51 (45–61)	<0,001*
Escolaridade (anos)	6 (4–9)	4 (3–8)	8 (5–12)	0,006*
IMC (kg/m ²)	29,1 (26,3–32,4)	26,9 (24,8–30,3)	29,2 (26,5–33,5)	0,149
Paridade (número de partos)	3 (2–5)	4 (2–6)	3 (2–5)	0,509
Número de partos vaginais	3 (2–5)	4 (1–5)	3 (2–5)	0,555

*Teste de Mann Whitney U. Abreviações: IIQ: intervalo interquartil; IMC: índice de massa corporal; Md: mediana.

Tabela 4 – Dados sociodemográficos (categóricos) das pacientes. Fortaleza, 2017.

	Total (%)	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	<i>p</i>
Status pós-menopausal	54,8	76,2	51,9	0,018*
Tabagismo				0,715
Atual	7,9	5,0	8,3	
História prévia	32,8	40,0	31,8	

*Teste de qui-quadrado de Pearson.

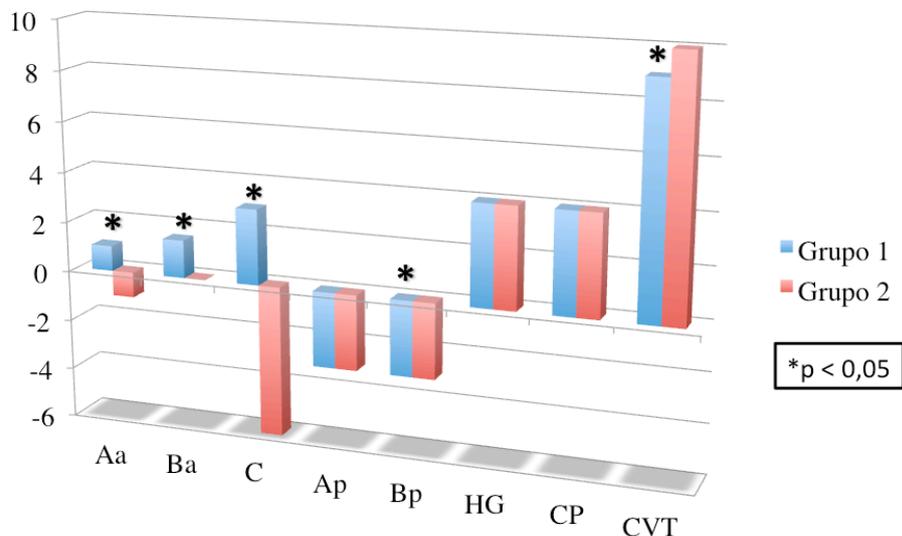
Mulheres no Grupo 1 apresentaram mediana do ponto Ba maior que as pacientes do Grupo 2 (1,5 *versus* 0,0; $p=0,007$), além de menor CVT ($p=0,001$) (Tabela 5; Gráfico 1).

Tabela 5 – Comparação dos pontos do POP-Q entre os grupos. Fortaleza, 2017.

Ponto do POP-Q	Total Md (IIQ)	Grupo 1 Md (IIQ)	Grupo 2 Md (IIQ)	<i>p</i>
Aa	-1,0 (-1,0–0,0)	1,0 (-1,0–3,0)	-1,0 (-1–0,0)	0,004*
Ba	0,0 (-1,0–1,0)	1,5 (0,0–4,0)	0,0 (-1,0–1,0)	0,007*
C	-6,0 (-7,0– -5,0)	3,0 (1,0–5,0)	-6,0 (-7,0– -5,0)	<0,001*
Ap	-3,0 (-3,0– -2,0)	-3,0 (-3,0– -3,0)	-3,0 (-3,0– -2,0)	0,135
Bp	-3,0 (-3,0– -2,0)	-3,0 (-3,0– -2,0)	-3,0 (-3,0– -2,0)	0,044*
HG	4,0 (4,0–5,0)	5,0 (4,0–6,0)	4,0 (4,0–5,0)	0,102
CP	4,0 (3,0–4,0)	3,0 (2,0–4,0)	4,0 (3,0–5,0)	0,014
CVT	9,0 (9,0–10,0)	9,0 (8,0–9,0)	10,0 (9,0–10,0)	0,001*

*Teste de Mann Whitney U. Abreviações: CP: corpo perineal; CVT: comprimento vaginal total; HG: hiato genital; IIQ: intervalo interquartil; Md: mediana; POP-Q: *Pelvic Organ Prolapse Quantification system*.

Gráfico 1 – Comparação dos pontos do POP-Q entre os grupos. Fortaleza, 2017.



*Teste de Mann Whitney U. Abreviações: CP: corpo perineal; CVT: comprimento vaginal total; HG: hiato genital; POP-Q: *Pelvic Organ Prolapse Quantification system*.

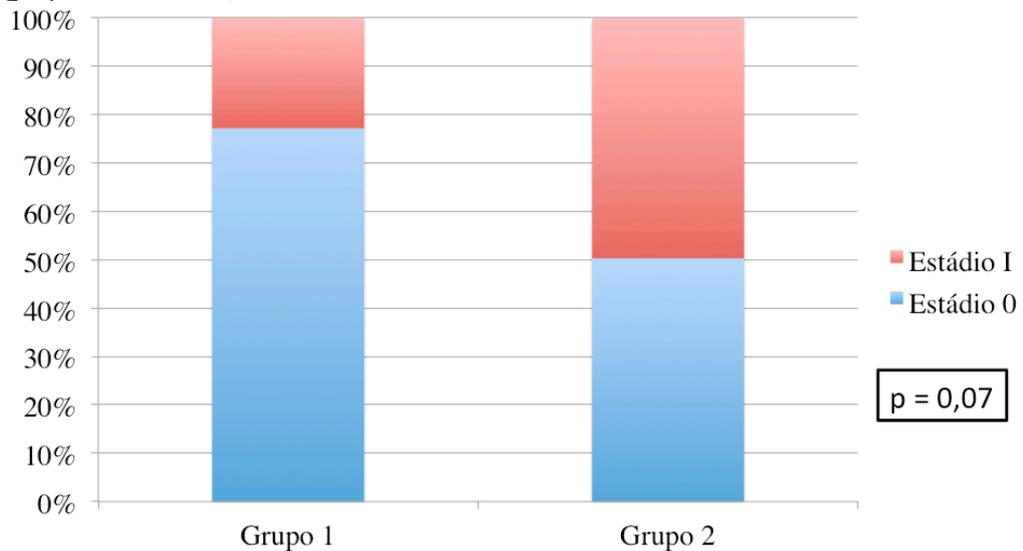
As participantes possuíam estadiamento de POP posterior semelhante, sem diferença em relação à frequência de POP posterior Estádio 0 e Estádio I entre os dois grupos (Tabela 6; Gráfico 2).

Tabela 6 – Comparação do estadiamento do POP posterior entre os grupos. Fortaleza, 2017.

Estadiamento	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	<i>p</i>
Estádio 0	77,2	50,3	0,070
Estádio I	22,8	49,7	

Teste de qui-quadrado de Pearson. POP: prolapso de órgãos pélvicos.

Gráfico 2 – Comparação do estadiamento do POP posterior entre os grupos. Fortaleza, 2017.



Teste de qui-quadrado de Pearson. Abreviação: POP: prolapso de órgãos pélvicos.

Quando questionadas quanto à presença ou ausência de sintomas urinários específicos, as pacientes do Grupo 1 relataram prevalência significativamente menor de sintomas sugestivos de incontinência urinária de esforço (IUE) que o Grupo 2 (42,9% *versus* 82,5%, $p < 0,001$), assim como número significativamente menor de micções diurnas (5 *versus* 7, $p = 0,029$). Mulheres no Grupo 1 apresentaram prevalência significativamente maior de hesitação (42,9% *versus* 20,3%, $p = 0,021$). Entretanto, não houve diferença significativa em relação à presença de sintomas de urge-incontinência, urgência miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto, força para iniciar a micção, nocturia, enurese noturna, dor ao enchimento vesical, disúria e diagnóstico de ITUs recorrentes (Tabela 7; Gráfico 3).

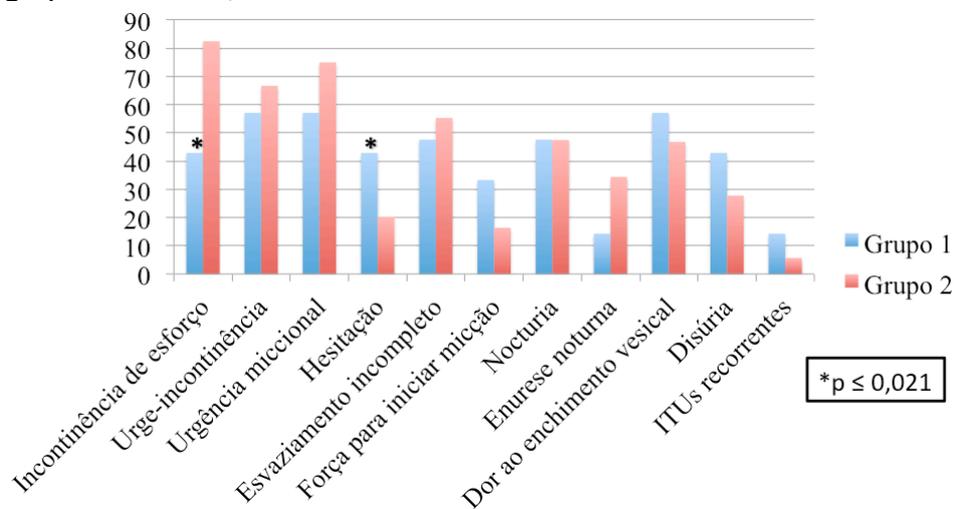
Também não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao número de micções noturnas (Tabela 8).

Tabela 7 – Resultados detalhados da análise de sintomas urinários (categóricos) por grupo. Fortaleza, 2017.

	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	<i>p</i>
Incontinência de esforço	42,9	82,5	<0,001*
Urge-incontinência	57,1	66,7	0,388
Urgência miccional	57,1	75,0	0,083
Hesitação	42,9	20,3	0,021*
Sensação de esvaziamento incompleto	47,6	55,3	0,504
Força para iniciar micção	33,3	16,4	0,059
Nocturia	47,6	47,5	0,992
Enurese noturna	14,3	34,4	0,064
Dor ao enchimento vesical	57,1	46,8	0,374
Disúria	42,9	27,8	0,157
ITUs recorrentes	14,3	5,7	0,139

*Teste de qui-quadrado de Pearson. Abreviação: ITUs: infecções do trato urinário.

Gráfico 3 – Comparação de queixas urinárias (variáveis categóricas) entre os grupos. Fortaleza, 2017.



*Teste de qui-quadrado de Pearson. Abreviação: ITUs: infecções do trato urinário.

Tabela 8 – Resultados detalhados da análise de sintomas urinários (numéricos) por grupo. Fortaleza, 2017.

	Grupo 1 Md (IIQ)	Grupo 2 Md (IIQ)	<i>p</i>
Número de micções diurnas	5 (4–6)	7 (5–10)	0,029*
Número de micções noturnas	2 (1–3)	2 (1–3)	0,939

*Teste de Mann Whitney U. Abreviações: IIQ: intervalo interquartil; Md: mediana.

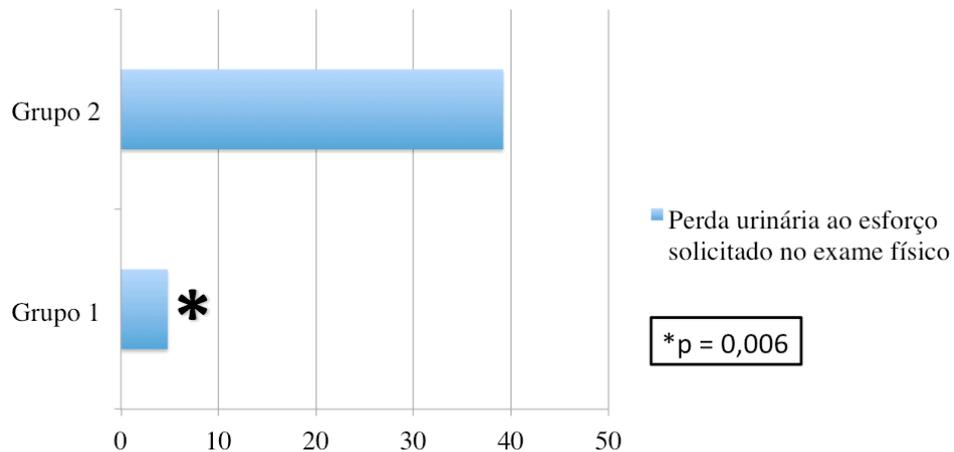
Com relação à observação de perda urinária ao esforço urinário durante o exame físico, mulheres no Grupo 1 mostraram frequência menor de perda urinária que aquelas no Grupo 2 (4,8% *versus* 39,2%; $p=0,006$) (Tabela 9; Gráfico 4).

Tabela 9 – Comparação quanto à visualização de perda urinária ao esforço solicitado durante exame físico. Fortaleza, 2017.

	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	<i>p</i>
Perda urinária ao esforço solicitado	4,8	39,2	0,006*

*Teste de qui-quadrado de Pearson.

Gráfico 4 – Comparação da frequência de visualização de perda urinária ao esforço solicitado no exame físico entre os grupos. Fortaleza, 2017.



*Teste de qui-quadrado de Pearson.

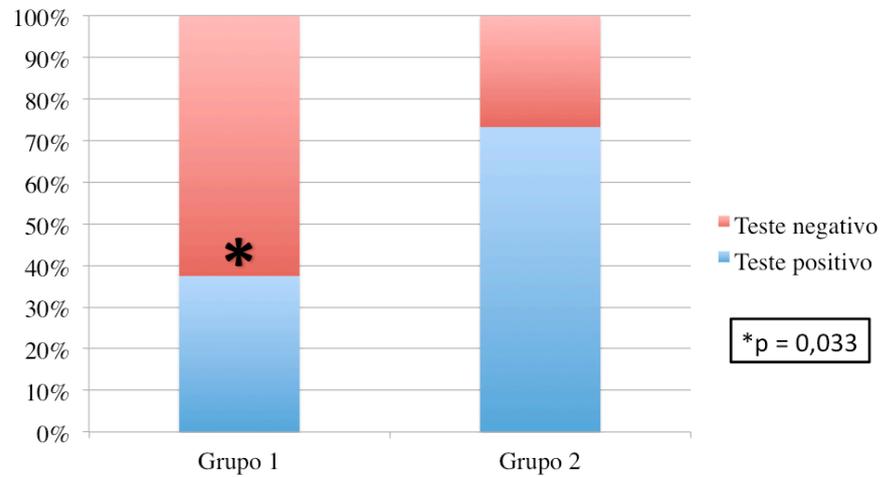
Da mesma forma, mulheres no Grupo 1 apresentaram menor frequência de resultados positivos no *pad test* que as participantes no Grupo 2 (37,5% *versus* 73,3%; $p=0,033$) (Tabela 10; Gráfico 5).

Tabela 10 – Comparação do resultado do *pad test* entre os grupos. Fortaleza, 2017.

	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	<i>p</i>
<i>Pad test</i> positivo	37,5	73,3	0,033*

*Teste de qui-quadrado de Pearson.

Gráfico 5 – Comparação dos resultados do *pad test* entre os grupos. Fortaleza, 2017.



*Teste de qui-quadrado de Pearson.

A pontuação total do Grupo 1 no ICIQ-SF foi consideravelmente menor, denotando menor impacto, que aquela do Grupo 2 (10,5 *versus* 15,0; $p=0,003$) (Tabela 11).

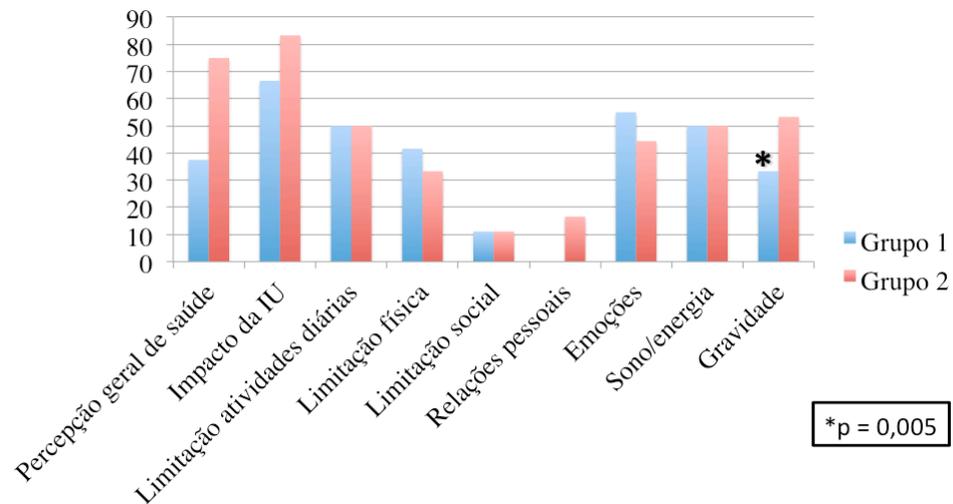
Quanto à QV específica, os escores no KHQ foram similares entre os grupos em oito domínios: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitação no desempenho das tarefas, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, e sono/energia. Entretanto, no domínio medidas de gravidade, as mulheres do Grupo 1 obtiveram escores significativamente melhores quando comparadas às participantes no Grupo 2 (33,3 *versus* 53,3; $p=0,005$) (Tabela 11; Gráfico 6).

Tabela 11 – Resultados detalhados da análise dos escores ICIQ-SF e KHQ entre grupos. Fortaleza, 2017.

	Grupo 1 Md (IIQ)	Grupo 2 Md (IIQ)	<i>p</i>
ICIQ-SF Escore total	10,5 (0–15,5)	15,0 (10,0–18,0)	0,003*
KHQ			
Percepção geral de saúde	37,5 (25,0–75,0)	75,0 (25,0–75,0)	0,485
Impacto da IU	66,6 (33,3–100,0)	83,3 (33,3–100,0)	0,644
Limitação no desempenho das atividades diárias	50,0 (8,3–75,0)	50,0 (16,6–66,6)	0,836
Limitações físicas	41,6 (8,3–75,0)	33,3 (16,6–83,3)	0,742
Limitações sociais	11,1 (5,5–27,7)	11,1 (0,0–44,4)	0,753
Relações pessoais	0,0 (0,0–16,6)	16,6 (0,0–50,0)	0,190
Emoções	55,5 (5,5–83,3)	44,4 (11,1–77,7)	0,838
Sono/energia	50,0 (8,3–83,3)	50,0 (16,6–83,3)	0,670
Gravidade	33,3 (9,9–36,6)	53,3 (26,6–80,0)	0,005*

*Teste de Mann Whitney U. Abreviações: ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*; IIQ: intervalo interquartil; IU: incontinência urinária; KHQ: *King's Health Questionnaire*; Md: mediana.

Gráfico 6 – Comparação dos escores por domínio do KHQ. Fortaleza, 2017.



*Teste de Mann Whitney U. Abreviações: IU: incontinência urinária; KHQ: *King's Health Questionnaire*

Não houve diferença significativa entre os grupos em relação a nenhum domínio do SF-36 (Tabela 12).

Tabela 12 – Resultados detalhados da análise dos escores por domínio do SF-36. Fortaleza, 2017.

	Grupo 1 Md (IIQ)	Grupo 2 Md (IIQ)	<i>p</i>
Estado geral de saúde	62,0 (25,0–82,0)	55,0 (35,0–70,0)	0,830
Capacidade funcional	65,0 (30,0–90,0)	60,0 (35,0–80,0)	0,179
Aspectos físicos	12,5 (0,0–50,0)	0,0 (0,0–100,0)	0,669
Aspectos emocionais	100,0 (0,0–100,0)	66,6 (0,0–100,0)	0,459
Aspectos sociais	100,0 (62,5–100,0)	68,7 (37,5–100,0)	0,587
Vitalidade	47,5 (40,0–65,0)	50,0 (30,0–75,0)	0,300
Dor	61,5 (30,0–72,0)	51,0 (31,0–62,0)	0,676
Saúde mental	64,0 (44,0–76,0)	64,0 (52,0–80,0)	0,585

Teste de Mann Whitney U. Abreviações: IIQ: intervalo interquartil; Md: mediana; SF-36: *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Survey*.

5 DISCUSSÃO

O ponto de corte que definiu a ausência de POP significativo em cada compartimento (anterior, posterior e apical) foi definido como menor que -1. Isto porque, de acordo com o estadiamento pelo POP-Q, prolapsos que se estendem até a marcação -2 são classificados como Estádio 0 ou I, e discute-se se eles representam diferentes graus de um suporte considerado normal (WEBER et al., 2001; SWIFT; TATE; NICHOLAS, 2003; SWENSON et al., 2017). Correlações com sintomas relevantes de POP, de acordo com a IUGA e a ICS, ocorrem mais comumente partir do nível do hímen (HAYLEN et al., 2010). Apesar disto e de estudos prévios demonstrando que pontos de corte perto da marcação zero seriam os mais úteis clinicamente para se definir o POP patológico (SWIFT et al., 2005; DIETZ; MANN, 2014), decidiu-se por continuar com os valores sugeridos pela classificação conjunta da IUGA e ICS de prolapsos, por definirem o estadiamento já bem estabelecido desta condição.

A grande discrepância no tamanho amostral de cada grupo provavelmente decorreu da não-inclusão de pacientes com ponto Bp maior ou igual a -1, o que pode ter resultado no número reduzido de pacientes que se apresentavam com prolapso apical. Esta observação é concordante com a literatura atual, visto que o prolapso apical é fortemente associado à presença de prolapso posterior (HENDRIX et al., 2002; BERGER et al., 2012; RAMANAH et al., 2012; PIZARRO-BERDICHEVSKY et al., 2017). Outro fator que contribuiu para tal discrepância foi a inclusão, no Grupo 1, somente de pacientes com POP apical a partir do estágio II pois, apesar de haver grande associação também entre presença de cistocele e de POP apical, este último é geralmente pequeno (ELLIOT et al., 2013; MEISTER; SUTCLIFFE; LOWDER, 2017). Por sua vez, a grande prevalência de POP anterior em nossa amostra é consistente com a literatura, que mostra a cistocele como a forma mais comum de POP (CHEN; ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2009; RAMANAH et al., 2012).

Houve diferença significativa entre os grupos em relação à idade, escolaridade e *status* pós-menopausa. O Grupo 1 continha mulheres significativamente mais velhas e com menor escolaridade, além de maior proporção de mulheres na pós-menopausa que o Grupo 2. Idade avançada e *status* pós-menopausa são considerados fatores de risco para POP, por induzirem alterações no colágeno e na musculatura (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2007; PETROS, 2010); assim, não é surpreendente que sejam mais frequentes no grupo com POP significativo em mais de um compartimento vaginal. Em relação à escolaridade, pesquisas

anteriores também mostraram que menores níveis educacionais estavam associados à presença de POP apical (GAUTAM; ADHIKARI; DONGOL, 2012; SHRESTHA et al., 2015; ASRESIE; ADMASSU; SETEGN, 2016). Os motivos para tal não são claros, porém podem se relacionar à má assistência ao parto ou à realização de atividades braçais, mais comuns nesta população (ELBISS et al., 2015).

Mulheres no Grupo 1 apresentaram pontos Aa e Ba maiores (ou seja, mais distais) que o Grupo 2. Tais diferenças seriam justificadas pela fisiopatologia das DAP e pela inter-relação entre defeitos nos compartimentos vaginais (SWIFT et al., 2005). Um estudo prévio descreveu que o POP uterino não só é visto, na maioria das vezes, associado ao POP anterior, mas que a presença do descenso apical é capaz de justificar até 60% do tamanho da cistocele (HSU et al., 2008). Utilizando imagens provenientes de ressonância nuclear magnética (RNM) para avaliar o posicionamento de estruturas pélvicas, esse estudo objetivou determinar as correlações entre os graus de POP nos compartimentos anterior e apical, demonstrando que defeitos no suporte apical relacionavam-se à formação de cistocele, ainda que o mecanismo fisiopatológico de ambas as disfunções seja multifatorial. Através da RNM, outros pesquisadores também investigaram o efeito do descenso apical no tamanho do POP anterior, e relataram haver um aumento médio de 1,2 centímetros no comprimento da porção exposta da parede vaginal para cada centímetro adicional de POP apical, nas situações em que o descenso apical era maior que cinco centímetros (YOUSUF et al., 2014). Ademais, estudos anatômicos feitos por Summers et al. (2006), também utilizando RNM, descreveram que, na falência do suporte apical, o topo do trapezoide na parede vaginal anterior oscila para baixo e causa o deslocamento inferior da bexiga. Pode-se argumentar, então, que a fraqueza do suporte apical está envolvida na formação de cistoceles maiores e pontos Aa e Ba mais exteriorizados.

Comparadas ao grupo com POP anterior isolado, mulheres com POP apical associado a POP anterior apresentaram menor número de micções diurnas, menor frequência de sintomas de IUE e maior frequência de hesitação. Mostraram, também, menor prevalência de visualização da perda urinária ao esforço solicitado durante o exame físico e menor positividade do *pad test*, dados verificáveis durante a consulta e que independem da memória da participante. Tais diferenças podem contribuir para elucidar mecanismos de continência em mulheres com DAP, com base na ocultação da IU pelo prolapso mais avançado e nos efeitos da falência do suporte apical segundo a Teoria Integral de Petros (PETROS; ULMSTEN, 1990; PETROS, 2010). Hipóteses para explicar tal raciocínio incluem o acotovelamento da uretra, a compressão direta da uretra pelos órgãos pélvicos, o mecanismo do fechamento em

rede e a perda de fibras nervosas do esfíncter urogenital (DELANCEY, 1994; ROMANZI; CHAIKIN; BLAIVAS, 1999; PETROS, 2010; ENDE; GOLD, 2016).

Com prolapsos mais severos, maiores obstruções uretrais podem ocorrer, ainda que os mecanismos para tal não estejam completamente compreendidos. Analisando sintomas do assoalho pélvico e severidade do POP de acordo com sua localização por compartimento (anterior, apical, posterior), Ellerkmann et al. (2001) encontraram uma correlação inversa, de forma fraca, entre a severidade crescente do POP anterior e a IU em todos os três compartimentos. Uma limitação do artigo Ellerkmann é que, ao contrário do nosso estudo, eles não objetivaram comparar especificamente pacientes com prolapso anterior e apical. Além disso, não foram excluídas pacientes com POP posterior, que pode ter se comportado como fator de confusão. Também evidenciando o efeito do POP mais severo na ocorrência de IU, Smith, DeLancey e Fenner (2013) relataram que mulheres com IUE oculta apresentavam prolapsos cerca de 1,5 centímetro maiores que as mulheres sem IUE pós-redução. Uma limitação é que esses autores investigaram mulheres com POP predominante anterior em vez de POP anterior isolado, tornando a ocorrência concomitante de POP em outros compartimentos um potencial fator de confusão. Similarmente, Romanzi, Chaikin e Blaivas (1999) também encontraram maior frequência de obstrução uretral evidenciada ao exame urodinâmico em mulheres com POP estádios III-IV, comparadas àquelas com POP estádios I-II; nesse estudo, a redução do prolapso avançado com a colocação de pessário normalizou o fluxo urinário em 94% das mulheres. Tais evidências apontam que prolapsos mais severos são preditores de sintomas obstrutivos na vigência de POP e da ocorrência de IUE pós-redução.

Um possível mecanismo para tal obstrução é o deslocamento da uretra. Isto foi explorado em um estudo comparando medidas de RNM de mulheres com todos os espectros de suporte pélvico com referenciais obtidos de mulheres jovens nulíparas (SUMMERS et al., 2006). As distâncias entre bexiga, uretra e útero foram mensuradas sob manobra de Valsalva máxima. Foi descrito um forte coeficiente de correlação entre distância vesical e distância uretral, sugerindo que aproximadamente dois terços do deslocamento uretral seja explicado pelo deslocamento vesical.

Além do deslocamento uretral, outro mecanismo para explicar a maior prevalência de sintomas obstrutivos e menor prevalência de IUE nas pacientes do Grupo 1 é o estreitamento da uretra. Em teoria, o mecanismo do fechamento em rede proposto por DeLancey e corroborado por Petros sugere que o alongamento e distensão da vagina suburetral devidos ao POP permitem que a uretra seja fechada posteriormente pelo vetor do músculo pubococcígeo (DELANCEY, 1994; PETROS, 2011). Avaliando este fenômeno

especificamente através da ultrassonografia transperineal dinâmica, Ende e Gold (2016) observaram que, com o alongamento para baixo da parede vaginal anterior ocorria aparente distensão do ângulo sub-uretral e reconstituição do ângulo uretrovesical. Viram que estes, por sua vez, causavam o estreitamento uretral, sem acotovelamento da mesma. Ainda que tenham tido um número reduzido de sujeitos, estes estudos apontam para uma hipótese biomecânica para as DAP, onde o estreitamento uretral aumenta a resistência intra-luminal ao fluxo urinário, além de aumentar a ação de fechamento de sua parede, segundo as leis de Poisseuille e Laplace, respectivamente.

Adicionalmente a sintomas clínicos sugestivos, a obstrução uretral em decorrência do POP pode ser verificada através de medidas objetivas, como pressões de fechamento uretral. Ao avaliar mulheres com prolapso uterovaginal se estendendo além das carúnculas himenais, um estudo mais antigo mostrou que a pressão de fechamento uretral no repouso aumentava com a mudança de posição de supina para sentada, e diminuía com a redução do POP utilizando-se um pessário inflável (RICHARDSON; BENT; OSTERGARD, 1983). De forma análoga, Mueller et al (2007) relataram que a pressão máxima de fechamento uretral (PMFU) diminuiu significativamente com a redução do POP anterior estágio III ou IV. A importância da PMFU na gênese da IUE e dos sintomas obstrutivos associados ao POP foi corroborada por DeLancey et al (2008), que demonstrou que o ponto Aa teve efeito moderado na ocorrência de IUE, e que a PMFU, de forma isolada, foi capaz de prever metade das ocorrências de IUE nas mulheres quando comparadas a participantes assintomáticas controladas por idade, paridade, etnia e história de histerectomia (DELANCEY et al., 2008).

Nossos achados no Grupo 1 (menor frequência de IUE e maior frequência de alteração de esvaziamento, exemplificada pela hesitação ao urinar) condizem com as falências de suporte por zonas vaginais descritas na Teoria Integral de Petros (PETROS; ULMSTEN, 1990; PETROS, 2010). Ela determina que defeitos na zona posterior, que engloba do CP ao colo uterino, estão associados a prolapso uterino, a alterações do esvaziamento vesical e a continência preservada no esforço. Segundo esta teoria, este quadro clínico teria origem na frouxidão dos ligamentos uterossacros. Entretanto, nossos achados nas mulheres do Grupo 2 não são condizentes com tal teoria, pois as mesmas possuíam sintomas vistos no defeito da zona anterior de Petros (prevalência elevada de IUE e baixa de sintomas obstrutivos) ao mesmo tempo que mostravam prolapso compatível com a zona média (cistocele). O número de micções diárias são descritos em defeitos de qualquer zona. Verificando a aplicabilidade desta teoria, Liedl e Bush (2016) utilizaram fluoroscopia, eletromiografia e urofluxometria para avaliar o mecanismo de micção em mulheres com sintomas obstrutivos. Eles mostraram

que a contração muscular precedia o fluxo urinário e, com base no conceito que a musculatura do assoalho pélvico se contrai contra os ligamentos de suspensão, propuseram que a integridade dos ligamentos uterossacros seria necessária para o esvaziamento vesical normal. Assim como nossos achados, esse estudo reforça a teoria que a falência na zona posterior causa dificuldades de esvaziamento.

Contrastando com nossos achados, que relacionaram a IUE a posições anatômicas, uma pesquisa utilizando RNM demonstrou que a IUE estava relacionada a esfíncteres estriados urogenitais de tamanho reduzido, e que não havia correlação entre nenhuma medida anatômica do esfíncter e o eixo uretral no esforço, nem entre medidas do esfíncter e pontos Aa e Ba do POP-Q (MORGAN et al., 2009). De forma semelhante, DeLancey (2010) mostrou que a PMFU era a variável mais característica da IUE e que, apesar de estar associada a parâmetros anatômicos, não era completamente explicada por estes. De fato, uma pesquisa mais antiga já havia mostrado que 51% da PMFU era atribuída a fatores vasculares e da musculatura estriada, sem haver correlação entre tais variáveis e marcos anatômicos (RUD et al, 1980).

Ainda assim, todos esses resultados refletem a fisiopatologia multifatorial envolvida nas DAP (TUNN et al., 2006). Cada paciente, de forma individual, pode ter diferentes combinações de defeitos nos compartimentos apical e anterior, levando a diferentes padrões de POP. Além disso, vários fatores além de marcos anatômicos podem justificar sintomas nas DAP. O envelhecimento, por exemplo, resulta no afinamento das camadas musculares estriadas, tornando as zonas de alta pressão da uretra mais largas e curtas; e na perda de fibras nervosas em esfíncteres estriados urogenitais, ambas as quais podem ser prejudiciais aos mecanismos de continência (PANDIT et al., 2000; TROWBRIDGE et al., 2007). Como tanto a idade quanto o *status* pós-menopausa já mostraram correlação positiva com a deficiência esfíncteriana (PERUCCHINI et al., 2002; ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2007), esperaríamos que as pacientes no Grupo 1 mostrassem mais IUE que o Grupo 2. Entretanto, isto não ocorreu, possivelmente devido ao efeito do POP apical neste grupo.

Desordens do tecido conjuntivo também estão associadas a maior prevalência de DAP (CARLEY; SCHAFFER, 2000), assim como variações individuais na sensibilidade dos sistemas de retrocontrole neurológicos, que determinam as pressões de abertura e fechamento da uretra (PETROS, 2016). É possível, ainda, que alterações em mecanismos neurais centrais tenham um impacto global na musculatura do assoalho pélvico. Estas evidências, em

conjunto, contribuem para o entendimento da diversidade de apresentações clínicas em mulheres com DAP.

Sintomas urinários associados às DAP geralmente não são ameaças à vida, mas causam fardo significativo e podem ser gravemente incapacitantes (AVERY et al., 2004). Mulheres no Grupo 1 tinham menor impacto da IU pelo ICIQ-SF que participantes no Grupo 2. Nenhum estudo na literatura comparou o escore ICIQ-SF de mulheres com cistocele com e sem POP apical. Porém, uma pesquisa que investigou o impacto da IU antes e após a correção de POP anterior isolado, havendo melhora no escore total ICIQ-SF no pós-operatório que persistiu pelos 24 meses em que as pacientes foram acompanhadas (TAMANINI et al., 2015). Esta pesquisa mostrou que a presença de cistocele isolada está associada a grande interferência associada a IU pelo ICIQ-SF, havendo melhora após a correção deste defeito; porém, não incluiu mulheres com POP apical, prejudicando sua comparação com nossos dados. Um outro estudo investigou mulheres antes e após a correção de POP por sacrocolpopexia laparoscópica, e verificaram que não houve mudança significativa no escore ICIQ-SF nem na PMFU (ABDULLAH et al., 2017). Apesar da análise de tal resultado ser complexa devido à quantidade de variáveis envolvidas, é possível que a melhora no impacto da IUE que teria sido obtida com a correção da cistocele tenha sido contrabalanceada pela redução da obstrução uretral devido à correção do defeito apical. Entretanto, estudos de melhor desenho são necessários para verificar tal hipótese.

Em nossa amostra, a presença de POP apical (Grupo 1) foi benéfica para a QV relacionada à IU, por resultar em melhor escore em um domínio do KHQ. Da mesma forma que com o ICIQ-SF, não há publicações comparando o KHQ entre populações de mulheres com POP anterior com e sem POP apical, mas há estudos caracterizando mulheres no pré- e pós-operatório de correção de POP usando tal instrumento. Em mulheres com POP anterior predominante, houve aparente melhora dos escores do KHQ após a correção do POP, sugerindo que a presença de cistocele se associa a pior escore KHQ; porém, este dado deve ser avaliado com cautela, visto que os autores não forneceram análise estatística dos mesmos (HINOUL et al., 2008). Também avaliando mulheres com POP anterior, outro estudo mostrou escores excelentes (se aproximando a zero) do KHQ no pós-operatório, novamente sugerindo que a presença de cistocele se associaria a pior QV relacionada à IU que a ausência da mesma (HEFNI et al., 2013). Todavia, seus resultados foram limitados por não descreverem os escores basais nem as comparações entre escores pré- e pós-operatório. O único estudo que comparou o KHQ após correção de POP apical incluiu mulheres com POP nos três compartimentos que foram submetidas a sacrocolpossuspensão com preservação do útero (DE

VITA et al., 2008). Neste, houve melhora dos escores KHQ verificada no acompanhamento clínico após um e seis meses do procedimento. Assim, vê-se que as pesquisas que utilizam o KHQ para avaliação da QV relacionada à IU em mulheres com POP apical e anterior tem desenho inadequado e/ou análise estatística incompleta, não permitindo a comparação com nossos resultados.

Por fim, a avaliação da QV geral pelo SF-36 não mostrou diferença significativa entre os grupos, sugerindo que a presença de POP apical associado não interfere na mesma. Estudos prévios na literatura somente comparam o efeito da correção do POP na pontuação do SF-36, sem ter grupos semelhantes ao nosso estudo. Price, Slack e Jackson (2010) corrigiram o defeito apical isoladamente em mulheres com POP apical estágio II ou maior associado a defeito em outros compartimentos, através da fixação uterina no sacro por tela envolvendo o colo do útero. Eles verificaram melhora na QV geral pelo SF-36 no pós-operatório em relação aos valores basais, com diferença significativa (PRICE; SLACK; JACKSON, 2010). Esse estudo corrobora nossos resultados por sugerir que o POP apical associado não é benéfico para a QV geral. Entretanto, como a correção de POP em qualquer compartimento também está associada a melhora no SF-36 (REITSMA et al., 2011), pesquisas comparativas do impacto de defeitos compartimentais isolados na QV são necessárias antes que possamos inferir tal conclusão.

Esta pesquisa é limitada devido à seleção de sujeitos de unidades de atenção terciária à saúde, fazendo com que os resultados não sejam necessariamente reflexos das características da população geral; ao tamanho amostral discrepante entre os grupos; à falta de pareamento entre os grupos com respeito às características sociodemográficas; e à possibilidade de viés de memória, tipicamente visto em estudos caso-controle.

Por sua vez, pontos fortes deste estudo incluem os subgrupos de POP bem definidos de acordo com as falências em compartimentos específicos, que possibilitaram a observação de resultados estatisticamente significativos em múltiplas variáveis apesar da heterogeneidade de tamanho dos grupos; as comparações apresentadas entre defeitos anatômicos e apresentações clínicas específicas; a utilização do *pad test*, uma medida específica para se verificar IUE; e utilização, como variável, da perda urinária ao esforço visualizada pelo médico ao exame físico, reduzindo o efeito do viés de memória.

Os resultados discutidos aqui são pertinentes para a compreensão dos fatores subjacentes associados ao POP, tendo por sua vez papel na prevenção de ocorrência e orientação de condutas relacionadas às DAP. Pesquisas adicionais são necessárias para

analisar tais observações em populações maiores, incluindo em mulheres oriundas da comunidade, e para determinar relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas.

6 CONCLUSÃO

Mulheres com POP apical (com ponto C \geq -1) associado ao POP anterior tem menor prevalência de incontinência; maior prevalência de sintomas obstrutivos; e melhor QV associada à IU, porém QV geral semelhante que mulheres com POP anterior isolado.

Quando comparadas a mulheres com POP anterior isolado, mulheres com POP apical associado ao anterior tem idade mais avançada, menor escolaridade e maior proporção de participantes na pós-menopausa.

O grupo com POP apical associado apresenta menor prevalência de sintomas sugestivos de IUE e de perda urinária ao esforço solicitado no exame físico; enquanto tem também maior prevalência de hesitação, indicando esvaziamento vesical anormal, do que o grupo com POP anterior isolado. Tais achados são condizentes com a Teoria Integral de Petros para falência do suporte da zona posterior.

A presença de POP apical junto a POP anterior está associada a menor frequência de resultados positivos no *pad test*, um exame objetivo para avaliação de IUE.

Por fim, mulheres com POP apical associado a anterior tem menor impacto da IU medida pelo ICIQ-SF e melhor qualidade de vida relacionada à IU medida pelo KHQ, porém tem QV geral, medida pelo SF-36, similar às mulheres com POP anterior isolado.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, B. et al. Clinical and urodynamic assessment in patients with pelvic organ prolapse before and after laparoscopic sacrocolpopexy. **Int Urogynecol J**. 2017 Mar 10 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s00192-017-3306-7.
- ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourol Urodyn**, v. 29, n. 1, p. 213-40, 2010.
- ADJOUSSOU, S. A. et al. Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital. **Prog Urol**, v. 24, n. 8, p. 511-7, 2014.
- ANDERSEN, J. T. et al. Seventh Report on the Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: lower urinary tract rehabilitation techniques. **Scand J Urol Nephrol**, v. 26, n. 2, p. 99-106, 1992.
- AOKI, Y. et al. Urinary incontinence in women. **Nat Rev Dis Primers**, v. 3, p. 1-19, 2017.
- ASHTON-MILLER, J. A.; DELANCEY, J. O. Functional anatomy of the female pelvic floor. **Ann N Y Acad Sci**, v. 1101, n. 1, p. 266-96, 2007.
- ASRESIE, A.; ADMASSU, E.; SETEGN, T. Determinants of pelvic organ prolapse among gynecologic patients in Bahir Dar, North West Ethiopia: a case control study. **Int J Womens Health**, v. 12, n. 8, p. 713-9, 2016.
- AVERY, K. et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. **Neurourol Urodyn**, v. 23, n. 4, p. 322-30, 2004.
- BERGER, M. B. et al. Is cervical elongation associated with pelvic organ prolapse? **Int Urogynecol J**, v. 23, n. 8, p. 1095-103, 2012.
- BUMP, R. C. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol**, v. 175, n. 1, p. 10-7, 1996.
- CANDIDO, E. B. et al. Conduta nos prolapsos genitais. **Femina**, v. 40, n. 2, p. 97-104, 2012.
- CARLEY, M. E.; SCHAFFER, J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome. **Am J Obstet Gynecol**, v. 182, n. 5, p. 1021-3, 2000.
- CHEN, L.; ASHTON-MILLER, J. A.; DELANCEY, J. O. A 3D finite element model of anterior vaginal wall support to evaluate mechanisms underlying cystocele formation. **J Biomech**, v. 42, n. 10, p. 1371-7, 2009.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

DE VITA, D. et al. Vaginal reconstructive surgery for severe pelvic organ prolapses: a 'uterine-sparing' technique using polypropylene prostheses. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 139, n. 2, p. 245-51, 2008.

DELANCEY, J. O. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. **Am J Obstet Gynecol**, v. 166, n. 6, p. 1717-28, 1992.

DELANCEY, J. O. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. **Am J Obstet Gynecol**, v. 170, n. 6, p. 1713-23, 1994.

DELANCEY, J. O. et al. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. **Am J Obstet Gynecol**, v. 199, n. 6, p. 610.e1-5, 2008.

DELANCEY, J. O. Why do women have stress urinary incontinence? **Neurourol Urodyn**, v. 29, p. 13-7, 2010. Supplement 1.

DIETZ, H. P.; MANN, K. P. What is clinically relevant prolapse? An attempt at defining cutoffs for the clinical assessment of pelvic organ descent. **Int Urogynecol J**, v. 25, n. 4, p. 451-5, 2014.

DOAEE, M. et al. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Int Urogynecol J**, v. 25, n. 2, p. 153-63, 2014.

ELBISS, H. M.; OSMAN, N.; HAMMAD, F. T. Prevalence, risk factors and severity of symptoms of pelvic organ prolapse among Emirati women. **BMC Urol**, v. 10, n. 66, 2015.

ELLERKMANN, R. M. et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. **Am J Obstet Gynecol**, v. 185, n. 6, p. 1332-7, 2001.

ELLIOTT, C. S. et al. The predictive value of a cystocele for concomitant vaginal apical prolapse. **J Urol**, v. 189, n. 1, p. 200-3, 2013.

ENDE, D.; GOLD, D. A cystocele may compensate for latent stress incontinence by artificially restoring the urethral and bladder neck closure mechanisms: a critical biomechanical perspective. **Pelvipерineology**, v. 35, n. 4, p. 2, 2016.

GAUTAM, S.; ADHIKARI, R. K.; DONGOL, A. Associated factors for uterine prolapse. **J Nepal Health Res Counc**, v. 10, n. 20, p. 1-4, 2012.

GIANNITSAS, K. et al. The epidemiology of urinary complaints in women with pelvic organ prolapse: a five-year review. **Pelvipерineology**, v. 35, n. 2, 2016.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourol Urodyn**, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). **Int Urogynecol J**, v. 27, n. 4, p. 655-84, 2016.

HEFNI, M. et al. Long-term quality of life and patient satisfaction following anterior vaginal mesh repair for cystocele. **Arch Gynecol Obstet**, v. 287, p. 441-6, 2013.

HENDRIX, S. L. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. **Am J Obstet Gynecol**, v. 186, n. 6, p. 1160-6, 2002.

HINOUL, P. et al. A prospective study to evaluate the anatomic and functional outcome of a transobturator mesh kit (Prolift Anterior) for symptomatic cystocele repair. **J Minim Invasive Gynecol**, v. 14, n. 5, p. 615-20, 2008.

HORST, W. et al. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. **Int Urogynecol J**, v. 28, n. 8, p. 1165-70, 2017.

HSU, Y. et al. Anterior vaginal wall length and degree of anterior compartment prolapse seen on dynamic MRI. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 19, n. 1, p. 137-42, 2008.

KELLEHER, C. J. et al. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **Br J Obstet Gynaecol**, v. 104, n. 12, p. 1374-9, 1997.

KIM, S. et al. Point Aa of the POP-Q system as a predictive value of urethral mobility in women. **Int Urogynecol J**, v. 22, p. 687-91, 2011.

LIEDL, B.; BUSH, M. Competent uterosacral ligaments are required for normal bladder evacuation - testing a hypothesis evolving from finite element studies on micturition mechanisms in the female. **Pelviperrineology**, v. 35, n. 4, p. 105-8, 2016.

MACCIONI, F. Functional disorders of the ano-rectal compartment of the pelvic floor: clinical and diagnostic value of dynamic MRI. **Abdom Imaging**, v. 38, n. 5, p. 930-51, 2013.

MEISTER, M. R. L.; SUTCLIFFE, S.; LOWDER, J. L. Definitions of apical vaginal support loss: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol**, v. 216, n. 3, p. 232.e1-232.e14, 2017.

MORGAN, D. M. et al. Urethral sphincter morphology and function with and without stress incontinence. **J Urol**, v. 182, n. 1, p. 203-9, 2009.

MUELLER, E. R. et al. Urodynamic prolapse reduction alters urethral pressure but not filling or pressure flow parameters. **J Urol**, v. 177, n. 2, p. 600-3, 2007.

PANDIT, M. et al. Quantification of intramuscular nerves within the female striated urogenital sphincter muscle. **Obstet Gynecol**, v. 95, n. 6, p. 797-800, 2000.

PERSU, C. et al. Pelvic Organ Prolapse quantification system (POP-Q): a new era in pelvic prolapse staging. **J Med Life**, v. 4, n. 1, p. 75-81, 2011.

PERUCCHINI, D. et al. Age effects on urethral striated muscle. I. Changes in number and diameter of striated muscle fibers in the ventral urethra. **Am J Obstet Gynecol**, v. 186, n. 3, p. 351-5, 2002.

PETROS, P. E.; ULMSTEN, U. I. An integral theory of female urinary incontinence.

Experimental and clinical considerations. **Acta Obstet Gynecol Scand Suppl**, v. 153, p. 7-31, 1990.

PETROS, P. E. P. The Integral Theory System. A simplified clinical approach with illustrative case histories. **Pelviperineology**, v. 29, p. 37-51, 2010.

PETROS, P. The Integral System. **Cent European J Urol**, v. 64, n. 3, p. 110-9, 2011.

PETROS, P. Nonlinearity in pelvic floor medicine and surgery. **Pelviperineology**, v. 35, n. 2, p. 35-6, 2016.

PIZARRO-BERDICHEVSKY, J. et al. Natural history of pelvic organ prolapse in symptomatic patients actively seeking treatment. **Int Urogynecol J**. 2017 Aug 24 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s00192-017-3450-0.

PRICE, N.; SLACK, A.; JACKSON, S. R. Laparoscopic hysteropexy: the initial results of a uterine suspension procedure for uterovaginal prolapse. **BJOG**, v. 117, n. 1, p. 62-8, 2010.

RAMANAH, R. et al. Anatomy and histology of apical support: a literature review concerning cardinal and uterosacral ligaments. **Int Urogynecol J**, v. 23, n. 11, p. 1483-94, 2012.

REITSMA, M. L. et al. Does health-related quality of life improve in women following gynaecological surgery? **J Obstet Gynaecol Can**, v. 33, n. 12, p. 1241-7, 2011.

RICHARDSON, D. A.; BENT, A. E.; OSTERGARD, D. R. The effect of uterovaginal prolapse on urethrovesical pressure dynamics. **Am J Obstet Gynecol**, v. 146, n. 8, p. 901-5, 1983.

ROMANZI, L. J.; CHAIKIN, D. C.; BLAIVAS, J. G. The effect of genital prolapse on voiding. **J Urol**, v. 161, n. 2, p. 581-6, 1999.

RUD, T. et al. Factors maintaining the intraurethral pressure in women. **Invest Urol**, v. 17, n. 4, p. 343-7, 1980.

SERDINSEK, T.; BUT, I. Anterior compartment descent: A new measure in the assessment of urethral hypermobility in women with urinary incontinence. **Int J Urol**, v. 24, n. 7, p. 548-552, 2017.

SHRESTHA, B. et al. Uterine prolapse and its impact on quality of life in the Jhaukhel-Duwakot Health Demographic Surveillance Site, Bhaktapur, Nepal. **Glob Health Action**, v. 8, n. 1, 2015.

SMITH, T. M.; DELANCEY, J. O.; FENNER, D. E. Post-reduction stress urinary incontinence rates in posterior versus anterior pelvic organ prolapse: a secondary analysis. **Int Urogynecol J**, v. 24, n. 8, p. 1355-60, 2013.

SUMMERS, A. et al. The relationship between anterior and apical compartment support. **Am J Obstet Gynecol**, v. 194, n. 5, p. 1438-43, 2006.

SWENSON, C. W. et al. Intraoperative cervix location and apical support stiffness in women with and without pelvic organ prolapse. **Am J Obstet Gynecol**, v. 216, n. 2, p. 155.e1-8, 2017.

SWIFT, S. E.; TATE, S. B.; NICHOLAS, J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? **Am J Obstet Gynecol**, v. 189, n. 2, p. 372-9, 2003.

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, n. 3, p. 795-806, 2005.

TAMANINI, J. T. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 3, p. 438-44, 2004.

TAMANINI, J. T. N. et al. A prospective, randomized, controlled trial of the treatment of anterior vaginal wall prolapse: medium term followup. **J Urol**, v. 193, n. 4, p. 1298-304, 2015.

TROWBRIDGE, E. R. et al. Effects of aging on lower urinary tract and pelvic floor function in nulliparous women. **Obstet Gynecol**, v. 109, n. 3, p. 715-20, 2007.

TUNN, R. et al. MRI morphology of the levator ani muscle, endopelvic fascia, and urethra in women with stress urinary incontinence. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 126, n. 2, p. 239-45, 2006.

VASCONCELOS NETO, J. A. et al. Clinical impact of bowel symptoms in women with pelvic floor disorders. **Int Urogynecol J**. 2017 Mar 6 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s00192-017-3288-5.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. **Int J Surg**, v. 12, p. 1495-9, 2014.

WEBER, A. M. et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 12, n. 3, p. 178-86, 2001.

WEINTRAUB, A. Y. et al. Long term subjective cure rate, urinary tract symptoms and dyspareunia following mesh augmented anterior vaginal wall prolapse repair. **Int J Surg**, v. 24, n. Pt A, p. 33-8, 2015.

WU, J. M. et al. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. **Obstet Gynecol**, v. 114, n. 6, p. 1278-83, 2009.

YOUSUF, A. et al. The length of anterior vaginal wall exposed to external pressure on maximal straining MRI: relationship to urogenital hiatus diameter, and apical and bladder location. **Int Urogynecol J**, v. 25, n. 10, p. 1349-56, 2014.

ANEXO A – APROVAÇÃO CEP/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 da Saúde

PARECER DO CEP

Protocolo do CEP: 526/2011

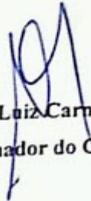
**Título do projeto: ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO:
RESULTADOS E IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES**

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, avaliou e aprovou o referido projeto em reunião realizada em 07 de outubro de 2011

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 B – APROVAÇÃO CEP/HGF

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PROJETO DE PESQUISA

Título: Características anatômicas e funcionais do assoalho pélvico de mulheres avaliadas com ultrassonografia endovaginal e endoanal Tridimensional

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 07015712.2.0000.5040

Pesquisador: José Ananias Vasconcelos Neto

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 97.493

Data da Relatoria: 13/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo caso-controle, na qual serão comparadas as medidas da musculatura do assoalho pélvico entre mulheres sem prolapso (controle) e com prolapso (caso) a fim de avaliar as características morfológicas do assoalho pélvico por meio de US3D endovaginal e endoanal. Esta escolha se justifica pelo fato de em um estudo de caso-controle selecionar-se uma amostra de uma população de pacientes com o defecho (casos) e outra amostra de uma população sem o defecho (controles);

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o assoalho pélvico do ponto de vista anatômico e funcional utilizando a ultrassonografia 3-D transvaginal e 3-D Endoanal

Objetivo Secundário:

-Avaliar o assoalho pélvico em mulheres nulíparas assintomáticas sem disfunções dos compartimentos vaginais

-Avaliar o assoalho pélvico em

mulheres com disfunções dos compartimentos vaginais (anterior, apical e posterior) -Comparar as medidas

encontradas entre o grupo de mulheres

com e sem prolapso

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os exames ultrassonográficos transvaginal e transretal possuem uma baixíssima morbidade. O maior risco é de desconforto da paciente durante estes exames.

Benefícios:

Com um melhor conhecimento das disfunções do assoalho pélvico, e dos fatores de risco podemos desvendar maneiras preventivas para prolapso genitais, disfunções evacuatórias e miccionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem sua relevância, a metodologia está clara, coerente.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Pópulo

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem o objetivo de comparar o perfil socioeconômico das mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico no município de Fortaleza e avaliar sua qualidade de vida, bem como avaliar as implicações da correção cirúrgica de prolapso pélvico na função sexual e os efeitos da fisioterapia na disfunção sexual. Caso você concorde em participar, será acompanhada no Ambulatório de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal do Hospital César Cals ou no Ambulatório do Hospital Geral de Fortaleza, com participação da rotina de atendimento do serviço, realizando entrevistas e exames. Os exames a serem realizados são necessários para o seguimento e tratamento da doença fazendo parte da rotina do ambulatório. Entre eles a avaliação clínica realizada pela equipe médica do serviço; questionários de qualidade de vida e ficha socioeconômica adaptada do CCEB/2011. Será também realizada a avaliação funcional do assoalho pélvico por um toque vaginal (músculos vaginais) utilizando a escala de Oxford (AFA) e Ortiz (PERFECT) para sabermos a força da sua musculatura vaginal. Sua participação é voluntária e não sofrerá nenhum dano caso não concorde em participar da pesquisa. Caso aceite participar, você tem plena liberdade para desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificativa, se julgar conveniente. Todas as informações colhidas e a identidade serão mantidas em sigilo como informação confidencial. Não há despesas pessoais para você participar da pesquisa, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador e equipe de profissionais se comprometem em utilizar os dados e o material coletado somente para fins de pesquisa. Colocamo-nos à disposição para qualquer informação relacionada à pesquisa ou qualquer contratempo advindo dela.

Da mesma forma, a paciente declara que dá plena autorização à equipe de cirurgia ginecológica do Hospital César Cals e do Hospital Geral de Fortaleza para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar as avaliações, questionários, o tratamento designado correção cirúrgica de distopia genital e ou incontinência urinária e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo os testes, questionários e entrevistas. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da

doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) profissional (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

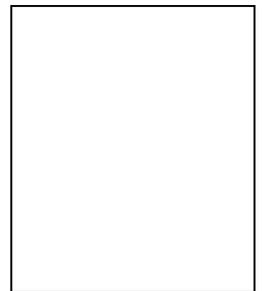
Certifico que a(o) pesquisadora(or) me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, bem como dos resultados esperados e de outras possíveis alternativas de tratamento para esta doença, como também os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados relativos ao tratamento proposto e as formas alternativas de tratamento, incluindo o não-tratamento.

Assinatura do paciente / representante legal

Data ___/___/___

Assinatura da testemunha

Data ___/___/___



ANEXO D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PORTFOLIO HGCC/HGF)



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 acorda até antes de dormir): _____	23- _____
24. Nº de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?): _____	24- _____
25. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços	25- _____
26. Urgência (Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	26- _____
27. Noctúria (Nº de micções noturnas ≥3)? 0 – Não 1- Sim	27- _____
28. Urge-incontinência (queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	28- _____
29. Enurese noturna (queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	29- _____
30. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim	30- _____
31. Quantos forros vaginais você usa por dia? _____ (Escreva 0, caso não utilize forros)	31- _____
32. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual	32- _____
33. Dificuldade de iniciar micção (queixa-se de atraso para iniciar a micção – hesitação)? 0 – Não 1- Sim	33- _____
34. Disúria? 0 – Não 1- Sim	34- _____
35. Força para iniciar a micção? 0 – Não 1- Sim	35- _____
36. Polaciúria (Nº micções diurnas ≥ 7vezes)? 0 – Não 1- Sim	36- _____
37. Sensação de esvaziamento incompleto (a bexiga não esvaziou completamente após a micção)? 0 – Não 1- Sim	37- _____
38. Hematúria? 0 – Não 1- Sim	38- _____
39. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim	39- _____
40. ITU recorrente (No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses)? 0 – Não 1- Sim	40- _____
41. Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio)	41- _____
42. Incontinência fecal? 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3- “mancha a calcinha”	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
48. TOTAL					

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

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

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

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

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

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

63. Frouxidão vaginal? 0 – Não 1- Sim

PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO

DUM: ___/___/___

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

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

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

67. G: _____ 68. P: _____ 69. A: _____

70. Partos vaginais: _____

71. Partos fórceps: _____

72. Partos cesarianos: _____

73. Maior peso RN: _____ gramas () Não lembra



74. Antecedentes Clínicos: 0-Nenhum 1-Diabetes 2-HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse 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- Miomas 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-_____ 82-_____ 83-_____										
EXAME FÍSICO											
82. Vulva: 0- Normal 1- Atrófica	84-_____										
83. Laceração perineal: 0-Ausente 1- Pele 2- Cutâneo-mucosa 3- Músculo-aponeurótica	85-_____ 86-_____ 87-_____										
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>84. Aa</td> <td>85. Ba</td> <td>86. C</td> </tr> <tr> <td>87. HG</td> <td>88. CP</td> <td>89. CVT</td> </tr> <tr> <td>90. Ap</td> <td>91. Bp</td> <td>92. D</td> </tr> </table>	84. Aa	85. Ba	86. C	87. HG	88. CP	89. CVT	90. Ap	91. Bp	92. D	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td> Estágio (ICS, 1996) (pelo maior ponto de prolapso) 93. 0 () I () II () III () IV () 94. () 1- Ba () 2- Bp () 3- C () 4-D </td> </tr> </table>	Estágio (ICS, 1996) (pelo maior ponto de prolapso) 93. 0 () I () II () III () IV () 94. () 1- Ba () 2- Bp () 3- C () 4-D
84. Aa	85. Ba	86. C									
87. HG	88. CP	89. CVT									
90. Ap	91. Bp	92. D									
Estágio (ICS, 1996) (pelo maior ponto de prolapso) 93. 0 () I () II () III () IV () 94. () 1- Ba () 2- Bp () 3- C () 4-D											
Assinatura do examinador do POP-Q: _____	88-_____ 89-_____ 90-_____ 91-_____ 92-_____ 93-_____ 94-_____ 95-_____ 96-_____										
95. Perda urinária ao esforço solicitado? 0- Não 1- Em jato 2- Em gotas	97-_____										
96. Foi sincrônica? 0 – Não 1- Sim 2 – Não se aplica (não perdeu urina durante o esforço solicitado)	98-_____										
97. Houve perda com a redução do prolapso? 0 – Não 1-Sim 2 – Não se aplica (não tem prolapso)	99-_____										
98. A paciente apresenta sensibilidade perineal? 0 – Não 1-Sim	100-_____										
99. A paciente apresenta reflexo anal? 0 – Não 1-Sim	101-_____										
100. Peso _____ Altura _____ 1-[≤ 18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)]	CLASSE _____										
101. IMC: _____ Kg/m ² classe: _____ 4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[≥40 (Obesidade3-mórbida)]											
110. DIAGNÓSTICO CLÍNICO (Descreva todos os compartimentos): 0 – Normal (não tem IU nem POP)	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: _____ cmH ₂ O	
117. Pressão vesical no fluxo máximo: _____ cmH ₂ O	
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/cmH ₂ O	
122. Perda de urina ao esforço: 0-Não 1-Sim: _____ ml	
123. Pressão de Perda: _____ cmH ₂ O	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 : ____ / ____ / ____		
ORIENTAÇÃO	Marque um X	
<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. _____
DIFERENÇA ENTRE O PESO PÓS E PRÉ TESTE		
131. RESULTADO DO PAD-TEST: 0-Negativo 1-Positivo		131. _____
_____ Ass. do responsável pela coleta dos dados		



VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF – 36)						SPSS
DATA: ____/____/____ (Quanto > o escore, melhor a qualidade de vida)						
ESTADO GERAL DE SAÚDE						
132- Em geral você diria que sua saúde é:						
1-Excelente (5,0) 2-Muito Boa (4,4) 3-Boa (3,4) 4-Ruim (2,0) 5- Muito Ruim (1,0)						
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)	
TOTAL						
134- DOMÍNIO ESTADO GERAL DE SAÚDE= _____						134-_____
[(VALOR QUESTÃO 132+ TOTAL DA QUESTÃO 133) – 5] X 100 / 20						
CAPACIDADE FUNCIONAL						
Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?						
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			
TOTAL						
135- DOMÍNIO CAPACIDADE FUNCIONAL= _____						135-_____
[(VALOR QUESTÃO – 10) X 100] / 20						



LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS						
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?						
	Sim	Não				
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2				
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2				
TOTAL						
136- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. FÍSICOS = _____						
$[(\text{VALOR QUESTÃO} - 4) \times 100] / 4$						
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS						
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?						
	Sim	Não				
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2				
TOTAL						
137- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. EMOCIONAIS = _____						
$[(\text{VALOR DA QUESTÃO} - 3) \times 100] / 3$						
ASPECTOS SOCIAIS						
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?						
1- De forma nenhuma (5,0) 2- Ligeiramente (4,0) 3- Moderadamente (3,0) 4- Bastante (2,0) 5- Extremamente (1,0)						
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)?						
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 = _____						
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 138} + \text{QUESTÃO 139}) - 2] \times 100\} / 8$						
VITALIDADE						
Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.						
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se 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
TOTAL						
141- DOMÍNIO VITALIDADE = _____						
$\{[\text{VALOR DA QUESTÃO} - 4] \times 100\} / 20$						



DOR						
142- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?						
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)						
143- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?						
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)						
TOTAL=						
144- DOMÍNIO DOR = _____						
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 142} + \text{QUESTÃO 143}) - 2] \times 100\} / 10$						
144- _____						
SAÚDE MENTAL						
Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.						
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
TOTAL						
145- DOMÍNIO SAÚDE MENTAL = _____						
$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 19}) - 5] \times 100\} / 25$						
145- _____						
Ass. do Responsável pelo preenchimento dos dados						



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- _____
LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DAS TAREFAS	
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- _____
LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL	
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 \geq 1; se 0, então $..-2$) / 6) x 100	158- _____
RELAÇÕES PESSOAIS	
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 \geq 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- _____
EMOÇÕES	
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- _____
SONO/DISPOSIÇÃO	
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	168- _____



MEDIDAS DE GRAVIDADE	
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	169. _____
171. Você controla a quantidade de líquido que bebe? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	170. _____
172. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	171. _____
173. Você se preocupa em estar cheirando urina? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	172. _____
174. Você fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3-Várias vezes 4- Sempre	173. _____
175. MEDIDAS DE GRAVIDADE = _____ $((\text{Pontuação das Questões } 170 + 171 + 172 + 173 + 174) - 5) / 15) \times 100$	174. _____
Responsável pela coleta dos dados: _____ DATA: ____/____/____	175. _____
AValiação da Função Sexual de Mulheres com IU e/ou POP – PISQ-12	
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)	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	
188. Como você descreveria sua saúde neste momento?	188- ____
1- Muito Boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim 5- Muito ruim	
189. SCORE PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE = _____	189- ____
$[(\text{VALOR QUESTÃO } 188 - 1)/4] \times 100$	
IMPACTO DO PROLAPSO	
190. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida?	190- ____
1- Não afeta 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito	
191. SCORE IMPACTO DO PROLAPSO = _____	191- ____
$[(\text{VALOR QUESTÃO } 190 - 1)/3] \times 100$	
LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS	
192. Com que intensidade seu prolapso atrapalha suas tarefas de casa? (ex.limpar, lavar, cozinhar, etc.)?	192- ____
1- Nenhuma 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
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?	193- ____
1- Nenhuma 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
194. SCORE IMPACTO NAS ATV. DIÁRIAS= _____	194- ____
$[(\text{VALOR QUESTÃO } 192 + 193) - 2]/6] \times 100$	
LIMITAÇÃO FÍSICA	
SPSS	
195. Seu prolapso atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc?	195- ____
1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
196. Seu prolapso atrapalha quando você quer fazer uma viagem?	196- ____
1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
197. SCORE LIMITAÇÃO FÍSICA= _____	197- ____
$[(\text{VALOR QUESTÃO } 195 + 196) - 2]/6] \times 100$	
LIMITAÇÃO SOCIAL	
198. Seu prolapso atrapalha quando sua vida social (sair para igreja, reunião, festa...)?	198- ____
1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
199. Você deixa de visitar seus amigos por causa do seu prolapso?	199- ____
1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
200. O peso ou a bola na vagina incomoda seus familiares?	200- ____
0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito	
201. SCORE LIMITAÇÃO SOCIAL= _____	201- ____
Se o valor da questão 200 for $\geq 1 = [(\text{VALOR QUESTÃO } 198 + 199 + 200) - 3]/9] \times 100$	
Se o valor da questão 200 for = 0 $[(\text{VALOR QUESTÃO } 198 + 199 + 200) - 2]/6] \times 100$	



RELAÇÕES PESSOAIS	
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 NÃO ANOTAR O VALOR	204- _____
EMOÇÕES	
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- _____
SONO/ENERGIA	
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- _____
MEDIDAS DE SEVERIDADE	
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: _____	