



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

MARTA QUÉZIA SILVA FONTENELE

IMPACTO DOS SINTOMAS DO ASSOALHO PÉLVICO NA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

FORTALEZA

2018

MARTA QUÉZIA SILVA FONTENELE

IMPACTO DOS SINTOMAS DO ASSOALHO PÉLVICO NA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia. Este trabalho se encontra de acordo com as normas da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Prof. Dra. Simony Lira do Nascimento

Co-orientadora: Mayle Andrade Moreira

FORTALEZA

2018

Impacto dos sintomas do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária

Marta Quézia Silva Fontenele¹, Mayle Andrade Moreira², Vilena Barros de Figueiredo²,
Simony Lira do Nascimento²

¹Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

²Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência:

Prof. Dra Simony Lira do Nascimento

Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da UFC

Rua Major Weyne, 1440 – Rodolfo Teófilo – CEP 60430-160 – Fortaleza/ CE

Fone: (85) 3366 8091/ 3366 8812

E-mail: simonylira@yahoo.com.br

Agradecemos à equipe do Projeto de Fisioterapia na Saúde da Mulher (PROFISM) da Universidade Federal do Ceará que contribuiu para o desenvolvimento desse estudo, dedicando-se com afinco à coleta dos dados

Declaramos que o presente estudo não apresenta conflitos de interesse

Impacto dos sintomas do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária

Resumo:

Objetivo: Analisar o impacto dos sintomas relacionados ao assoalho pélvico na qualidade de vida (QV) de mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional analítico e transversal constituído por mulheres com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e Mista (IUM). Foram coletados os dados sociodemográficos, clínicos, obstétricos, urinários e de atividade física por meio da anamnese. A musculatura do assoalho pélvico foi avaliada por meio da escala PERFECT e perineometria e os dados de incômodo e impacto na qualidade de vida dos sintomas do assoalho pélvico foram coletados por meio dos instrumentos The short Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-SF-20) e Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7). As médias dos questionários foram comparadas pelo teste de Correlação de Person adotando um nível de significância de 5%. **Resultados:** Participaram do estudo 72 mulheres com idade de $51,75 \pm 11,91$ anos, sendo a maioria (54,2%) com diagnóstico de IUM. A presença e o desconforto dos sintomas do assoalho pélvico impactaram negativamente na QV da amostra considerando atividades, sentimentos e relacionamentos ($r = 0,52$, $p < 0,001$). Os sintomas urinários, principalmente os relacionados a incontinência, foram mais prevalentes, incômodos e impactantes na redução da QV ($r = 0,51$, $p < 0,001$), comparados aos demais sintomas do assoalho pélvico. Foi encontrado prejuízo na função da MAP, mas isto não foi relacionado ao incômodo dos sintomas. **Conclusão:** A severidade dos sintomas do assoalho pélvico afetou negativamente na qualidade de vida da amostra, sendo os sintomas urinários os mais impactantes.

Palavras-Chave: Distúrbios do Assoalho Pélvico, Qualidade de Vida, Incontinência Urinária, Saúde da Mulher, Assoalho Pélvico

Abstract:

Objective: To analyze the impact of pelvic floor-related symptoms on the quality of life (QoL) of women with stress or mixed urinary incontinence. **Methods:** This is an observational and cross-sectional observational study of women with Urinary Incontinence Stress (SUI) and Mixed (MUI). Sociodemographic, clinical, obstetrical, urinary and physical activity data were collected through anamnesis. The pelvic floor musculature was evaluated using the PERFECT scale and perineometry, and the data of discomfort and impact on the quality of life of the pelvic floor symptoms were collected using the instruments The short Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-SF-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7). The averages of the questionnaires were compared by the Person Correlation test, adopting a significance level of 5%. **Results:** 72 women aged 51.75 ± 11.91 years participated in the study, the majority (54.2%) with IUM. The presence and discomfort of pelvic floor symptoms negatively impacted the QoL of the sample considering activities, feelings and relationships ($r = 0.52$, $p < 0.001$). Urinary symptoms, especially those related to incontinence, were more prevalent, uncomfortable and impacting in the reduction of QoL ($r = 0.51$, $p < 0.001$), compared to the other symptoms of the pelvic floor. It was found impairment in MAP function, but this was not related to the discomfort of the symptoms. **Conclusion:** The severity of pelvic floor symptoms negatively affected the quality of life of the sample, with urinary symptoms being the most striking.

Keywords: Pelvic Floor Disorders, Quality of Life, Urinary Incontinence, Women's Health, Pelvic Floor.

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Internacional de Uroginecologia (AIU)/ Sociedade Internacional de Continência (SIC), a Incontinência urinária (IU) é definida como queixa de perda involuntária de urina¹, sendo os seus tipos mais comuns a incontinência urinária de esforço (IUE), de urgência (IUU) e a mista (IUM)². Esta condição de saúde tem prevalência variada de 5% a 69% em mulheres a depender da população estudada, com a maioria dos estudos na faixa de 25 % a 45%.³

Estudos têm mostrado que a IU tem grande impacto na qualidade de vida (QV) de mulheres afetando a funcionalidade, a saúde mental ou emocional, a vida social, a sexualidade, a autopercepção e as relações interpessoais. Estes aspectos podem tornar as mulheres mais deprimidas, ansiosas, frustradas e/ou nervosas e prejudicar suas atividades do cotidiano, laborais, físicas e de entretenimento.⁴⁻⁶

Além dos sintomas urinários, outros sintomas do assoalho pélvico podem estar presentes em mulheres com IU, sendo alguns deles, a urgência fecal, incontinência anal, constipação, sensação de abaulamento vaginal, pressão pélvica, dispareunia e a frouxidão vaginal¹. Estes sintomas estão associados a outras disfunções do assoalho pélvico, como o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) e as disfunções anorretais e sexuais, que comumente podem apresentar forte associação entre si, bem como propensão a coexistência em mulheres⁷.

Estes sintomas por sua vez também podem trazer impactos significativos na qualidade de vida das mulheres, associados ou não à incontinência urinária. Um estudo realizado com uma população geral de mulheres adultas (N=539) mostrou que mulheres com POP sintomático, apresentam piores escores de qualidade de vida quando comparadas as mulheres assintomáticas e que a presença dessa disfunção revela anos de vida perdidos por mortalidade e incapacidade⁸. Quanto aos sintomas intestinais, a constipação causa impacto na qualidade de vida, sendo encontrados piores escores em mulheres com constipação persistente em relação às que apresentavam constipação transitória ou que não apresentavam sintomas⁹. Sobre a incontinência anal (IA), um estudo com 457 mulheres encontrou que $\frac{3}{4}$ das mulheres com IA da amostra apresentaram alteração na qualidade de vida, sendo encontrado piores escores em mulheres que perdiam fezes líquidas¹⁰.

Sobre a coexistência desses sintomas do assoalho pélvico, por sua vez, foi encontrado piores escores de QV em mulheres com queixa de IU e/ou POP que apresentavam IA ou outros

sintomas intestinais associados¹¹. Outro estudo por sua vez, revelou um prejuízo em domínios de QV relacionados a incontinência fecal (IF), como comportamento de enfrentamento, depressão ou autopercepção, estilo de vida e nível de constrangimento¹². Uma pior qualidade de vida também foi encontrada em pacientes com IF grave com sintomas colorretal/anal e urinários mais graves¹³.

A avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência é uma recomendação da SIC e o uso de ferramentas específicas é considerado mais sensível para mensuração da QV quando comparado ao uso de questionários genéricos¹⁴. Contemplar a subjetividade do paciente é de suma importância para complementar a avaliação e auxiliar na tomada de decisão clínica centrada na funcionalidade.

Ainda existem poucos estudos que correlacionam a qualidade de vida com os sintomas do assoalho pélvico bem como a coexistência das disfunções do assoalho pélvico, e mais estudos com essa temática devem ser desenvolvidos. Tendo em vista essa necessidade o presente estudo teve como objetivo principal analisar o impacto dos sintomas relacionados ao assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista, bem como seu impacto na função da musculatura do assoalho pélvico (MAP).

MÉTODOS

Delineamento e cenário do estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional analítico do tipo transversal realizado no Laboratório de Pesquisa em Saúde da Mulher (LAMU) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, em São Carlos-SP, e no serviço de Fisioterapia do Ambulatório de Uroginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza-CE, no período de outubro de 2015 a novembro de 2018. O estudo refere-se a uma análise secundária de uma pesquisa de intervenção intitulada “Efeitos do tratamento fisioterapêutico individual versus tratamento individual com progressão para grupo versus treino em grupo para mulheres com incontinência urinária de esforço: estudo randomizado e controlado”.

Amostra de participantes

A amostra do estudo foi constituída por mulheres com o diagnóstico de IUE (incluindo as pacientes com IUM) recrutadas mediante uma lista de espera para avaliação fisioterapêutica

do serviço de Fisioterapia, do Ambulatório de Uroginecologia da MEAC, sendo selecionada por conveniência. Já as participantes do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos foram recrutadas por meio de anúncios em revistas, redes sociais e panfletos.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas mulheres que apresentavam IUE (incluindo as participantes com IUM) com idade a partir de 18 anos e que respondessem com sim à pergunta “durante o mês passado você teve perda involuntária de urina ao realizar algum esforço físico, como por exemplo: tossir, levantar, espirrar ou rir?” e responder com sim ou não à questão “durante o último mês você teve uma forte vontade de urinar que era impossível chegar a tempo no banheiro?”.^{15,16}

Mulheres que apresentavam incontinência urinária de urgência (IUU) isolada, doenças neuromusculares, asma, tumores, insuficiência cardíaca, valor de “P” da escala PERFECT graduado em 0, infecção urinária, déficit cognitivo, hipertensão arterial não controlada, presença de prolapso severos (prolapso visível no intróito vaginal) e que haviam realizado tratamento fisioterapêutico há menos de 12 meses foram excluídas do estudo.

Coleta de dados

Recrutamento da Amostra

Ao comparecer ao ambulatório da MEAC ou ao LAMU, a paciente era convidada a participar da pesquisa desenvolvida sendo explicados os objetivos do estudo e garantido o sigilo da identidade e das informações colhidas. Todas as mulheres consentiram em participar do estudo mediante a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a entrega da via do TCLE, realizavam-se: a anamnese, a avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico, a perineometria e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados em sequência, sendo analisado durante essas etapas se as participantes apresentavam algum dos critérios de exclusão.

Anamnese

Na anamnese, por meio de uma ficha de avaliação (APÊNDICE A), foram coletadas informações sócio-demográficas (idade, IMC, escolaridade, profissão, classe econômica e estado civil), dados clínicos (queixa principal, doenças associadas e prolapso de órgãos pélvicos), antecedentes obstétricos, sintomas urinários e informações sobre a prática de atividade física.

Avaliação da Musculatura do Assoalho Pélvico

Para a avaliação da função da musculatura do assoalho pélvico (MAP), por sua vez, a paciente foi posicionada em decúbito dorsal, com flexão de quadril e joelho e a avaliadora realizou palpação unidigital, introduzindo o seu dedo indicador cerca de 4 cm no canal vaginal, fazendo uso de luva de procedimento e gel a base de água. A função muscular foi avaliada através da escala PERFECT¹⁷, na qual a paciente é orientada a contrair a MAP conforme as seguintes etapas:

P (“Power”) – Pressão: Foi solicitado que a mulher realizasse uma contração voluntária máxima (CVM), utilizando-se minimamente da musculatura acessória (adutores do quadril, abdominais e glúteos), segundo a instrução de um movimento “para dentro e para cima”. A graduação da pressão gerada nos dedos do examinador pela MAP foi feita subjetivamente pela escala validada de *Oxford* Modificada (Quadro 1).

E (“Endurance”) - Sustentação: Foi solicitado que a mulher realizasse uma contração voluntária máxima e a sustentasse pelo máximo de tempo que conseguisse, sendo cronometrado o tempo em segundos em que a mesma sustentava o grau de pressão sem perder a qualidade de contração.

R (“Repetitions”) – Repetições: A voluntária foi orientada a repetir a tarefa da etapa anterior, ou seja, realizar a CVM mantendo o mesmo grau de pressão da MAP obtido na etapa Power durante o mesmo tempo obtido na etapa Endurance, o máximo de vezes que conseguir e o número de repetições foram registradas.

F (“Fast”) - Contrações rápidas: Após 1 minuto de repouso, as voluntárias foram orientadas a “contrair- relaxar” da maneira mais vigorosa e rápida possível, o máximo de vezes que conseguir e o número de contrações foram registradas.

ECT (“Every Contraction Timed”) – Cada Contração Cronometrada: Durante a realização das contrações da MAP, o tempo foi cronometrado e a sequência dos eventos registrada.

Com base no valor de Power (P) da escala PERFECT, as participantes foram categorizadas em duas classificações, uma desenvolvida pela SIC¹⁸ que classifica a função de contração da MAP em Ausente, Fraco, Normal ou Forte e uma outra classificação de força¹⁹ que estratifica a amostra, de acordo com o valor de P, em duas categorias: $P \leq 2$ ou $P \geq 3$. Em

relação a classificação de força da ICS, convencionou-se que mulheres que apresentassem P entre 0 e 2 seriam classificadas na categoria Fraco, P = 3 na Normal e P4 e P5 na Forte.

Perineometria

Em seguida, ainda na mesma posição, a voluntária foi submetida à avaliação da pressão de contração da musculatura do assoalho pélvico por meio do equipamento Peritron (Cardio Design Pty Ltd, Oakleigh, Victoria, Austrália) que possui graduação de 0 a 300 cmH₂O e é equipado com uma sonda vaginal (28x55 mm). A sonda do perineômetro foi revestida por um preservativo masculino não lubrificado e introduzida, com um pouco de gel lubrificante à base de água, na vagina da voluntária. Em seguida, foi coletado o valor da pressão vaginal de repouso, ou seja, na ausência de contração voluntária da MAP. Logo após, o aparelho foi calibrado e a voluntária recebeu o comando verbal para realizar contração voluntária máxima da MAP de cinco segundos de duração por 3 vezes com intervalo de 30 segundos entre as contrações, seguindo as mesmas orientações repassadas na etapa Power da escala PERFECT. A pesquisadora analisou visualmente se as contrações da MAP foram realizadas corretamente, observando o movimento da sonda vaginal e de contrações mínimas da musculatura acessória²⁰. Para a análise dos dados foi realizado uma média das 3 medições encontradas.

Instrumentos de coleta de dados

Ao final, foram aplicados os questionários *The short Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-SF-20)* e *Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)*²¹, validados para a língua portuguesa (Brasil)²². O questionário PFDI-SF-20 (ANEXO A) é um instrumento de 20 questões dividido entre 3 domínios (Bexiga, Intestino e Pelve) nas subescalas: Inventário de Distúrbio de Prolapso de Órgão Pélvico (POPDI-6) com 6 questões, Inventário de Distúrbio Colorretal-Anal (CRADI-8) com 8 questões e Inventário de Distúrbio Urinário (UDI-6) com 6 questões. Em cada item é perguntado se a paciente apresenta determinado sintoma, considerando os últimos 3 meses. Se a resposta for “sim” a mesma deverá classificar o quanto esse sintoma a incomoda, entre as alternativas nada, um pouco, moderadamente ou bastante. Em relação à pontuação, o escore de cada subescala pode variar de 0 a 100 e o valor total entre 0 e 300. O questionário PFIQ-7 (ANEXO B), por sua vez, é um instrumento composto de sete questões e dividido em três subescalas: Questionário de Impacto Urinário (UIQ-7), Questionário de Impacto Colorretal-Anal (CRAIQ-7) e Questionário de Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico (POPIQ-7). Em cada questão a paciente responde o quanto os sintomas da bexiga, intestino ou vagina afetam suas

atividades, relacionamentos e sentimentos, escolhendo uma alternativa, na escala de Likert, que melhor descreve (Nem um pouco, um pouco, moderadamente ou bastante). A pontuação de cada subescala varia de 0 a 100 e o escore resumido do questionário varia entre 0 e 300. Ambos os instrumentos utilizados avaliam a qualidade de vida, sendo o PFDI-SF-20 relacionado aos sintomas e o PFIQ-7 relacionado a aspectos físicos, sociais e emocionais. Escores mais altos nestes questionários identificam um maior impacto na qualidade de vida.

Métodos Estatísticos

Os dados coletados foram tabulados no *Excel*[®] e analisados por meio do programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” - SPSS versão 22.0 para *Windows*. As normalidades dos dados foram testadas pelo teste de *Shapiro Wilk*. O teste de correlação de *Person* foi utilizado para comparar as médias dos scores total e parcial do questionário PFIQ-7 e da força dos MAP, pelo Power e Perineometria, com as médias dos scores total e parcial do questionário PFDI-SF-20. A comparação das classificações de força dos MAP com duas amostras ($P \leq 2$ e $P \geq 3$) e três amostras (Classificação ICS) com o score total do PFDI-SF-20 foram realizados pelo Teste *T-Student* para medidas independentes e ANOVA, respectivamente. Os dados foram dispostos em média e desvio-padrão ou em frequência, a depender da variável avaliada. Foi adotado um nível de significância de 5%.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de São Carlos e aprovado com parecer 2.579.162., com anuência do CEP da MEAC. As pacientes receberam informações a respeito da pesquisa a ser desenvolvida e aquelas que consentiram a participar assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

RESULTADOS

Participaram do estudo 72 mulheres, 54,2% com queixa de IUM e 45,8% de IUE, com média de idade de $51,75 \pm 11,91$ anos, das quais 29 mulheres (40,3%) completaram os estudos entre o 1^a e 9^a série, 50 (69,4%) possuíam alguma atividade remunerada, sendo 30 destas (41,7%) da classe econômica C2 de renda familiar média de 1.446,24 reais, e 44 (61,1%) eram casadas ou estavam em uma união estável (TABELA 1).

Além disso, 32 participantes (44,4%) possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus, 37 (51,4%) não realizavam nenhum tipo de atividade física e a grande

maioria apresentavam histórico de partos prévios (94,4%, $2,41 \pm 1,37$ partos), sendo o parto vaginal a via mais frequente (76,4%) (Tabela 1).

Em relação às queixas urinárias, perda urinária ao espirrar e tossir (97,2%), urgência (62,5%), urge-incontinência (59,7%) e sensação de esvaziamento incompleto (58,3%) foram os sintomas mais relatados pela amostra estudada (Tabela 2). Outros sintomas do assoalho pélvico prevalentes por subescalas do questionário PFDI-SF-20 foram: perda de urina durante risadas, tosses ou espirros (93,1%) e perda de urina em pequena quantidade (87,5%) na subescala de sintomas urinários (UDI-6), urgência fecal (56,9 %) e sensação de evacuação incompleta (20,8%) na subescala de sintomas intestinais (CRADI-8) e pressão pélvica e sensação de esvaziamento incompleto (23,6% cada) na subescala de sintomas de prolapso (POPDI-6). Foi encontrada ainda uma prevalência de 11,2% de mulheres com incontinência fecal e 25% com prolapso de órgãos pélvicos considerando os dados da anamnese e do questionário de sintomas.

Observou-se uma correlação positiva moderada ($r = 0,52$) entre os instrumentos PFDI-SF-20 e PFIQ-7, ($p < 0,001$), evidenciando que a presença e o incômodo dos sintomas do assoalho pélvico encontrado pelo questionário PFDI-SF-20 impactam negativamente na qualidade de vida avaliada pelo PFIQ-7, considerando as atividades, sentimentos e relacionamentos. Quando comparadas as subescalas do PFDI-SF-20 (UDI-6, POPDI-6 e CRADI-8) com as escalas correspondentes do PFIQ-7 (UIQ-7, POPIQ-7 e CRAIQ-7) também foi encontrada correlação positiva significativa, sendo moderada entre as subescalas relacionadas aos sintomas urinários e fraca em relação as demais (Tabela 3).

A tabela 4 demonstra as medidas da avaliação da musculatura do assoalho pélvico pela escala PERFECT e Peritron®, evidenciando que não houve correlação significava entre a média do Power e do Peritron com a média do PFDI. Em relação as classificações de função da MAP adotadas, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando comparado a classificação da ICS (Tabela 5) e de estratificação do P da escala PERFECT (Tabela 6) com o score total de incômodo dos sintomas do assoalho pélvico do PFDI-SF-20.

DISCUSSÃO

Nossos resultados evidenciaram que uma maior severidade dos sintomas do assoalho pélvico avaliado pela presença e o incômodo dos sintomas pelo instrumento PFDI-SF-20,

impactam negativamente na qualidade de vida avaliado pelo PFIQ-7 no que se refere às atividades, sentimentos e relacionamentos na amostra composta por mulheres com IU.

A incontinência urinária é a disfunção do assoalho pélvico (DAP) mais prevalente segundo dados de estudos brasileiros e internacionais. Estudos nacionais mostram uma prevalência de IU variando entre 23% e 52,3%^{23,24}. Um estudo desenvolvido no Estados Unidos, por sua vez, evidenciou que 23,7% mulheres apresentavam DAP, sendo a maioria (15,7%) com incontinência urinária²⁵.

Em relação ao subtipo da IU, estudos mostram uma prevalência maior de IUE^{26,27}, contudo em nossa amostra a IUM foi encontrado em um maior número de mulheres. Isso se dá pelo fato da amostra ser composta por mulheres com idade avançada que apresentam mais predisposição à IU associada a urgência e de que formas mais graves de IUE são encaminhadas diretamente para tratamento cirúrgico, enquanto mulheres com IU de leve a moderada são encaminhadas para tratamento conservador, como a fisioterapia. Essa baixa severidade da IU pode explicar o fato dos escores de incômodo e impacto na QV, encontrados em nossos instrumentos de coleta, não apresentarem valores tão elevados, não contribuindo assim para uma redução drástica da QV.

Quanto aos sintomas urinários, em nosso estudo foram observados mais sintomas relacionados a incontinência urinária, como perda urinária ao espirrar e tossir, urgência e urge-incontinência em relação aos demais sintomas urinários e do assoalho pélvico. Estes achados também foram encontrados em outros dois estudos que relataram a incontinência (92,9%), perda aos esforços (97%), na tosse, espirro, riso e atividade de carregar peso, e urgência miccional (78,8%) como as queixas mais relatadas pelas participantes^{28,29}. Isso se justifica pelo fato da IU ser a principal queixa e motivo pela procura por atendimento, mesmo na vigência de outras disfunções do assoalho pélvico nestas amostras^{30,31}.

Além disso, os resultados do presente estudo mostraram ainda escores maiores de desconforto dos sintomas e impacto na qualidade de vida das subescalas relacionadas aos sintomas urinários (UDI-6 e UIQ-7), havendo uma correlação mais forte entre elas. Isso ocorre, porque a gravidade dos sintomas de IU é o principal preditor para a redução da QV genérica e específica, segundo os achados de um estudo transversal com 3684 mulheres³². Apesar de os sintomas urinários serem os responsáveis pela maior parte do impacto na qualidade de vida nessa amostra, o fato da amostra não apresentar mulheres com IU grave faz com que a redução da QV não seja tão expressiva. Além disso, os sintomas urinários correspondem a 1/3 das

subescalas incorporadas no instrumento, logo sua maior prevalência e incômodo não acarretarão em elevação expressiva dos scores totais dos instrumentos.

Os nossos resultados evidenciaram ainda sintomas anorretais como urgência fecal, sensação de evacuação incompleta e IF e sintomas de prolapso, como pressão pélvica e sensação de esvaziamento incompleto na amostra estudada. A associação da incontinência urinária com POP e outros sintomas relacionados às disfunções anorretais é constantemente relatada pelos estudos ^{29,31}.

Estes sintomas associados a IU trouxeram incômodo e pior qualidade de vida às participantes do presente estudo, evidenciado pela correlação significativa entre os escores totais e das subescalas dos dois instrumentos. Isso é explicado pelo maior impacto da coexistência de sintomas do assoalho pélvico em relação à disfunção isolada. Um estudo que relatou a prevalência, incômodo e impacto na qualidade de vida dos sintomas intestinais em mulheres atendidas por IU e POP, encontrou em dois momentos que mulheres com IU e sintomas intestinais, como incontinência anal, constipação ou urgência fecal apresentaram pior qualidade de vida geral e específica em relação àquelas que tinham apenas IU¹¹. Os escores das subescalas relacionadas aos sintomas intestinais (CRADI-8 e CRAIQ-7) e de prolapso (POPDI-6 e POPIQ-7), contudo, não evidenciaram um alto impacto na qualidade de vida, talvez pela baixa prevalência desses sintomas na nossa amostra.

Para mensuração do incômodo dos sintomas e QV, utilizamos os instrumentos específicos PFDI-SF-20 e PFIQ-7. Na literatura, o uso desses questionários é constantemente associado a avaliação da melhora dos desfechos funcionais e de QV de mulheres submetidas a cirurgias para correção de prolapso e outras intervenções, bem como a avaliação de DAP em puérperas.

Um estudo de viabilidade, porém, utilizou esses dois instrumentos para mensurar a severidade dos sintomas e a qualidade de vida com uma amostra composta por mulheres com diagnóstico de DAP, visando analisar a utilidade do uso de instrumentos de avaliação da qualidade de vida genérica em mulheres com IF. Os achados dessa pesquisa encontraram uma correlação de moderada a alta entre os instrumentos PFDI-20 e PFIQ-7 (escores totais e por subescalas) e três instrumentos que mensuram a qualidade de vida autorrelatada de forma genérica, indicando que piores escores nesses instrumentos se correlacionavam com maior severidade dos sintomas e pior qualidade de vida específica às DAP, evidenciando que a severidade dos sintomas e a qualidade de vida relacionada aos sintomas do assoalho pélvico

impactam na QV geral das mulheres³⁰. Em nossa pesquisa não avaliamos a QV genérica, mas compreender essa correlação é importante para mensurar a dimensão do impacto dos sintomas do AP.

Em relação a avaliação da MAP, semelhante aos nossos resultados, um recente estudo de 2018 que avaliou 216 mulheres pós-menopausa com e sem DAP quanto a função dos músculos do assoalho pélvico e qualidade de vida não encontrou relação estatisticamente significativa entre a função da MAP e a qualidade de vida avaliada pelo questionário *King's Health Questionnaire*¹⁹. De igual forma, outro estudo que utilizou uma escala modificada de Oxford com 15 categorias, a perineometria e dois questionários genéricos de QV (EuroQoL-5D e SF-12) não encontrou correlação entre a avaliação genérica de QV e a avaliação da MAP. Sendo assim, a função da MAP não é capaz de determinar a QV, e sim a severidade dos sintomas, como encontrado em nosso estudo. A musculatura pode apresentar-se mais fraca em indivíduos com maior severidade dos sintomas, mas é a apresentação dos sintomas que define o quanto a QV será prejudicada. Em nosso estudo, avaliamos essa relação entre a severidade dos sintomas pelo PFDI-20 e a função da MAP pela escala PERFECT e perineometria, contudo nenhuma relação foi encontrada.

A principais limitações do estudo foram a amostra composta de mulheres com diagnóstico de IU com baixa prevalência de outras DAP e não incluir mulheres com IUU e com prolapso severos, condições estas que certamente contribuiriam para um maior impacto na qualidade de vida.

Este estudo, diferente dos demais, não avalia apenas o impacto da IU na qualidade de vida, mas o impacto de outros sintomas do assoalho pélvico, muitas vezes negligenciados. Além disso, o estudo ainda correlacionou dois instrumentos, não se limitando a apresentar apenas os achados de QV, mas estabelecendo sua relação com os sintomas.

Os questionários PFDI-SF-20 e PFIQ-7 podem ser instrumentos aliados na avaliação da qualidade de vida e na detecção de DAP, muitas vezes subnotificadas. Além disso, esses instrumentos podem ser usados ainda como auxiliares à Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) fornecendo informações relacionadas a estrutura e função através do PFDI-20 e de atividades e participação através do PFIQ-7. Estas informações irão contribuir para um tratamento centrado na funcionalidade, aspecto importante na QV dos indivíduos, contrapondo então o modelo biomédico centrado na doença.

CONCLUSÃO

Em mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista, a existência de sintomas urinários, intestinais e de prolapso de órgãos pélvicos trouxe desconforto e impacto negativo na qualidade de vida, considerando as atividades, sentimentos e relacionamentos, revelando uma relação entre a severidade dos sintomas e a QV. Os sintomas urinários, principalmente os relacionados a IU, foram mais prevalentes, incômodos e impactantes do que os demais sintomas do assoalho pélvico. Por fim, foi observada uma reduzida pressão e resistência da MAP pela escala PERFECT e perineometria, contudo não foi encontrada correlação disso com a presença e incômodo dos sintomas do assoalho pélvico. Torna-se necessário então compreender melhor a dimensão do desconforto e impacto na QV desses sintomas em mulheres com IU para reforçar a importância de se avaliar outras disfunções do assoalho pélvico nesta população e estabelecer condutas centradas na funcionalidade. Sendo assim, a atuação da Fisioterapia é imprescindível na assistência à saúde de mulheres com disfunções do assoalho pélvico, pois contempla os aspectos funcionais relacionado as condições de saúde, estabelecendo condutas centradas no retorno a funcionalidade e melhoria da qualidade de vida. Sua inserção nas políticas públicas é de suma importância para atenção integral a saúde da mulher, auxiliando no cuidado centrado no indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) /International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010 Jan; 21(1): 5-26. doi: **10.1007/s00192-009-0976-9**
2. Abrams P, Andersson KE, Birder L, 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*. 2010; 29 (1): 213-40. doi: **10.1002/nau.20870**
3. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editores. *Incontinence*. 5^a ed. Bristol: ICUD; 2013.
4. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Neto JAV, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51(8): 1-8. doi: **http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016032603266**
5. Schimpf MO, Patel M, O'Sullivan DM, Tulikangas PK. Difference in quality of life in women with urge urinary incontinence compared to women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 Jul; 20(7): 781-6. doi: **10.1007/s00192-009-0855-4**
6. Firdolas F, Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y. Effect of urinary incontinence and its subtypes on quality of life of women in eastern Turkey. *Urology*. 2012 Dez; 80(6): 1221-6. doi: **10.1016/j.urology.2012.08.023**
7. Fornell EU, Wingren G, Kjølhed P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Abr; 83(4): 383-9. doi: **https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00367.x**
8. Svihrova V, Svihra J, Luptak J, Swift S, Digesu GA. Disability-adjusted life years (DALYs) in general population with pelvic organ prolapse: a study based on the prolapse quality-of-life questionnaire (P-QOL). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Nov; 182: 22-6. doi: **10.1016/j.ejogrb.2014.08.024**
9. Koloski NA, Jones M, Wai R, Gill RS, Byles J, Talley NJ. Impact of persistent constipation on health-related quality of life and mortality in older community-dwelling women. *Am J Gastroenterol*. 2013 Jul; 108(7): 1152-8. doi: **10.1038/ajg.2013.137**
10. Boreham MK, Richter HE, Kenton KS, et al. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Mai; 192(5): 1637-42. doi: **10.1016/j.ajog.2004.11.030**
11. Bezerra LR, Vasconcelos Neto JA, Vasconcelos CT, et al. Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. *Int Urogynecol J*. 2014 Jul; 25(7): 927-33. doi: **10.1007/s00192-013-2317-2**

12. Portella PM, Feldner PC Jr, da Conceição JC, Castro RA, Sartori MG, Girão MJ. Prevalence of and quality of life related to anal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012 Fev; 160(2): 228-31. doi: **10.1016/j.ejogrb.2011.11.009**
13. Bordeianou L, Hicks CW, Olariu A, et al. Effect of Coexisting Pelvic Floor Disorders on Fecal Incontinence Quality of Life Scores: A Prospective, Survey-Based Study. *Dis Colon Rectum.* 2015 Nov; 58(11): 1091-7. doi: **10.1097/DCR.0000000000000459**
14. Tamanini JTN, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44. doi: **http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015**
15. Rohr G, Christensen K, Ulstrup K, Kragstrup J. Reproducibility and validity of simple questions to identify urinary incontinence in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83: 969–72. doi: **10.1111/j.0001-6349.2004.00557.x**
16. Correia GN, Pereira VS, Hirakawa HS, Driuso P. Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; 173: 113–18. doi: **10.1016/j.ejogrb.2013.11.023**
17. Laycock J, Jerwood D. Pelvic Floor muscle assessment: the perfect scheme. *Physiotherapy.* 2001 Dez; 87(12): 631-42. doi: **https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X**
18. Messelink B, Benson T, Berghmans B, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2005; 24(4):374-80. doi: **10.1002/nau.20144**
19. Frota IPR, Rocha ABO, Neto JAV, et al. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018 Mai; 97(5): 552-59. doi: **10.1111/aogs.13305**
20. BØ K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ.* 1999; 7182(318): 487-493. doi: **https://doi.org/10.1136/bmj.318.7182.487**
21. Baber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185(6): 1388–95. doi: **10.1067/mob.2001.118659**
22. Arouca MA, Duarte TB, Lott DA, et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J.* 2016 Jul; 27(7): 1097-106. doi: **10.1007/s00192-015-2938-8**

23. Silva AI, Almeida C, Aguiar H, Neves M, Teles MJ. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013 Nov; 29(6): 364-76.
24. Reigota RB, Pedro AO, Machado VS, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurol Urodyn.* 2016 Jan;35(1):62-8. doi: **10.1002/nau.22679**
25. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA.* 2008 Set; 300(11): 1311-6. doi: **10.1001/jama.300.11.1311**
26. Hannestad YS1, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *J Clin Epidemiol.* 2000 Nov; 53(11): 1150-7. doi: **10.1016/S0895-4356(00)00232-8**
27. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2017 Mai; 28(5): 687-696. doi: **10.1007/s00192-017-3314-7**
28. Rodrigues MP, Barbosa LJJ, Ramos JGL, et al. Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um hospital público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. *Clin Biomed Res.* 2016 Ago; 36(3): 135-41. doi: **10.4322/2357-9730.64817**
29. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter.* 2008 Abr; 12(2): 136-42. doi: **http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552008000200010**
30. Harvie HS, Arya LA, Saks EK, Sammel MD, Schwartz JS, Shea JA. Utility preference score measurement in women with fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Jan; 204(1):72.e1-6. doi: **10.1016/j.ajog.2010.08.018**
31. Vasconcelos CT, Vasconcelos Neto JA, Bezerra LR, et al. Disfunções do assoalho pélvico: Perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de Uroginecologia. *R G&S.* 2013 Jan; 4(1): 1484-98. doi: **http://dx.doi.org/10.18673/gs.v4i1.22986**
32. Barentsen JA, Visser E, Hofstetter H, Maris AM, Dekker JH, de Bock GH. Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: a population-based study as part of a randomized controlled trial in primary care. *Health Qual Life Outcomes.* 2012 Dez; 10:153-163. doi: **10.1186/1477-7525-10-153**
33. Chevalier F, Fernandez-Lao C, Cuesta-Vargas AI. Normal reference values of strength in pelvic floor muscle of women: a descriptive and inferential study. *BMC Womens Health.* 2014 Nov; 14(1): 143. doi: **10.1186/s12905-014-0143-4**

QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Escala validada de Oxford Modificada.

Grau	Descrição
0	Ausência de resposta muscular.
1	Esboço de contração não sustentada.
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta.
3	Contração moderada, sentida como um aumento da pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal.
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica.
5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

Fonte: Laycock e Jerwood (2001)¹⁷

Tabela 1 – Características da Amostra

Variáveis	
<i>Idade (Média ± DP)</i>	51,75 ± 11,91
<i>Índice de Massa Corporal (Média ± DP)</i>	27,51 ± 4,97
<i>Escolaridade (N/%)</i>	
Nenhuma	0 (0%)
1ª a 9ª série	29 (40,3%)
1º ao 3º ano do EM	24 (33,3%)
Universitário completo	15 (20,8%)
Universitário incompleto	4 (5,6%)
<i>Atividade remunerada (N/%)</i>	
Sim	50 (69,4%)
Não	15 (20,8%)
Sem registro	7 (9,7%)
<i>Classe Econômica (N/%)</i>	
A	0 (0%)
B1	11 (15,3%)
B2	13 (18,1%)
C1	12 (16,7%)
C2	30 (41,7%)
D – E	6 (8,3%)
<i>Estado Civil (N/%)</i>	
Solteira	8 (11,1%)
Casada/união estável	44 (61,1%)
Divorciada	13 (18,1%)
Viúva	7 (9,7%)
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica (N/%)</i>	
Sim	24 (33,3%)
Não	48 (66,7%)
<i>Diabetes Mellitus(N/%)</i>	
Sim	8 (11,1%)
Não	64 (88,9%)

<i>Atividade Física (N/%)</i>	
Sim	35 (48,6%)
Não	37 (51,4%)
<i>Histórico Obstétrico (Média ± DP) / (N/%)</i>	
Média de partos	2,41± 1,37
Partos Prévios	68 (94,4%)
Partos Vaginais	55 (76,4%)
Partos Cesáreos	27 (37,5%)

Fonte: Próprio autor

Tabela 2 – Queixa principal e sintomas urinários

Variáveis	
<i>Queixa Principal (N/%)</i>	
IUE	33 (45,8%)
IUM	39 (54,2%)
<i>Urgência (N/%)</i>	
Sim	45 (62,5%)
Não	27 (37,5%)
<i>Noctúria (N/%)</i>	
Sim	36 (50%)
Não	36 (50%)
<i>Urge-incontinência (N/%)</i>	
Sim	43 (59,7%)
Não	29 (40,3%)
<i>Perda aos esforços (N/%)</i>	
Relação sexual	14 (19,4%)
Tossir ou espirrar	70 (97,2%)
Agachar	28 (38,9%)
Erguer Peso	32 (44,4%)
Caminhar	20 (27,8%)
<i>Hesitação (N/%)</i>	
Sim	10 (13,8%)
Não	62 (86,1%)
<i>Disúria (N/%)</i>	
Sim	12 (16,7%)
Não	60 (83,3%)
<i>Polaciúria (N/%)</i>	
Sim	25 (34,7%)
Não	45 (62,5%)
<i>Sensação de Esvaziamento Incompleto (N/%)</i>	
Sim	42 (58,3%)
Não	30 (41,7%)
<i>Quantidade de Perda Urinária (N/%)</i>	
Em gotas	30 (41,7%)
Em jato	33 (45,8%)
Contínua	9 (12,5%)

Fonte: Próprio autor

Tabela 3 – Média e desvio padrão escores totais e por subescalas dos questionários PFIQ-7 e PFDI-SF-20 e correlação entre o incômodo e o impacto dos sintomas do assoalho pélvico na qualidade de vida.

	Média ± DP		Média ± DP	r	p
PFDI-SF-20 Total	53,1 ± 41,4	PFIQ-7 Total	39,8±41,9	0,52	<0,001
<i>UDI-6</i>	34,0 ± 19,0	<i>UIQ-7</i>	29,1 ± 26,8	0,51	<0,001
<i>POPDI-6</i>	7,6 ± 14,7	<i>POPIQ-7</i>	4,0 ± 11,7	0,30	0,009
<i>CRADI-8</i>	13,1 ± 22,2	<i>CRAIQ-7</i>	4,9 ± 15,5	0,39	0,001

Fonte: Próprio autor

Tabela 4 – Média e desvio padrão da escala PERFECT e Perineometria e a correlação com o score total de incômodo dos sintomas do assoalho pélvico

	Média ± DP		Média ± DP	r	p
Power	2,0 ± 0,8	PFDI-SF-20 Total	53,1 ± 41,4	0,21	0,06
Endurance	3,1 ± 1,7	-	-	-	-
Repetitions	4,0 ± 1,7	-	-	-	-
Fast	6,2 ± 2,9	-	-	-	-
Perineometria	28,5 ± 20,4	PFDI-SF-20 Total	53,1 ± 41,4	- 0,19	0,1

Fonte: Próprio autor

Tabela 5 – Porcentagem de participantes por categoria da Classificação de força da ICS e a correlação com score total de incômodo dos sintomas do assoalho pélvico

Classificação ICS	N (%)	PFDI-SF-20 Total (Média ± DP)	p
Fraco	54 (75,0%)	47,9,1 ± 37,6	0,07
Normal	12 (16,7%)	77,6 ± 54,3	
Forte	6 (8,3%)	50,8 ± 33,0	

Fonte: Próprio autor

Tabela 6 – Porcentagem de participantes estratificadas pelo valor de P da escala PERFECT e a correlação com score total de incômodo dos sintomas do assoalho pélvico

Classificação de Função da MAP	N (%)	PFDI-SF-20 Total (Média ± DP)	p
P ≤ 2	54 (75,0%)	47,9 ± 37,6	0,06
P ≥ 3	18 (25,0 %)	68,7 ± 48,9	

Fonte: Próprio autor

APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO

LOCAL: LAMU () MEAC()

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data da avaliação _____ Avaliador _____	
Nome _____ Prontuário _____	
Endereço _____	
Bairro _____	Cidade _____
Telefones _____	
Email _____	
Idade _____ Data de nascimento ____/____/____ Massa corporal _____ Altura _____ IMC _____	
ESCOLARIDADE	
1.Nenhuma 2. 1ªao 9ª 3.1ºao 3ºEM 4. Universitário completo 5. Universitário incompleto	
PROFISSÃO	
1- atividade remunerada 2- não remunerada	
Classe econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015).	
A (renda familiar média: R\$ 20.272,56) B1 (renda familiar média: R\$ 8.695,88)	
B2 (renda familiar média: R\$ 4.427,36) C1 (renda familiar média: R\$ 2.409,01)	
C2 (renda familiar média: R\$ 1.446,24) D- E (renda familiar média: R\$ 639,78)	
ESTADO CIVIL	
1.solteira 2.casada /união estável 3.divorciada 4.viúva	

QUEIXA PRINCIPAL IUE () IUM()
Início dos sintomas: () Até 6 meses () De 6 meses a 1 ano () De 1 a 5 anos () Mais de 5 anos () Mais de 10 anos
HAS? 1-sim 2- não () Diabetes? 1-sim 2- não()
Tem prolapso de órgãos pélvicos? 1-sim 2- não () tipo () Grau ()

QUEIXAS URINÁRIAS

Perda de urina aos esforços	1-Sim 2-Não
-----------------------------	-------------

Urgência	1-Sim 2-Não	
Noctúria	1-Sim 2-Não	
Urge-incontinência	1-Sim 2-Não	
Perda de urina	1-em gotas 2-em jato 3- contínua	
Perda de urina durante a relação sexual	1-Sim 2-Não	
Perda de urina ao tossir ou espirrar	1-Sim 2-Não	
Perda de urina ao agachar	1-Sim 2-Não	
Perda de urina ao erguer peso	1-Sim 2-Não	
Perda de urina ao caminhar	1-Sim 2-Não	
Dificuldade em iniciar micção	1-Sim 2-Não	
Disúria	1-Sim 2-Não	
Polaciúria	1-Sim 2-Não	
Sensação de esvaziamento incompleto	1-Sim 2-Não	

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

Atividade física	1-Sim 2-Não	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA		
Partos Prévios? 1- Sim 2- Não ()	P() N() C()	

EXAME FÍSICO

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO ASSOALHO PÉLVICO

P: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 E: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 R: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 F: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10					
PERINEOMETRIA					
Data	Repouso	1ª medida	2ª medida	3ª medida	Média

APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidada para participar da pesquisa: **Efeitos do tratamento fisioterapêutico individual versus tratamento individual com progressão para grupo versus treino em grupo para mulheres com incontinência urinária de esforço: estudo randomizado e controlado.**
2. Você foi selecionada para participar dessa pesquisa, mas sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
5. Os objetivos deste estudo são comparar o efeito de três protocolos de treinamento (exercícios) dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE).
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre sua história ginecológica e obstétrica, seus hábitos de vida, e 4 questionários de qualidade de vida que contêm perguntas sobre a perda de urina e sobre a prática de exercícios do assoalho pélvico. E também haverá uma avaliação ginecológica para avaliar os músculos do assoalho pélvico. Após essa avaliação você será convidada a participar de um dos três grupos de tratamento, de forma aleatória. O Grupo 1 fará treino individual da musculatura do assoalho pélvico, o Grupo 2 fará o mesmo treinamento em atendimento individual por 4 semanas e depois irá para o atendimento em grupo e o grupo 3 fará treino da musculatura do assoalho pélvico em grupo. Todos os grupos oferecerão 12 sessões de tratamento, uma vez por semana, 30 minutos cada e reavaliações após os 12 atendimentos, após 3 meses e após 6 meses.
7. Riscos relacionados com sua participação: Durante o estudo você pode se sentir constrangida em responder questões relacionadas à sua história ginecológica e obstétrica, à sua atividade sexual e também questões relacionadas à perda urinária e durante as avaliações e exames. Dessa forma, você pode negar-se a responder qualquer questão e não se submeter aos testes e tratamento.
8. Os benefícios relacionados com a sua participação voltam-se para a avaliação adequada da função e integridade dos músculos do assoalho pélvico assim como os resultados do tratamento proposto.
9. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso seja necessário, os gastos com transporte serão oferecidos pela pesquisadora.
10. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
11. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

12. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Patricia Driusso: Rod Washington Luiz Km 235, Caixa Postal 676, CEP: 13.565-905, telefone (16) 33519575

Vilena Figueiredo Xavier: Rod Washington Luiz Km 235, Caixa Postal 676, CEP: 13.565-905, telefone (16) 33519575

Simony Lyra do Nascimento: Rua Major Weyne, 1440 - Rodolfo Teófilo - CEP 60430-450 - Fortaleza – CE, telefone (85) 3366 8632

Eu, _____, RG _____ declaro que fui convidada a participar da pesquisa citada e estou consciente das condições que foram citadas.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Data ____/____/____

Participante da pesquisa

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE DESCONFORTO NO ASSOALHO PÉLVICO - PFDI-SF-20 VERSÃO EM PORTUGUÊS (BRASIL)

Anexo 3: Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico- PFDI-SF-20. Favor responder a todas as perguntas da seguinte pesquisa. Estas questões lhe perguntarão se você tem certos sintomas no intestino, bexiga ou pelve e, em caso positivo, o quanto esses sintomas a

incomodam. Responda cada pergunta marcando um **X** no espaço ou espaços apropriados. Se você tiver dúvida sobre como responder, responda o melhor que puder. Ao responder, favor considerar seus sintomas nos últimos três meses

Questões	Se sim, quanto a incomoda?				
	Sim	Não	Nada	Um pouco	Moderadamente Bastante
1. Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?					
2. Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?					
3. Você geralmente tem uma bola, ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?					
4. Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?					
5. Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?					
6. Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?					
7. Você sente que precisa fazer muita força para Evacuar/defecar?					
8. Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?					
9. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?					
10. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?					
11. Você as vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?					
12. Você as vezes sente dor durante a evacuação/defecação?					
13. Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?					
14. Alguma vez você sentiu uma bola ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?					
15. Você tem aumento da frequência urinária?					
16. Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?					
17. Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?					
18. Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?					
19. Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?					
20. Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?					

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE IMPACTO NO ASSOALHO PÉLVICO – PFIQ 7 VERSÃO EM PORTUGUÊS (BRASIL)

ANEXO 4

Questionário de Impacto no Assoalho Pélvico – PFIQ 7

	Bexiga	Intestino	Vagina/pelve
Como os sintomas ou condições listadas ao lado:			
1) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas (ex: cozinhar, arrumar a casa, lavar roupas)?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
2) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas com caminhar, nadar ou outro tipo de exercício?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
3) Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema ou a um show?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
4) Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro ou ônibus por uma distância maior do que 30 minutos da sua casa?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
5) Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
6) Geralmente afetam sua saúde emocional (ex: nervosismo, depressão)?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
7) Fazem você se sentir frustrada?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante

Instruções: Para cada pergunta, coloque um «X» na resposta que melhor descreva o quanto suas atividades, relacionamentos ou sentimentos têm sido afetados pelos sintomas ou condições de sua bexiga, intestino ou vagina, nos últimos 3 meses. Favor certificar-se de marcar uma resposta para cada pergunta nas 3 colunas