



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LIA GOMES LOPES

**DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA
E QUALIDADE DE VIDA DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA

2019

LIA GOMES LOPES

DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E
QUALIDADE DE VIDA DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

FORTALEZA

2019

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)

- L854d Lopes, Lia Gomes.
DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO : AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM / Lia Gomes Lopes. – 2019.
101 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.
1. Diafragma da Pelve. 2. Enfermagem. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Trabalho. I. Título.

CDD 610.73

LIA GOMES LOPES

DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E
QUALIDADE DE VIDA DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Roberta Meneses Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais e irmã.

AGRADECIMENTOS

À minha família por todo o apoio, paciência, ajuda e companheirismo durante os tempos difíceis e inesperados. “Vocês são minha corrente forte que não parte nunca.”

À minha mãe, Ana Maria Bezerra Gomes Lopes, que mesmo diante das dificuldades me apoiou imensamente durante o curso de Mestrado e cujo amor, carinho e força me servirão sempre de exemplo.

À minha irmã, Indara Gomes Lopes, cuja maturidade sempre me serviu de exemplo e modelo e que possibilitou nossa união e perseverança diante de qualquer dificuldade.

Ao meu pai, Paulo Lopes Filho (*in memoriam*), que desde cedo incentivou nossos estudos, estimulando o amor pelo conhecimento e o desenvolvimento de minha independência e autonomia.

Ao meu namorado, Raimundo Erivaldo Gomes Paiva Junior, por toda a paciência, perseverança, amor e respeito durante nosso tempo juntos.

À Prof^a Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, que me acolheu como aprendiz e que através do estímulo afetuoso e orientação sábia contribuiu, principalmente, para o meu crescimento profissional, servindo como uma tutora querida e exemplo a ser seguido.

A todos os integrantes do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPSS) por todos os ensinamentos, colaborações e incentivo para a realização de grandes pesquisas que me serviram como exemplo.

A todas as profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, dedicando um pouco de seu tempo, intimidade e conhecimento para a obtenção dos resultados.

À equipe de ginecologia, enfermagem e recursos humanos do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) por terem permitido a inserção da equipe de pesquisa no ambiente de trabalho para condução da pesquisa, mesmo diante dos desafios burocráticos, de gestão e de demanda da instituição.

Ao Dr. José Ananias Vasconcelos Neto, a M.^a Dayana Maia Saboia, a M.^a Mariana Luisa Veras Firmiano e a toda a equipe participante do curso de Capacitação Interdisciplinar em Disfunção do Asoalho Pélvico (DAP) pelas significativas contribuições na construção do percurso teórico da Dissertação.

Não menos importantes, aos meus animais de estimação que mediante a pureza singela e olhar doce me deram alegria no cansaço e sorrisos na tristeza.

Muito obrigada a todos.

“One of life’s challenges – knowing enough to think you are right, but not enough to know you are wrong.”

Neil DeGrasse Tyson

RESUMO

O estudo teve como finalidade identificar a prevalência de Distúrbios do Assoalho Pélvico (DAP) em enfermeiras e técnicas de enfermagem e sua comparação entre ambos os grupos, bem como sua associação com os hábitos ocupacionais e avaliação da qualidade de vida relacionada à ocorrência de Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI ou LUTS), Incontinência Urinária (IU), Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), disfunções sexuais femininas e queixas defecatórias. Trata-se de um estudo transversal, envolvendo as trabalhadoras de enfermagem que atuaram em hospital público terciário durante o período de abril a agosto de 2018. A coleta de dados foi realizada com 264 profissionais por meio de formulário eletrônico contendo sete instrumentos específicos para a investigação das queixas de disfunção e seu respectivo impacto na qualidade de vida, com 105 questões no total. Os dados foram analisados por meio do Programa *Statistical Package For Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, utilizando-se o Teste de Mann-Whitney para as variáveis intervalares, o Teste de Qui-Quadrado para as variáveis dicotômicas e a Razão de Verossimilhança para as variáveis categóricas. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual foi realizada e da Universidade Federal do Ceará (UFC) e aprovado, respectivamente, sob pareceres nº 2.435.205 e nº 2.396.335, de forma a respeitar e atender às recomendações nas Normas Reguladoras em Pesquisa. Do total de 264 profissionais, 180 eram técnicas de enfermagem e 84 eram enfermeiras, a maioria proveniente de setores de média complexidade, atuantes há mais de seis meses, em apenas um local de trabalho, com uma jornada de 60 horas semanais. A amostra foi composta, em sua maioria, por mulheres jovens ($35,8 \pm 11,6$), declaradamente não-brancas ($n = 210$; 79,5%) e com sobrepeso ($IMC = 26,1 \pm 4,6$). Os STUI foram os sintomas mais prevalentes ($n = 215$; 81,4%), sendo a noctúria a queixa com a maior taxa ($n = 91$; 34,5%). As demais DAP apresentaram uma prevalência consideravelmente menor e os sintomas foram associados tanto às condições de trabalho, quanto ao perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico da amostra. Os sintomas apresentaram impacto pouco significativo na qualidade de vida das mulheres, assim como o SF-36 demonstrou diferença significativa somente no domínio “Vitalidade”. Conclui-se, portanto, que há alta prevalência de DAP em trabalhadoras de enfermagem no hospital em estudo, mas com pouco impacto na qualidade de vida e que se encontra possivelmente relacionada à ocupação, embora essa associação não seja independente.

Palavras-chave: Diafragma da Pelve. Enfermagem. Qualidade de vida. Saúde do Trabalhador. Trabalho.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the Pelvic Floor Disorders (PFD) in the nursing workforce and to compare the prevalence between the groups, as well as their association with occupational habits and quality of life evaluation related to the Lower Urinary Tract (LUTS), Urinary Incontinence (UI), Pelvic Organ Prolapse (POP), female sexual dysfunctions and anorectal dysfunctions. This is a cross-sectional study involving nursing workers who worked in a tertiary public hospital during the period from April to August 2018. Data collection was performed with 264 professionals through an electronic form containing seven specific research tools of the complaints of dysfunction and their respective impact on the quality of life, with 105 questions in total. The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0, using the Mann-Whitney test for the interval variables, the Chi-square test for the dichotomous variables and the Likelihood Ratio for the categorical variables. The study was submitted to the Research Ethics Committee of the institution where it was held and the Federal University of Ceará (UFC) and approved, respectively, under no. 2,435,205 and 2,396,335, in order to respect and comply with the recommendations Regulatory Research Standards. Of the total of 264 professionals, 180 were nursing technicians and 84 were nurses, most of them coming from medium complexity sectors, working for more than six months, in a single workplace, with a 60-hour workweek. The sample consisted mostly of young women (35.8 ± 11.6), reportedly non-white ($n = 210$, 79.5%) and overweight ($BMI = 26.1 \pm 4.6$). LUTS were the most prevalent symptoms ($n = 215$; 81.4%), and nocturia was the complaint with the highest rate ($n = 91$; 34.5%). The other PFDs had a considerably lower prevalence and the symptoms were associated with both the working conditions and the sociodemographic, clinical and obstetric profile of the sample. The symptoms had little impact on women's quality of life, as SF-36 demonstrated a significant difference only in the "Vitality" domain. It is concluded, therefore, that there is a high prevalence of PFD in nurses in the hospital under study, but with little impact on the quality of life and that is possibly related to the occupation, although this association is not independent.

Keywords: Pelvic Floor. Nursing. Quality of Life. Occupational Health. Occupation.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 1 | Dados sociodemográficos e anamnese de profissionais de enfermagem atuantes no HGF. Fortaleza, 2019..... | 35 |
| Tabela 2 | Caracterização da amostra de acordo com os dados relacionados ao trabalho de profissionais de enfermagem atuantes no HGF. Fortaleza, 2019..... | 37 |
| Tabela 3 | Prevalência de disfunções ou queixas em profissionais de enfermagem. Fortaleza, 2019..... | 39 |
| Tabela 4 | Associação entre DAP e dados relacionados à ocupação e regime de trabalho. Fortaleza, 2019..... | 43 |
| Tabela 5 | Associação entre sintomas urinários e dados relacionados à ocupação e regime de trabalho. Fortaleza, 2019..... | 44 |
| Tabela 6 | Associação entre DAP, raça e perfil clínico-obstétrico da amostra. Fortaleza, 2019..... | 45 |
| Tabela 7 | Associação entre sintomas urinários, raça e perfil clínico-obstétrico da amostra. Fortaleza, 2019..... | 46 |
| Tabela 8 | Associação entre variáveis contínuas e DAP. Fortaleza, 2019..... | 47 |
| Tabela 9 | Associação entre variáveis contínuas e queixas urinárias. Fortaleza, 2019..... | 47 |
| Tabela 10 | Dados relacionados ao impacto da IU no trabalho. Fortaleza, 2019..... | 52 |
| Tabela 11 | Escores dos domínios do P-QOL em profissionais de enfermagem. Fortaleza, 2019..... | 55 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | Prevalência dos sintomas de armazenamento, esvaziamento e pós-miccional na amostra total entre os grupos. Fortaleza-CE, 2019..... | 40 |
| Gráfico 2 | Distribuição dos sintomas de armazenamento na amostra geral e por grupo. Fortaleza-CE, 2019..... | 40 |
| Gráfico 3 | Distribuição dos sintomas de esvaziamento na amostra geral e por grupo. Fortaleza-CE, 2019..... | 41 |
| Gráfico 4 | Escore dos domínios do SF-36 em profissionais de enfermagem. Fortaleza, 2019..... | 48 |
| Gráfico 5 | Escore dos domínios do FSFI em profissionais de enfermagem. Fortaleza, 2019..... | 49 |
| Gráfico 6 | Escore dos domínios do King's Health Questionnaire em profissionais de enfermagem. Fortaleza, 2019..... | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CME | Central de Material Esterilizado |
| DAP | Disfunções do Assoalho Pélvico |
| DP | Desvio Padrão |
| FSFI | <i>Female Sexual Function Index</i> |
| HGF | Hospital Geral de Fortaleza |
| IA | Incontinência Anal |
| ICS | <i>International Continence Society</i> |
| IF | Incontinência Fecal |
| ITU | Infecção do Trato Urinário |
| IU | Incontinência Urinária |
| IUE | Incontinência Urinária de Esforço |
| IUGA | <i>International Urogynecology Association</i> |
| IUM | Incontinência Urinária Mista |
| IUU | Incontinência Urinária de Urgência |
| MAP | Músculos do Assoalho Pélvico |
| MOS | <i>Medical Outcomes Study</i> |
| POP | Prolapso de Órgãos Pélvicos |
| PROPESQ | Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação |
| QV | Qualidade de Vida |
| SBH | Síndrome da Bexiga Hiperativa |
| SF-36 | <i>36 – Item Short Form</i> |
| SPSS | <i>Statistical Package For the Social Sciences</i> |
| STUI | Sintomas do Trato Urinário Inferior |
| STROBE | <i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 OBJETIVOS..... | 24 |
| 2.1. Geral..... | 24 |
| 2.2. Específicos..... | 24 |
| 3 METODOLOGIA..... | 25 |
| 3.1. Tipo de estudo..... | 25 |
| 3.2. Local do estudo..... | 25 |
| 3.3. População e amostra..... | 25 |
| 3.4. Coleta de dados..... | 26 |
| 3.4.1. Levantamento da população e amostra..... | 26 |
| 3.4.2. Procedimento para a coleta de dados..... | 27 |
| 3.4.3. Instrumentos para a coleta de dados..... | 28 |
| 3.4.3.1. Incontinência Urinária: Problema Ocupacional entre Profissionais de Enfermagem..... | 28 |
| 3.4.3.2. Investigação sobre os Sintomas do Trato Urinário Inferior..... | 29 |
| 3.4.3.3. 36 - Item Short Form Health Survey..... | 29 |
| 3.4.3.4. King's Health Questionnaire..... | 30 |
| 3.4.3.5. Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QoL)..... | 30 |
| 3.4.3.6. Female Sexual Function Index (FSFI)..... | 31 |
| 3.4.3.7. Escala de Wexner..... | 32 |
| 3.4.4. Operacionalização da coleta de dados..... | 32 |
| 3.5. Análise dos dados..... | 33 |
| 3.6. Aspectos éticos..... | 33 |
| 4 RESULTADOS..... | 34 |
| 4.1 Perfil sociodemográfico e ocupacional da amostra..... | 34 |
| 4.2 Prevalência de DAP e queixas em profissionais de enfermagem..... | 39 |
| 4.3 Fatores associados às DAP..... | 42 |
| 4.4 Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem..... | 48 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 56 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 61 |
| REFERÊNCIAS..... | 62 |
| ANEXO I – Total de técnicos e auxiliares de enfermagem no Hospital Geral de Fortaleza (HGF)..... | 71 |

| | |
|---|------------|
| ANEXO II – Total de enfermeiras atuantes no Hospital Geral de Fortaleza (HGF)..... | 72 |
| ANEXO III – Certificado do Curso de Capacitação..... | 74 |
| ANEXO IV - Incontinência Urinária: Problemas Ocupacionais Entre Profissionais De Enfermagem..... | 75 |
| ANEXO V - Investigação sobre os Sintomas do Trato Urinário Inferior | 84 |
| ANEXO VI - 36-Item Short Form Health Survey..... | 85 |
| ANEXO VII - King’s Health Questionnaire..... | 88 |
| ANEXO VIII - Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-Qol)..... | 90 |
| ANEXO IX - Female Sexual Function Index (FSFI)..... | 92 |
| ANEXO X - Escala de Wexner..... | 95 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 96 |
| Autorização do chefe de serviço de Ginecologia..... | 99 |
| Autorização do chefe de serviço de Enfermagem..... | 101 |

1 INTRODUÇÃO

As Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) e os Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) ou *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS, em inglês), se caracterizam como importantes problemas de saúde pública, por se tratarem de condições bastante comuns. Incluem agravos como sintomas de Incontinência Urinária (IU), sintomas de armazenamento, de esvaziamento e pós-miccionais, além de outros distúrbios, como os Prolapsos de Órgãos Pélvicos (POP), Disfunções Sexuais e Disfunções Anorretais (ABRAMS et al., 2002; HAYLEN et al., 2010; BEZERRA et al., 2014; CUNHA et al., 2016).

Por se tratar de um problema com etiologia multifatorial, a prevalência para estas disfunções varia amplamente na literatura científica. Estima-se que 46% dos 4,2 bilhões da população mundial adulta, com 20 anos ou mais, experimentam qualquer um dos STUI (ABRAMS et al., 2016). Quanto ao POP, sua prevalência pode variar entre 22% a 30% em mulheres com idades entre 18 e 83 anos (BOYLE et al., 2003; SMITH et al., 2010; WU et al., 2009). Já a prevalência de Incontinência Anal (IA) varia entre 11% e 15% na população acima de 15 anos (ABRAMS et al., 2016). Da mesma forma, a Sociedade Internacional de Continência (ICS) estima que 40% das mulheres apresentarão algum tipo de distúrbio sexual ao longo de suas vidas e que a prevalência para estas disfunções sexuais diagnosticadas varia de 8% a 12% (ROGERS et al., 2017).

Vale apontar que, além de apresentarem uma prevalência considerável, as disfunções afetam a qualidade de vida das mulheres, apresentando associações significativas com o aumento da depressão, constrangimento e isolamento social (EREKSON et al., 2014; PIERCE et al., 2015).

As DAP têm promovido gastos financeiros e de saúde crescentes para a sociedade e afetam diferentes aspectos da qualidade de vida (social, ocupacional, física, sexual, psicológica, doméstica, relacionais, financeira) de milhões de mulheres no mundo todo. A maioria das pessoas parece ter um conhecimento limitado sobre a função do assoalho pélvico e, portanto, há uma procura insuficiente de cuidados para prevenção ou correção destes distúrbios (BERZUK e SHAY, 2015).

Para compreender as DAP, deve-se ter ciência primeiramente sobre o papel dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Os MAP são responsáveis por assegurar o controle adequado da micção e da defecação, contribuem para a função sexual apropriada,

dão suporte aos órgãos pélvicos para que eles funcionem adequadamente, auxiliam na respiração e, finalmente, oferecem estabilidade e fornecem suporte postural. Os MAP também influenciam diretamente a função independente de cada órgão pélvico. Em quase 80% das mulheres que referem sintomas urinários, intestinais e problemas sexuais há uma disfunção nesse conjunto de músculos que compõem o assoalho pélvico (ASHTON-MILLER e DELANCEY, 2007; HODGES et al., 2007; VOORHAM-VAN DER ZALM et al., 2008; UNGER et al., 2011; BERZUK e SHAY, 2015).

Nesse contexto, as estruturas pélvicas musculares, conectivas e nervosas são submetidas a alterações anatômicas, morfológicas e funcionais. As lesões evidentes ou ocultas ao assoalho pélvico estão intrinsecamente relacionadas aos fatores de risco e podem manifestar-se mediante a incontinência urinária e fecal, sintomas de prolapso ou disfunção sexual, com um impacto considerável na qualidade de vida (ABRAMS et al., 2016). Dentre os fatores de risco associados as DAP destacam-se: idade avançada, história familiar, obesidade, passado obstétrico (paridade, via de parto vaginal, episiotomia e peso fetal ao nascimento), cirurgias ginecológicas prévias e constipação crônica (HE et al., 2014; TASHAN et al., 2012; WANG et al., 2015).

O estudo das DAP requer a compreensão não só de sua definição e desenvolvimento geral, mas também específico, sendo necessário refletir sobre os subtipos que abrangem o grande grupo. Talvez pela complexidade de cada uma das disfunções, na maior parte da literatura atual, os sintomas são estudados e pesquisados separadamente, não sendo comum a investigação de todas as disfunções concomitantemente, mesmo em estudos observacionais. Contudo, como já é bem sabido na literatura, dificilmente as disfunções ocorrem isoladamente (WALTERS e KARRAM, 2016).

As queixas urinárias são objetos comuns de estudo, principalmente, devido à sua alta prevalência e impacto na qualidade de vida. Os STUI são representados por vários sintomas, incluindo sintomas de Incontinência Urinária: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU), Incontinência Urinária Mista (IUM), incontinência urinária postural, incontinência urinária contínua, incontinência urinária insensível, incontinência urinária coital e Enurese (ABRAMS et al., 2015; HAYLEN et al., 2010).

Outros STUI incluem sintomas de armazenamento da bexiga, como aumento da frequência urinária diurna, noctúria, urgência e Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH),

bem como sintomas sensoriais, como o aumento da sensação da bexiga, sensação de bexiga reduzida e ausência de sensação na bexiga. Além disso, incluem ainda os sintomas de esvaziamento e pós-miccionais: hesitação, intermitência, esforço para esvaziar, pulverização do fluxo urinário, sensação de esvaziamento incompleto, necessidade imediata de urinar novamente, perda pós-miccional e micção dependente da posição (ABRAMS et al., 2015; HAYLEN et al., 2010).

A prevalência de STUI varia entre 25% e 61,1% em mulheres (ABRAMS et al., 2016; PÅLSSON et al., 2017; VAN BREDA et al., 2015; WANG et al., 2015; ZHANG et al., 2015). No Brasil, um estudo de base populacional verificou uma prevalência de 84,1% para qualquer tipo de STUI nas mulheres (MOREIRA JUNIOR et al., 2013).

Deve-se destacar a Incontinência Urinária (IU) como um dos sintomas de armazenamento mais prevalente e de difícil resolução, que afeta negativamente a qualidade de vida de milhões de pessoas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a IU afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo todo, sendo com isso considerada um problema de saúde pública e estima-se que até 2018, cerca de 2 bilhões serão afetadas por algum tipo de sintomas do trato urinário inferior (CUNHA et al., 2016; ZHANG et al., 2015).

De acordo com achados da literatura, a IU é mais comum em mulheres, em uma proporção de duas mulheres para cada homem afetado (RETT et al., 2016). É definida clinicamente como a perda involuntária de urina pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*) (ABRAMS et al., 2015). Existem vários tipos de IU (HAYLEN et al., 2010), mas os três mais comuns são: a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), de urgência (IUU) e a mista (IUM), podendo ocorrer durante o esforço ou o exercício físico, associada à urgência ou a ambos, respectivamente (SOARES, 2015).

Tendo em vista o impacto negativo da IU na qualidade de vida da população, vários estudos já se propuseram a investiga-la e a prevalência permanece considerável. Na população feminina americana, a prevalência para um ou mais distúrbios do assoalho pélvico foi estimada em 23,7% a 25%. Em mulheres de 40 a 59 anos, a estimativa foi de 26,5%. Espera-se que, em 2050, a população americana de 65 anos e 85 anos ou mais, vai atingir o número de 88,5 milhões e 19 milhões, respectivamente. Uma estimativa com

base no *United State Census Bureau* projeta que até 2050, ocorra o aumento de 55% de incontinência urinária (18,3 para 28,4 milhões) entre mulheres americanas (NYGAARD et al., 2008; PIERCE et al., 2016; WU et al., 2014).

Além dos STUI e da IU, o Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) também é um distúrbio comum e que está incluso no grupo das DAP. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*) é definido como a descida da parede anterior e/ou posterior da vagina, assim como do ápice vaginal (útero ou cúpula vaginal após histerectomia). Essa condição pode ser observada em 22% a 30% das mulheres de 18 a 83 anos (WU et al., 2011). No Brasil, a prevalência para POP foi observada em um estudo transversal incluindo 432 mulheres com idade média de 41 anos, correspondendo a 52,3% (HORST et al., 2017).

Sugere-se que, nos próximos 30 anos, o número de mulheres à procura de tratamento para POP irá dobrar, devido ao aumento da expectativa de vida e da tendência feminina atual de gestar em idades mais avançadas (HORST et al., 2016). De acordo com o *United State Census Bureau*, até 2050 haverá um aumento de 46% da prevalência de prolapso de órgãos pélvicos (de 3,3 para 4,9 milhões) (NYGAARD et al., 2008). Acredita-se, ainda, que as prevalências descritas nos mais variados estudos estejam subestimadas, já que um considerável número de mulheres, por vergonha ou por aceitarem tal patologia como um processo natural do envelhecimento, não procura os serviços de saúde.

Sabe-se que um dos aspectos afetados na qualidade de vida de mulheres que apresentam queixas de STUI ou POP é a diminuição da atividade sexual (TANNENBAUM, 2015; WAN et al., 2017). A Organização Mundial de Saúde define a disfunção sexual como a incapacidade do indivíduo de participar do ato sexual com satisfação, por interrupção total ou parcial do ciclo de resposta sexual. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2013), as disfunções sexuais são um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual.

Dentre os fatores que causam essa disfunção, eles podem ser de origem psicogênica, física, mista ou desconhecida. Os fatores psicogênicos incluem: falta de conhecimento sobre o próprio corpo, ciclo de resposta sexual, crenças religiosas, pressão social, abuso sexual, experiências sexuais negativas, expectativas irrealistas e conflitos

de relacionamento. Os fatores físicos incluem: uso de alguns tipos de medicamentos e condições de saúde aguda ou crônica que possam interferir na função sexual (BRIEDITE et al., 2013).

Além disso, é importante ressaltar a relevância clínica das disfunções anorretais como parte do grupo das disfunções do assoalho pélvico e que tem grande impacto negativo na qualidade de vida de mulheres acometidas. Dentre as disfunções anorretais, a incontinência anal (IA) é o sintoma mais debilitante, possuindo maior impacto psicossocial em uma mulher e fazendo parte de um espectro de transtornos da função defecatória que incluem constipação, evacuação incompleta do intestino, urgência, frequência e defecação dolorosa. Trata-se de um sintoma mais abrangente que inclui a Incontinência Fecal (IF), definida como a perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas, e a Incontinência Gasosa, descrita como a perda involuntária de *flatus* causando problemas sociais ou higiênicos ao indivíduo (HAYLEN et al., 2010; ROCK et al., 2012).

É bem estabelecido que a presença de incontinência fecal está associada a presença de prolapso genital e incontinência urinária. O tecido conectivo, juntamente com elementos musculares e neurológicos do assoalho pélvico, funciona em conjunto com órgãos que eles apoiam como uma unidade interdependente para oferecer múltiplas funções de forma simultânea (ROCK et al., 2012).

Estima-se que a prevalência da incontinência fecal na população em geral possa variar entre 0,4% e 18%, sendo mencionadas taxas de valores de 1,4% a 20% nas pessoas com idade superior a 40 anos (LEITE, 2010). Na prática clínica, essa prevalência, provavelmente, é subestimada de forma significativa, uma vez que há subnotificação da IF (SMITH et al., 2013).

Ainda assim, as disfunções anorretais apresentam números preocupantes na população em geral. Em um estudo realizado por Bezerra et al., em 2014, foi observado que de 172 pacientes com sintomas de distúrbios do assoalho pélvico, 54,6% apresentaram incontinência anal e/ou transtornos defecatórios: 67,0% constipação, 41,4% incontinência anal e 34,0% de urgência fecal. Entre as mulheres com incontinência urinária, 23,21% tinham incontinência anal associada.

Além da incontinência anal, a constipação apresenta elevada prevalência dentre a população mundial e vem sendo considerada como um problema populacional (TRISÓGLIO et al., 2010). Trata-se de uma síndrome definida por sintomas intestinais, como a evacuação difícil ou pouco frequente, endurecimento das fezes ou sensação de

evacuação incompleta, podendo ocorrer de maneira isolada ou associada a outros distúrbios, como a Doença de Parkinson (BHARUCHA et al., 2013).

A associação epidemiológica entre sexo feminino e maiores taxas de prevalência de constipação é amplamente relatada na literatura. Em uma revisão da literatura realizada por Schmidt (2015), a prevalência variou de 2,6% a 26,9%, o sexo feminino foi apontado em todos os estudos analisados como fator associado à constipação e a idade foi o segundo fator mais citado entre os estudos. A prevalência de constipação crônica aumenta com a idade e aproximadamente 26% dos homens e 34% das mulheres se queixam de constipação. Além disso, o distúrbio em mulheres parece ser mais frequente por motivos relacionados com as alterações da gravidez e o parto, devido a alterações hormonais e fatores comportamentais (COLLETE et al., 2010).

Dessa forma, as DAP, de forma isolada ou em conjunto, têm sido estudadas em populações específicas que apresentam maior risco, como: mulheres, gestantes, puérperas, idosas, entre outras (BOYLE et al., 2003; DOMBEK et al., 2016; EREKSON et al., 2015; PÅLSSON et al., 2017). Além disso, é importante ressaltar que algumas profissões podem reunir condições favoráveis para o surgimento das DAP, como atletas de alto rendimento nas mais diversas modalidades (ABRAMS et al., 2016), enfermeiros e técnicos de enfermagem (ABRAMS et al., 2016; KAYA et al., 2014; ZHANG et al., 2013).

Além de ser uma profissão desempenhada, na maioria das vezes, por mulheres, outros fatores podem estar relacionados com o surgimento das DAP nos profissionais que compõem a equipe de enfermagem.

Atualmente, a literatura aponta uma condição problemática que vem sendo estudada como um potencial fator de risco para disfunções do assoalho pélvico em geral: o aumento recorrente da pressão intra-abdominal, que pode ser observado em atletas e em várias atividades laborais, tais como profissionais de enfermagem. Uma hipótese para explicar tal condição seria o fato de que a pressão intra-abdominal frequentemente aumentada levaria à fadiga e/ou ao dano nas estruturas musculares e conectivas do assoalho pélvico (ALMEIDA et al., 2011).

O levantamento de cargas pesadas aumenta a pressão intra-abdominal e pode elevar as chances de prolapso dos órgãos genitais internos femininos, sendo um risco também para outras disfunções, como os sintomas urinários e a incontinência fecal, visto que há associação entre eles (ABRAMS et al., 2016).

Profissionais de enfermagem em hospitais e lares, ao cuidar de pacientes, são expostos a trabalhos pesados, além de apresentarem uma carga horária de trabalho que em muitos casos reforça comportamentos e atitudes inadequadas em relação às idas ao banheiro, bem como a ingesta insuficiente de líquidos, o que contribui para a ocorrência de infecções do trato urinário e constipação (WAN et al., 2017; ZHANG et al., 2015).

Além disso, existem diferentes configurações de desenvolvimento do trabalho que podem afetar as condições de saúde das pessoas. Embora os efeitos e riscos relacionados a trabalhadores de saúde masculinos e femininos expostos a mudanças rotativas tenham sido identificados no setor de saúde, seu impacto não está suficientemente documentado (MAHONEY et al., 2010).

Ainda assim, a prevalência tem se mostrado bastante alta entre os profissionais de enfermagem. Em uma revisão sobre a prevalência e impacto de DAP nas forças de trabalho (PIERCE et al., 2016, o grupo de enfermeiras foi o mais estudado e as taxas chegaram até 89,6% para pelo menos um tipo de STUI em território chinês (ZHANG et al., 2013).

Os demais sintomas, como o POP, disfunções anorretais e disfunções sexuais se apresentaram bem escassas como objetos de estudo conduzidos em profissionais de enfermagem. Em algumas publicações, foi possível observar uma prevalência que variou entre 20,2% (YAGMUR et al., 2009) e 28,0% (XU et al., 2016; WAN et al., 2017) para constipação, enquanto que para incontinência fecal e dupla as taxas foram de 4,3% e 7,2%, respectivamente (MATTHEWS et al., 2013).

Já a prevalência para disfunções sexuais e POP não é bem documentada, embora já tenham sido associadas com a ocorrência de STUI (ERGENOGLU et al., 2013; LIU et al., 2015; PIERCE et al., 2017). Mesmo assim, em profissionais de enfermagem, já foi registrado que aquelas expostas ao levantamento de cargas pesadas continuamente apresentam um risco 1,6 vezes maior para prolapso (ABRAMS et al., 2016) e em um estudo realizado com 88 profissionais de saúde, entre eles médicos (n = 19) e enfermeiros (n = 42), 69,3% reportaram disfunções sexuais de graus variados (STAMATIOU et al., 2016).

No Brasil, a prevalência de IU entre profissionais de enfermagem foi de 27,5% pelo menos uma vez durante um ano. Além disso, as autoras afirmam que 68% das mulheres referiu que os sintomas surgiram cinco anos antes, com uma perda em

pequeno volume e que não causava restrições diárias. Por outro lado, 30,7% queixaram-se de restrições nas atividades sexuais e ocupacionais (HIGA E LOPES, 2007).

Ainda que tenha sido realizado junto a profissionais de saúde, o estudo observou que 79% das mulheres incontinentes não procuram tratamento. Os principais motivos por trás dessa escolha foram a esporadicidade das perdas e a crença de que a IU é um problema comum (HIGA e LOPES, 2007). Embora tenha sido publicado há mais de dez anos, os resultados se mostram preocupantes não só devido a prevalência alta, mas também devido à desvalorização dos sintomas e do tratamento. É necessário apontar que apesar da escassez de estudos brasileiros realizados com essa população nessa área, tais resultados e crenças se encontram possivelmente atuais.

Partindo do pressuposto de que as DAP atingem uma parcela maior de profissionais de saúde, impactando de forma negativa sua qualidade de vida e que as atividades ocupacionais se configuram como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento das mesmas, surgiu o interesse de responder aos seguintes questionamentos: qual a prevalência dos distúrbios do assoalho pélvico em enfermeiras e técnicas de enfermagem? Qual o impacto desses sintomas na qualidade de vida dessas mulheres? Que atividades ocupacionais ou condições do trabalho estão associadas aos sintomas?

A enfermagem se configura como uma ocupação relacionada à promoção e prevenção da saúde, portanto, o seu autocuidado não deve ser esquecido. Diante desse cenário, objetiva-se identificar as disfunções do assoalho pélvico, especificamente os Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI), a Incontinência Urinária (IU), os Prolapsos de Órgãos Pélvicos (POP), as disfunções sexuais e disfunções anorretais, com ênfase na Incontinência Anal (IA) e a constipação em profissionais da enfermagem bem como avaliar o impacto na qualidade de vida.

A escolha deste estudo se deu frente à restrita pesquisa de tais disfunções em trabalhadoras de enfermagem brasileiras e do grau de comprometimento que as DAP trazem à qualidade de vida às pessoas acometidas. As enfermeiras e técnicas de enfermagem foram selecionadas como objeto de estudo devido ao fato de trabalharem com esforço físico e aumento de pressão abdominal, se constituindo, portanto, como um grupo de risco para o desenvolvimento de alguma disfunção do assoalho pélvico.

Em virtude disto, por afetar uma parcela considerável das mulheres, com consequências negativas em suas atividades diárias e qualidade de vida, as Disfunções do

Assoalho Pélvico (DAP) merecem atenção de maneira expressiva. Sendo assim, trata-se de um gerador de prejuízos econômicos por provocar absenteísmo na vida profissional das mulheres acometidas, constituindo, assim, um problema de Saúde Pública (ACQUA, 2015; FERRIANI, 2015).

Este estudo torna-se relevante à medida que realiza um levantamento da prevalência e do impacto dos distúrbios do assoalho pélvico em trabalhadoras de enfermagem, se constituindo como uma importante fonte de informações sobre o estado de saúde da equipe de enfermagem e que poderá servir como base para estudos futuros. Além disso, a pesquisa oferece a possibilidade de intervir futuramente nos fatores de risco encontrados e promover fatores protetores por meio de ações educativas direcionadas à saúde do trabalhador.

Dentro desse cenário, é importante ressaltar que a saúde do trabalhador está contemplada pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde desde 2004, cujas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005, “compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.” (BRASIL, 2005).

Esta pesquisa, portanto, contribui para a compreensão do estado de saúde e qdas trabalhadoras de enfermagem, bem como refletir sobre as condições do ambiente de trabalho para o desenvolvimento de doenças e situações que se constituem como um risco ocupacional a médio e longo prazo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a relação entre variáveis ocupacionais, perfil clínico-obstétrico e prevalência de Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) e seu impacto na qualidade de vida de trabalhadoras de enfermagem de um hospital público terciário de Fortaleza, CE.

2.2 Específicos

- Investigar a prevalência de Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) em enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam em um hospital terciário de Fortaleza, CE.
- Verificar a associação entre atividades relacionadas à ocupação e sintomas de Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) nessa categoria profissional;
- Avaliar o impacto da ocorrência de Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) em trabalhadoras de enfermagem que atendem em um hospital terciário de Fortaleza, CE na qualidade de vida.
- Comparar a prevalência das queixas entre enfermeiras e técnicas de enfermagem.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional, de corte transversal. Nesse tipo de delineamento pretende-se descrever as variáveis e seus padrões de distribuição e as medições do efeito à exposição são realizadas em uma única ocasião, permitindo também a obtenção de dados de prevalência (HULLEY *et al.* 2015). O delineamento do estudo foi descrito conforme as diretrizes da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), a fim de melhorar a qualidade de apresentação e descrição dos estudos observacionais.

3.2 Local do estudo

A investigação foi realizada em um hospital geral público localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, o qual se caracteriza por ser uma instituição terciário de referência em diversas especialidades de alta complexidade e que se vincula ao Sistema Único de Saúde (SUS). O local foi escolhido por realizar procedimentos de alta complexidade na atenção hospitalar e por apresentar equipe profissional abrangente e de número significativo para a realização do estudo.

3.3 População e amostra

O estudo foi conduzido junto a 264 profissionais de enfermagem do sexo feminino que trabalham em um hospital geral público de referência no estado do Ceará. As participantes foram selecionadas por amostragem probabilística aleatória simples, de forma a homogeneizar a amostra.

Os critérios de inclusão na amostra da pesquisa foram: profissionais da equipe de enfermagem do sexo feminino e que exerçam a profissão há pelo menos 6 meses, por se imaginar que em um período mínimo de desenvolvimento das atividades laborais específicas da categoria, já possa haver uma relação com os sintomas investigados.

Como esse estudo é complexo, envolvendo mais de uma disfunção, os critérios de exclusão serão descritos por partes:

- Para investigação de POP e dos STUI, incluindo Incontinência Urinária foram excluídas as gestantes, profissionais com até 3 meses pós-parto, profissionais com diagnóstico de doença neurológica, profissionais que já foram submetidas à cirurgia ginecológica previamente, com histórico de ITU nas quatro semanas antecedentes ao

período da coleta, com histórico de radioterapia pélvica e que faziam uso de medicamentos diuréticos, alfa-bloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio.

- Para investigação de disfunções sexuais foram excluídas as mulheres em uso de medicamentos que possam interferir na função sexual, como os antidepressivos; sem parceiros fixos ou em um relacionamento estável há menos de seis meses; que referiram estar em abstinência sexual no momento da investigação e cujo parceiro atual não era sexualmente funcional.
- Para investigação das disfunções anorretais, incluindo Incontinência Anal e Constipação Intestinal foram excluídas as mulheres que possuísem algum comprometimento orgânico que leve a distúrbios evacuatórios, como as doenças neurológicas, Síndrome do Intestino Irritável, enteropatias, dentre outras.

Para elaboração da amostra, utilizou-se o cálculo amostral para estudos transversais com populações infinitas, adotando-se os valores de nível de confiança desejado de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$), o erro máximo permitido ($e = 5\%$) e a prevalência ($p = 27,5\%$), obtendo-se um valor de $n_o = 307$.

$$n_o = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2}$$

Corrigindo para populações finitas, com um $N = 1.540$, obteve-se um valor de $n = 256,2$ ou 257 , conforme a utilização da fórmula abaixo.

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o - 1}{N}}$$

3.4. Coleta de dados

3.4.1. Levantamento da população e amostra

O levantamento dos profissionais de enfermagem foi realizado junto ao setor de Recursos Humanos do hospital no qual a coleta se realizará. Foram identificados 76 auxiliares de enfermagem atuantes durante o período diurno e noturno, 510 técnicos de enfermagem atuantes no período diurno e 342 técnicos de enfermagem atuantes durante o período noturno em 40 setores diferentes do hospital (ANEXO I). Quanto aos enfermeiros, foram identificados 335 profissionais atuantes durante o período diurno e 201 profissionais atuantes durante o período noturno em 45 setores (ANEXO II), totalizando um levantamento inicial de 1.540 profissionais de enfermagem atuantes no hospital.

3.4.2. Procedimento para a coleta de dados

Inicialmente, a equipe de pesquisadores recebeu treinamento prévio por meio de um curso intitulado “Capacitação Interdisciplinar em Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP)”, realizado de janeiro a abril de 2017 com carga horária de 60h, ministrado por enfermeiros e médicos atuantes na área de uroginecologia (ANEXO III).

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a agosto de 2018 e as equipes foram divididas por setores e turnos de trabalho, a fim de englobar profissionais com diferentes escalas.

3.4.3. Instrumentos para a coleta de dados

Para cada disfunção avaliada foi utilizado um instrumento específico, descrito abaixo e no quadro a seguir.

Quadro 1 – Características dos instrumentos para coleta de dados. Fortaleza, 2019.

| Instrumentos (Autor, ano) | Variáveis/Itens | Pontuação |
|---|--|---|
| Incontinência Urinária: Problema Ocupacional entre Profissionais de Enfermagem (HIGA, 2004) | Setor de trabalho, jornada/turno de trabalho, tempo de exercício na função, tempo de exercício no setor, função, idade, raça, altura, peso, mudança de peso autorreferida, antecedentes clínicos e obstétricos | Sem pontuação |
| Investigação sobre os Sintomas do Trato Urinário Inferior (Autor desconhecido) | Número de micções diurnas e noturnas, perda de urina, presença de urgência, hesitação, disúria, força para iniciar a micção, sensação de esvaziamento incompleto, hematúria, dor ao enchimento vesical, ITU, uso de forros. | Sem pontuação |
| 36 - Item Short Form Health Survey (CICONELLI et al., 1999; WARE et al., 1992) | Estado Geral da Saúde (dois itens e quatro subitens), Capacidade Funcional (dez subitens), Limitação por Aspectos Físicos (quatro subitens), Limitação por Aspectos Emocionais (quatro subitens), Aspectos Sociais (dois itens), Vitalidade (quatro subitens), Dor (dois itens) e Saúde Mental (cinco subitens). | 0 a 100 Quanto mais próximo de 100, melhor é a QV Cada domínio apresenta um cálculo baseado no valor das questões |
| King's Health Questionnaire (TAMANINI et al., 2003) | Percepção Geral de Saúde (um item), Impacto da Incontinência Urinária (um item), Limitações de Atividades Diárias (dois itens), Limitações Físicas (dois itens), Limitações Sociais (dois itens), Relacionamento Pessoal | 0 a 100 Quanto mais próximo de 100, pior é a QV Cada domínio apresenta um cálculo |

| | | |
|---|---|---|
| | (três itens), Emoções (três itens), Sono/Disposição (dois itens), Medidas de Gravidade (cinco itens). | baseado no valor das questões |
| Prolapse Quality of Life Questionnaire (DIGESU et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2009) | Percepção Geral de Saúde (um item), Impacto do Prolapso (um item), Limitação das Atividades Diárias (dois itens), Limitação Física (dois itens), Limitação Social (três itens), Relações Pessoais (dois itens), Emoções (três itens), Sono e Energia (dois itens) e Medidas de Severidade (quatro itens). | 0 a 100 Quanto mais próximo de 100, pior é a QV Cada domínio apresenta um cálculo baseado no valor das questões |
| Female Sexual Function Index (Hentschel et al., 2007; Rosen et al., 2000) | Desejo (dois itens), Excitação (quatro itens), Lubrificação (quatro itens), Orgasmo (três itens), Satisfação (três itens) e Dor (três itens). | Escore máximo: 36 Quanto maior, melhor a função sexual Pontuação: Domínio I – soma x 0,6 Domínios II e III – soma x 0,3 Domínios IV, V e VI – soma x 0,4 |
| Escala de Wexner (JORGE e WEXNER, 1993; FONSECA, 2014) | A escala consiste em três questões sobre IA, uma questão sobre uso de absorventes, uma questão sobre alterações no estilo de vida e oito questões relacionadas às queixas de constipação. | IA: 0 a 20 Constipação: 0 a 30 Quanto maior a pontuação, maior a severidade O cálculo é feito por meio da soma dos pontos |

3.4.3.1. Incontinência Urinária: Problema Ocupacional entre Profissionais de Enfermagem (ANEXO IV)

Inicialmente, foi aplicado um questionário composto por questões tratando-se da caracterização e do perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa (idade, escolaridade, tempo que exerce a profissão no hospital de pesquisa e em outro que já tenha exercido, estado civil, paridade, entre outros), além de questões gerais sobre aspectos uroginecológicos.

Trata-se de um instrumento elaborado por Higa em 2004 com a proposta de avaliar a prevalência de IU, a associação entre alguns fatores, a interferência da disfunção em atividades diárias ocupacionais e seu manejo entre mulheres profissionais de enfermagem. O instrumento apresenta 65 itens que incluem dados de identificação, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos, a presença de sintomas de incontinência urinária e a avaliação do incômodo. Para esse estudo foram utilizados apenas 28 itens do questionário, pois os demais foram contemplados por meio dos outros instrumentos de investigação utilizados nessa pesquisa.

3.4.3.2. Investigação sobre os Sintomas do Trato Urinário Inferior (ANEXO V)

Trata-se de um instrumento adaptado a partir das recomendações da Sociedade Internacional de Continência (ICS) e da Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA), utilizado na rotina do Ambulatório de Uroginecologia e Disfunção do Assolho Pélvico da instituição. O instrumento contém 20 itens abordando os aspectos relacionados à ocorrência dos sintomas de armazenamento, esvaziamento e pós-miccionais do trato urinário inferior, bem como a ocorrência de incontinência fecal e o uso de forros e absorventes pelas mulheres acometidas.

3.4.3.3. 36 - Item Short Form Health Survey (SF-36) (ANEXO VI)

O instrumento foi proposto por Ware et al. em 1992 como uma revisão e aperfeiçoamento dos instrumentos *18- Item Short Form* e *20 – Item Short Form* construídos para uso no *Medical Outcomes Study (MOS)*. No Brasil, o *36 – Item Short Form (SF-36)* foi validado e adaptado por Ciconelli et al. em 1999, apresentando boa confiabilidade e validade.

Trata-se de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: Estado Geral da Saúde (dois itens e quatro subitens), Capacidade Funcional (dez subitens), Limitação por Aspectos Físicos (quatro subitens), Limitação por Aspectos Emocionais (quatro subitens), Aspectos Sociais (dois itens), Vitalidade (quatro subitens), Dor (dois itens) e Saúde Mental (cinco subitens).

O instrumento apresenta score final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde (CICONELLI, 1999). As respostas apresentam opções graduadas em uma escala tipo Likert. Todas as participantes

do estudo responderam a este questionário a fim de se avaliar a qualidade de vida geral da população envolvida.

3.4.3.4. King's Health Questionnaire (ANEXO VII)

Somente as mulheres que referiram queixas correspondentes à presença de qualquer tipo de Incontinência Urinária, como perda de urina aos esforços, urgi-incontinência e IU mista responderam a este questionário na íntegra.

No Brasil, o questionário foi adaptado e validado em 2003 por Tamanini *et al.* e é composto por 21 questões, divididas em oito domínios: Percepção Geral de Saúde (um item), Impacto da Incontinência Urinária (um item), Limitações de Atividades Diárias (dois itens), Limitações Físicas (dois itens), Limitações Sociais (dois itens), Relacionamento Pessoal (três itens), Emoções (três itens), Sono/Disposição (dois itens). Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários) (SOARES, 2015).

Estas escalas, tipo likert, são graduadas em quatro opções de respostas ("nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito" ou "nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo"), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas ("muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim") e ao domínio relações pessoais ("não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito"). O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio (SOARES, 2015).

O instrumento apresentou um coeficiente alfa de Cronbach no valor de 0,87, mostrando-se confiável para mensurar a QV e permite não só avaliar os sintomas da incontinência urinária, como também realizar uma mensuração global e o impacto dos sintomas nos aspectos da individualidade na qualidade de vida (SOARES, 2015).

3.4.3.5. Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-Qol) (ANEXO VIII)

As participantes que referiram queixas correspondentes ao Prolapso de Órgãos Pélvicos, como “sensação de bola na vagina” e “útero baixo” responderam a este questionário com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dessas mulheres.

Em relação à avaliação do impacto na qualidade de vida em paciente com prolapso de órgãos pélvico, foi utilizado o *Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-*

Qol). Este questionário foi elaborado em 2005 por Digesu et al. e validado e adaptado para o Brasil por Oliveira *et al.* em 2009, sendo dividido em 9 domínios: Percepção Geral de Saúde (um item), Impacto do Prolapso (um item), Limitação das Atividades Diárias (dois itens), Limitação Física (dois itens), Limitação Social (três itens), Relações Pessoais (dois itens), Emoções (três itens), Sono e Energia (dois itens) e Medidas de Severidade (quatro itens).

Trata-se de uma escala tipo Likert que apresentam quatro ou cinco variações de respostas (“Muito Boa; Boa; Regular; Ruim; Muito Ruim” ou “Nenhuma; Um Pouco; Mais ou Menos; Muito”) as quais são avaliados com um total de 20 questões que pontuam de 0 a 100 pontos, sendo que quanto maior sua pontuação, maior o impacto na qualidade de vida da paciente acometida.

3.4.3.6. Female Sexual Function Index (FSFI) (ANEXO IX)

Todas as mulheres que aceitaram participar do estudo responderam a este questionário, exceto as que se encaixaram nos critérios de exclusão pré-estabelecidos.

O questionário FSFI inclui 19 perguntas que avaliam a função sexual durante as últimas quatro semanas, agrupados em seis domínios: Desejo (dois itens), Excitação (quatro itens), Lubrificação (quatro itens), Orgasmo (três itens), Satisfação (três itens) e Dor (três itens). De acordo com os autores, uma pontuação menor ou igual a 26 é considerado sob risco de disfunção sexual (DOMBEK et al., 2016; ROSEN et al., 2000).

Para cada questão existe um padrão de resposta tipo Likert. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas.

Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total. Assim, para se chegar ao escore total deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio (DOMBEK et al., 2016; ROSEN et al., 2000).

O instrumento foi desenvolvido por Rosen et al. em 2000 e no Brasil, foi validado e adaptado por Hentschel et al. em 2007 apresentando boa confiabilidade e validade (DOMBEK et al., 2016; HENTSCHEL et al., 2007).

3.4.3.7. Escala de Wexner (ANEXO X)

As mulheres que referiram queixas de perda de fezes, sólidas ou líquidas, “mancha na calcinha”, perda de *flatus* ou constipação intestinal deverão responder este questionário.

A Escala de Wexner foi proposta em 1993 por Jorge e Wexner com o objetivo de comparar diferentes níveis de gravidade de incontinência, comparação pré e pós-operatório, resultados de tratamentos e ainda avaliar o impacto na qualidade de vida do indivíduo (JORGE E WEXNER, 1993).

No Brasil, o instrumento foi validado e adaptado culturalmente por Fonseca et al. (2014), apresentando elevadas consistência interna e confiabilidade. A confiabilidade interna foi satisfatória para cada item da escala em separado, demonstrando a ausência de redundância entre eles.

A escala consiste em três questões sobre IA (perda de fezes sólidas, fezes líquidas e gases), uma questão sobre uso de absorventes, uma questão sobre alterações no estilo de vida e oito questões relacionadas às queixas de constipação, como frequência, esforço evacuatório, sensação evacuatória incompleta, tempo mínimo para evacuação, tipo de auxílio para evacuar, tentativas para evacuar sem sucesso em 24 horas, duração da constipação em anos e dor abdominal. Os entrevistados são orientados a responder com qual frequência as questões citadas ocorrem. Para cada pergunta existem cinco respostas possíveis (“Nunca; Raramente; Algumas Vezes; Geralmente e Sempre”) que fornecem um escore final de zero a vinte. Quanto maior o escore, maior a gravidade dos sintomas e pior a qualidade de vida (FONSECA et al., 2016).

3.4.4. Operacionalização da coleta de dados

Após o levantamento de profissionais de enfermagem atuantes em cada setor do hospital, a coleta de dados foi realizada pelos próprios pesquisadores que receberam treinamento e aconselhamento prévio para realizar a coleta efetivamente e abordagem adequada dos profissionais, de forma a garantir o anonimato e resguardo das informações obtidas.

Os dados foram coletados por meio de dispositivos móveis (tablet e smartphone) utilizando um formulário eletrônico criado no Google Docs contendo todos os instrumentos necessários para avaliação da prevalência dos distúrbios e da qualidade de vida das mulheres acometidas, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5. Análise dos dados

Os dados inseridos por meio do questionário no Google Docs foram armazenados no Excel e posteriormente exportados para o SPSS. Após a coleta, os dados foram analisados por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para Windows e apresentados em tabelas e gráficos, sintetizando os principais pontos a serem discutidos conforme a literatura pertinente.

As variáveis intervalares apresentam distribuição anormal e para análise dos dados, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney. Para as variáveis dicotômicas, a análise foi feita por meio do Teste de Qui-quadrado. Já para as variáveis categóricas foi calculada a Razão de Verossimilhança.

3.6. Aspectos éticos

Este estudo atendeu à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos e que garante o direito dos indivíduos de serem esclarecidos previamente quanto ao objetivo do estudo, forma de realização, riscos da pesquisa, ausência de ônus e de pagamento pela participação na pesquisa, divulgação dos resultados unicamente para fins científicos e anonimato dos sujeitos da pesquisa.

As participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado pelos pesquisadores, no qual, está elucidado sobre os termos da pesquisa e as condições de realização da coleta de dados (APÊNDICE A).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP/UFC/PROPESQ) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HGF, no qual o estudo foi desenvolvido, de forma a respeitar e atender às recomendações nas Normas Reguladoras em Pesquisa. A pesquisa foi aprovada sob pareceres nº 2.435.205 (HGF) e nº 2.396.335 (UFC).

4. RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico e ocupacional da amostra

O perfil da amostra foi composto por mulheres jovens, $35,8 \pm 11,6$, com idade variando entre 18 a 67 anos e que se consideram de raça não branca (79,5%). Praticamente metade da amostra nunca gestou (45,5%) nem pariu (49,2%). Dentre as que já pariram (54,5%), o parto vaginal esteve mais presente no grupo de técnicas e o parto cesáreo no grupo de enfermeiras ($p=0,011$). As enfermeiras possuem média de idade ($37,5 \pm 10,3$) superior à das técnicas ($34,8 \pm 12,1$) ($p=0,029$). Somente 15,5% da amostra total havia entrado na menopausa e apenas uma mulher fazia uso de medicamento hormonal (Tabela 1).

Embora a maior parte das mulheres tenha afirmado que emagreceu ou não mudou de peso no último ano (52,3%), a amostra revelou profissionais com sobrepeso (IMC: $26,1 \pm 4,6$). Entre as que referiram aumento de peso, a região abdominal foi a que elas percebem ter sido a mais afetada. Mais da metade (64,8%) relata não praticar nenhum esporte ou nenhum tipo de atividade. Dentre as praticantes de atividade física, o tipo de esporte ou atividade mais executada é a musculação ou algum exercício aeróbico (77,5%) (Tabela 1).

A prevalência de hipertensão (9,1%) e diabetes mellitus (4,5%) foi pequena na amostra. De forma geral, a maioria (74,6%) delas ingere café diariamente, com consumo médio de $2,6 \pm 2,8$ copos de 50 ml. A maioria (85,6%) afirma nunca ter fumado e nega crise de tosse (72,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e anamnese das participantes do estudo. Fortaleza, 2019.

| Variáveis | Amostra Total (n=264) | | Enfermeiras (n=84/31,8%) | | Técnicas (n=180/68,2%) | | p |
|---|-----------------------|-------------|--------------------------|------------|------------------------|------------|----------------|
| | Média±DP | N (%) | Média±DP | N (%) | Média±DP | N (%) | |
| Idade | 35,8±11,6 | | 37,5±10,3 | | 34,8±12,1 | | 0,029* |
| Raça | | | | | | | 0,026** |
| Branca | | 54 (20,5) | | 24 (28,6) | | 30 (16,7) | |
| Parda/Negra/Indígena | | 210 (79,5) | | 60 (71,4) | | 150 (83,3) | |
| IMC | 26,1±4,6 | | 25,1±4,1 | | 26,6±4,8 | | 0,010* |
| Mudança de peso autorreferida | | | | | | | 0,170*** |
| Engordou | | 126 (47,7) | | 33 (39,3) | | 93 (51,7) | |
| Emagreceu | | 65 (24,6) | | 24 (28,6) | | 41 (22,8) | |
| Não mudou de peso | | 73 (27,7) | | 27 (32,1) | | 46 (25,6) | |
| Parte do corpo que engordou | | Total = 125 | | Total = 33 | | Total = 92 | 0,283*** |
| Quadril/cintura | | 32 (12,1) | | 9 (27,3) | | 23 (25,0) | |
| Quadril | | 22 (8,3) | | 3 (9,1) | | 19 (20,7) | |
| Cintura | | 71 (26,9) | | 21 (63,6) | | 50 (54,3) | |
| Hipertensão (Sim) | | 24 (9,1) | | 07 (8,3) | | 17 (9,4) | 0,770** |
| Diabetes (Sim) | | 12 (4,5) | | 06 (7,1) | | 6 (3,3) | 0,194** |
| Menopausa (Sim) | | 41 (15,5) | | 15 (17,9) | | 26 (14,4) | 0,174** |
| Medicamento para menopausa | | Total = 41 | | Total = 15 | | Total = 25 | 0,433** |
| Não | | 43 (16,3) | | 15 (100,0) | | 24 (96,0) | |
| Sim | | 01 (0,4) | | 0 (0,0) | | 1 (4,0) | |
| Ingere diária de café | | | | | | | 0,836** |
| Sim | | 197 (74,6) | | 62 (73,8) | | 135 (75,0) | |
| Nº de copos de café ingeridos (50ml) | 2,64±2,8 | | 2,8±2,8 | | 2,5±2,9 | | 0,369* |

Continua

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e anamnese de profissionais de enfermagem atuantes no HGF. Fortaleza, 2019.

| Variáveis | Amostra Total (n=264) | Enfermeiras (n=84/31,8%) | Técnicas (n=180/68,2%) | p |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | |
| Tabagista | | | | 0,003*** |
| Não, nunca | 226 (85,6) | 80 (95,2) | 146 (81,1) | |
| Não, mas já foi fumante | 34 (12,9) | 03 (3,6) | 31 (17,2) | |
| Sim | 04 (1,5) | 01 (1,2) | 03 (1,7) | |
| Tem crise de tosse | | | | 0,145** |
| Não | 192 (72,7) | 66 (78,6) | 126 (70,0) | |
| Sim | 72 (27,3) | 18 (21,4) | 54 (30,0) | |
| Prática esporte | | | | 0,223** |
| Não | 171 (64,8) | 50 (59,5) | 121 (67,2) | |
| Sim | 93 (35,2) | 34 (40,5) | 59 (32,8) | |
| Tipo de esporte praticado | Total = 93 | Total = 34 | Total = 59 | 0,727** |
| Academia/Aeróbica | 72 (77,5) | 27 (79,4) | 45 (76,3) | |
| Luta/dança/esporte | 21 (22,5) | 07 (20,6) | 14 (23,7) | |
| Gestação | | | | 0,754** |
| Nuligesta | 120 (45,5) | 37 (44,0) | 83 (46,1) | |
| Multigesta | 144 (54,5) | 47 (56,0) | 97 (53,9) | |
| Tipo de parto | | | | 0,011*** |
| Nenhum parto | 130 (49,2) | 41 (48,8) | 89 (49,4) | |
| Vaginal/Vaginal com fórceps | 38 (14,4) | 06 (7,8) | 32 (17,8) | |
| Cesáreo | 79 (29,9) | 34 (40,5) | 45 (25,0) | |
| Vaginal/Cesáreo | 17 (6,4) | 03 (3,6) | 14 (7,8) | |
| Nº de partos | | | | 0,923** |
| Nulípara | 130 (49,2) | 41 (48,8) | 89 (49,4) | |
| Multípara | 134 (50,8) | 43 (51,2) | 91 (50,6) | |
| Histórico de aborto | | | | 0,898*** |
| Nenhum | 220 (83,3) | 69 (82,1) | 151 (83,9) | |
| Um | 31 (11,7) | 11 (13,1) | 20 (11,1) | |
| Dois ou mais | 13 (4,9) | 04 (4,8) | 09 (5,0) | |

Fonte: Dados da pesquisa * Teste U de Mann-Whitney ** Teste de Qui-Quadrado *** Razão de verossimilhança

Do total de 1.540 profissionais de enfermagem atuantes no hospital em diferentes turnos, compuseram a amostra deste trabalho 264 (17,1%), sendo 31,8% (n = 84/264) enfermeiras e 68,2% (n = 180/264) técnicas de enfermagem. Em sua maioria, as profissionais eram provenientes dos setores de alta complexidade (n = 103; 39%) representados pelas unidades de Emergência, Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação, Unidade de Cuidados Especiais (UCE), Unidade de AVC e Neonatologia.

As profissionais provenientes dos setores de média complexidade compuseram 35,2% (n = 93) da amostra total e incluíram as enfermarias das Alas A a J, a Emergência Obstétrica e o Centro Obstétrico. Já os setores de baixa complexidade incluíram 68 (25,8%) profissionais da amostra total e estão representados pelos setores administrativos, como o Banco de Olhos, os ambulatórios, Banco de Leite, Centro de Infusão, Centro de Imagem, Endoscopia, Central de Material Esterilizado (CME), Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE).

A maioria das profissionais entrevistadas desempenha suas atividades profissionais há mais de seis meses (n = 248; 93,9%) e está no referido setor também há mais de seis meses (n = 209; 79,2%), com uma jornada de trabalho 60 horas semanais (n = 214; 81,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com os dados relacionados ao trabalho de profissionais de enfermagem atuantes no HGF. Fortaleza, 2019.

| Variáveis | Amostra Total (n=264) N (%) | Enfermeiras (n=84/31,8%) N (%) | Técnicas (n=180/68,2%) N (%) | p |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Nível de complexidade do setor | | | | 0,044* |
| Baixa | 68 (25,8) | 17 (20,2) | 51 (28,3) | |
| Média | 93 (35,2) | 25 (29,8) | 68 (37,8) | |
| Alta | 103 (39,0) | 42 (50,0) | 61 (33,9) | |
| Tempo de serviço no setor | | | | 0,416** |
| ≤ 6 meses | 55 (20,8) | 15 (17,9) | 40 (22,2) | |
| > 6 meses | 209 (79,2) | 69 (82,1) | 140 (77,8) | |
| Tempo de exercício da profissão | | | | 0,005** |
| 6 meses | 16 (6,1) | 0 (0,0) | 16 (8,9) | |
| > 6 meses | 248 (93,9) | 84 (100,0) | 164 (91,1) | |

Continua

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com os dados relacionados ao trabalho de profissionais de enfermagem atuantes no HGF. Fortaleza, 2019.

| Variáveis | Amostra Total (n=264) N (%) | Enfermeiras (n=84/31,8%) N (%) | Técnicas (n=180/68,2%) N (%) | p |
|---------------------------------|--|---|---|----------------|
| Nº de locais de trabalho | | | | 0,000** |
| Um | 208 (78,8) | 53 (63,1) | 155 (86,1) | |
| ≥ Dois | 56 (21,2) | 31 (36,9) | 25 (13,9) | |
| Jornada de trabalho | | | | 0,481* |
| 60h semanais | 214 (81,1) | 66 (78,6) | 148 (82,3) | |
| 40h semanais | 50 (18,9) | 18 (21,4) | 32 (17,8) | |

Fonte: Dados da pesquisa

* Razão de Verossimilhança

** Teste de Qui-Quadrado

4.2 Prevalência de DAP e queixas em profissionais de enfermagem

No que diz respeito a prevalência das DAP ou queixas encontradas, 81,4% apresentaram pelo menos um tipo de STUI, enquanto que as taxas dos demais sintomas foram menos frequentes, com os seguintes percentuais: POP com 9,5%, 18,5% com disfunções sexuais e 26,5% com constipação. Nenhuma das participantes referiu queixa de IA. Não houve diferença de prevalências das queixas de DAP entre técnicas e enfermeiras, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Prevalência de disfunções ou queixas em profissionais de enfermagem atuantes no HGF. Fortaleza, 2019.

| Disfunções/Queixas | Amostra Total (n=264) N (%) | Enfermeiras (n=84/31,8%) N (%) | Técnicas (n=180/68,2%) N (%) | p** |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------|
| STUI* | | | | 0,247 |
| Não | 49 (18,6) | 19 (26,5) | 30 (16,7) | |
| Sim | 215 (81,4) | 65 (77,4) | 150 (83,3) | |
| POP* | | | | 0,356 |
| Não | 239 (90,5) | 74 (88,1) | 165 (91,7) | |
| Sim | 25 (9,5) | 10 (11,9) | 15 (8,3) | |
| Constipação | | | | 0,828 |
| Não | 194 (73,5) | 61 (72,6) | 133 (73,9) | |
| Sim | 70 (26,5) | 23 (27,4) | 47 (26,1) | |
| Disfunção sexual (n = 157) | | | | 0,336 |
| Não | 128 (81,5) | 41 (77,4) | 87 (83,7) | |
| Sim | 29 (18,5) | 12 (22,6) | 17 (16,3) | |

Fonte: Dados da pesquisa *STUI = Sintomas do Trato Urinário Inferior; POP = Prolapso de Órgãos Pélvicos; IA = Incontinência Anal ** Teste de Qui-Quadrado

Dentre os STUI, os de armazenamento foram os mais prevalentes (n = 189; 71,6%). Houve diferença de prevalência dos sintomas de esvaziamento (p = 0,040) entre técnicas e enfermeiras (Gráfico 1). Os três sintomas de armazenamento mais referidos foram: noctúria (n = 91; 34,5%), polaciúria (n = 84; 31,8%) e dor ao enchimento vesical (n = 77; 29,2%). Os grupos são semelhantes quanto às queixas de armazenamento, com exceção da polaciúria que é mais citada pelas técnicas (p = 0,028) (Gráfico 2). Sobre a classificação da IU, 14,8% (n = 39) apresentaram IUE, 11,0% (n = 29) IUU, 10,6% (n = 28) IUM e 4,4% (n = 11/253) incontinência ao coito. Os sintomas da Síndrome da Bexiga Hiperativa estiveram presentes em 15 mulheres (5,7%).

GRÁFICO 1. PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE ARMAZENAMENTO, ESVAZIAMENTO E PÓS-MICCIONAL NA AMOSTRA TOTAL ENTRE OS GRUPOS. FORTALEZA-CE, 2019.

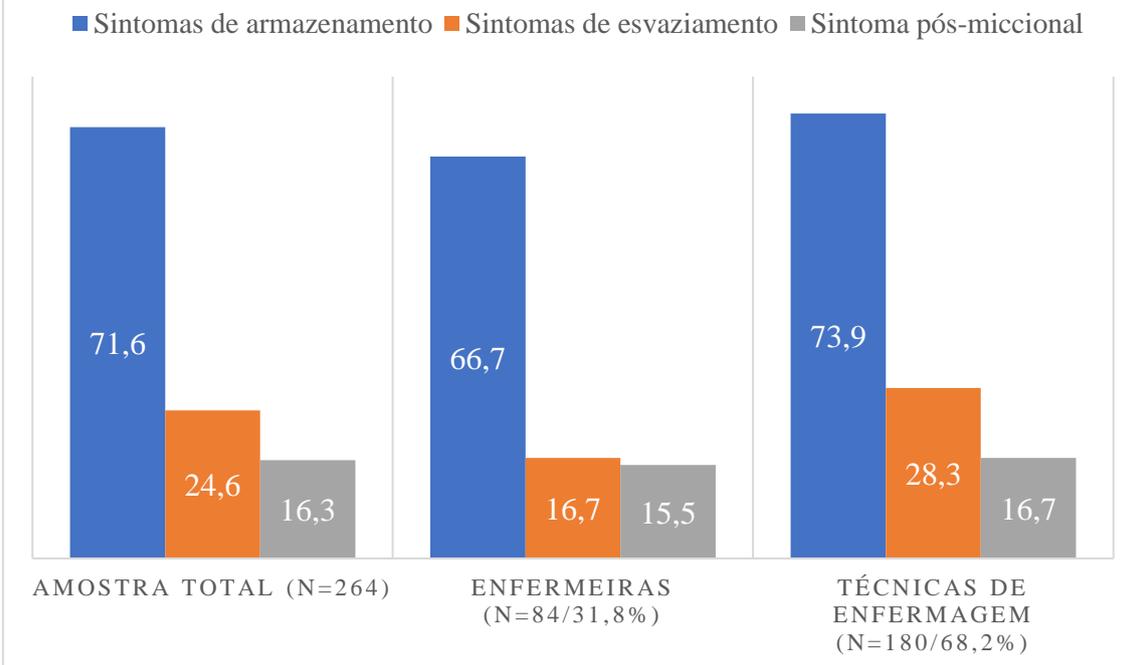
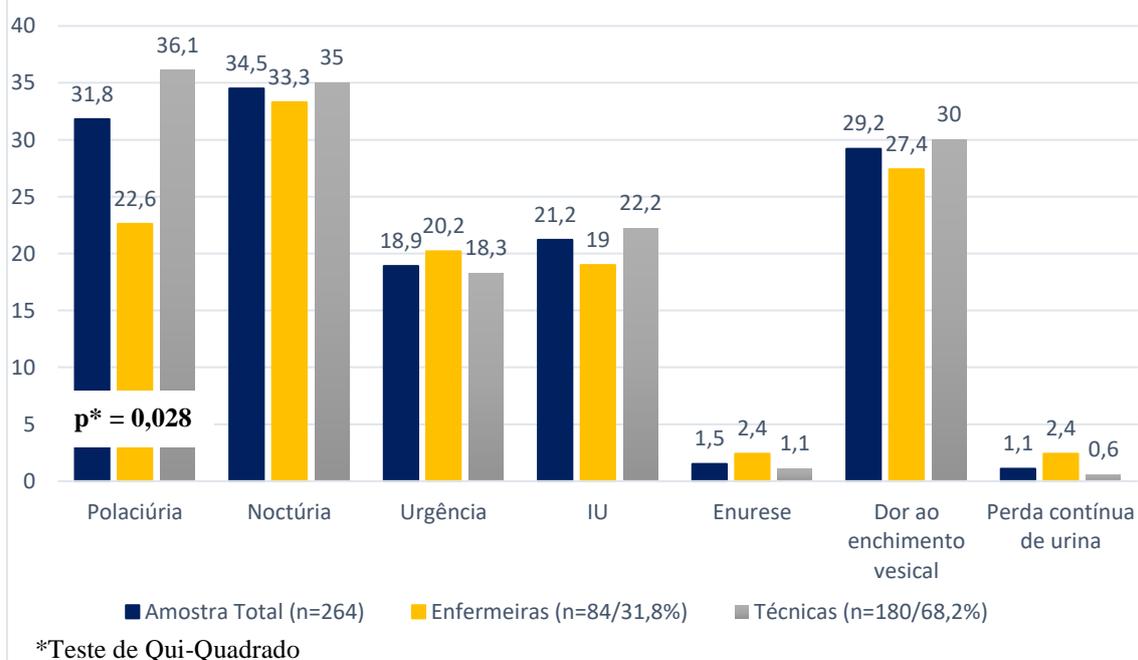
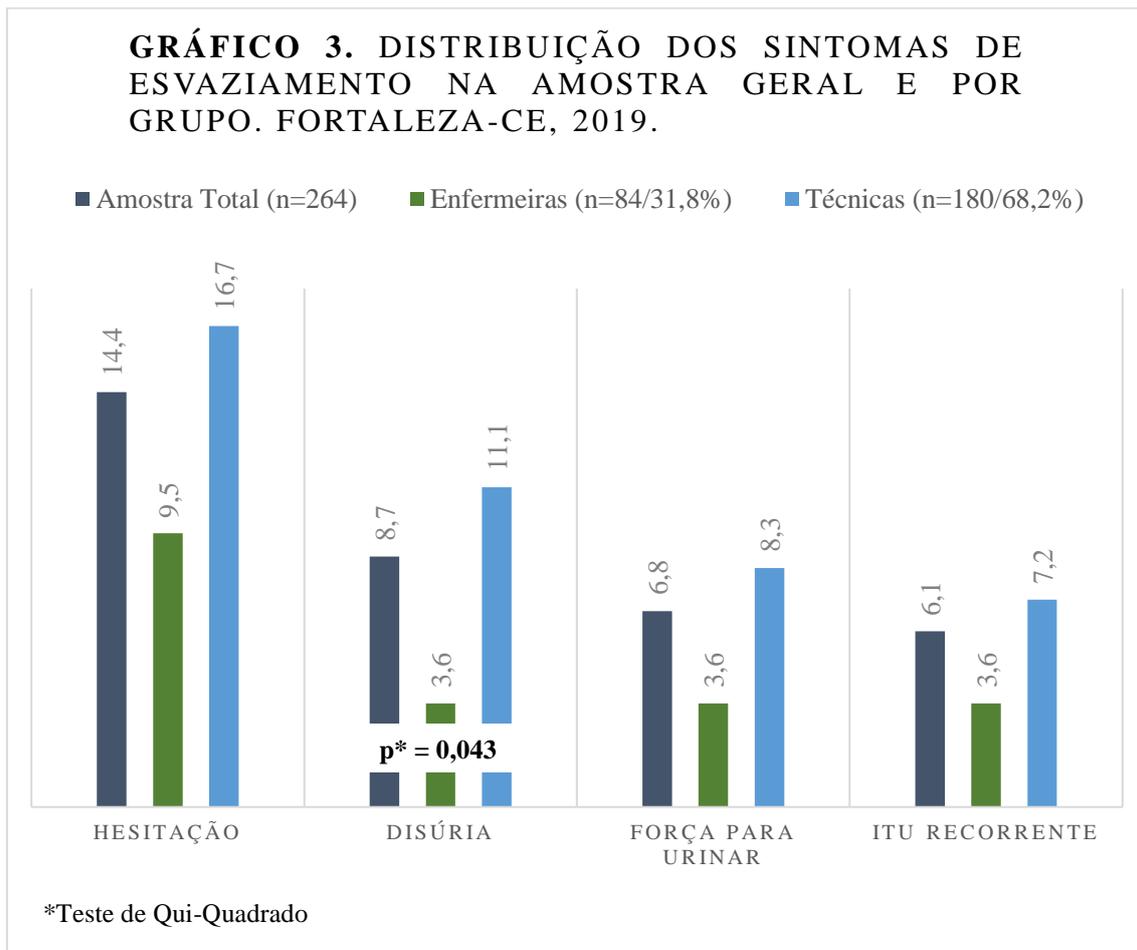


GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DOS SINTOMAS DE ARMAZENAMENTO NA AMOSTRA GERAL E POR GRUPO. FORTALEZA-CE, 2019.



A hesitação foi o sintoma de esvaziamento mais prevalente na amostra total. As técnicas de enfermagem apresentaram mais disúria do que as enfermeiras ($p = 0,043$) (Gráfico 3).

O único sintoma pós-miccional investigado foi a sensação de esvaziamento vesical incompleto, o qual esteve presente em 16,6% ($n = 43$) da amostra total, 15,5% ($n = 13$) entre as enfermeiras e 16,7% ($n = 30$) entre as técnicas.



4.3 Fatores ocupacionais associados às queixas de DAP

Dentre os dados ocupacionais, houve associação apenas entre o turno de trabalho e a complexidade do setor com a presença de alguns dos sintomas de DAP. As profissionais que trabalham nos setores de alta complexidade apresentam maior prevalência de constipação ($p = 0,021$; OR = 0,49; IC 0,27 – 0,90) e as que trabalham 60 horas por semana apresentam maior prevalência de LUTS ($p = 0,021$; OR = 0,44; IC 0,21 – 0,89) (Tabela 4).

Trabalhar em dois ou mais locais teve associação com a presença de queixas de Incontinência Urinária de Urgência ($p = 0,005$; OR = 3,06; IC 1,36 – 6,87) e Incontinência Urinária Mista ($p = 0,003$; OR = 3,27; IC 1,44 – 7,40). Além disso, as mulheres que demoram entre 6 e 15 minutos para ir e voltar ao banheiro ($p = 0,037$; OR = 3,90; IC 0,99 – 15,32), referem que a chefia dificulta as pausas para que ela possa ir ao banheiro ($p = 0,007$; OR = 17,71; IC 1,05 – 298,2) e cujas colegas reclamam se ela fizer pausas por este motivo ($p = 0,029$; OR = 5,31; IC 1,00 – 28,1) apresentam mais sintomas compatíveis com a Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) (Tabela 5).

O POP foi a DAP com mais fatores associados. No estudo, a mulher que se queixa de POP possui HAS ($p = 0,046$; OR = 2,89; IC 0,97 – 8,57), está na menopausa ($p = 0,013$; OR = 3,07; IC 1,22 – 7,75), é mais velha ($42,4 \pm 12,9/p = 0,006$), possui IMC mais elevado ($28,5 \pm 4,5/p = 0,005$), ingere café diariamente ($p = 0,010$; OR = 9,15; IC 1,21 – 69,0), com média mais elevada de consumo ($3,9 \pm 3,9/p = 0,010$), já gestou ($p = 0,002$; OR = 4,95; IC 1,65 – 14,8) e já pariu ($p = 0,002$; OR = 4,38; IC 1,59 – 12,0). Já a presença de disfunção sexual esteve associada a estar na menopausa ($p = 0,043$) e a prática de luta, dança ou algum esporte ($p = 0,002$; OR = 8,35; IC 1,86 – 37,4) (Tabelas 6 e 7).

Apresentar média de idade mais elevada e estar na menopausa teve associação com a IUU ($p = 0,003$; OR = 3,39; IC 1,4 – 7,9), IUM ($p = 0,002$; OR = 3,60; IC 1,5 – 8,5) e SBH ($p = 0,008$; OR = 4,0; IC 1,3 – 11,9). A prática de alguma atividade física regular apresentou associação apenas com a SBH ($p = 0,039$; OR = 2,94; IC 1,0 – 8,5), embora ao se analisar as modalidades mencionadas pelas participantes não ficou claro qual destas estava associada a ocorrência de SBH (Tabela 8 e 9).

Tabela 4 - Associação entre DAP e dados relacionados à ocupação e regime de trabalho. Fortaleza, 2019.

| Variáveis | LUTS* | | | POP* | | | Constipação | | | Disfunção sexual | | |
|---|------------|------------|--------------|------------|------------|-------|-------------|-----------|--------------|------------------|------------|-------|
| | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** |
| Complexidade do setor | | | 0,618 | | | 0,439 | | | 0,021 | | | 0,788 |
| Baixa e Média | 14 (28,6) | 54 (25,1) | | 63 (26,4) | 05 (20,0) | | 43 (22,1) | 25 (36,2) | | 34 (26,6) | 07 (24,1) | |
| Alta | 35 (71,4) | 161 (74,9) | | 176 (73,6) | 20 (80,0) | | 152 (77,9) | 44 (63,8) | | 94 (73,4) | 22 (75,9) | |
| Regime de trabalho | | | 0,021 | | | 0,497 | | | 0,160 | | | 0,850 |
| 60h semanais | 34 (69,4) | 180 (83,7) | | 195 (81,6) | 19 (76,0) | | 162 (83,1) | 52 (75,4) | | 104 (81,3) | 24 (82,8) | |
| 40h semanais | 15 (30,6) | 35 (16,3) | | 44 (18,4) | 06 (24,0) | | 33 (16,9) | 17 (24,6) | | 24 (18,8) | 05 (17,2) | |
| Tempo de serviço no setor | | | 0,101 | | | 0,914 | | | 0,897 | | | 0,810 |
| 6 meses | 06 (12,2) | 49 (22,8) | | 50 (20,9) | 05 (20,0) | | 41 (21,0) | 14 (20,3) | | 24 (18,8) | 06 (20,7) | |
| > 6 meses | 43 (87,8) | 166 (77,2) | | 189 (79,1) | 20 (80,0) | | 154 (79,0) | 55 (79,7) | | 104 (81,3) | 23 (79,3) | |
| Tempo de exercício da profissão | | | 0,984 | | | 0,669 | | | 0,488 | | | 0,476 |
| 6 meses | 03 (6,1) | 13 (6,0) | | 14 (5,9) | 02 (8,0) | | 13 (6,7) | 03 (4,3) | | 09 (7,0) | 01 (3,4) | |
| > 6 meses | 46 (93,9) | 202 (94,0) | | 225 (94,1) | 23 (92,0) | | 182 (93,3) | 66 (95,7) | | 119 (93,0) | 28 (96,6) | |
| Nº de locais de trabalho | | | 0,589 | | | 0,166 | | | 0,366 | | | 0,509 |
| Um | 40 (81,6) | 168 (78,1) | | 191 (79,9) | 17 (68,0) | | 151 (77,4) | 57 (82,6) | | 100 (78,1) | 21 (72,4) | |
| ≥ Dois | 09 (18,4) | 47 (21,9) | | 48 (20,1) | 08 (32,0) | | 44 (22,6) | 12 (17,4) | | 28 (21,9) | 08 (27,6) | |
| Pausa para banheiro | | | 0,240 | | | 0,087 | | | 0,899 | | | 0,599 |
| < Duas | 21 (42,9) | 73 (34,0) | | 89 (37,2) | 05 (20,0) | | 69 (35,4) | 25 (36,2) | | 42 (32,8) | 11 (37,9) | |
| ≥ Três | 28 (57,1) | 142 (66,0) | | 150 (62,8) | 20 (80,0) | | 126 (64,6) | 44 (63,8) | | 86 (67,2) | 18 (62,1) | |
| Distância do banheiro | | | 0,945 | | | 0,824 | | | 0,758 | | | 0,094 |
| < 12m | 36 (73,5) | 159 (74,0) | | 177 (74,1) | 18 (72,0) | | 145 (74,4) | 50 (72,5) | | 91 (71,4) | 25 (86,2) | |
| ≥ 12m | 13 (26,5) | 56 (26,0) | | 62 (25,9) | 07 (28,0) | | 50 (25,6) | 19 (27,5) | | 37 (28,9) | 04 (13,8) | |
| Tempo para ir e voltar do banheiro | | | 0,830 | | | 0,280 | | | 0,133 | | | 0,198 |
| 1 e 5 minutos | 46 (93,9) | 200 (93,0) | | 224 (93,7) | 22 (88,0) | | 179 (91,8) | 67 (97,1) | | 121 (94,5) | 29 (100,0) | |
| 6 e 15 minutos | 03 (6,1) | 15 (7,0) | | 15 (6,3) | 03 (12,0) | | 16 (8,2) | 02 (2,9) | | 07 (5,5) | 0 (0,0) | |
| Frequentemente, o trabalho não pode ser interrompido? | | | 0,056 | | | 0,191 | | | 0,876 | | | 0,655 |
| Não | 47 (95,9) | 185 (86,0) | | 208 (87,0) | 24 (96,0) | | 171 (87,7) | 61 (88,4) | | 118 (92,2) | 26 (89,7) | |
| Sim | 02 (4,1) | 30 (14,0) | | 31 (13,0) | 01 (4,0) | | 24 (12,3) | 08 (11,6) | | 10 (7,8) | 03 (10,3) | |
| Às vezes, o trabalho não pode ser interrompido? | | | 0,267 | | | 0,663 | | | 0,526 | | | 0,945 |
| Não | 21 (42,9) | 74 (34,4) | | 87 (36,4) | 08 (32,0) | | 68 (34,9) | 27 (39,1) | | 45 (35,2) | 10 (34,5) | |
| Sim | 28 (57,1) | 141 (65,6) | | 152 (63,6) | 17 (68,0) | | 127 (65,1) | 42 (60,9) | | 83 (64,8) | 19 (65,5) | |
| A chefia dificulta as pausas para o banheiro? | | | 0,498 | | | 0,646 | | | 0,441 | | | 0,633 |
| Não | 49 (100,0) | 213 (99,1) | | 237 (99,2) | 25 (100,0) | | 194 (99,5) | 68 (98,6) | | 127 (99,2) | 29 (100,0) | |
| Sim | 0 (0,0) | 02 (0,9) | | 02 (0,8) | 0 (0,0) | | 01 (0,5) | 01 (1,4) | | 01 (0,8) | 0 (0,0) | |
| Os colegas reclamam se fizer pausas para ir ao banheiro? | | | 0,145 | | | 0,324 | | | 0,786 | | | 0,335 |
| Não | 49 (100,0) | 206 (95,8) | | 230 (96,2) | 25 (100,0) | | 188 (96,4) | 67 (97,1) | | 124 (96,9) | 29 (100,0) | |
| Sim | 0 (0,0) | 09 (4,2) | | 09 (3,8) | 0 (0,0) | | 07 (3,6) | 02 (2,9) | | 04 (3,1) | 0 (0,0) | |

Fonte: Dados da pesquisa * LUTS = Lower Urinary Tract Symptoms; POP = Prolapso de Órgãos Pélvicos ** Teste de Qui-Quadrado

Tabela 5 - Associação entre sintomas urinários e dados relacionados à ocupação e regime de trabalho. Fortaleza, 2019.

| Disfunções/Queixas | IUE* | | | IUU* | | | IUM* | | | SBH* | | |
|--|------------|------------|-------|------------|-----------|--------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|--------------|
| | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** |
| Setor de trabalho | | | 0,754 | | | 0,508 | | | 0,580 | | | 0,934 |
| Baixa e Média complexidade | 03 (30,0) | 65 (25,6) | | 62 (26,4) | 06 (20,7) | | 62 (26,3) | 06 (21,4) | | 64 (25,7) | 04 (26,7) | |
| Alta complexidade | 07 (70,0) | 189 (74,4) | | 173 (73,6) | 23 (73,3) | | 174 (73,7) | 22 (78,6) | | 185 (74,3) | 11 (73,3) | |
| Regime de trabalho | | | 0,930 | | | 0,211 | | | 0,240 | | | 0,568 |
| 12h de jornada | 08 (80,0) | 206 (81,1) | | 188 (80,0) | 26 (89,7) | | 189 (80,1) | 25 (89,3) | | 201 (80,7) | 13 (86,7) | |
| 6h a 8h de jornada | 02 (20,0) | 48 (18,9) | | 47 (20,0) | 03 (10,3) | | 47 (19,9) | 03 (10,7) | | 48 (19,3) | 02 (13,3) | |
| Tempo de serviço no setor | | | 0,467 | | | 0,614 | | | 0,367 | | | 0,935 |
| 6 meses | 03 (30,0) | 52 (20,5) | | 50 (21,3) | 05 (17,2) | | 51 (21,6) | 04 (14,3) | | 52 (20,9) | 03 (20,0) | |
| > 6 meses | 07 (70,0) | 202 (79,5) | | 185 (78,7) | 24 (82,8) | | 185 (78,4) | 24 (85,7) | | 127 (79,1) | 12 (80,0) | |
| Tempo de exercício da profissão | | | 0,060 | | | 0,305 | | | 0,800 | | | 0,311 |
| 6 meses | 02 (20,0) | 14 (5,5) | | 13 (5,5) | 03 (10,3) | | 14 (5,9) | 02 (7,1) | | 16 (6,4) | 0 (0,0) | |
| > 6 meses | 08 (80,0) | 240 (94,5) | | 222 (94,5) | 26 (89,7) | | 222 (94,1) | 26 (92,9) | | 233 (93,6) | 15 (100,0) | |
| Nº de locais de trabalho | | | 0,377 | | | 0,005 | | | 0,003 | | | 0,906 |
| Um | 09 (90,0) | 199 (78,3) | | 191 (81,3) | 17 (58,6) | | 192 (81,4) | 16 (57,1) | | 196 (78,7) | 12 (80,0) | |
| ≥ Dois | 01 (10,0) | 55 (21,7) | | 44 (18,7) | 12 (41,4) | | 44 (18,6) | 12 (42,9) | | 53 (21,3) | 03 (20,0) | |
| Número de pausas para banheiro | | | 0,085 | | | 0,893 | | | 0,990 | | | 0,194 |
| < Duas | 01 (10,0) | 93 (36,6) | | 84 (35,7) | 10 (34,5) | | 84 (35,6) | 10 (35,7) | | 91 (36,5) | 03 (20,0) | |
| ≥ Três | 09 (90,0) | 161 (63,4) | | 151 (64,3) | 19 (65,5) | | 152 (64,4) | 18 (64,3) | | 158 (63,5) | 12 (80,0) | |
| O banheiro mais próximo fica há mais de 12m? | | | 0,653 | | | 0,525 | | | 0,444 | | | 0,962 |
| Não | 08 (80,0) | 187 (73,6) | | 175 (74,5) | 20 (69,0) | | 176 (74,6) | 19 (67,9) | | 184 (73,9) | 11 (73,3) | |
| Sim | 02 (20,0) | 67 (26,4) | | 60 (25,5) | 09 (31,0) | | 60 (25,4) | 09 (32,1) | | 65 (26,1) | 04 (26,7) | |
| Tempo que leva para ir e voltar do banheiro | | | 0,383 | | | 0,114 | | | 0,097 | | | 0,037 |
| 1 a 5 minutos | 10 (100,0) | 236 (92,9) | | 221 (94,0) | 25 (86,2) | | 222 (94,1) | 24 (85,7) | | 234 (94,0) | 12 (80,0) | |
| 6 a 15 minutos | 0 (0,0) | 18 (7,1) | | 14 (6,0) | 04 (13,8) | | 14 (5,9) | 04 (14,3) | | 15 (6,0) | 03 (20,0) | |
| Interrupções frequentes no trabalho | | | 0,077 | | | 0,134 | | | 0,110 | | | 0,882 |
| Não | 07 (70,0) | 225 (88,6) | | 209 (88,9) | 23 (79,3) | | 210 (89,0) | 22 (78,6) | | 219 (88,0) | 13 (86,7) | |
| Sim | 03 (30,0) | 29 (11,4) | | 26 (11,1) | 06 (20,7) | | 26 (11,0) | 06 (21,4) | | 30 (12,0) | 02 (13,3) | |
| Interrupções esporádicas no trabalho | | | 0,346 | | | 0,318 | | | 0,200 | | | 0,184 |
| Não | 05 (50,0) | 90 (35,4) | | 87 (37,0) | 08 (27,6) | | 88 (37,3) | 07 (25,0) | | 92 (36,9) | 03 (20,0) | |
| Sim | 05 (50,0) | 164 (64,6) | | 148 (63,0) | 21 (72,4) | | 148 (62,7) | 21 (75,0) | | 157 (63,1) | 12 (80,0) | |
| Dificuldade de ir ao banheiro por conta da chefia | | | 0,778 | | | 0,077 | | | 0,069 | | | 0,007 |
| Não | 10 (100,0) | 252 (99,2) | | 234 (99,6) | 28 (96,6) | | 235 (99,6) | 27 (96,4) | | 248 (99,6) | 14 (93,3) | |
| Sim | 0 (0,0) | 02 (0,8) | | 01 (0,4) | 01 (3,4) | | 01 (0,4) | 01 (3,6) | | 01 (0,4) | 01 (6,7) | |
| Dificuldade de ir ao banheiro por conta dos colegas | | | 0,242 | | | 0,273 | | | 0,250 | | | 0,029 |
| Não | 09 (90,0) | 246 (96,9) | | 228 (97,0) | 27 (93,1) | | 229 (97,0) | 26 (92,9) | | 242 (97,2) | 13 (86,7) | |
| Sim | 01 (10,0) | 08 (3,1) | | 07 (3,0) | 02 (6,9) | | 07 (3,0) | 02 (7,1) | | 07 (2,8) | 02 (13,3) | |

Fonte: Dados da pesquisa ** Teste de Qui-Quadrado

Tabela 6 - Associação entre DAP, raça e perfil clínico-obstétrico da amostra. Fortaleza, 2019.

| Variáveis | LUTS* | | | POP* | | | Constipação | | | Disfunção sexual | | |
|--------------------------------------|-----------|------------|-------|------------|-----------|--------------|-------------|-----------|-------|------------------|-----------|--------------|
| | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** |
| Raça | | | 0,993 | | | 0,271 | | | 0,153 | | | 0,240 |
| Negra/Parda/Indígena | 39 (79,6) | 171 (79,5) | | 188 (78,8) | 22 (88,0) | | 151 (77,4) | 59 (85,5) | | 105 (82,0) | 21 (72,4) | |
| Branca | 10 (20,4) | 44 (20,5) | | 51 (21,3) | 03 (12,0) | | 44 (22,6) | 10 (14,5) | | 23 (18,0) | 08 (27,6) | |
| Mudança de peso autorreferida | | | 0,873 | | | 0,369 | | | 0,515 | | | 0,218 |
| Sim | 35 (71,4) | 156 (72,6) | | 171 (71,5) | 20 (80,0) | | 139 (71,3) | 52 (75,4) | | 98 (76,6) | 19 (65,5) | |
| Não | 14 (28,6) | 59 (27,4) | | 68 (28,5) | 05 (20,0) | | 56 (28,7) | 17 (24,6) | | 30 (23,4) | 10 (34,5) | |
| Hipertensão | | | 0,802 | | | 0,046 | | | 0,111 | | | 0,233 |
| Não | 45 (91,8) | 195 (90,7) | | 220 (92,1) | 20 (80,0) | | 174 (89,2) | 66 (95,7) | | 119 (93,0) | 25 (86,2) | |
| Sim | 04 (8,2) | 20 (9,3) | | 19 (7,9) | 05 (20,0) | | 21 (10,8) | 03 (4,3) | | 09 (7,0) | 04 (13,8) | |
| Diabetes | | | 0,853 | | | 0,884 | | | 0,436 | | | 0,908 |
| Não | 47 (95,9) | 203 (95,3) | | 226 (95,4) | 24 (96,0) | | 183 (94,8) | 67 (97,1) | | 123 (96,1) | 28 (96,6) | |
| Sim | 02 (4,1) | 10 (4,7) | | 11 (4,6) | 01 (4,0) | | 10 (5,2) | 02 (2,9) | | 05 (3,9) | 01 (3,4) | |
| Menopausa | | | 0,850 | | | 0,013 | | | 0,076 | | | 0,043 |
| Não | 40 (83,3) | 179 (84,4) | | 203 (86,0) | 16 (66,7) | | 158 (81,9) | 61 (91,0) | | 114 (89,8) | 22 (75,9) | |
| Sim | 08 (16,7) | 33 (15,6) | | 33 (14,0) | 08 (33,3) | | 35 (18,1) | 06 (9,0) | | 13 (20,2) | 07 (24,1) | |
| Ingesta diária de café | | | 0,602 | | | 0,010 | | | 0,627 | | | 0,923 |
| Não | 11 (22,4) | 56 (26,0) | | 66 (27,6) | 01 (4,0) | | 51 (26,2) | 16 (23,2) | | 32 (25,0) | 07 (24,1) | |
| Sim | 38 (77,6) | 159 (74,0) | | 173 (72,4) | 24 (96,0) | | 144 (73,8) | 53 (76,8) | | 96 (75,0) | 22 (75,9) | |
| Tabagista | | | 0,635 | | | 0,401 | | | 0,441 | | | 0,595 |
| Não, nunca | 43 (87,8) | 183 (85,1) | | 206 (86,2) | 20 (80,0) | | 165 (84,6) | 61 (88,4) | | 110 (85,9) | 26 (89,7) | |
| Fuma ou já fumou | 06 (12,2) | 32 (14,9) | | 33 (13,8) | 05 (20,0) | | 30 (15,4) | 08 (11,6) | | 18 (14,1) | 03 (10,3) | |
| Histórico de crise de tosse | | | 0,628 | | | 0,303 | | | 0,188 | | | 0,551 |
| Não | 37 (75,5) | 155 (72,1) | | 176 (73,6) | 16 (64,0) | | 146 (74,9) | 46 (66,7) | | 90 (70,3) | 22 (75,9) | |
| Sim | 12 (24,5) | 60 (27,9) | | 63 (26,4) | 09 (36,0) | | 49 (25,1) | 23 (33,3) | | 38 (29,7) | 07 (24,1) | |
| Pratica algum esporte | | | 0,807 | | | 0,217 | | | 0,332 | | | 0,883 |
| Não | 31 (63,3) | 140 (65,1) | | 152 (63,6) | 19 (76,0) | | 123 (63,1) | 48 (69,6) | | 82 (64,1) | 19 (65,5) | |
| Sim | 18 (36,7) | 75 (34,9) | | 87 (36,4) | 06 (24,0) | | 72 (36,9) | 21 (30,4) | | 46 (35,9) | 10 (34,5) | |
| Tipo de esporte | | | 0,557 | | | 0,720 | | | 0,053 | | | 0,002 |
| Academia/Aeróbica | 13 (72,2) | 59 (78,7) | | 67 (77,0) | 05 (83,3) | | 59 (81,9) | 13 (61,9) | | 39 (84,8) | 04 (40,0) | |
| Luta/Dança/Esporte | 05 (27,8) | 16 (21,3) | | 20 (23,0) | 01 (16,7) | | 13 (18,1) | 08 (38,1) | | 07 (15,2) | 06 (60,0) | |
| Nº de gestações | | | 0,583 | | | 0,002 | | | 0,701 | | | 0,402 |
| Nenhuma | 24 (49,0) | 96 (44,7) | | 116 (48,5) | 04 (16,0) | | 90 (46,2) | 30 (43,5) | | 55 (43,0) | 10 (34,5) | |
| Uma ou mais | 25 (51,0) | 119 (55,3) | | 123 (51,5) | 21 (84,0) | | 105 (53,8) | 39 (56,5) | | 73 (57,0) | 19 (65,5) | |
| Nº de partos | | | 0,783 | | | 0,002 | | | 0,265 | | | 0,343 |
| Nenhum | 25 (51,0) | 105 (48,8) | | 125 (52,3) | 05 (20,0) | | 100 (51,3) | 30 (43,5) | | 61 (47,7) | 11 (37,9) | |
| Um ou mais | 24 (49,0) | 110 (51,2) | | 114 (47,7) | 20 (80,0) | | 95 (48,7) | 39 (56,5) | | 67 (52,3) | 18 (62,1) | |

Fonte: Dados da pesquisa * LUTS = Lower Urinary Tract Symptoms; POP = Prolapso de Órgãos Pélvicos ** Teste de Qui-Quadrado

Tabela 7 - Associação entre sintomas urinários, raça e perfil clínico-obstétrico da amostra. Fortaleza, 2019.

| Disfunções/Queixas | IUE* | | | IUU* | | | IUM* | | | SBH* | | |
|------------------------------|-----------|------------|-------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|
| | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** | Não (%) | Sim (%) | p** |
| Raça | | | 0,971 | | | 0,134 | | | 0,105 | | | 0,964 |
| Negra/Parda/Indígena | 08 (80,0) | 202 (79,5) | | 190 (80,9) | 20 (69,0) | | 191 (80,9) | 19 (67,9) | | 198 (78,5) | 12 (80,0) | |
| Branca | 02 (20,0) | 52 (20,5) | | 45 (19,1) | 09 (31,0) | | 45 (19,1) | 09 (32,1) | | 51 (20,5) | 03 (20,0) | |
| Mudança de peso | | | 0,581 | | | 0,654 | | | 0,740 | | | 0,202 |
| Emagreceu/Engordou | 08 (80,0) | 183 (72,0) | | 169 (71,9) | 22 (75,9) | | 170 (72,0) | 21 (75,0) | | 178 (71,5) | 13 (86,7) | |
| Não mudou de peso | 02 (20,0) | 71 (28,0) | | 66 (28,1) | 07 (24,1) | | 66 (28,0) | 07 (25,0) | | 71 (28,5) | 02 (13,3) | |
| Hipertensão | | | 0,221 | | | 0,106 | | | 0,088 | | | 0,130 |
| Não | 08 (80,0) | 232 (91,3) | | 216 (91,9) | 24 (82,8) | | 217 (91,9) | 23 (82,1) | | 228 (91,5) | 12 (80,0) | |
| Sim | 02 (20,0) | 22 (8,7) | | 19 (8,1) | 05 (17,2) | | 19 (8,1) | 05 (17,9) | | 21 (8,4) | 03 (20,0) | |
| Diabetes | | | 0,403 | | | 0,211 | | | 0,220 | | | 0,382 |
| Não | 09 (90,0) | 241 (95,6) | | 221 (94,8) | 29 (100,0) | | 222 (94,9) | 28 (100,0) | | 235 (95,1) | 15 (100,0) | |
| Sim | 01 (10,0) | 11 (4,4) | | 12 (5,2) | 0 (0,0) | | 12 (5,1) | 0 (0,0) | | 12 (4,9) | 0 (0,0) | |
| Entrou na menopausa | | | 0,032 | | | 0,003 | | | 0,002 | | | 0,008 |
| Não | 06 (60,0) | 213 (85,2) | | 200 (86,6) | 19 (65,5) | | 201 (86,6) | 18 (64,3) | | 210 (85,7) | 09 (60,0) | |
| Sim | 04 (40,0) | 37 (14,8) | | 31 (13,4) | 10 (34,5) | | 31 (13,4) | 10 (35,7) | | 35 (14,3) | 06 (40,0) | |
| Toma café diariamente | | | 0,690 | | | 0,539 | | | 0,611 | | | 0,270 |
| Não | 02 (20,0) | 65 (25,6) | | 61 (26,0) | 06 (20,7) | | 61 (25,8) | 06 (21,4) | | 65 (26,1) | 02 (13,3) | |
| Sim | 08 (80,0) | 189 (74,4) | | 174 (74,0) | 23 (79,3) | | 175 (74,2) | 22 (78,6) | | 184 (73,9) | 13 (86,7) | |
| Tabagista | | | 0,687 | | | 0,306 | | | 0,262 | | | 0,380 |
| Não, nunca | 09 (90,0) | 217 (85,4) | | 203 (86,4) | 23 (79,3) | | 204 (86,4) | 22 (78,6) | | 212 (85,1) | 14 (93,3) | |
| Fuma ou já fumou | 01 (10,0) | 37 (14,6) | | 32 (13,6) | 06 (20,7) | | 32 (13,6) | 06 (21,4) | | 37 (14,9) | 01 (6,7) | |
| Tem crise de tosse | | | 0,843 | | | 0,071 | | | 0,131 | | | 0,515 |
| Não | 07 (70,0) | 185 (72,8) | | 175 (74,5) | 17 (58,6) | | 175 (74,2) | 17 (60,7) | | 180 (72,3) | 12 (80,0) | |
| Sim | 03 (30,0) | 69 (27,2) | | 60 (25,5) | 12 (41,4) | | 61 (25,8) | 11 (39,3) | | 69 (27,7) | 03 (20,0) | |
| Pratica algum esporte | | | 0,319 | | | 0,462 | | | 0,634 | | | 0,039 |
| Não | 05 (50,0) | 166 (65,4) | | 154 (65,5) | 17 (58,6) | | 154 (65,3) | 17 (60,7) | | 165 (66,3) | 06 (40,0) | |
| Sim | 05 (50,0) | 88 (34,6) | | 81 (34,5) | 12 (41,4) | | 82 (34,7) | 11 (39,3) | | 84 (33,7) | 09 (60,0) | |
| Tipo de esporte | | | 0,887 | | | 0,206 | | | 0,254 | | | 0,978 |
| Academia/Aeróbica | 04 (80,0) | 68 (77,3) | | 61 (75,3) | 11 (91,7) | | 62 (75,6) | 10 (90,9) | | 65 (77,4) | 07 (77,8) | |
| Luta/Dança/Esporte | 01 (20,0) | 20 (22,7) | | 20 (24,7) | 01 (8,3) | | 20 (24,4) | 01 (9,1) | | 19 (22,6) | 02 (22,2) | |
| Nº de gestações | | | 0,724 | | | 0,209 | | | 0,135 | | | 0,332 |
| Nenhuma gestação | 04 (40,0) | 116 (45,7) | | 110 (46,8) | 10 (34,5) | | 111 (47,0) | 09 (32,1) | | 115 (46,2) | 05 (33,3) | |
| Uma ou mais | 06 (60,0) | 138 (54,3) | | 125 (53,2) | 19 (65,5) | | 125 (53,0) | 19 (67,9) | | 134 (53,8) | 10 (66,7) | |
| Partos | | | 0,551 | | | 0,197 | | | 0,130 | | | 0,204 |
| Nulípara | 04 (40,0) | 126 (49,6) | | 119 (50,6) | 11 (37,9) | | 120 (50,8) | 10 (35,7) | | 125 (50,2) | 05 (33,3) | |
| Múltípara | 06 (60,0) | 128 (50,4) | | 116 (49,4) | 18 (62,1) | | 116 (49,2) | 18 (64,3) | | 124 (49,8) | 10 (66,7) | |

Fonte: Dados da pesquisa ** Teste de Qui-Quadrado

Tabela 8 - Associação entre variáveis contínuas e DAP. Fortaleza, 2019.

| Variáveis | STUI* | | | POP* | | | Constipação | | | Disfunção sexual | | |
|----------------------------|------------|------------|-------|------------|------------|--------------|-------------|------------|-------|------------------|------------|-------|
| | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** |
| Idade | 36,9±10,9 | 35,4±11,8 | 0,274 | 35,0±11,3 | 42,4±12,9 | 0,006 | 35,7±12,2 | 35,8±9,9 | 0,525 | 34,4±11,0 | 38,5±11,8 | 0,086 |
| IMC | 25,2±4,1 | 26,3±4,7 | 0,181 | 25,8±4,6 | 28,5±4,5 | 0,005 | 26,0±4,6 | 26,2±4,7 | 0,908 | 25,8±4,3 | 26,1±3,8 | 0,681 |
| Nº de copos de café | 2,3±2,5 | 2,6±2,9 | 0,557 | 2,4±2,7 | 3,9±3,9 | 0,010 | 2,5±2,9 | 2,7±2,6 | 0,481 | 2,5±2,4 | 2,1±1,6 | 0,854 |

*IMC = Índice de Massa Corporal; STUI = Sintomas do Trato Urinário Inferior; POP = Prolapso de Órgãos Pélvicos; SBH = Síndrome da Bexiga Hiperativa ** Teste U de Mann-Whitney

Tabela 9 - Associação entre variáveis contínuas e queixas urinárias. Fortaleza, 2019.

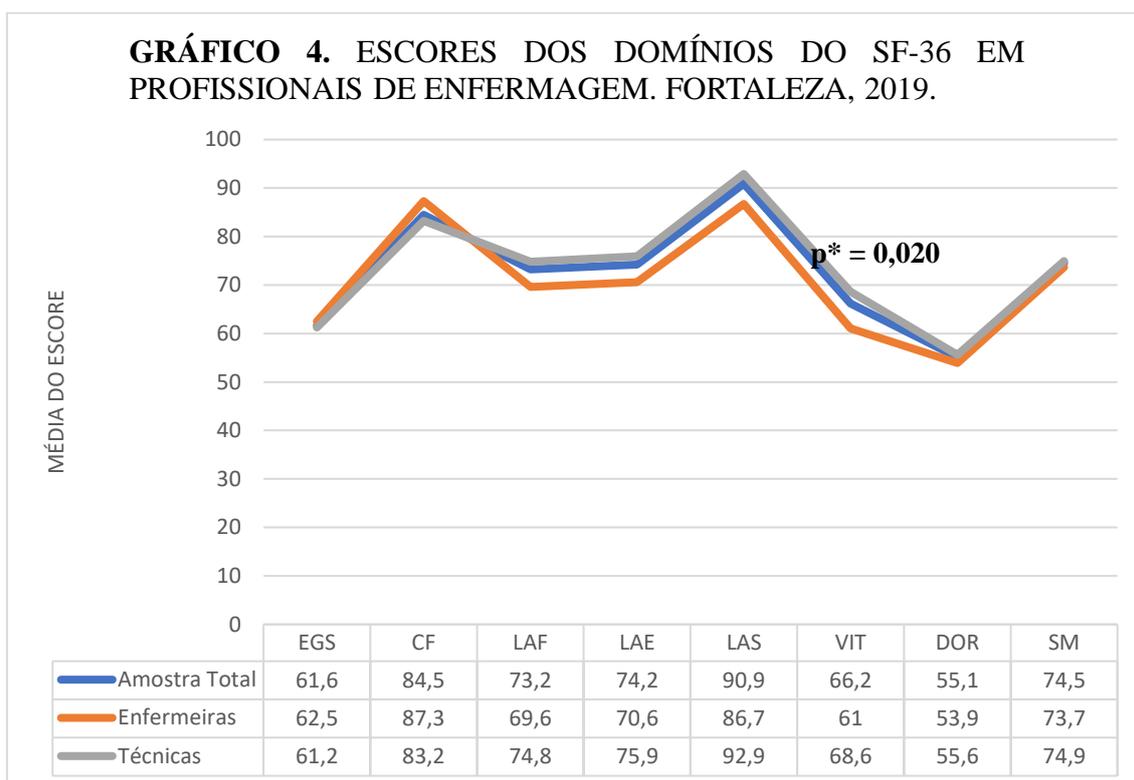
| Variáveis | IUE* | | | IUU* | | | IUM | | | SBH | | |
|----------------------------|------------|------------|-------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|
| | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** | Não (M±DP) | Sim (M±DP) | p** |
| Idade | 35,4±15,4 | 35,7±11,5 | 0,734 | 35,0±11,1 | 41,4±14,2 | 0,022 | 34,9±11,1 | 42,2±13,7 | 0,008 | 35,2±11,2 | 44,6±14,6 | 0,012 |
| IMC | 24,9±4,4 | 26,1±4,7 | 0,492 | 26,0±4,6 | 26,7±4,8 | 0,596 | 26,0±4,6 | 26,7±4,9 | 0,590 | 26,0±4,6 | 27,8±4,8 | 0,149 |
| Nº de copos de café | 2,0±2,0 | 2,6±2,9 | 0,518 | 2,6±2,9 | 2,6±2,4 | 0,637 | 2,6±2,9 | 2,6±2,5 | 0,627 | 2,6±2,9 | 2,8±1,8 | 0,283 |

* IUE = Incontinência Urinária de Esforço; IUU = Incontinência Urinária de Urgência; IUM = Incontinência Urinária Mista; IMC = Índice de Massa Corporal; SBH = Síndrome da Bexiga Hiperativa

** Teste U de Mann-Whitney

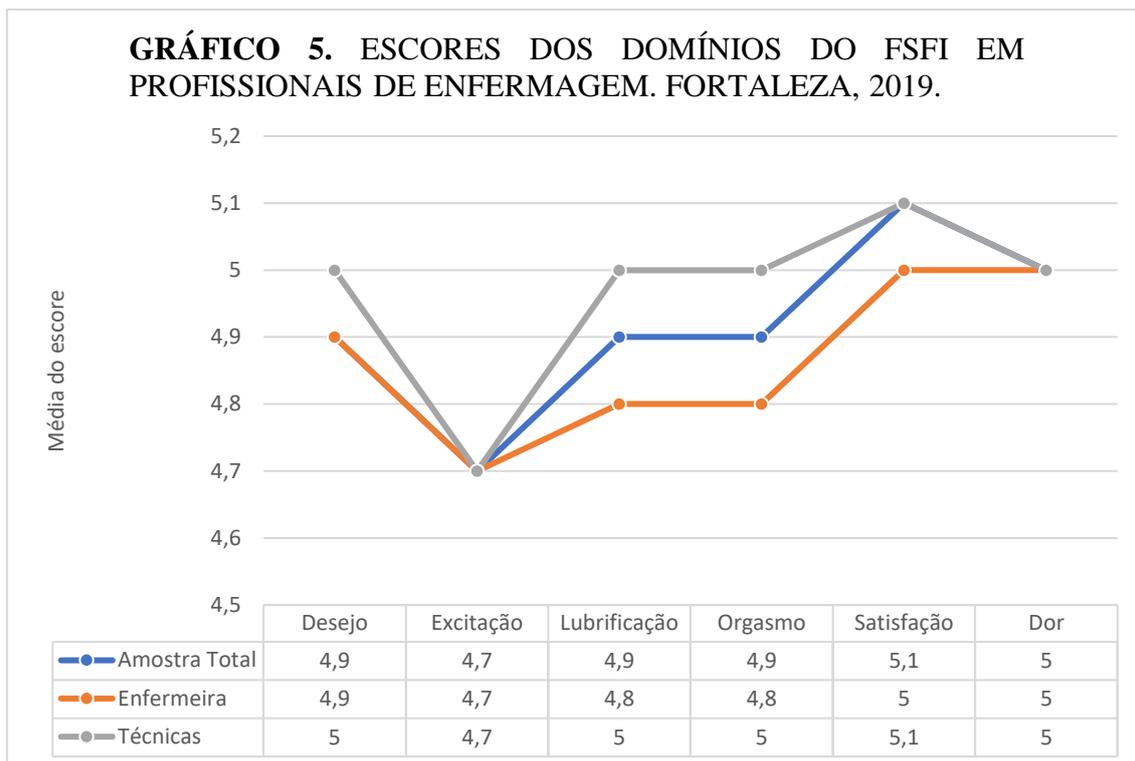
4.4 Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem

Dentre os oito domínios do SF-36, instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida geral de todas as 264 profissionais, todos apresentaram média de valores superior a 50,0. O domínio dor apresentou os escores mais baixos. Houve diferença entre os grupos apenas no domínio vitalidade, em que as enfermeiras apresentaram escores mais baixos ($p = 0,020$) (Gráfico 4).



Fonte: Dados da pesquisa *Teste U de Mann-Whitney. EGS = Estado Geral de Saúde; CF = Capacidade Funcional; LAF = Limitações por Aspectos Físicos; LAE = Limitações por Aspectos Emocionais; LAS = Limitações por Aspectos Sociais; VIT = Vitalidade; SM = Saúde Mental

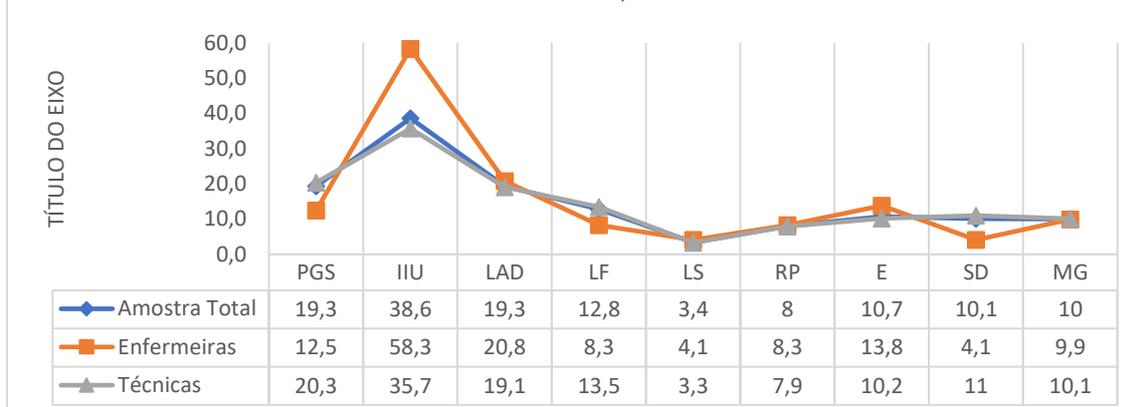
Um total de 150 (56,8%) mulheres afirmou ser sexualmente ativa nos últimos seis meses, sendo 51 (60,7%) enfermeiras e 99 (55,0%) técnicas de enfermagem. Destas, 144 responderam o FSFI. Em relação a avaliação da função sexual, todos os domínios obtiveram média próxima ao valor máximo de 6,0. O domínio que apresentou média de escore mais baixa foi o de excitação ($4,7 \pm 0,6$) e o mais alto foi o de satisfação ($5,1 \pm 1,1$). Não houve diferença entre os grupos ($p > 0,05$) (Gráfico 5).



Fonte: Dados da pesquisa.

Embora 96 mulheres tenham relatado queixas de IU, somente 31 responderam o King's Health Questionnaire (KHQ) por se encaixarem nos critérios de exclusão estabelecidos para o instrumento. A avaliação do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres utilizando o KHQ revelou baixos percentuais em cada um dos nove domínios do instrumento. As mulheres demonstraram maior repercussão em relação ao impacto da IU ($38,6 \pm 36,6$) e afirmaram que essa condição praticamente não as limita socialmente ($3,4 \pm 7,9$). A IU impactou de forma semelhante a qualidade de vida nos dois grupos ($p > 0,05$) (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. ESCORES DOS DOMÍNIOS DO KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. FORTALEZA, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa. *Teste U de Mann-Whitney. PGS = Estado Geral de Saúde; IIU = Impacto da Incontinência; LAD = Limitações Atividades Diárias; LF = Limitações Físicas; LS = Limitações Sociais; RP = Relações Pessoais; E = Emoções; SD = Sono e Disposição; MG = Medidas de Gravidade.

A tabela 10 apresenta o impacto da IU nas atividades ocupacionais e no ambiente de trabalho. Houve diferença entre os grupos em apenas duas variáveis: facilidade de troca de roupa, que foi maior entre as técnicas e redução das atividades que aumentam a perda de urina, que foi maior para as enfermeiras.

Apesar de 25 (9,5%) mulheres queixarem-se de POP, apenas cinco mulheres responderam o P-Qol, o que inviabilizou a comparação entre os grupos devido aos critérios de exclusão estabelecidos. O domínio Percepção Geral de Saúde apresentou a maior média ($20,0 \pm 11,1$), enquanto que o domínio Limitações das Atividades Diárias apresentou a menor ($3,3 \pm 7,4$) (Tabela 11).

Dentre as 69 (26,1%) [Enfermeiras: 23; 27,4% - Técnicas: 46; 25,6%] mulheres que referiram sentir-se constipadas, 62 (89,8%) responderam a Escala de Constipação de Jorge & Wexner. Em relação a frequência das evacuações, a maioria ($n = 37$; 59,7%) afirma que acontecem 2 vezes na semana e as demais ($n = 25$; 40,3%) evacuam, no máximo, uma vez na semana.

Quanto a dificuldade para evacuar, 27 (43,5%) mulheres afirmam acontecer algumas vezes e outras 18 (29,0%) afirmam acontecer sempre. Da mesma forma, 19 (30,6%) relatam nunca apresentar sensação evacuatória incompleta, enquanto que 18 (29,0%) mulheres apresentam algumas vezes.

Cerca de 20 (32,2%) mulheres que responderam à escala, afirmam demorar entre cinco a 10 minutos tentando evacuar, enquanto que 19 (30,6%) demoram menos de

cinco minutos e as demais podem demorar entre 10 e 30 minutos. Ainda assim, a maioria (n = 48; 77,4%) não utiliza nenhum tipo de auxílio para evacuar.

No que diz respeito às tentativas para evacuar sem sucesso em 24h, 32 (51,6%) mulheres afirmam nunca acontecer. Cerca de 30 (48,3%) mulheres relatam ter a constipação há mais de 20 anos e 15 (24,1%) mulheres tem os sintomas há menos de cinco anos. Da mesma forma, 30 (48,3%) mulheres relatam nunca sentir dor abdominal e 15 (24,1%) sentem algumas vezes.

A média de pontuação do escore total foi de $11,1 \pm 4,4$, com percentis variando entre 7,0 e 15,0 (p25 – p75). O grau de constipação variou entre discreta (n = 31; 50,0%), moderada (n = 30; 48,3%) e intensa (n = 1; 1,6%). Entre as técnicas de enfermagem, a média de escores foi de $10,7 \pm 4,5$, com uma mediana de 10,0, o que indica constipação de grau discreto. Já entre as enfermeiras, a média foi de $11,8 \pm 4,2$ e uma mediana de 12,5, indicando que esse grupo apresentava grau de constipação moderado. Não houve diferença significativa entre os grupos (p = 0,368).

Tabela 10 – Distribuição do número de participantes segundo o impacto da IU no ambiente de trabalho, por categoria. Fortaleza, 2019.

| Impacto da IU no trabalho | Amostra Total (n=264) | Enfermeiras (n=84/31,8%) | Técnicas (n=180/68,2%) | p* |
|--|-----------------------|--------------------------|------------------------|-------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | |
| Alterações nas atividades do trabalho | | | | 0,696 |
| Não | 30 (96,8) | 04 (100,0) | 26 (96,3) | |
| Sim | 01 (3,2) | 0 (0,0) | 01 (3,7) | |
| Falta de concentração no trabalho | | | | 0,696 |
| Não | 30 (96,8) | 04 (100,0) | 26 (96,3) | |
| Sim | 01 (3,2) | 0 (0,0) | 01 (3,7) | |
| Estresse durante o trabalho | | | | 0,483 |
| Não | 28 (90,3) | 04 (100,0) | 24 (88,9) | |
| Sim | 03 (9,7) | 0 (0,0) | 03 (11,1) | |
| Fadiga no trabalho | | | | 0,474 |
| Não | 27 (90,0) | 04 (100,0) | 23 (88,5) | |
| Sim | 03 (10,0) | 0 (0,0) | 03 (11,5) | |
| Evita realizar alguma atividade por causa da IU | | | | 0,574 |
| Não | 29 (93,5) | 04 (100,0) | 25 (92,6) | |
| Sim | 02 (6,5) | 0 (0,0) | 02 (7,4) | |
| Evita tomar água e outros líquidos | | | | 0,267 |
| Não | 28 (90,3) | 03 (75,0) | 25 (92,6) | |
| Sim | 03 (9,7) | 01 (25,0) | 02 (7,4) | |

Continua

Tabela 10. Dados relacionados ao impacto da IU no trabalho. Fortaleza, 2018.

| Impacto da IU no trabalho | Amostra Total (n=264) | Enfermeiras (n=84/31,8%) | Técnicas (n=180/68,2%) | p* |
|---|-----------------------|--------------------------|------------------------|-------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | |
| Faz alguma coisa para diminuir os problemas com a perda de urina | | | | 0,267 |
| Não | 28 (90,3) | 03 (75,0) | 25 (92,6) | |
| Sim | 03 (9,7) | 01 (25,0) | 02 (7,4) | |
| Esvazia a bexiga em tempo programado | | | | 0,696 |
| Não | 30 (96,8) | 04 (100,0) | 26 (96,3) | |
| Sim | 01 (3,2) | 0 (0,0) | 01 (3,7) | |
| Ingere menos café | | | | 0,247 |
| Não | 24 (77,4) | 04 (100,0) | 20 (74,1) | |
| Sim | 07 (22,6) | 0 (0,0) | 07 (25,9) | |
| Já teve desidratação | | | | 0,696 |
| Não | 30 (96,8) | 04 (100,0) | 26 (96,3) | |
| Sim | 01 (3,2) | 0 (0,0) | 01 (3,7) | |
| Já teve irritação na pele por conta do uso de forros/absorvente | | | | 0,574 |
| Não | 29 (93,5) | 04 (100,0) | 25 (92,6) | |
| Sim | 02 (6,5) | 0 (0,0) | 02 (7,4) | |

Finaliza

Tabela 10. Dados relacionados ao impacto da IU no trabalho. Fortaleza, 2018.

| Impacto da IU no trabalho | Amostra Total (n=264) | Enfermeiras (n=84/31,8%) | Técnicas (n=180/68,2%) | p* |
|--|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | |
| Facilidade de trocar a roupa, absorvente higiênico ou ir ao banheiro sempre que precisa | | | | 0,016 |
| Não | 08 (25,8) | 03 (75,0) | 05 (18,5) | |
| Sim | 23 (74,2) | 01 (25,0) | 22 (81,5) | |
| Pode reduzir as atividades que aumentam a perda | | | | 0,050 |
| Não | 21 (67,7) | 01 (25,0) | 20 (74,1) | |
| Sim | 10 (32,3) | 03 (75,0) | 07 (25,9) | |
| Atividades que aumentam a frequência da perda de urina | | | | 0,347 |
| Ocupacionais | 05 (16,1) | 0 (0,0) | 05 (18,5) | |
| Não ocupacionais | 26 (83,9) | 04 (100,0) | 22 (81,5) | |

Fonte: Dados da pesquisa *Teste de Qui-Quadrado

Tabela 11 - Escores dos domínios do P-QOL em profissionais de enfermagem. Fortaleza, 2019.

| Amostra total (n = 5) | | | |
|---|-----------------|----------------|----------------|
| Domínios do P-QOL | Média±DP | P25-P75 | Mediana |
| Percepção Geral de Saúde | 20,0±11,1 | 12,5 – 25,0 | 25,0 |
| Impacto da Prolapso | 13,3±18,2 | 0,0 – 33,3 | 13,0 |
| Limitações de Atividades Diárias | 3,3±7,4 | 0,0 – 8,3 | 0,0 |
| Limitações Físicas | 9,9±9,0 | 0,0 – 16,0 | 16,6 |
| Limitações Sociais | 4,4±9,9 | 0,0 – 11,1 | 0,0 |
| Relações Pessoais | 6,6±14,8 | 0,0 – 16,5 | 0,0 |
| Emoções | 4,4±6,0 | 0,0 – 11,1 | 0,0 |
| Sono e Energia | 6,6±14,8 | 0,0 – 16,6 | 0,0 |
| Medidas de Gravidade | 13,3±19,1 | 0,0 – 33,3 | 0,0 |

Fonte: Dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

O número de técnicas que compuseram a amostra foi maior que o dobro do número de enfermeiras que participaram do estudo, o que se apresenta em conformidade com os números apontados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que registrou 1.178.725 técnicos e 509.829 enfermeiros com inscrições ativas em outubro de 2018 no Brasil (COFEN, 2018).

Nesse sentido, ao se realizar uma estimativa, baseada no cálculo amostral do estudo, quanto ao número de profissionais em cada grupo, observou-se que seriam necessárias 143 técnicas de enfermagem, 89 enfermeiras e 25 auxiliares de enfermagem. No entanto, devido a algumas mudanças relacionadas ao desempenho das funções assistidas por cooperativas, o número de auxiliares atuantes na instituição reduziu drasticamente, não sendo possível coletar com essa categoria específica. Além disso, é necessário enfatizar a dificuldade de realização da coleta junto às enfermeiras que, além de estarem em menor número, apresentaram maior resistência para participar do estudo, o que pode justificar as taxas de resposta reduzidas dessa categoria.

Ao analisar a caracterização ocupacional da amostra, percebe-se que quase todas as variáveis relacionadas ao trabalho foram estatisticamente diferentes entre os grupos. Essa diferença indica que há uma divergência nas condições de trabalho às quais as profissionais estão expostas e que, possivelmente, poderiam ser mais favoráveis ao aparecimento dos sintomas, uma vez que nos setores de maior complexidade, os profissionais desempenham cuidados semi-intensivos e intensivos, tem cargas de trabalho maiores e possivelmente horários mais restritos (BRITO; GUIARDELHO, 2011).

Neste aspecto, é necessário ressaltar que a literatura é escassa quando se trata de avaliar e comparar a prevalência de sintomas em diferentes setores hospitalares ou diferentes níveis de atenção. Até mesmo as atividades ocupacionais ou aspectos relacionados ao impacto das queixas no trabalho são pouco explorados nos estudos, ainda que sejam realizados junto a profissionais de enfermagem.

Higa (2004) também obteve um número maior de profissionais provenientes de setores de alta complexidade, como os serviços de obstetrícia, de neonatologia e oncologia e a maioria trabalhava no período noturno. Contudo, não foi investigado se tais características estavam associadas aos sintomas de IU.

Outros aspectos, como a idade e IMC, são investigados com frequência devido ao seu alto poder de associação com as DAP, principalmente quando se encontram elevados. Em estudos realizados com enfermeiras, entretanto, a média de idade permanece na faixa dos 30 aos 40 anos e relativamente semelhante em vários deles, mesmo em países e culturas diferentes, assim como o IMC indica situação de normalidade (KAYA et al., 2016; HIGA e LOPES, 2007; LIAO et al., 2009; PEYRAT et al., 2002; XU et al., 2016; ZHANG et al., 2013).

Observa-se então semelhanças quanto ao perfil de idade das participantes com outros estudos parecidos. Quanto as características relacionadas a raça, os resultados são bastante heterogêneos, uma vez que muitos estudos realizados com enfermeiras são conduzidos em países asiáticos (KAYA et al., 2016; LIAO et al., 2009; LIU et al., 2013; XU et al., 2016; WAN et al., 2017; ZHANG et al., 2013) e a variedade das amostras estão sujeitas a questões culturais e um padrão regional, não sendo possível estabelecer uma comparação com os resultados do presente estudo.

Em relação a prevalência, os resultados podem variar consideravelmente na literatura devido às diferenças metodológicas, frequência do sintoma, definições consideradas para a IU e até mesmo aspectos culturais. Em mulheres, os dados variam entre 25% e 45% e em profissionais de enfermagem a prevalência para STUI pode variar entre 15,2% a 90,5% e para IU varia entre 7,9% e 37,8%, podendo atingir taxas maiores quando comparadas à população geral (ABRAMS et al., 2016; YAGMUR et al., 2009; XU et al., 2016; WAN et al., 2017; ZHANG et al., 2013).

Ao avaliar os demais sintomas urinários, como a SBH e noctúria, percebe-se que os mesmos foram negligenciados na literatura médica, uma vez que as pesquisas têm um foco maior na investigação de STUI em homens e incontinência urinária em mulheres. Assim como para IU, a prevalência de SBH permanece inconsistente, variando entre 2% e 53% na população geral (ABRAMS et al., 2016).

Já em profissionais de enfermagem, os dados são ainda mais escassos e apenas três estudos investigaram o sintoma nessa população, que variou entre 27,5% a 40,1% (ERGENOGLU et al., 2013; YENIEL et al., 2012; ZHANG et al., 2013).

Nesse sentido, a investigação dos demais sintomas de DAP em enfermeiras, como o POP e disfunções sexuais são praticamente inexistentes, embora já tenham sido associados aos sintomas urinários (ERGENOGLU et al., 2013; LIU et al., 2013; PIERCE et al., 2017). Em mulheres não institucionalizadas, a prevalência para POP variou entre 5% a 40% (ABRAMS et al., 2016).

Dentro desse cenário, a literatura frequentemente apresenta dados de associação entre os sintomas e com características relacionadas ao perfil da população. No entanto, somente alguns estudos providenciam dados sobre fatores de risco ocupacionais. O levantamento de peso ou realização de alguma atividade que requer maior esforço, como empurrar uma incubadora, são os fatores mais frequentemente associados aos sintomas, em especial, a IU (KAYA et al., 2016; HIGA e LOPES, 2007; ZHANG et al., 2013).

Outros fatores ocupacionais associados aos STUI são os hábitos urinários inadequados, como adiar o ato de urinar, urinar antecipadamente e posição inadequada para urinar (KAYA et al., 2016; LIAO et al., 2009; LIU et al., 2013; YAGMUR et al., 2009; YENIEL et al., 2012; XU et al., 2016).

No presente estudo, tanto os dados relacionados a ocupação, quanto o perfil da amostra esteve associado aos sintomas de DAP, havendo também associação entre os sintomas. Os dados permitem refletir que as condições de trabalho e hábitos urinários e intestinais no ambiente hospitalar estão mais associadas a um quadro agudo dos sintomas, uma vez que não houve associação com a IUE. Embora esse processo seja difícil de avaliar em estudos transversais, não se deve descartar a influência que tais condições podem exercer sobre o esforço do MAP e o processo de cronicidade e aumento da severidade das queixas.

Não houve associação da raça com nenhum sintoma e embora os dados sejam ainda inconclusivos, há registros de que mulheres brancas apresentam prevalência maior para IU (THOM et al., 2006; THOWNSEND et al., 2010) e para incontinência dupla (MATTHEWS et al., 2013) quando comparadas às negras e asiáticas. Enquanto isso, para os STUI e SBH os resultados são mistos, porém indicam uma ocorrência maior em mulheres e homens negros e hispânicos (MASERIJAN et al., 2013), sendo estes grupos étnicos apontados como preditores da SBH (COYNE 2013).

Além disso, a menopausa, assim como a idade avançada, se configurou como um dos principais fatores relacionados às DAP e aos STUI no presente estudo. Vários outros estudos fornecem evidências de um pico na incidência de IU durante a pré e perimenopausa e uma remissão dos sintomas durante a pós-menopausa (ABRAMS, 2016).

Ainda assim, é necessário apontar que a relação entre a idade avançada e os sintomas urinários, como a IU, não corresponde a uma associação independente, uma vez que os sintomas também foram associados a outros fatores no estudo, como o IMC elevado, a paridade e a prática de exercícios. Os resultados vistos aqui, portanto, não são

suficientes para inferir que sintomas urinários devem ser considerados como parte natural do processo de envelhecimento (ABRAMS, 2016).

Quanto ao POP, sua ocorrência parece ser multifatorial. A paridade e a idade são frequentemente apontadas como dois fatores de risco importantes, mas o IMC elevado não apresenta evidências consistentes como um fator de risco para prolapso na literatura (ABRAMS, 2016) e o consumo de cafeína está mais relacionado a sintomas urinários do que ao POP, embora essa associação não esteja bem documentada (BAZI et al., 2016).

Já o desempenho de atividades profissionais, em outros estudos, esteve relacionado à ocorrência de POP, como no caso de enfermeiras dinamarquesas que apresentaram 1.6 mais chances de desenvolver prolapso do que o grupo controle (JORGENSEN et al., 1994). Da mesma forma, mulheres operárias de uma fábrica apresentaram prolapsos mais severos quando comparadas a outras categorias profissionais [$p < 0,001$] (WOODMAN et al., 2006).

Considerando as associações transversais proeminentes do perfil clínico, obstétrico e sociodemográfico da amostra com os sintomas, a análise dos resultados parece indicar, portanto, que os fatores de risco associados às DAP e aos STUI não devem ser avaliados de maneira isolada. Isto é, embora a ocupação e as condições de trabalho exerçam influência no aparecimento dos sintomas, não se pode inferir que as mesmas são determinantes para a ocorrência dos mesmos e nem são fatores com uma associação independente do perfil da amostra.

Neste sentido, as mulheres apresentam mais de um fator de risco predisponente para as DAP e podem ser acometidas por mais de um sintoma, o que afeta de forma considerável, embora diferente, a qualidade de vida.

Os resultados relacionados ao impacto na qualidade de vida se mostraram consideravelmente diferentes de outros estudos com a mesma população, uma vez que os mesmos observam grande impacto dos sintomas e comprometimento da qualidade de vida das profissionais, de uma forma geral.

Kaya et al. (2016) ao comparar a qualidade de vida entre secretárias e enfermeiras com STUI, observou que as enfermeiras apresentaram pior estado geral de saúde (SF-36; $p = 0,037$). Da mesma forma, Liao et al. (2009) comparou os escores do SF-36 entre enfermeiras com e sem STUI, percebendo que estas últimas apresentaram uma qualidade de vida melhor. O estudo de Zhang et al. (2013) apresentou uma prevalência para os STUI próxima a do presente estudo (89,6%) e observou que as profissionais com SBH e STUI demonstraram maior estresse ocupacional e tensão psicológica.

O pouco impacto que os sintomas apresentaram na qualidade de vida e no trabalho possivelmente tem relação com a severidade diminuída dos mesmos. Não só os sintomas urinários parecem indicar que há uma diminuição nesse sentido, como a constipação apresentou graus que variaram entre discreto e moderado entre os dois grupos.

Aliado a isso, o perfil jovem e as associações que permitem inferir uma agudização dos sintomas podem refletir uma gravidade pouco considerável. Além disso, é necessário considerar que as DAP apresentam um longo período de latência, podendo passar por períodos de remissão (BAZI et al., 2016), o que pode dificultar a precisão da ocorrência e severidade dos sintomas mesmo entre as mulheres mais velhas.

Diante disso, é necessário apontar que as associações demonstradas no presente estudo indicam a natureza multifatorial das DAP e se revelam importantes para conduzir estudos futuros e planejar ações e medidas de prevenção e controle dos sintomas. No entanto, por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir uma relação de causalidade entre as variáveis aqui expostas (BAZI et al., 2016; HULLEY et al., 2015).

Desta forma, o estudo apresenta pontos fortes e limitações. Pode-se dizer que a investigação de diversas disfunções e sintomas se encaixa nas duas definições, uma vez que a magnitude da pesquisa em território brasileiro se configura como uma ação pioneira diante da população do estudo. Ainda assim, o número de questionários e a duração das entrevistas, bem como a realização da coleta pessoalmente, dificultou a captação de uma amostra maior, já que a realização da pesquisa no ambiente de trabalho necessitava de pausas das profissionais para responder à pesquisa.

Sugere-se, portanto, que futuras pesquisas conduzidas com profissionais de enfermagem possam ser realizadas por meio de formulário eletrônico enviado e respondido por e-mail a fim de garantir um alcance maior do público, bem como desenvolver estudos longitudinais ou experimentais para melhor explanação das relações de causa e efeito dos sintomas.

6 CONCLUSÃO

Os resultados demonstram uma alta prevalência de STUI, principalmente entre as técnicas de enfermagem. Já os sintomas de POP, disfunção sexual e disfunções anorretais foram consideravelmente menos frequentes e não apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos. Ainda assim, todos os sintomas apresentaram associação com alguma variável do estudo. A relação das queixas com a ocupação e o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico da amostra demonstra que não há evidências para apontar nenhuma variável como fator de risco independente, corroborando com a natureza multifatorial das DAP e dos STUI.

Ainda assim, é necessário apontar que ambos os grupos apresentaram fatores de risco para a ocorrência dos sintomas, porém a partir de contextos diferentes. As enfermeiras apresentaram condições de trabalho mais favoráveis ao aparecimento dos sintomas, enquanto que as técnicas demonstraram um perfil mais favorável para as queixas.

Além disso, apesar da alta prevalência, o impacto na qualidade de vida das profissionais não foi tão significativo, embora alguns domínios tenham demonstrado uma média maior de escores e maior incômodo, variando tais resultados entre os dois grupos.

Apesar das evidências encontradas, sugere-se a realização de mais estudos como esse em território brasileiro, uma vez que se trata de um tema pouco explorado na população de enfermagem, mesmo diante da alta prevalência. Os resultados indicam a necessidade de maior atuação em estratégias de promoção da saúde e atenção à saúde ocupacional de profissionais femininas, bem como a investigação da prevalência de DAP em outras categorias profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN, A. Incontinence. Tokyo, Japan. 2016.
- ACQUA, R.D; BENDLIN, T. REVISÃO: Dismenorréia. **FEMINA**, Nov/Dez 2015, v. 43, n. 6, p. 273-276.
- American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ARAUJO, O.D. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam aodesmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 488-492, 2008.
- ARAUJO, M. P. de *et al.* A história da classificação do prolapso genital. **FEMINA**, v. 37, n. 5, p. 273 – 276, maio 2009. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n5p273.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2017.
- ASHTON-MILLER, J.A.; DELANCEY, J.O. Functional anatomy of the female pelvic floor. **Ann N Y AcadSci**, v. 1101, n. 1, p. 266–296, 2007. DOI: 10.1196/annals.1389.034.
- BARCELOS, R. S.; ZANINI, R. V.; SANTOS, I. S.; Distúrbios menstruais entre mulheres de 15-54 anos de idade em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p. 2333-2346, 2013.
- BATISTA, F.M.; RISSIN, A. Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saúde Pública**, v.19:S, p.181-191, 2003.
- BAZI, T.; TAKAHASHI, S.; ISMAIL, S. et al. Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion **Int Urogynecol J**, v. 27, n. 12, pp 1785–1795, 2016. DOI [https://doi-org.ez11.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s00192-016-2993-9](https://doi.org.ez11.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s00192-016-2993-9)
- BERZUK, K.; SHAY, B. Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. **Int. Urogynecol J**, v. 26, n. 6, p. 837-844, jun2015. DOI: 10.1007/s00192-014-2599-z.
- BEZERRA, L. R. P. S. et al. Disfunção do Assoalho Pélvico: um desafio interdisciplinar. In: BEZERRA, L. R. P. S.; NETO, J. A. V.; VASCONCELOS, C. T. M.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. **Temas em Uroginecologia: Manual Prático em Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico para profissionais da área de saúde**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014. Cap. 1, pp. 21 – 27.
- BHARUCHA, A. E. et al. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation. *Gastroenterology*, v. 144, n. 1, p. 218 – 238, jan 2013. DOI <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2012.10.028>

- BOYD, S. S.; SULLIVAN, D. O.; TULIKANGAS, P. Use of the Pelvic Organ Quantification System (POP-Q) in published articles of peer-reviewed journals. *Int Urogynecol J.*, p. 1 – 5, 2017. DOI: 10.1007/s00192-017-3336-1.
- BOYLE, P.; ROBERTSON, C.; MAZZETTA, C. et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centres. The UrEpik study. **BJU Int.**, v. 92, p. 409 – 414, 2003.
- BRIEDITE, I. *et al.* Insufficient assessment of sexual dysfunction: a problem in gynecological practice. **Medicina** (Kaunas, Lithuania), v. 49, n. 7, p. 315-320, 2012.
- BRITO, A. P. de; GUIRARDELLO, E. B. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 5, pp. 1 – 7, set.-out. 2011.
- BUMP, R.C.; MATTIASSON, A.; BØ, K.; BRUBAKER, L.P.; DELANCEY, J.O.; KLARSKOV, P. *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J ObstetGynecol.**, v. 175, n. 1, p. 10 – 17, 1996.
- CAMARA, R. A. *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016005015102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de maio de 2017.
- CHANDRA, A. *et al.* Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: data from the 2002 National Survey of Family Growth. **Vital Health Stat**, v. 25, p.1-160, 2005.
- 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. Disponível em: http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2017.
- COLLETE, V. L.; ARAUJO, C. L.; MADRUGA, S. W. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, jul. 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem em números. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.
- COYNE, Karin S. et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder (OAB) by racial/ethnic group and age: Results from OAB-POLL. **Neurourol Urodynam**, [s.l.], v. 32, n. 3, p.230-237, 27 jul. 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22295>.

CUNHA, R.M.; LEITE, L.C.; OLIVEIRA, G.N.D.; BRITO, G.A.; FIGUEIREDO, V.B.; NASCIMENTO, S.L. Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório. **Rev. Fisioter. S. Fun.**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 42 – 49, jan/jul 2016. Disponível em <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/616/pdf> Acesso em: 18 de maio de 2017.

CUNHA, P. L. P. da; CUNHA, C. S. da; ALVES, P. F. Manualrevisãobibliográficassistemáticaintegrativa:a pesquisa baseada em evidências. Grupo ÂnimaEducação. 63p. Belo Horizonte. 2014.

DIGESU, G.A.; KHULLAR, V.; CARDOZO, L.; ROBINSON, D.; SALVATORE, S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. **Int Urogynecol J**, v. 16, p. 176–181, 2005.

DOMBEK, K. *et al.* Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilianpostmenopausal women. **Int J. Impot. Res.**, fev. 2016. DOI:10.1038/ijir.2016.4

EREKSON, E. A.; FRIED, T. R.; MARTIN, D. K.; RUTHERFORD, T. J.; STROHBEHN, K.; BYNUM, J. P. B. Frailty, cognitive impairment, and functional disability in older women with female pelvic floor dysfunction. **Int. Urogynecol J**, v. 26, n. 6, p. 823 – 830, jun 2015. DOI: 10.1007/s00192-014-2599-z.

ERGENOGLU, A.M. et al. Overactive bladder and its effects on sexual dysfunction among women. **Acta Obstetricia Et GynecologicaScandinavica**, [s.l.], p.1202-1207, jun. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12203>.

FERRIANI, R. S.; et al. Ciclo menstrual: da fisiologia à Clínica.FERRIANE.; VIEIRA e BRITO: Rotinas de Ginecologia. 1 ed. São Paulo:Atheneu, 2015. PP. 15-31.

FONSECA, A. M.; MEINBERG, M. F.; LUCAS, D. V.; MONTEIRO, M. V.; FIGUEIREDO, E. M.; FONSECA, L.; FILHO, A. L. Cultural adaptation and validation of the Wexner scale in patientswith anal incontinence in a Brazilian population. **IntUrogynecol J.**, v. 26, p. S130-S131, jan. 2016. DOI 10.1007/s00192-015-2927-y.

FROTA, I. P. R. Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico. 2016. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médico-Cirúrgicas) – Departamento de Cirurgia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15464/1/2016_dis_iprfrota.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2017.

GAION, P.A. Estudo da Associação entre Síndrome Pré Menstrual,Personalidade e desempenho esportivo. 2008. 158f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2008. Disponível em: <http://cev.org.br/arquivo/biblioteca/4017876.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2017.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPP, E.; GOLDIM, J.R.; PASSOS, E.P. Validation of the female sexual function index (FSFI) for portuguese language. *ClinBiomed Res*, v. 27, p. 10 – 14, 2007.

HIGA, R. Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem. 2004. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 213-216, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200016>.

HODGES, P.W.; SAPSFORD, R.; PENGEL, L.H. Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. **NeurourolUrodyn**, v. 26, n. 3, p. 362–371, 2007. DOI: 10.1002/nau.20232.

HONG, J. P. *et al.* Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women. **Soc. Psych. Psych. Epidemiology**, v. 47, n. 12, p. 1937 – 1945, 2012. DOI: 10.1007/s00127-012-0509-6.

HORST, W.; VALLE, J.B.; SILVA, J. C.; GASCHO, C.L.L. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. The InternationalUrogynecologicalAssociation, 2016. DOI 10.1007/s00192-016- 3238-7.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. *Delineando a PesquisaClínica*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IRWIN, D.E.; ABRAMS, P.; MILSOM, I.; KOPP, Z.; REILLY, K. EPIC Study Group Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. **BJU Int.**, v. 101, n. 11, p. 1381–1387, 2008. doi:10.1111/j.1464-410X.2008.07573.x
JORGE, J. M.; WEXNER, S. D. Etiology and management of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, v. 36, n. 1, p. 77-97, Jan 1993.

JORGENSEN, S.; HEIN, H.O.; GYNTELBERG, F. Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated lumbar disc in assistant nurses. **Occup Med (Lond)**, v. 44, pp. 47-49, 1994.

JUNIOR, E.D.M.; NEVES, R.C.S.; NETO, A.F.; DUARTE, F.G.; MOREIRA, T.L.; LOBO, C.F.L.; GLASSER, D.B.A. Population-based survey of lower urinary tract symptoms (LUTS) and symptom-specific bother: results from the Brazilian LUTS epidemiology study (BLUES). **World J Urol**, v. 31, n. 6, p. 1451–1458, 2013. doi: <https://doi.org/10.1007/s00345-013-1057-8>

KAYA, Y. et al. Effect of Work-Related Factors on Lower Urinary Tract Symptoms in Nurses and Secretaries. **LowerUrinaryTractSymptoms**, v. 8, n. 1, p. 49 – 54, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/luts.12073/epdf> Acesso em: 18 de maio de 2017.

LEITE J, POÇAS F. Tratamento da incontinência fecal. **Rev Portuguesa de Coloproctol.**, v. 7, n. 2, p. 68 – 72, 2010.

LIAO, Yuan-mei et al. Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: A questionnaire survey. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 46, n. 5, p.633-644, maio 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.001>.

LIU, Peihao et al. Factors associated with menopausal symptoms among middle-aged registered nurses in Beijing. **Gynecological Endocrinology**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.119-124, 13 out. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2014.971237>.

MAIA, M.S. *et al.* Qualidade de vida de mulheres com tensão pré-menstrual a partir da escala whoqol-bre. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 13, n. 2, p. 236-244, Abr/Jun 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Ibyte/Downloads/15759-105741-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ibyte/Downloads/15759-105741-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 19 de maio de 2017.

MAHONEY, M. M. Shift work, jet lag, and female reproduction. *International journal of endocrinology*, v. 2010, 2010.

MATTHEWS, Catherine A. et al. Risk Factors for Urinary, Fecal, or Dual Incontinence in the Nurses' Health Study. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 122, n. 3, p.539-545, set. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e31829efbff>.

MARTÍNEZ, J. *et al.* Padrões de crescimento na infância precoce e ocorrência de menarca antes de doze anos de idade. **Rev. Saúde Pública**, v.44, p. 249-260, 2010.

MASEREJIAN, Nancy N. et al. Incidence of Lower Urinary Tract Symptoms in a Population-based Study of Men and Women. **Urology**, [s.l.], v. 82, n. 3, p.560-564, set. 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2013.05.009>.

MILSOM, I.; ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; ROBERTS, R.G.; THÜROFF, J.; WEIN, A.J. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population based prevalence study. **BJU Int.**, v. 87, n. 9, p. 760–766, 2001. doi: 10.1046/j.1464-410x.2001.02228.x

NYGAARD, I.; BARBER, M.D.; BURGIO, K.L. *et al.* Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA**, v. 300, n. 11, p. 1311 – 6, 2008.

OLIVEIRA, M.S.; TAMANINI, J.T.N.; DE AGUIAR CAVALCANTI, G. Validation of the Prolapse Quality-of-Life Questionnaire (P-QoL) in Portuguese version in Brazilian women. **Int Urogynecol J**, v. 20, p. 1191, 2009. doi:10.1007/s00192-009-0934-6

PIERCE, R.; PERRY, L.; CHIARELLI, P. A systematic review of prevalence and impact of symptoms of pelvic floor dysfunction in identified workforce groups. **Journal of Advanced Nursing**, v.72, n. 8, p. 1718-1734, dec 2015. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12909/epdf> Acesso em: 18 de maio de 2017.

PIERCE, R.; PERRY, L.; CHIARELLI, P. Urinary incontinence, work, and intention to leave current job: A cross sectional survey of the Australian nursing and midwifery workforce. **Neurourology And Urodynamics**, [s.l.], v. 36, n. 7, p.1876-1883, 1 fev. 2017. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23202>.

PACAGNELLA, R. C.; VIEIRA, E. M.; JUNIOR, O. M. R.; SOUZA, C. de. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 416-426, fev 2008.

PÅLSSON, M.; STJERNDAHL, J.H.; GRANÅSEN, G.; LÖFGREN, M.; SUNDFELDT, K. Patient-reported lower urinary tract symptoms after hysterectomy or hysteroscopy: a study from the Swedish Quality Register for Gynecological Surgery. **Int Urogynecol J**, v. 28, p. 1341–1349, 2017. doi: 10.1007/s00192-017-3268-9

RETT, M.T.; WARDINI, E.B.; SANTANA, J.M.; MENDONÇA, A.C.R.; ALVES, A.T.; SALEME, C.S. Female urinary incontinence: quality of life comparison on reproductive age and postmenopausal period. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 29, n. 1, p. 71 – 78, mar 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000100071 Acesso em: 18 de maio de 2017.

ROCK, J. A.; JONES, III, HOWARD, W. Te Linde: Cirurgia Ginecológica. ROGERS, R; PAULS, R; THAKAR, R; MORIN, M; KUHN, A.; PETRI, E.; FATTON, B.; WHITMORE, C.; KINSBERG, S.; LEE, J. An International Urogynecological Association (Iuga) / International Continence Society (Ics) Joint Report On The Terminology For The Assessment Of Sexual Health Of Women With 4 Female Pelvic Floor Dysfunction. Standardization and Terminology Committees IUGA& ICS. Joint IUGA / ICS Working Group on Female Anorectal Terminology. ROSEN, R. *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, p. 191 – 208, 2000.

SANTOS, I.S., et al. Mothers and their pregnancies: a comparison of three population-based cohorts in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, Suppl 3:S. 381-389, 2008.

SCHMIDT, F. M. Q.; SANTOS, V. L. C. de G.; DOMANSKY, R. de C.; BARROS, E.; BANDEIRA, M. A.; TENÓRIO, M. A. M.; JORGE, J. M. N. Prevalência de constipação intestinal autorreferida em adultos da população geral. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 443-452, 2015.

SMITH, T. M.; MENEES, S. B.; XU, X.; SAAD, R.J.; CHEY, W.D; FENNER, D. E. Factors associated with quality of life among women with fecal incontinence. **Int Urogynecol J**, v. 24, p. 493 – 499, 2013.

STEINER, M. *et al.* The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. **Arch Womens Ment Health.**, v. 6, n. 3, p. 203-209, 2003. DOI: 10.1007/s00737-003-0018-4.

- SPEROFF, L. et al. Distúrbios Menstruais. SPEROFF e GLASS: Endocrinologia Ginecológica clínica e infertilidade. 5 ed. São Paulo: Manole, p. 537-553, 2014.
- SOARES, P.R.A.L. Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes. 2015. 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- STAMATIOU, K. *et al.* Female Sexual Dysfunction (FSD) in Women Health Care Workers. **Materia socio-medica**, v. 28, n. 3, p. 178, 2016.
- TANNEMBAUM, C. Associations between urinary symptoms and sexual health in older adults. **Clin. Geriatr. Med**, v. 31, n. 4, p. 581 – 590, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2015.06.007>.
- TASHAN, S. T. *et al.* Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women. **Int. Journal of Gynecol.**, v. 118, n. 1, p. 27 – 30, 2012. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.01.021.
- TRISÓGLIO, C.; MARCHI, C. M.; TORRES, U. S.; NETINHO, J. G. Prevalência de Constipação Intestinal entre Estudantes de Medicina de uma Instituição no Noroeste Paulista. **Rev Bras. Colo-Proctol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 203-209, 2010.
- THOM, D.H.; VAN DEN EEDEN, S.K.; RAGINS, A.I. *et al.* Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity. **J Urol**, v. 175, pp. 259–64, 2006.
- TOWNSEND, M.K.; CURHAN, G.C.; RESNICK, N.M. *et al.* The incidence of urinary incontinence across Asian, black, and white women in the United States. **Am J Obstet Gynecol**, v. 202, pp. 378 e1–7, 2010.
- UNGER, C.A.; WEINSTEIN, M.M.; PRETORIUS, D.H. Pelvic floor imaging. **Obstet Gynecol Clin N Am**, v. 38, n. 1, p. 23–43, 2011. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.02.002>
- XU, D. *et al.* Toileting behaviour and related health beliefs among Chinese female nurses. **International Journal Of Clinical Practice**, [s.l.], v. 70, n. 5, p.416-423, 4 abr. 2016. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.12798>.
- VAN BREDA, H.M.K.; BOSCH, J.L.H.R.; KORT, L.M.O. Hidden prevalence of lower urinary tract symptoms in healthy nulligravid young women. **Int Urogynecol J**, v. 26, p. 1637–1643, 2015. doi: 10.1007/s00192-015-2754-1
- VOORHAM-VAN DER ZALM, P.J.; LYCKLAMA, A.; NIJEHOLT, G.A.; ELZEVIER, H.W.; PUTTER, H.; PELGER, R.C. “Diagnostic investigation of the pelvic floor”: a helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction. **J Sex Med**, v. 5, n. 1, p. 864–871, 2008.
- WAN, X. *et al.* Toileting behaviours and lower urinary tract symptoms among female nurses: A cross-sectional questionnaire survey. **Int. Journal Nurs. Studies**, v. 65, p. 1 – 7, jan. 2017. Disponível em:

[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(16\)30190-0/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(16)30190-0/fulltext).

Acesso em: 19 de maio de 2017.

WANG, Y. *et al.* Prevalence, risk factors and the bother of lower urinary tract symptoms in China: a population based-survey. **Int. Journal Gynecol. Obstetrics**, v. 26, n. 6, p. 911 – 919, jun 2015. DOI: 10.1007/s00192-015-2626-8.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473, – 483, 1992. Disponível em: http://www.espalibrary.eu/media/filer_public/f5/31/f531ce0b-0584-476b-b46a-abe3df14d0ec/ware-mc1992.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2017.

WOODMAN, P.J.; SWIFT, S.E.; O'BOYLE, A.L.; VALLEY, M.T.; BLAND, D.R.; KAHN, M.A.; SCHAFFER, J.I. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 17, pp. 340-5, 2006.

WU, J.M.; HUNDLEY, A. F.; FULTON, R.G. *et al.* Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. women: 2010 to 2050. **ObstetGynecol**, v. 114, n. 6, p. 1278 – 83, 2009.

YAĞMUR, Yurdagül; ULUKOCA, Neşe. Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [s.l.], v. 108, n. 3, p.224-227, 16 dez. 2009. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.09.033>.

ZACHAR, P.; KENDLER, K. S. A Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders History of Premenstrual Dysphoric Disorder. **J. Nervous Ment. Disease**, v. 202, n. 4, p. 346 – 352, abr. 2014. DOI: 10.1097/NMD.000000000000128.

ZHANG, C. *et al.* Association Between Occupational Stress and Risk of Overactive Bladder and Other Lower Urinary Tract Symptoms: A Cross-Sectional Study of Female Nurses in China. **Neurourology and Urodynamics**, v. 32, p.254–260, 2013, DOI 10.1002/nau.

ZHANG, L. *et al.* A Population-based Survey of the Prevalence, Potential Risk Factors, and Symptom-specific Bother of Lower Urinary Tract Symptoms in Adult Chinese Women. **European Urology**, v. 68, n.1, p. 97 – 112, 2015, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.012>

ANEXOS

ANEXO I – Total de técnicos e auxiliares de enfermagem no Hospital Geral de Fortaleza (HGF)



| SETOR | AUXILIAR DE ENFERMAGEM | | TECNICOS DE ENFERMAGEM | | VARIAVEL |
|----------------------------------|------------------------|---------|------------------------|---------|--------------|
| | DIURNO | NOTURNO | DIURNO | NOTURNO | PLANTOES D/N |
| CIHDOTT | 0 | 0 | 01 | 01 | 01 |
| ANATOMIA | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 |
| CENTRAL DE MAQUEIROS | 01 | 0 | 01 | 0 | 0 |
| FARMÁCIA | 0 | 0 | 09 | 03 | 0 |
| NHE | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 |
| SESMT | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 |
| ALA A | 02 | 02 | 11 | 08 | 0 |
| ALA B – TX RENAL | 0 | 0 | 08 | 13 | 0 |
| ALA C | 0 | 1 | 09 | 11 | 0 |
| ALA D | 0 | 2 | 11 | 09 | 0 |
| ALA F | 02 | 0 | 09 | 11 | 0 |
| ALA E | 03 | 08 | 11 | 09 | 0 |
| ALA G | 01 | 01 | 10 | 10 | 0 |
| ALA I | 0 | 0 | 08 | 10 | 0 |
| ALA J | 03 | 04 | 07 | 08 | 0 |
| ALA H – INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA | 01 | 03 | 09 | 03 | 04 |
| CENTRO CIRURGICO OBSTÉTRICO | 02 | 03 | 09 | 05 | 02 |
| CENTRO CIRURGICO PRE – PARTO | 0 | 0 | 08 | 10 | 01 |
| EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA | 0 | 0 | 12 | 06 | 02 |
| AMBULATÓRIO | 14 | 0 | 59 | 0 | 0 |
| BANCO DE OLHOS | 01 | 03 | 04 | 03 | 0 |
| CENTRO DE IMAGEM | 07 | 02 | 13 | 02 | 0 |
| RADIOLOGIA INTERVENSIONISTA | 0 | 0 | 15 | 05 | 0 |
| CENTRO CIRÚRGICO ELETIVO | 11 | 01 | 30 | 02 | 0 |
| SALA RECUPERAÇÃO ELETIVO | 0 | 0 | 05 | 06 | 0 |
| CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZAÇÃO | 09 | 03 | 23 | 12 | 0 |
| NEFROLOGIA | 03 | 05 | 20 | 17 | 0 |
| CENTRO DE INFUSÃO | 01 | 0 | 07 | 0 | 0 |
| NEONATOLOGIA | 0 | 0 | 43 | 42 | 01 |
| UTI AMARELA | 01 | 04 | 13 | 14 | 01 |
| UTI AZUL | 0 | 02 | 09 | 6 | 1 |
| UTI VERDE | 0 | 03 | 19 | 16 | 0 |
| UNIDADE AVC | 0 | 0 | 13 | 14 | 0 |
| TRANSPLANTE HEPATICO | 0 | 0 | 05 | 07 | 0 |
| UCE | 0 | 01 | 08 | 09 | 0 |

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| CENTRO CIRURGICO DA EMERGÊNCIA | 05 | 11 | 09 | 05 | 0 |
| SALA DE RECUPERAÇÃO DA EMERGÊNCIA | 02 | 04 | 12 | 14 | 0 |
| SALA DE RECUPERAÇÃO DA EMERGÊNCIA 2 | 0 | 01 | 06 | 08 | 0 |
| 1º ANDAR DA EMERGÊNCIA | 01 | 0 | 11 | 11 | 0 |
| SPA EMERGÊNCIA | 06 | 12 | 50 | 32 | 0 |
| | | | | | |

ANEXO II – Total de enfermeiras atuantes no Hospital Geral de Fortaleza (HGF)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde - SESA



| SETOR | DIURNO | NOTURNO | VARIÁVEL |
|------------------------------------|--------|---------|----------|
| CCIH | 01 | 0 | 0 |
| CIHDOTT | 05 | 0 | 0 |
| CMTN | 02 | 0 | 0 |
| CUIDADOS PALIATIVOS | 01 | 0 | 0 |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE | 03 | 0 | 0 |
| ESTOMATERAPIA | 03 | 0 | 0 |
| FARMACIA | 02 | 0 | 0 |
| GERENCIA DE RISCO | 03 | 0 | 0 |
| NIR | 03 | 0 | 0 |
| NHE | 04 | 0 | 0 |
| SEENF | 02 | 0 | 0 |
| PEDIATRIA | 05 | 02 | 01 |
| TX RENAL | 08 | 17 | 01 |
| ALA C | 05 | 04 | 0 |
| ALA D | 05 | 02 | 0 |
| ALA E | 09 | 08 | 0 |
| ALA F | 06 | 06 | 0 |
| ALA G | 08 | 04 | 05 |
| ALA I | 05 | 07 | 0 |
| ALA J | 05 | 04 | 03 |
| EMERGENCIA OBSTETRICA | 08 | 05 | 01 |
| CENTRO OBSTETRICIA PRE PARTO | 05 | 01 | 01 |
| CENTRO CIRURGICO OBSTETRICO | 03 | 02 | 02 |
| ALA H – INTERNAÇÃO OBSTETRICA | 10 | 05 | 0 |
| AMBULATORIO | 33 | 0 | 0 |
| UTI AZUL | 06 | 05 | 0 |
| UTI VERDE | 13 | 10 | 0 |
| UTI AMARELA | 09 | 07 | 01 |
| UCE | 08 | 5 | 0 |
| BANCO LEITE | 01 | 0 | 3 |
| ENDOSCOPIA | 02 | 0 | 04 |
| CENTRO CIRURGICO ELETIVO | 09 | 0 | 0 |
| SALA RECUPERAÇÃO ELETIVA | 04 | 0 | 03 |
| CONSULTORIO | 07 | 0 | 0 |
| CENTRO DE MATERIAL E ESTERELIZAÇÃO | 06 | 04 | 0 |
| NEFROLOGIA | 07 | 03 | 02 |
| CENTRO DE INFUSÃO | 03 | 0 | 0 |
| NEONATOLOGIA | 28 | 28 | 0 |
| UNIDADE AVC | 18 | 08 | 09 |
| TRANSPLANTE HEPATICO | 03 | 05 | 0 |
| CENTRO CIRURGICO EMERGÊNCIA | 05 | 03 | 03 |
| SALA DE RECUPERAÇÃO DA EMERGÊNCIA | 08 | 07 | 04 |

| | | | |
|-------------------------------------|----|----|----|
| SALA DE RECUPERAÇÃO DA EMERGÊNCIA 2 | 06 | 07 | 02 |
| 1º ANDAR EMERGÊNCIA | 07 | 08 | 0 |
| SPA EMERGÊNCIA | 41 | 34 | 07 |

CERTIFICADO

Certificamos que LIA GOMES LOPES participou do(a) Capacitação Interdisciplinar em Disfunção do Assolho Pélvico (DAP), na qualidade de Ouvinte.

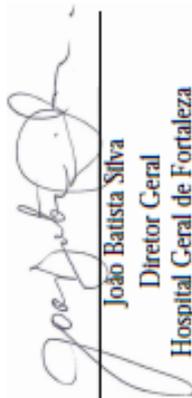
Período: 10/01/2017 a 04/04/2017

Carga Horária: 60 horas


José Artur Costa D'Almeida

Presidente
Seção de Ensino, Aperfeiçoamento e
Pesquisa - SEAP




João Batista Silva
Diretor Geral
Hospital Geral de Fortaleza

ANEXO IV – INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROBLEMAS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Ficha nº : _____

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROBLEMAS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Solicite que a sua resposta seja realizada com toda a seriedade, pois será a informação mais importante para o desenvolvimento deste estudo, os dados aqui coletados serão analisados pela pesquisadora responsável, lembrando que será mantido total sigilo. Por favor, marque com um X o número que corresponde à sua resposta.

IDENTIFICAÇÃO

Local de trabalho: [1] Obst [2] Onco [3] Gineco [4] Neo [5] CC/CM
[6] Escolta [7] Diven

Horário de trabalho: [1] Manhã [2] Tarde [3] Noite [4] Comercial

Função atual: [1] Enfermeira [2] Técnica [3] Auxiliar [4]
Atendente

Idade: _____ anos.

Raça:

[1] branca [2] negra [3] indígena [4] asiática

[5] branca + negra [6]branca + indígena [7] branca + asiática

[8] negra + indígena [9] negra + asiática [10] indígena + asiática.

Peso: _____ kg Altura: _____

Você mudou de peso nos últimos anos?

[1] Engordei [2] Emagreci [3] Não mudei de peso

Se você engordou, qual a parte do corpo que mais engordou?

[1] Cintura [2] Quadril [3] Outros

ANTECEDENTES PESSOAIS

a) Você tem hipertensão?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

b) Se você tem hipertensão, fez tratamento com diurético?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

c) Você tem diabetes?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

d) Você tem alguma doença neurológica?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

e) Você já entrou na menopausa?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

Se não ou não sabe, pule para a questão nº 9

1. Você usa medicação para a menopausa?

[1] Sim [2] Não [3] Não sei

2. Qual medicação você usa para a menopausa?

[1] Estrógeno [2] Progesterona [3] Estrógeno + progesterona [4] Não sei

3. Qual o nome do remédio? _____

4. Você toma outros medicamentos que não foram citados anteriormente? Quais?

5. Você toma café diariamente?

[1] Sim [2] Não

Se não, pule para a questão nº 10

6. Quantos copinhos descartáveis de café você toma por dia?

[1] Bebo _____ copinhos de café por dia.

7. Você fuma?

[1] Sim [2] Não, mas já fumei [3] Não, nunca fumei

Se não fuma, pule para a questão n° 11

8. Quantos cigarros você fuma por dia?

[1] Mais de 21 cigarros [2] 11 a 20 cigarros [3] Menos de 10 cigarros

9. Você tem frequentemente ataques de tosse?

[1] Sim [2] Não

10. Você tem o intestino preso? (Ou seja, tem fezes excessivamente duras e secas e faz muito esforço para evacuar).

[1] Sim [2] Não, mas já tive [3] Não

11. Você já fez alguma cirurgia para levantar a bexiga?

[1] Sim [2] Não

Se não, pule para a questão n° 14

12. Como foi a sua cirurgia para levantar a bexiga?

[1] Vaginal [2] Abdominal Em que ano foi a operação: _____

13. Já fez cirurgia para retirar o útero (histerectomia)?

[1] Sim [2] Não

Se não, pule para a questão n° 15

14. Como foi a sua cirurgia para retirar o útero?

[1] Vaginal [2] Abdominal Em que ano foi a operação: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

15. Quantas vezes você ficou grávida? _____ vezes.

16. Você abortou alguma vez? Quantas? _____ vezes.

Se você nunca teve parto, pule para a questão n° 18

17. No quadro abaixo mostre como foi cada parto que você teve colocando um X nas respostas corretas, o peso do bebê e a sua idade em cada parto.

| | 1° parto | 2° parto | 3° parto | 4° parto | 5° parto | 6° parto | 7° parto | 8° parto |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Parto em casa | | | | | | | | |
| Parto no hospital | | | | | | | | |
| Parto normal com episio (com “corte” por baixo) | | | | | | | | |
| Parto normal sem episio (sem “corte” por baixo) | | | | | | | | |
| Parto normal com ratura (“rasgou” por baixo) | | | | | | | | |
| Parto normal sem ratura (não “rasgou” por baixo) | | | | | | | | |
| Não sei se tive episio | | | | | | | | |
| Parto fórceps | | | | | | | | |
| Cesariana | | | | | | | | |
| Tomei anestesia local | | | | | | | | |
| Tomei anestesia na coluna | | | | | | | | |
| Não sei se tomei anestesia | | | | | | | | |
| Não tomei anestesia | | | | | | | | |
| Quanto pesou o bebê? | | | | | | | | |
| Qual a sua idade no parto? | | | | | | | | |

18. Você pratica algum tipo de esporte, ginástica ou atividade física?

[1] Sim [2] Não

a) Qual esporte, ginástica ou atividade física você pratica? _____

b) Quantos dias na semana? _____ dias

SINTOMAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

19. Durante o último ano, você perdeu urina (sem querer, na calcinha) pelo menos uma vez no mês?

[1] Sim [2] Não

20. Você perde urina quando tosse, espirra, faz força ou carrega peso?

[1] Sim [2] Não

21. Você perde urina antes de chegar ao banheiro depois de sentir forte vontade de urinar sem perceber?

[1] Sim [2] Não

22. Você perde urina de alguma outra forma, diferente das duas perguntas anteriores?

[1] Sim [2] Não

Como? _____

23. Ha quanto tempo você perde urina? _____ anos e _____ meses.

24. Qual a quantidade de urina que você perde?

[1] Pequena (gotas) [2] Media (menos de 50ml) [3] Grande (mais de 50ml)

25. Você já procurou por algum tratamento médico?

[1] Sim [2] Não

Se não, por que? _____

26. Você sai menos de casa ou deixou de sair de casa devido ao problema de perder urina?

[1] Sim [2] Não

27. Deixou de visitar amigos e parentes?

[1] Sim [2] Não

28. Deixou de ir a igreja?

[1] Sim [2] Não

29. Deixou de fazer viagens longas?

[1] Sim [2] Não

30. Deixou de praticar esportes?

[1] Sim [2] Não

31. Deixou de fazer compras?

[1] Sim [2] Não

32. Deixou de ir a festas?

[1] Sim [2] Não

Mais alguma coisa? _____

33. Você deixou de fazer alguma atividade doméstica devido a incontinência urinária?

[1] Sim [2] Não

34. Você deixou de fazer faxina?

[1] Sim [2] Não

35. Você deixou de lavar roupas?

[1] Sim [2] Não

36. Você deixou de carregar peso?

[1] Sim [2] Não

Mais alguma coisa? _____

37. Você teve alguma alteração nas atividades sexuais devido a incontinência urinária?

[1] Sim [2] Não

38. Você não tem orgasmo por que tem medo de perder urina?

[1] Sim [2] Não

39. Você sente dor durante a relação sexual devido ao problema de perder urina?

[1] Sim [2] Não

40. Você teve diminuição da frequência da relação sexual devido à perda de urina?

[1] Sim [2] Não

41. Você perde urina durante a relação sexual?

[1] Sim [2] Não

42. Você sente falta de desejo sexual porque perde urina?

[1] Sim [2] Não

Mais alguma coisa? _____

43. Você teve alguma alteração nas suas atividades de trabalho devido a incontinência urinária?

[1] Sim [2] Não

44. Você sente falta de concentração no trabalho?

[1] Sim Porquê? _____ [2] Não

45. Você percebe uma baixa produtividade?

[1] Sim Porquê? _____ [2] Não

46. Você tem estresse durante o trabalho?

[1] Sim Porquê? _____ [2] Não

47. Você sente muita fadiga no trabalho?

[1] Sim Porquê? _____ [2] Não

Mais alguma coisa? _____

48. Existe alguma atividade, que você realiza no trabalho, que aumenta a frequência de perda de urina?

[1] Sim [2] Não

a) Carregar peso/ fazer esforço

[1] Sim [2] Não

b) Andar rápido/ correr

[1] Sim [2] Não

c) Empurrar maca/ incubadora

[1] Sim [2] Não

d) Empurrar cadeira de rodas

[1] Sim [2] Não

Mais alguma coisa? _____

49. Existem algumas atividades no seu trabalho que você não realiza ou evita realizar devido à perda de urina porque exigem esforços?

[1] Sim. Qual (is)? _____ [2] Não

50. Você faz alguma coisa para diminuir os problemas com a incontinência urinária?

[1] Sim [2] Não

51. Você evita tomar água e outros líquidos?

[1] Sim [2] Não

Antes ingeria _____ copos de água e outros líquidos em 24 horas.

Agora ingere _____ copos de água e outros líquidos em 24 horas.

52. Você usa forro/ absorvente higiênico?

[1] Sim. Troca quantas vezes no plantão? _____ vezes. [2] Não

53. Você esvazia a bexiga em tempo programado?

[1] Sim. Qual intervalo? _____ [2] Não

54. Você toma menos café?

[1] Sim [2] Não

Tomava quantas xícaras (de café) antes? _____ xícaras (de café)

55. Você usa perfume ou desodorante para diminuir o odor de urina?

[1] Sim [2] Não

Mais alguma coisa? _____

56. Você tem ou já teve algum problema por causa das coisas que você faz para diminuir os problemas com a incontinência urinária?

[1] Sim [2] Não

57. Você já teve desidratação?

[1] Sim [2] Não

58. Você teve infecção urinária?

[1] Sim [2] Não

59. Você já teve irritação na pele pelo uso de absorvente higiênico?

[1] Sim [2] Não

Mais alguma coisa? _____

Você encontra alguma facilidade no trabalho para controlar a perda de urina, como por exemplo:

60. Tem facilidade em trocar a roupa, absorvente higiênico ou ir ao banheiro sempre que precisa?

[1] Sim [2] Não [3] Não preciso fazer isso

61. Pode reduzir as atividades que aumentavam a perda de urina?

[1] Sim [2] Não [3] Não preciso fazer isso

Mais alguma coisa? _____

62. Quantas vezes você interrompe trabalho para ir à toailete durante a jornada diária?

[1] Jornada de 6 horas _____ vezes.

[2] Jornada de 8 horas _____ vezes.

[3] Jornada de 12 horas _____ vezes.

63. Quanto tempo, em média, você demora entre ir e voltar ao banheiro durante o trabalho? _____ horas/ ou _____ min

64. O banheiro mais próximo fica a mais de 12 metros de distância do local em que você está trabalhando?

[1] Sim [2] Não

65. Você encontra alguma dificuldade quando interrompe o trabalho para usar o banheiro?

a) Sim, a chefia não gosta.

[1] Sim [2] Não

b) Sim, os colegas reclamam.

[1] Sim [2] Não

c) Frequentemente o trabalho que estou fazendo não pode ser interrompido.

[1] Sim [2] Não

d) As vezes o trabalho que estou fazendo não pode ser interrompido.

[1] Sim [2] Não

Mais alguma coisa? _____

Fonte: HIGA, 2004.

ANEXO V – Investigação sobre os Sintomas do Trato Urinário Inferior

| INVESTIGAÇÃO SOBRE AS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL |
|--|
| 1. Nº de micções diurnas (da hora que acorda até antes de dormir): _____ |
| 2. Nº de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?): _____ |
| 3. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços |
| 4. Urgência (Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim |
| 5. Noctúria (Nº de micções noturnas ≥ 3)? 0 – Não 1- Sim |
| 6. Urge-incontinência (queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim |
| 7. Enurese noturna (queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim |
| 8. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim |
| 9. Quantos forros vaginais você usa por dia ? _____ (Escreva 0, caso não utilize forros) |
| 10. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual |
| 11. Dificuldade de iniciar micção (queixa-se de atraso para iniciar a micção – hesitação)? 0 – Não 1- Sim |
| 12. Disúria? 0 – Não 1- Sim |
| 13. Força para iniciar a micção? 0 – Não 1- Sim |
| 14. Polaciúria (Nº micções diurnas ≥ 7vezes)? 0 – Não 1- Sim |
| 15. Sensação de esvaziamento incompleto (a bexiga não esvaziou completamente após a micção)? 0 – Não 1- Sim |
| 16. Hematúria? 0 – Não 1- Sim |
| 17. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim |
| 18. ITU recorrente (No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses)? 0 – Não 1- Sim |
| 19. Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio) |
| 20. Incontinência fecal? 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3- “mancha a calcinha” |

ANEXO VI – 36-ITEM SHORT FORM (SF-36)



Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assolho Pélvico

Avaliação pré-operatória

| 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= | | | | | | |
| [(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, dificulta muito | Sim, dificulta um pouco | Não, não dificulta de modo algum | | | |
| Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos | 1 | 2 | 3 | | | |
| Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 | | | |
| Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 | | | |
| Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 | | | |
| Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 | | | |
| Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 | | | |
| Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 | | | |
| Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 | | | |
| Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 | | | |
| Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 | | | |
| TOTAL | | | | | | |
| 135- DOMÍNIO CAPACIDADE FUNCIONAL= | | | | | | |
| [(VALOR QUESTÃO – 10) X 100] / 20 | | | | | | |

134-_____

135-_____



| 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 = _____ | | | | | | |
| $[(\text{VALOR QUESTÃO} - 4) \times 100] / 4$ | | | | | | |
| 136- _____ | | | | | | |
| 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 = _____ | | | | | | |
| $[(\text{VALOR DA QUESTÃO} - 3) \times 100] / 3$ | | | | | | |
| 137- _____ | | | | | | |
| 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 = _____ | | | | | | |
| $\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 138} + \text{QUESTÃO 139}) - 2] \times 100\} / 8$ | | | | | | |
| 140- _____ | | | | | | |
| 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 = _____ | | | | | | |
| $\{[\text{VALOR DA QUESTÃO} - 4] \times 100\} / 20$ | | | | | | |
| 141- _____ | | | | | | |

**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 = _____

$$\frac{\{(VALOR DA QUESTÃO 142 + QUESTÃO 143) - 2\} \times 100}{10}$$

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 = _____

$$\frac{\{(VALOR DA QUESTÃO 19) - 5\} \times 100}{25}$$

145- _____

Ass. do Responsável pelo preenchimento dos dados

ANEXO VII – KING’S HEALTH QUESTIONNAIRE

| King’s Health Questionnaire - avaliação da qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária |
|---|
| <p>1. Como você avaliaria sua saúde hoje? 1- Muito Boa 2- Boa 3- Normal 4- Ruim 5- muito ruim</p> <p>2. DOMÍNIO PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE= _____ ((Pontuação da Questão 1 - 1) / 4) x 100</p> <p>3. Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida? 1- Nada 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>4. IMPACTO DA INCONTINÊNCIA= _____ ((Pontuação da Questão 3 - 1) / 3) x 100</p> |
| LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DAS TAREFAS |
| <p>5. 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</p> <p>6. 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</p> <p>7. LIMITAÇÕES DE ATV. DIÁRIAS= _____ (((Pontuação das Questões 5 + 6) - 2) / 6) x 100</p> |
| LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL |
| <p>8. 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</p> <p>9. Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>10. LIMITAÇÕES FÍSICAS= _____ (((Pontuação das Questões 8 + 9) - 2) / 6) x 100</p> <p>11. Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>12. Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>13. LIMITAÇÕES SOCIAIS= _____ (((Pontuação das Questões 11+ 12 + 17) - 3) / 9) x 100**</p> <p>** Se a pontuação da Questão 17 \geq 1; se 0, então $\dots - 2) / 6) \times 100$</p> |
| RELAÇÕES PESSOAIS |
| <p>14. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual? 0- Não tem relação sexual 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> |

| |
|---|
| <p>15. 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</p> <p>16. RELAÇÕES PESSOAIS. _____ (((Pontuação das Questões 14 + 15) - 2) / 6) x 100***</p> <p>*** Se a pontuação das Questões 159 + 160 ≥ 2, Se (159 + 160) = 1; ...-1) / 3) x 100; Se (159 + 160) = 0;tratar como "missing value"</p> <p>17. Seu problema de bexiga incomoda seus familiares? 0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> |
| EMOÇÕES |
| <p>18. Você fica deprimida com seu problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>19. Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito</p> <p>20. Você fica mal consigo mesma por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre</p> <p>21. EMOÇÕES= _____ (((Pontuação das Questões 18 + 19 + 20) - 3) / 9) x 100</p> |
| SONO/DISPOSIÇÃO |
| <p>22. Seu problema de bexiga atrapalha seu sono? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre</p> <p>23. Você se sente desgastada ou cansada? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre</p> <p>24. SONO E DISPOSIÇÃO= _____ (((Pontuação das Questões 22 + 23) - 2) / 6) x 100</p> |
| MEDIDAS DE GRAVIDADE |
| <p>25. 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</p> <p>26. Você controla a quantidade de líquido que bebe? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre</p> <p>27. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre</p> <p>28. Você se preocupa em estar cheirando urina? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre</p> <p>29. Você fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre</p> <p>30. MEDIDAS DE GRAVIDADE = _____ (((Pontuação das Questões 25 + 26 + 27 + 28+29) - 5) / 15) x 100</p> <p>Responsável pela coleta dos dados: _____ DATA: _____ _____/_____/_____</p> |

ANEXO VIII – PROLAPSE QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE - P-QOL



Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assolho Pélvico

Avaliação pré-operatória

| 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? 1- Muito Boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim 5- Muito ruim | | 188- ____ |
| 189. SCORE PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE = | $\frac{[(\text{VALOR QUESTÃO 188} - 1)/4] \times 100}{}$ | 189- ____ |
| IMPACTO DO PROLAPSO | | |
| 190. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? 1- Não afeta 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito | | 190- ____ |
| 191. SCORE IMPACTO DO PROLAPSO = | $\frac{[(\text{VALOR QUESTÃO 190} - 1)/3] \times 100}{}$ | 191- ____ |
| LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS | | |
| 192. Com que intensidade seu prolapso atrapalha suas tarefas de casa? (ex.limpar, lavar, cozinhar, etc.)? 1- Nenhuma 2-Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito | | 192- ____ |
| 193. Com que intensidade seu prolapso atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compras, levar filho na escola, etc? 1- Nenhuma 2-Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito | | 193- ____ |
| 194. SCORE IMPACTO NAS ATV. DIÁRIAS= | $\frac{[(\text{VALOR QUESTÃO 192} + 193) - 2]/6] \times 100}{}$ | 194- ____ |
| LIMITAÇÃO FÍSICA | | SPSS |
| 195. Seu prolapso atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito | | 195- ____ |
| 196. Seu prolapso atrapalha quando você quer fazer uma viagem? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito | | 196- ____ |
| 197. SCORE LIMITAÇÃO FÍSICA= | $\frac{[(\text{VALOR QUESTÃO 195} + 196) - 2]/6] \times 100}{}$ | 197- ____ |
| LIMITAÇÃO SOCIAL | | |
| 198. Seu prolapso atrapalha quando sua vida social (sair para igreja, reunião, festa...)? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito | | 198- ____ |
| 199. Você deixa de visitar seus amigos por causa do seu prolapso? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4-Muito | | 199- ____ |
| 200. O peso ou a bola na vagina incomoda seus familiares? 0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito | | 200- ____ |
| 201. SCORE LIMITAÇÃO SOCIAL= | $\frac{[(\text{VALOR QUESTÃO 198} + 199 + 200) - 3]/9] \times 100}{}$ Se o valor da questão 200 for ≥ 1 $[(\text{VALOR QUESTÃO 198} + 199 + 200) - 2]/6] \times 100$ Se o valor da questão 200 for = 0 | 201- ____ |



| 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 $\geq 2 = [(\text{VALOR QUESTÃO } 202 + 203) - 2]/6] \times 100$ Se o valor da questão 202 +203 for = 1 $[(\text{VALOR QUESTÃO } 202 + 203) - 1]/3] \times 100$ 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= _____ $[(\text{VALOR QUESTÃO } 205+206+207) - 3]/9] \times 100$ | 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= _____ $[(\text{VALOR QUESTÃO } 209 + 210) - 2]/6] \times 100$ | 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= _____ $[(\text{VALOR QUESTÃO } 212 + 213+214+215) - 4]/12] \times 100$ | 216- _____ |
| Responsável pela coleta dos dados: _____ | |

Fonte: FROTA, 2016.

ANEXO IX - FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Tabela 2

Versão final do Female Sexual Function Index em português.

| Perguntas | Opções de respostas e pontuação |
|--|--|
| 1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual? | 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca |
| 2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual? | 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum |
| 3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca |
| 4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum |
| 5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança |
| 6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca |
| 7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca |
| 8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais? | 0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil |

(continua)

Tabela 2. (continuação)

| Perguntas | Opções de respostas e pontuação |
|---|--|
| 9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca |
| 10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil |
| 11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca |
| 12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("climax/gozou")? | 0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil |
| 13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita |
| 14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual? | 0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita |
| 15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)? | 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita |
| 16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral? | 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita |

(continua)

Tabela 2 (continuação)

| Perguntas | Opções de respostas e pontuação |
|--|--|
| 17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal? | 0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca |
| 18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal? | 0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca |
| 19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal? | 0 = Não tentei ter relação 1 = Muito alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Baixo 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum |

Fonte: PACAGNELLA *et al.*, 2008.

ANEXO X - ESCALA DE WEXNER



Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico

Avaliação pré-operatória

| 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 | | | | | |

Fonte: FROTA, 2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde - SESA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada: **“Prevalência de Distúrbios do Assoalho Pélvico e Menstruação em Profissionais de Enfermagem: Avaliação do Risco Ocupacional”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Camila Teixeira Moreira Vasconcelos** e tem como objetivo: verificar a prevalência de Distúrbios do Assoalho Pélvico (DAP) e da menstruação em profissionais de enfermagem do sexo feminino que atendem em um hospital terciário de Fortaleza, CE.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Para participar, é necessário que a Sra responda ao nosso formulário composto por 8 (oito) instrumentos e 105 (cento e cinco) questões: **“Incontinência Urinária: Problemas Ocupacionais Entre Profissionais De Enfermagem”**, que diz respeito à avaliação de dados relacionados ao exercício da profissão e hábitos de saúde que avaliam o risco ocupacional; **Investigação sobre os Sintomas do Trato Urinário Inferior** composto por 20 itens que investigam a ocorrência de sintomas miccionais, incontinência anal e uso de forros; **“36 - Item Short Form Health Survey”** que faz uma avaliação do estado geral da saúde; **“King’s Health Questionnaire”** que avalia o impacto na qualidade de vida de indivíduos com Incontinência Urinária; **“Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-Qol)”**, que avalia a qualidade de vida de mulheres com Prolapso de Órgão Pélvicos; **“Female Sexual Function Index (FSFI)”** que avalia a função sexual feminina; **“Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)”** que avalia a presença e o impacto relacionado aos distúrbios da menstruação e, por fim, a **“Escala de Wexner”** que classifica o grau de Incontinência Anal e Constipação. O formulário será respondido

conforme a necessidade de avaliação dos Distúrbios do Assoalho Pélvico e da Menstruação identificados durante a coleta. Caso não seja identificado nenhum distúrbio, a Sra precisará responder somente os três primeiros instrumentos citados neste termo, correspondendo a 62 questões no total. O tempo, em média, para realização dessa coleta é de 20 minutos. A equipe de pesquisadores do estudo ficará responsável por realizar a pesquisa por meio de um dispositivo eletrônico (tablet/notebook/smartphone) contendo o formulário completo. O instrumento *“Female Sexual Function Index (FSFI)”* será preenchido pela Sra a fim de garantir sua privacidade e anonimato no local de trabalho. Durante essa fase da coleta, os pesquisadores ficarão responsáveis pela entrega e orientação quanto ao manuseio do dispositivo eletrônico e ao preenchimento do formulário.

Esta pesquisa poderá possibilitar que as pacientes com queixas de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) e/ou Incontinência Urinária (IU) serão encaminhadas para consulta específica de avaliação do assoalho pélvico, em que serão realizadas anamnese dirigida para os sintomas do assoalho e exame físico, com realização do POP-Q para diagnóstico da disfunção. Caso seja confirmada a disfunção, as pacientes poderão ser acompanhadas no serviço de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico do próprio hospital.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos para a senhora, como constrangimento ao responder os questionários e/ou durante a consulta de avaliação e diagnóstico por meio do POP-Q, caso este seja necessário, porém garantimos que a senhora terá a opção de interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, se assim desejar.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A Sra não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

A senhora poderá interromper o procedimento se assim desejar. A sua participação é de caráter **voluntário**, isto é, a qualquer momento a Sra. pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Contato do responsável pela pesquisa:

Nome: Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefone: (85) 30676810

ATENÇÃO: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa e também, dos pesquisadores. Qualquer dúvida ética a Sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, fone: 3101 7078 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, no qual a Sra. terá uma via e não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador
responsável pela coleta de dados

Assinatura do pesquisador
responsável pela coleta de dados

AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO

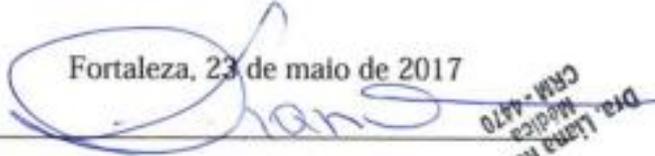
Eu, **Liana Rabelo Cavalcante**, chefe do serviço de **ginecologia** do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), declaro estar ciente e de acordo com a realização do trabalho de pesquisa intitulado **“Prevalência de Distúrbios do Assoalho Pélvico e Menstruação em Profissionais de Enfermagem: Avaliação do Risco Ocupacional”**, tendo como pesquisador(es) **Carla Jéssica da Silva Fernandes, Catharine Louise Melo Araújo Pinto, Eline Pereira Alves, Hérdeny Di Carly Almeida Rocha Farias, Juliana Carvalho Regino de Brito, Lia Gomes Lopes, Purdenciana Ribeiro de Menezes, Rafaela Rios Comaru, Stéffany Gadelha de Macêdo, Vivaldo Feitosa Junior e Orientador(a) Camila Teixeira Moreira Vasconcelos e José Ananias Vasconcelos Neto.**

O pesquisador se compromete em seguir a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

- 1) Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- 2) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- 3) Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa só deverá ser iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (CEP-HGF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza, 23 de maio de 2017


 Assinatura do Chefe do Serviço

Dra. Liana Rabelo Cavalcante
 Médica
 CRM - 4470

AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO

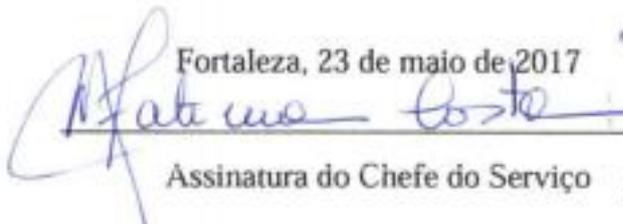
Eu, **Maria de Fátima Ponte Costa Caminha**, chefe do serviço de **enfermagem** do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), declaro estar ciente e de acordo com a realização do trabalho de pesquisa intitulado **“Prevalência de Distúrbios do Assoalho Pélvico e Menstruação em Profissionais de Enfermagem: Avaliação do Risco Ocupacional”**, tendo como pesquisador(es) **Carla Jéssica da Silva Fernandes, Catharine Louise Melo Araújo Pinto, Eline Pereira Alves, Hérdeny Di Carly Almeida Rocha Farias, Juliana Carvalho Regino de Brito, Lia Gomes Lopes, Purdenciana Ribeiro de Menezes, Rafaela Rios Comaru, Stéffany Gadelha de Macêdo, Vivaldo Feitosa Junior** e Orientador(a) **Camila Teixeira Moreira Vasconcelos e José Ananias Vasconcelos Neto**.

O pesquisador se compromete em seguir a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

- 1) Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- 2) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- 3) Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa só deverá ser iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (CEP-HGF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza, 23 de maio de 2017



Assinatura do Chefe do Serviço

Mª de Fátima Costa
 ENFERMEIRA
 COREN 20038