



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM FISIOTERAPIA E FUNCIONALIDADE

RENATA GOMES LEMOS DO NASCIMENTO

FUNCIONALIDADE DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

FORTALEZA

2026

RENATA GOMES LEMOS DO NASCIMENTO

FUNCIONALIDADE DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Fisioterapia e Funcionalidade. Linha: Processo de avaliação e intervenção no sistema musculoesquelético nos diferentes ciclos da vida
Orientadora: Prof^ª Dra Simony Lira do Nascimento
Coorientador: Prof^ª Dra Mayle Andrade Moreira

FORTALEZA

2026

RENATA GOMES LEMOS DO NASCIMENTO

FUNCIONALIDADE DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Fisioterapia e Funcionalidade. Linha: Processo de avaliação e intervenção no sistema musculoesquelético nos diferentes ciclos da vida
Orientadora: Profª Dra Simony Lira do Nascimento
Coorientador: Profª Dra Mayle Andrade Moreira

Aprovado em: 28/11/2024

BANCA EXAMINADORA

Nome: Profª Drª Simony Lira Nascimento (Orientadora)

Instituição: Programa de pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade -
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Nome: Profª Drª Mayle Andrade Moreira (Coorientadora)

Instituição: Programa de pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade -
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Nome: Profª Drª Vilena Barros de Figueiredo (Membro interno)

Instituição: Programa de pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade -
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Nome: Profª Drª Ana Jéssica dos Santos Sousa (Membro externo)

Instituição: Departamento de Fisioterapia - Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Para às mulheres.

Àquelas que, todos os dias, desafiam limites, rompem silêncios e lutam pelo direito de existir plenamente em cada espaço dessa sociedade patriarcal e preconceituosa.

Ser mulher é, muitas vezes, enfrentar diversos sacrifícios e caminhos difíceis, mas também é carregar a força, a sensibilidade e a coragem de ser quem somos e de transformar o mundo.

Que nunca nos falte voz, dignidade e liberdade para ocupar os lugares que sempre nos pertenceram.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, à Nossa Senhora Aparecida e a São Francisco, por terem sido os grandes responsáveis por eu ter chegado até aqui. O mestrado foi um sonho que, por muito tempo, sequer ousei acreditar ser possível. Sei que cada porta aberta, cada força recebida nos dias difíceis e cada conquista alcançada foram fruto da graça e do cuidado Deles sobre minha vida. Nada disso teria acontecido sem a minha fé.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia e Funcionalidade, meu profundo agradecimento pela criação do primeiro programa de mestrado em fisioterapia do estado do Ceará, possibilitando que tantos profissionais tenham acesso à ciência, à pesquisa e à formação de qualidade. Obrigada por permitirem que sonhos fossem construídos e que o conhecimento produzido aqui possa alcançar o mundo.

À minha orientadora, Prof^a Simony, e a minha coorientadora, Prof^a Mayle, agradeço profundamente por todos os ensinamentos compartilhados ao longo desses mais de dois anos de caminhada. Aprender com vocês foi uma honra, um privilégio e uma experiência que levarei para toda a vida. Obrigada pela paciência, pela confiança e por contribuírem de forma tão significativa para minha formação acadêmica e profissional.

Ao projeto de extensão PROFISM, obrigada por ter aberto as portas para mim e por ter sido fundamental no aprimoramento dos meus conhecimentos acerca do cuidado à saúde da mulher. Sou muito grata pela oportunidade de conviver com extensionistas incríveis, que ultrapassaram os limites da universidade e se tornaram amigas que levarei comigo para sempre.

Às minhas alunas e amigas Isabelly, Carol e Lívia Kézia, obrigada pelo apoio constante, pelo suporte durante todo o processo de coleta e pesquisa e por nunca soltarem minha mão. A ajuda de vocês foi essencial para que este trabalho acontecesse, mas, acima de tudo, uma das maiores dádivas do mestrado foi a amizade que construímos ao longo dessa caminhada.

À minha amada Turma 6 do PPGFISIO, obrigada por todas as partilhas, risadas, desabafos e momentos vividos. Em especial às minhas amigas e irmãs da saúde da mulher, Liliane e Talita: o mestrado foi infinitamente mais leve, bonito e feliz porque tive a bênção de dividir essa jornada com vocês ao meu lado.

Aos anjos que Deus colocou em meu caminho, minhas mestras Prof^a Gisele Arruda e Prof^a Raimunda Rosilene e meus amigos Taynara Rodrigues e David Bruno meu eterno agradecimento. Vocês me ajudaram a acreditar que o sonho do mestrado era possível. Se hoje estou aqui, é porque vocês acreditaram em mim primeiro.

Aos meus amigos Beatriz, Rayane, Kamilla, Guilherme, Elaine, Wanderson, Ana Lourdes, Wdson e, em especial, à minha melhor amiga/irmã Isabor, obrigada por estarem comigo em

absolutamente todos os momentos. Obrigada por vibrarem com minhas vitórias, acolherem minhas dores e me lembrarem da minha força quando eu mesma duvidei dela.

À minha irmã, Ana Cristina, obrigada por dobrar os joelhos comigo todos os dias e por transformar minhas batalhas em suas orações. Chegar até aqui também é fruto de suas orações e do seu amor.

À minha tia, madrinha e mãe, Julieta, agradeço por ser a melhor pessoa do mundo. Obrigada por cuidar de mim como se eu ainda fosse seu bebê de um aninho, por ser minha maior incentivadora e por tantas vezes ter deixado de fazer por você para fazer por mim. Se hoje estou aqui, é porque o seu amor me sustentou em cada passo dessa caminhada.

À minha mãezinha, Maria José, a melhor mãe do mundo, obrigada por ser meu maior exemplo de força, honestidade, perseverança e bondade. Se um dia eu conseguir ser metade da mulher que você é, já me considerarei um ser humano extraordinário. Obrigada por ser meu abraço seguro, meu lar e minha certeza em meio ao caos. Obrigada por todas as renúncias feitas em meu nome e por todas as dores que suportou para me proteger. Espero, um dia, conseguir retribuir uma parte do amor imenso que recebo de você desde que nasci.

Ao meu amado marido, amor da minha vida, Patrick, obrigada por me fazer sentir a mulher mais amada, compreendida, respeitada e honrada do mundo. Obrigada por ser meu porto seguro e meu farol nos dias escuros. Obrigada por acreditar em mim até quando eu mesma não consegui acreditar e por segurar minha mão diante de cada dificuldade dizendo: “vamos vencer”. Nada disso teria sido possível sem você ao meu lado.

Aos três grandes amores da minha vida: meu pai Edson, minha tia Aninha e minha avó Alda. Sei que vocês cuidam de mim mesmo de longe. Vocês não puderam permanecer aqui para ver tudo o que ainda sonho conquistar, mas espero que tenham partido sabendo que tudo o que faço sempre foi, e sempre será, por vocês e para vocês. Amo vocês incondicionalmente e espero que, de alguma forma, estejam no céu celebrando comigo este momento.

E, por último, agradeço a mim mesma. Por ter suportado muito mais do que imaginei ser capaz. Por ter permanecido firme quando tudo parecia perdido. Por ter sido teimosa o suficiente para não desistir mesmo quando as circunstâncias apontavam de todas as formas que eu não conseguiria. Sempre dei o meu máximo com o que era possível e fiz o melhor que podia com o pouco que tinha. Hoje, fico feliz em pensar que a Renata criança certamente estaria orgulhosa da mulher que me tornei.

DESCRIÇÃO DA DISSERTAÇÃO PARA LEIGOS

O prolapso de órgãos pélvicos, conhecido popularmente como “bexiga caída”, “útero caído” ou “queda da vagina”, é um problema que afeta muitas mulheres, principalmente após os 50 anos. Essa condição acontece quando os músculos e estruturas que sustentam os órgãos da região pélvica ficam enfraquecidos, fazendo com que esses órgãos desçam em direção à vagina. Como consequência, muitas mulheres podem sentir peso ou pressão na região íntima, dificuldade para urinar ou evacuar, desconforto para realizar atividades do dia a dia e prejuízos na qualidade de vida.

Apesar de ser uma condição bastante comum, o impacto do prolapso vai muito além dos sintomas físicos. Muitas mulheres passam a ter dificuldades para realizar tarefas rotineiras, participar de atividades sociais, trabalhar, praticar exercícios físicos e até mesmo manter suas relações pessoais. Por isso, é importante que os profissionais de saúde consigam avaliar não apenas a presença da doença, mas também como ela interfere na vida de cada mulher.

Uma das formas de realizar essa avaliação é por meio de questionários. Entre eles está o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. Esse questionário busca entender como a condição de saúde afeta diferentes aspectos da vida da pessoa, como sua capacidade de se locomover, cuidar de si mesma, realizar atividades diárias e participar da sociedade. Embora esse instrumento já tenha sido utilizado em diversas doenças, ainda não se sabia se ele era adequado para mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

Participaram desta pesquisa 26 mulheres com diagnóstico de prolapso de órgãos pélvicos atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza. Inicialmente, foram coletadas informações sobre a saúde e as características das participantes. Em seguida, elas responderam questionários sobre seus sintomas, sua rotina e a forma como o prolapso impactava suas vidas. Cerca de uma a duas semanas depois, um dos questionários foi aplicado novamente por telefone para verificar se as respostas permaneceram semelhantes ao longo do tempo. Além dos questionários, também foi realizada uma avaliação da força dos músculos do assoalho pélvico, que são os músculos responsáveis por sustentar os órgãos da região íntima e sua relação com a gravidade do prolapso e em sua capacidade de realizar as atividades do dia a dia.

Após a coleta das informações, foram realizadas análises para verificar se o

WHODAS 2.0 é um instrumento confiável para avaliar mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres participantes apresentava prolapso em estágio moderado e relatava diversos sintomas relacionados à condição. Todas as participantes referiram a sensação de uma “bola” ou volume na região vaginal, além de queixas urinárias frequentes, como aumento da vontade de urinar, necessidade de acordar à noite para ir ao banheiro, perda involuntária de urina e dificuldade para esvaziar a bexiga. Também foram observadas dificuldades intestinais em grande parte das mulheres. Além dos sintomas físicos, muitas participantes relataram desconforto importante causado pelo prolapso, que interferia em aspectos emocionais, na realização de atividades do dia a dia, na mobilidade e na participação social. Os resultados também mostraram que o questionário WHODAS 2.0 apresentou excelente desempenho para avaliar o impacto do prolapso na vida dessas mulheres, demonstrando ser um instrumento confiável e capaz de medir, de forma consistente, as limitações e dificuldades vivenciadas por essa população

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para que profissionais de saúde tenham uma ferramenta capaz de compreender melhor as dificuldades enfrentadas por essas mulheres, permitindo avaliações mais completas e auxiliando no planejamento de tratamentos que considerem não apenas a doença, mas também o impacto dela na vida cotidiana.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo testar as propriedades psicométricas do questionário World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) para mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP). O WHODAS 2.0 é uma medida de desfecho centrada no paciente (Patient Reported Outcome Measure – PROM), composta por 36 itens distribuídos em seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação. Embora já tenha sido validado para outras condições de saúde, sua aplicação em mulheres com POP ainda não havia sido investigada. A coleta de dados foi realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). A população da pesquisa foi composta por 26 mulheres a partir de 18 anos, diagnosticadas com POP sintomático, confirmado pelo Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q). As participantes foram selecionadas no ambulatório de uroginecologia e responderam ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), um formulário sociodemográfico e clínico e aos questionários Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), FIGO Assessment Scoring System (FASS) e WHODAS 2.0. Este último foi reaplicado por telefone entre sete e 14 dias após a primeira avaliação. O estudo seguiu as recomendações do Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN). Os resultados foram analisados por meio do Alfa de Cronbach, Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC), Coeficiente de correlação de Spearman e teste de Mann-Whitney. A amostra apresentou idade média de $59,4 \pm 10,6$ anos, com predomínio de prolapso da parede vaginal anterior (84,6%) e estágio II da doença (57,7%). Os sintomas urinários mais frequentes foram urgência urinária, aumento da frequência miccional e noctúria (84,6%), além de incontinência urinária e dificuldade miccional (69,2%). Os sintomas impactaram principalmente aspectos emocionais e a qualidade de vida. O escore total médio do WHODAS 2.0 foi de $29,4 \pm 19,9$ pontos. A consistência interna foi adequada, com α entre 0,785 e 0,950 nos domínios e 0,985 no escore total. A confiabilidade teste-reteste foi excelente, com ICC variando de 0,960 a 1,000 e ICC de 0,992 para o escore total. Observou-se forte correlação entre os escores do WHODAS 2.0 e do PFIQ-7 ($r = 0,723$; $p < 0,001$), enquanto não houve correlação significativa com a FASS ($r = 0,174$; $p = 0,396$). O WHODAS 2.0 apresentou adequada consistência interna, excelente confiabilidade teste-reteste e evidências favoráveis de validade de construto para mulheres com POP sintomático, demonstrando potencial para avaliação da funcionalidade nessa população.

Palavras-chave: Prolapso de órgãos pélvicos; Estudos de validação; Fisioterapia; Inquéritos e questionários; Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to test the psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in women with pelvic organ prolapse (POP). WHODAS 2.0 is a Patient-Reported Outcome Measure (PROM) composed of 36 items distributed across six domains: cognition, mobility, self-care, interpersonal relationships, life activities, and participation. Although it has been validated for other health conditions, its application in women with POP has not yet been investigated. Data collection was conducted at the Assis Chateaubriand Maternity School (MEAC). The study population consisted of 26 women aged 18 years or older diagnosed with symptomatic POP, confirmed using the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system. Participants were recruited from the urogynecology outpatient clinic and completed the Mini-Mental State Examination (MMSE), a sociodemographic and clinical questionnaire, and the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), FIGO Assessment Scoring System (FASS), and WHODAS 2.0 questionnaires. The latter was reapplied by telephone between 7 and 14 days after the first assessment. The study followed the recommendations of the Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN). Data were analyzed using Cronbach's alpha, the Intraclass Correlation Coefficient (ICC), Spearman's Correlation Coefficient and Mann-Whitney test. The sample had a mean age of 59.4 ± 10.6 years, with a predominance of anterior vaginal wall prolapse (84.6%) and stage II disease (57.7%). The most frequent urinary symptoms were urinary urgency, increased urinary frequency, and nocturia (84.6%), as well as urinary incontinence and voiding difficulties (69.2%). Symptoms mainly affected emotional aspects and quality of life. The mean total WHODAS 2.0 score was 29.4 ± 19.9 points. Internal consistency was adequate, with α values ranging from 0.785 to 0.950 across domains and 0.985 for the total score. Test-retest reliability was excellent, with ICC values ranging from 0.960 to 1.000 and an ICC of 0.992 for the total score. A strong correlation was observed between WHODAS 2.0 and PFIQ-7 scores ($r = 0.723$; $p < 0.001$), whereas no significant correlation was found with the FASS ($r = 0.174$; $p = 0.396$). WHODAS 2.0 demonstrated adequate internal consistency, excellent test-retest reliability, and favorable evidence of construct validity in women with symptomatic POP, supporting its use for assessing functioning in this population.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse; Validation Studies; Physical therapy; Surveys and Questionnaires; International Classification of Functioning, Disability and Health

LISTA DE TABELAS

- **Tabelas da metodologia**

Tabela 1 - Recomendações COSMIN para avaliação da confiabilidade do instrumento

Tabela 2 - Recomendações COSMIN para avaliação da validade de construto

Tabela 3 - Recomendações COSMIN para avaliação da consistência interna

- **Tabelas da dissertação**

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das participantes

Tabela 2 - Características obstétricas das participantes

Tabela 3 - Histórico cirúrgico ginecológico e recidiva após a correção do POP

Tabela 4 - Caracterização clínica do POP das participantes

Tabela 5 - Atividade sexual e tratamento para POP

Tabela 6 - Escores dos itens e escore total do PFIQ-7

Tabela 7 - Características e sintomatologia segundo o FIGO (FASS)

Tabela 8 - Análise descritiva dos domínios do WHODAS 2.0

Tabela 9 - Consistência interna do Whodas 2.0

Tabela 10 - Confiabilidade teste-reteste do Whodas 2.0

Tabela 11 - Validade de construto do WHODAS 2.0

Tabela 12 - Comparação do escore do WHODAS 2.0 entre os estágios de POP

- **Tabelas do artigo**

Tabela 1 - Características sociodemográficas e comorbidades das participantes

Tabela 2 - Histórico obstétrico, ginecológico e escore do PFIQ-7 das participantes

Tabela 3 - Distribuição dos compartimentos acometidos e estadiamento do POP

Tabela 4 - Sintomas urinários e intestinais das participantes

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

POP - Prolapso de Órgãos Pélvicos

POP-Q - Pelvic Organ Prolapse Quantification

ICS - International Continence Society

IUGA - International Urogynecological Association

OMS - Organização Mundial da Saúde

PFIQ-7 - Pelvic Floor Impact Questionnaire

WHODAS 2.0 - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

FIGO FASS - FIGO Assessment Scoring System (FASS)

COSMIN - Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments

PROM's - Patient Reported Outcome Measure

MAP - Músculos do Assoalho Pélvico

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

PERFECT - Power Endurance Repetitions Fast Every Contraction Timed

OXFORD (MRC) - Medical Research Council

MEAC - Maternidade Escola Assis Chateaubriand

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Porcentagem

$\pm$ - Desvio padrão

α - Alfa de cronbach

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo geral.....	17
2.2. Objetivos específicos.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1. Definições, tipos e classificação dos prolapso de órgãos pélvicos (POP).....	18
3.2. Epidemiologia, diagnóstico e fatores de risco do POP.....	20
3.3. Impacto do POP na qualidade de vida.....	20
3.4. Tratamento do POP.....	21
3.6. WHODAS 2.0 - Um instrumento de avaliação da funcionalidade.....	24
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
4.1. Tipo de estudo.....	25
4.2. Local do estudo.....	25
4.3. População da amostra.....	25
Tamanho amostral.....	26
4.4. Critérios de inclusão.....	26
4.5. Critérios de exclusão.....	26
4.6. Coleta de dados.....	27
Método de coleta.....	27
Controle de qualidade na coleta dos dados.....	28
Instrumentos de Coleta de Dados.....	28
Propriedades de medida dos PROM's.....	30
4.7. Análise de dados.....	32
4.8. Riscos e benefícios.....	33
4.9. Aspectos éticos.....	33
5 RESULTADOS.....	34
5.1. Resultados parciais.....	35
5.2. Artigo original/Manuscrito científico.....	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
7 REFERÊNCIAS.....	65
8 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO.....	70
Atuação profissional.....	70
Experiência docente.....	70
Participação em eventos.....	70
Participação como ouvinte.....	70
Resumos aceitos em eventos científicos.....	70
Artigos submetidos /publicados em periódicos científicos.....	71
APÊNDICE A.....	72
APÊNDICE B.....	75
APÊNDICE C.....	77
APÊNDICE D.....	78
ANEXO A.....	80
ANEXO B.....	81
ANEXO C.....	96
ANEXO D.....	97
ANEXO E.....	97

1 INTRODUÇÃO

Os prolapso de órgãos pélvicos (POP) é definido como o descenso de uma ou mais paredes vaginais e ou ápice vaginal, sendo uma disfunção do assoalho pélvico, que pode ser classificada em diferentes graus de gravidade e de acordo com o compartimento acometido. O POP é diagnosticado por meio de exame físico, com o médico uroginecologista, utilizando recursos de quantificação do estágio do prolapso, como o Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q), que toma como referência de classificação as medidas de seis pontos localizados na região vaginal em relação ao hímen (HAYLEN et al, 2016; BUMP et al, 1996).

Estudos apontam que cerca de 30,9% a mais de 40% das mulheres podem apresentar algum grau de prolapso de órgãos pélvicos, especialmente quando avaliado por exame clínico, o que evidencia a natureza comum e recorrente dos POP na população feminina (HADIZADEH-TALASAZ et al., 2024). A etiologia dos POP é multifatorial, porém a teoria mais aceita no decorrer dos anos é de que existe uma fraqueza da fáscia e ligamentar da região pélvica que leva à “queda” da região acometida (WEINTRAUB, A. Y. et al. 2019).

Esta fraqueza pode ser observada principalmente em mulheres que passaram pelo processo de pós-menopausa, multíparas, obesas e submetidas à cirurgia de histerectomia total (WEINTRAUB, GLINTER, BRAUN, 2020). Os POP podem ser classificados de acordo com o compartimento pélvico acometido, sendo eles: prolapso de parede vaginal anterior (bexiga e uretra), prolapso de parede vaginal posterior (intestino, peritônio e reto) e prolapso apical (útero e ou cúpula vaginal) (HAYLEN, et al, 2016).

Os sintomas dos POP variam de sensação de “bola/protuberância” na região vaginal à sensação de peso, ardência e dor. Devido a sua etiologia, os POP quase sempre são acompanhados por sintomas urinários, fecais e sexuais, apresentando um impacto direto na vida sexual, social e na autoimagem da mulher, podendo gerar quadros depressivos e interferir diretamente na sua funcionalidade e qualidade de vida (VAART, 2022). O tratamento pode variar de acordo com o estágio do prolapso e o quadro de saúde geral da paciente. Geralmente os estágios iniciais (estágio 1 e 2) são indicados para o tratamento conservador, em que são adotadas condutas de fortalecimento da musculatura pélvica por meio da fisioterapia, além da utilização de pessários vaginais, mudanças no estilo de vida e tratamento hormonal (BØ, K.; HILDE, G.; 2022). Entretanto, já existe evidência científica consistente mostrando que a fisioterapia pélvica e o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é capaz de melhorar os sintomas, a funcionalidade e a qualidade de vida de mulheres

diagnosticadas com POP em qualquer estágio da doença (HWANG et al, 2016). Vale ressaltar que a relação entre a qualidade de vida e o estágio não é linear, e os sintomas são os fatores mais determinantes na busca do tratamento (RAJU, LINDER, 2021).

Apesar de o POP ser descrito por critérios anatômicos e estadiamento, a apresentação clínica é heterogênea, e os sinais observados no exame nem sempre se correlacionam com a intensidade dos sintomas e com o impacto funcional percebido pela mulher. Por isso, além de documentar o estágio e a conduta terapêutica, torna-se fundamental incorporar medidas centradas na paciente, uma vez que instrumentos de autorrelato são recomendados para captar o que é mais significativo para a mulher e para quantificar, de forma padronizada, o impacto do POP e a efetividade das intervenções (CONRAD et al, 2024).

Assim a International Continence Society (ICS) e a International Urogynecology Society (IUGA) recomendam a avaliação do impacto dos sintomas das disfunções do assoalho pélvico na qualidade de vida das pacientes (HAYLEN, et al; 2010). Nesse contexto os questionários de autorrelato, Patient Reported Outcome Measure (PROM), foram criados para que as demandas de entendimento, compreensão e percepção do paciente perante sua própria doença fossem ouvidas; e, por meio delas, fosse feita uma quantificação de sua influência na qualidade de vida e na funcionalidade. Os PROM específicos para POP buscam verificar também a questão dos problemas urinários, intestinais, sexuais, vaginais e o quanto o prolapso interfere negativamente na vida da mulher (CARROLL et al, 2023).

Mesmo sendo uma disfunção muito comum entre as mulheres, que interfere em diversos âmbitos de sua vida, e que possui PROM à disposição, como o Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) e o FIGO Assessment Scoring System (FASS) (CICHOWSKI et al, 2022), dentre outros, são poucos os profissionais da saúde que buscam adotar uma abordagem visando um olhar biopsicossocial, avaliando o quanto o prolapso influencia nas atividades de vida diárias e na funcionalidade da mulher (CARROLL et al, 2023).

O modelo biopsicossocial de saúde propõe que as condições de saúde não podem ser entendidas exclusivamente por fatores biológicos, mas sim pela interação integrada entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esse modelo reflete uma visão ampliada da experiência humana frente à doença e ao sofrimento, em contraste com abordagens biomédicas restritas ao corpo físico. Pesquisas têm explorado condições crônicas e multifacetadas, como o POP, cujos impactos perpassam as alterações anatômicas e envolvem também repercussões emocionais, comportamentais e sociais relevantes para a qualidade de vida das mulheres afetadas. Por meio de instrumentos derivados desse embasamento teórico, como o WHODAS 2.0, fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde (CIF), é possível mensurar a funcionalidade, permitindo uma avaliação mais holística e centrada na pessoa. A aplicação dessa perspectiva é particularmente pertinente em pesquisas com mulheres com POP, uma vez que os impactos biopsicossociais dessa disfunção — incluindo alterações na atividade sexual, autoestima, capacidade funcional e participação social — evidenciam a necessidade de instrumentos válidos que capturem essas múltiplas dimensões de impacto em suas vidas (CARROL et al, 2023).

O questionário *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS) foi criado no intuito de possibilitar a utilização de um PROM que visa aplicar os conceitos da CIF na avaliação dos pacientes e quantificar de maneira clara e objetiva suas questões de saúde autorreferidas (OMS, 2015). Desde sua criação, o WHODAS foi traduzido para diversas línguas e validado para inúmeras condições de saúde, incluindo disfunções do assoalho pélvico como incontinência urinária e dor pélvica crônica (MOURA et al, 2024; BRITO et al, 2023). A versão brasileira do WHODAS 2.0 ainda não foi validada especificamente para mulheres com POP. Por ser uma importante ferramenta recomendada pela OMS, é de interesse geral analisar se o WHODAS é um instrumento válido e confiável para avaliar a funcionalidade de mulheres com POP (OMS, 2015).

Dessa forma, o presente estudo se propõe a avaliar as propriedades psicométricas de confiabilidade teste-reteste, validade de construto e consistência interna da versão brasileira do WHODAS 2.0 (36 itens) para mulheres com prolapsos de órgãos pélvicos.

A realização do presente estudo se justifica pelo fato do WHODAS 2.0 ser, atualmente, o questionário disponível mais próximo de contemplar a funcionalidade em um contexto global, e ainda assim não ter sido validado para as mulheres com POP. A execução de tal pesquisa é primordial, visando não apenas ter um instrumento válido capaz de avaliar e acompanhar a funcionalidade das mulheres acometidas, mas também ampliando o olhar da funcionalidade para essa população no contexto da assistência.

Além disso, o desenvolvimento deste estudo se fundamenta na necessidade de dar voz às mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, permitindo que suas experiências, percepções e queixas sejam efetivamente ouvidas e reconhecidas. Ao evidenciar o impacto do POP nas diferentes dimensões da vida dessas mulheres, o estudo contribui para a exposição das repercussões funcionais, físicas, emocionais e sociais associadas à disfunção, favorecendo uma maior sensibilização tanto da população quanto das equipes de saúde. Dessa forma, espera-se que os resultados possam subsidiar uma assistência mais qualificada, humanizada e centrada nas reais demandas apresentadas por essa população.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Testar as propriedades psicométricas de confiabilidade teste-reteste, validade de construto e consistência interna do questionário WHODAS 2.0 (36 itens) para mulheres com POP.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar a funcionalidade das mulheres nos diferentes domínios propostos pelo WHODAS 2.0.
- Verificar a funcionalidade de acordo com os estágios do POP.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Definições, tipos e classificação dos prolapso de órgãos pélvicos (POP)

Os POP são definidos como a descida/"queda" de um ou mais órgãos pélvicos, incluindo as paredes vaginais, útero ou cúpula vaginal, bexiga, reto e ou intestino, em direção ao canal vaginal da mulher. Esse fato se dá pelo comprometimento das estruturas que promovem a sustentação do assoalho pélvico, nesse caso os músculos, fâscias e ligamentos. Essa condição pode se manifestar por meio de sintomas de bola, peso ou protuberância vaginal, além de frequentemente vir associada a queixas urinárias e intestinais, e provocar alterações na função sexual e qualidade de vida das mulheres acometidas (RAJU; RYAN, 2021; ICS, 2023).

A terminologia e a padronização utilizadas para a definição e classificação do POP foram estabelecidas pela International Continence Society (ICS), que propôs uniformizar a comunicação científica e clínica sobre as disfunções do assoalho pélvico para facilitar o entendimento e acesso aos conceitos próprios de cada condição. Esse consenso fornece os conceitos de diversas disfunções uroginecológicas de forma clara, tornando assim possível o aprimoramento da prática clínica baseada em evidências de qualidade, bem como maior facilidade de comparação entre os estudos atuais (ICS; IUGA, 2016; ICS, 2023)

O POP é uma condição que pode envolver diferentes estruturas e compartimentos anatômicos, sendo classificado de acordo com a estrutura que apresenta maior comprometimento. O prolapso de parede vaginal anterior (PPVA), que anteriormente era denominado de cistocele, ocorre quando existe um deslocamento inferior da bexiga e da parede anterior da vagina em direção ao canal vaginal. Está frequentemente associado a alterações de fâscia e pode se manifestar com sintomas urinários, sensação de esvaziamento incompleto, aumento da frequência miccional e incontinência urinária. Esses sintomas podem ocorrer devido a mudança anatômica que acontece no ângulo da bexiga e da uretra.

O prolapso de parede vaginal posterior (PPVP), que inclui as antigas denominações retocele e a enterocele, é caracterizado pela protrusão do reto ou do intestino delgado através da parede vaginal posterior, podendo resultar em sintomas evacuatórios, como esforço para defecação, sensação de evacuação incompleta ou necessidade de manobras digitais para facilitar o esvaziamento intestinal (RAJU; RYAN, 2021; ICS, 2023).

O prolapso apical (PA) é caracterizado pela descida do útero, do colo uterino ou da cúpula vaginal (em mulheres submetidas à histerectomia). A literatura sugere que o

comprometimento do suporte apical está frequentemente associado à presença de prolapsos nos demais compartimentos, reforçando o caráter integrado da anatomia e da função do assoalho pélvico (IUGA, 2025).

Do ponto de vista fisiopatológico, o desenvolvimento do POP envolve alterações estruturais e funcionais das estruturas de suporte pélvico, incluindo músculos do assoalho pélvico (MAP), especialmente o músculo levantador do ânus, fâscias endopélvicas e ligamentos uterossacros e cardinais. Lesões traumáticas relacionadas ao parto vaginal, envelhecimento, alterações hormonais, aumento da pressão intra-abdominal e fatores genéticos contribuem para a diminuição desses mecanismos de suporte, culminando no surgimento do POP (RAJU; RYAN, 2021; ZABOROWSKA et al., 2025).

A avaliação diagnóstica do prolapso pode ser realizada por meio do Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q), considerado o padrão-ouro para mensuração anatômica dessa condição. Esse sistema utiliza pontos anatômicos localizados nas paredes vaginais e no ápice vaginal, medidos em centímetros em relação ao hímen, permitindo a padronização do estágio do POP (ICS, 2023).

Com base no POP-Q, o prolapso pode ser classificado em cinco estágios (0 a IV). O estágio 0 indica ausência de prolapso clinicamente detectável; o estágio I corresponde à descida das estruturas pélvicas acima de 1 cm proximal ao hímen; o estágio II caracteriza-se pela descida até 1 cm acima ou abaixo do hímen; o estágio III refere-se à protrusão superior a 1 cm além do hímen, porém sem exteriorização completa; e o estágio IV representa a eversão total ou quase total da vagina. Essa avaliação e classificação deve sempre ser realizada com as mulheres com suspeita e diagnóstico de POP, já que saber a gravidade da disfunção tem uma relevância significativa, uma vez que estágios mais avançados estão associados a maior intensidade sintomática, pior impacto funcional e maior probabilidade de intervenção cirúrgica (ICS; IUGA, 2016; RAJU; RYAN, 2021).

Além da classificação anatômica, a literatura enfatiza a importância de considerar a dissociação entre o grau do prolapso e a intensidade dos sintomas relatados pelas pacientes. Estudos demonstram que mulheres com prolapsos de baixo grau podem apresentar impacto funcional significativo, enquanto outras com prolapsos avançados permanecem relativamente assintomáticas. Esse fenômeno evidencia a necessidade de uma abordagem ampla e centrada nas reais necessidades e queixas da paciente, integrando avaliação anatômica, funcional e psicossocial (ZABOROWSKA et al., 2025).

Nesse contexto, a classificação do POP deve ser compreendida não apenas como um instrumento de mensuração, mas como parte de um modelo biopsicossocial de avaliação, que

considere a interação entre alterações estruturais, sintomas clínicos e repercussões na qualidade de vida. Tal abordagem tem sido progressivamente incorporada nas diretrizes internacionais, refletindo a evolução no tratamento das disfunções do assoalho pélvico (ICS, 2023; IUGA, 2025).

3.2. Epidemiologia, diagnóstico e fatores de risco do POP

O POP constitui um problema de saúde pública global em razão de sua elevada prevalência e impacto funcional. Estudos epidemiológicos recentes estimam que a prevalência global pode atingir aproximadamente 28–31% das mulheres adultas (ZABOROWSKA et al., 2025).

Projeções internacionais sugerem que o número total de mulheres afetadas poderá alcançar mais de 150 milhões até 2036, especialmente em regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico (IUGA, 2025).

Entre os principais fatores de risco descritos na literatura destacam-se idade avançada, paridade, parto vaginal, obesidade e alterações do tecido conjuntivo. Esses fatores contribuem para o enfraquecimento progressivo das estruturas que geram o suporte pélvico, favorecendo o desenvolvimento e a progressão da doença ao longo da vida (IUGA, 2025; ICS, 2023).

O diagnóstico do POP baseia-se principalmente na anamnese detalhada e no exame físico pélvico, sendo o POP-Q o método mais recomendado para a documentação do grau do prolapso. Avaliações complementares podem ser indicadas para investigação de sintomas urinários ou intestinais associados, incluindo a utilização dos PROM's, exames urodinâmicos e métodos de imagem, quando necessário (RAJU; RYAN, 2021).

A avaliação clínica deve incluir também a análise do impacto funcional, psicossocial e sexual da condição, visto que a sintomatologia nem sempre se correlaciona diretamente com o grau anatômico do prolapso. Essa abordagem multidimensional é essencial para o planejamento terapêutico individualizado (ZABOROWSKA et al., 2025).

3.3. Impacto do POP na qualidade de vida

O POP pode comprometer significativamente a qualidade de vida das mulheres, causando limitações físicas, sociais e emocionais. A presença de sintomas como sensação de bola na vagina, disfunções miccionais, evacuatórias e alterações na função sexual podem interferir no bem-estar psicológico, físico e social (RAJU; RYAN, 2021). Além disso, o aumento da prevalência do POP em decorrência do envelhecimento populacional tem

ampliado o impacto econômico e assistencial das disfunções do assoalho pélvico nos sistemas de saúde, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção (IUGA, 2025).

Diante da ampla repercussão do POP sobre diferentes dimensões da vida das mulheres, torna-se fundamental a utilização de instrumentos capazes de mensurar de forma padronizada o impacto dessa condição na qualidade de vida. Nesse contexto, o *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) destaca-se como um questionário específico para disfunções do assoalho pélvico, desenvolvido para avaliar o impacto dos sintomas urinários, intestinais e vaginais e como isso interfere nas atividades diárias, nos relacionamentos e no bem-estar das mulheres. Por apresentar adequada validade, confiabilidade e aplicabilidade clínica, o instrumento tem sido amplamente utilizado em pesquisas e na prática assistencial para complementar a avaliação dos sintomas e de suas repercussões funcionais (BARBER; WALTERS; BUMP, 2005; AROUCA et al., 2016).

3.4. Tratamento do POP

O tratamento do POP pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo da gravidade dos sintomas, do estágio da doença, da condição geral de saúde da mulher e das suas preferências pessoais. As intervenções conservadoras incluem treinamento dos músculos do assoalho pélvico, uso de pessários e modificações comportamentais, sendo frequentemente indicadas como primeira linha de tratamento em casos leves ou moderados (estágios 1 e 2), especialmente em mulheres com idade avançada e alto risco para intervenção cirúrgica (RAJU; RYAN, 2021).

As opções cirúrgicas têm como objetivo restaurar o suporte anatômico e funcional dos órgãos pélvicos, podendo ser realizadas por via vaginal, abdominal ou minimamente invasiva. Contudo, a taxa de recorrência e as complicações associadas permanecem desafios clínicos relevantes, o que evidencia a necessidade de um acompanhamento a longo prazo (IUGA, 2025).

3.5. Funcionalidade, modelo biopsicossocial em saúde e a Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)

A funcionalidade constitui um dos principais construtos no campo das ciências da saúde, representando uma mudança na compreensão do processo saúde-doença. Diferente das abordagens centradas unicamente na presença ou ausência de patologias (modelo biomédico), o conceito de funcionalidade enfatiza a interação entre condições de saúde, fatores pessoais e

fatores ambientais, refletindo a capacidade do indivíduo de desempenhar atividades e participar plenamente da vida social (OMS, 2001; STUCKI; BICKENBACH, 2017).

A consolidação deste conceito ocorreu com a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial da Saúde, em 2001, instrumento que propôs um documento para a descrição da saúde e dos estados relacionados a ela. A CIF é um sistema de classificação que organiza os componentes da funcionalidade em três domínios: funções e estruturas do corpo, atividades e participação. Além disso, incorpora fatores contextuais, subdivididos em fatores ambientais e fatores pessoais, reconhecendo a influência de demais contextos sobre os indivíduos (OMS, 2001; CIEZA et al., 2019).

As funções do corpo referem-se aos aspectos fisiológicos e psicológicos dos sistemas do corpo, enquanto as estruturas correspondem às partes anatômicas. Enquanto as atividades dizem respeito à execução de tarefas ou ações, e a participação refere-se ao envolvimento nas mais diferentes situações de vida (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

A adoção da CIF tem contribuído para a padronização da avaliação da funcionalidade em diferentes contextos clínicos e de pesquisa, favorecendo a comparação de resultados e o desenvolvimento de intervenções centradas nas reais necessidades do paciente. Nos últimos anos, seu uso tem sido amplamente recomendado em estudos epidemiológicos, na reabilitação e na avaliação de desfechos em saúde (CIEZA et al., 2019; PRODINGER et al., 2019).

Historicamente, a compreensão da saúde foi fortemente influenciada pelo modelo biomédico, que caracteriza a doença como um fenômeno essencialmente biológico, resultante de alterações estruturais ou fisiológicas. Nesse cenário, o diagnóstico e o tratamento são orientados pela identificação de disfunções orgânicas, não considerando as dimensões sociais, psicológicas e ambientais experimentadas por cada pessoa (ENGEL, 1977; STUCKI; BICKENBACH, 2017).

Apesar de seus avanços na compreensão das doenças, o modelo biomédico demonstrou não ser suficiente para explicar condições crônicas, incapacidades e situações em que a experiência individual e o contexto social desempenham papel fundamental na evolução clínica. Em resposta a essas limitações, surgiu o modelo biopsicossocial, proposto inicialmente por George Engel na década de 1970, que introduziu uma perspectiva integrativa ao considerar a saúde como resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (ENGEL, 1977; BURY; VASSILEV, 2016).

A CIF executa o modelo biopsicossocial, fornecendo uma estrutura teórica e prática que integra esses diferentes aspectos inerentes ao indivíduo. Nesse contexto, a funcionalidade passa a ser compreendida como um fator que varia de acordo com as condições de saúde e o ambiente em que o indivíduo está inserido, reconhecendo a complexidade das experiências vivenciadas por cada pessoa (OMS, 2001; CIEZA et al., 2019).

Nas últimas décadas, a funcionalidade tem sido progressivamente adotada como um desfecho central em pesquisas clínicas e epidemiológicas, especialmente no contexto das doenças crônicas e do envelhecimento populacional. Essa mudança reflete o reconhecimento de que a preservação da capacidade funcional é um dos principais determinantes da qualidade de vida (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

Estudos recentes mostram que a funcionalidade apresenta maior sensibilidade para captar o impacto real das condições de saúde na vida cotidiana, em comparação com indicadores biomédicos. Dessa forma, essa avaliação permite compreender de maneira mais ampla as necessidades dos pacientes, orientando intervenções terapêuticas centradas nas suas necessidades (PRODINGER et al., 2019; CIEZA et al., 2019).

Além disso, a funcionalidade tem sido incorporada em políticas públicas e sistemas de saúde como indicador para monitoramento de doenças e planejamento de serviços, especialmente em países com rápido envelhecimento populacional. Essa abordagem favorece a transição de modelos centrados na doença para modelos baseados na promoção da autonomia e da participação social (OMS, 2022; CIEZA et al., 2019).

A incorporação do conceito de funcionalidade na prática clínica e na pesquisa representa um avanço significativo no entendimento das necessidades em saúde. Ao integrar dimensões biológicas, psicológicas e sociais, o modelo biopsicossocial amplia a capacidade de avaliação e intervenção, promovendo cuidados mais humanizados e eficazes (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

No campo da reabilitação, a funcionalidade constitui um importante pilar para o planejamento terapêutico e a avaliação de resultados, permitindo mensurar não apenas a redução de sintomas, mas também a recuperação da capacidade de participação nas atividades de vida diária. Dessa forma, a CIF tem sido amplamente utilizada como referencial teórico para estudos que investigam o impacto de diferentes condições de saúde na funcionalidade, contribuindo para o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências de qualidade (PRODINGER et al., 2019).

3.6. WHODAS 2.0 - Um instrumento de avaliação da funcionalidade

A implementação do conceito de funcionalidade proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) gerou uma grande demanda para o desenvolvimento de instrumentos capazes de mensurar, de forma padronizada, o impacto das condições de saúde na vida cotidiana. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), instrumento de avaliação da funcionalidade fundamentado no modelo conceitual da CIF (OMS, 2010; ÜSTÜN et al., 2010).

O WHODAS 2.0 foi elaborado com o objetivo de avaliar limitações nas atividades e restrições na participação em diferentes contextos culturais e clínicos, sendo aplicável tanto em populações gerais quanto em indivíduos com condições específicas de saúde. O instrumento contempla seis domínios principais da funcionalidade: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação social (ÜSTÜN et al., 2010; FEDERICO et al., 2017).

Por se tratar de um instrumento genérico, o WHODAS permite comparações entre diferentes condições clínicas e contextos epidemiológicos, sendo amplamente utilizado em pesquisas de saúde pública, estudos clínicos e avaliações de reabilitação. Sua utilização contribui para a mensuração da funcionalidade, favorecendo o monitoramento da carga de incapacidade (SALTYCHEV et al., 2021).

Além disso, o WHODAS apresenta boas propriedades psicométricas, incluindo boa confiabilidade, validade e sensibilidade para detectar mudanças ao longo do tempo. Estudos recentes demonstram sua aplicabilidade em diversas condições crônicas e populações, reforçando sua relevância como ferramenta para avaliação de desfechos centrados no paciente (FEDERICO et al., 2017; SALTYCHEV et al., 2021).

A utilização do WHODAS 2.0 como instrumento derivado da CIF representa um avanço significativo na implementação do modelo biopsicossocial em saúde, permitindo a integração entre avaliação clínica, pesquisa científica e planejamento em saúde. Dessa forma, sua incorporação em estudos sobre funcionalidade contribui para uma compreensão mais ampla do impacto das condições de saúde na vida dos indivíduos, alinhando-se às diretrizes de avaliação baseada na funcionalidade (OMS, 2010; CIEZA et al., 2019).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal com abordagem prospectiva para validação da versão de 36 itens do questionário WHODAS 2.0 para mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, buscando testar as propriedades psicométricas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e validade de construto.

4.2. Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de Dezembro de 2024 a Maio de 2025. O estudo foi realizado no serviço ambulatorial de uroginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), situado na cidade de Fortaleza/CE.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand é uma maternidade escola que faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), administrada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); e possui uma equipe multiprofissional ampla disponível para prestar assistência integral às mulheres atendidas no serviço com as mais diversas queixas.

Todas as informações foram coletadas primariamente de maneira presencial, sendo o reteste do questionário WHODAS 2.0 (36 itens) realizado por telefone entre 7 a 14 dias após a primeira aplicação.

4.3. População da amostra

A amostra foi composta por mulheres diagnosticadas com prolapso de órgãos pélvicos, através da avaliação pelo POP-Q, e que apresentaram algum tipo de sintomatologia característica de prolapso (sensação de peso, bola ou protuberância na vagina), presente no momento da pesquisa.

O presente estudo pretendia adotar uma amostra mínima de 100 participantes, seguindo as recomendações fornecidas para estudos de validação e confiabilidade, por testes de propriedades psicométricas, porém, devido a dificuldades encontradas na coleta de dados pela escassez de participantes que se encaixassem no perfil da pesquisa, até o momento foram incluídas 26 participantes.

Tamanho amostral

O tamanho da amostra ideal seria de 100 participantes para permitir obter um IC95% de $\pm 0,34$ DP e seguir a recomendação de estudos de avaliação de propriedades psicométricas (Bland 1986), mas devido a obstáculos enfrentados durante a coleta para inclusão de participantes, o N final foi de 26 mulheres. Apesar disso, os pesquisadores em questão pretendem prosseguir com a coleta esperando atingir uma amostra entre 50 a 99 participantes de acordo com as recomendações de Mokkink, 2019 para o *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN). Para o reteste por telefone o N foi de 17 participantes.

4.4. Critérios de inclusão

- Mulheres diagnosticadas com POP sintomático (sensação de bola, peso, protuberância ou afins na vagina), e confirmado a partir da avaliação pelo POP-Q, independente do estágio. As participantes poderiam ter feito a cirurgia de correção do POP e ter sintomas urinários, intestinais e sexuais associados, contando que elas apresentassem a principal característica sintomática que é a sensação de bola/protuberância na região vaginal. É importante ressaltar que este estudo optou por considerar apenas mulheres com prolapso sintomático devido a própria natureza do estudo, que se baseia na interferência da sintomatologia do prolapso na vida e funcionalidade da mulher, sendo assim é coerente que apenas mulheres com sintomas sejam incluídas na pesquisa;
- Mulheres com 18 anos ou mais.

4.5. Critérios de exclusão

- Mulheres gestantes;
- Mulheres com dor pélvica crônica;
- Mulheres que estejam passando por tratamento oncológico;
- Mulheres que apresentem algum tipo de comprometimento cognitivo que as impeça de participar da pesquisa ou que interfira na veracidade das respostas dos questionários aplicados. Elas serão triadas a partir da aplicação do MEEM (Miniexame do Estado Mental), questionário validado que busca rastrear comprometimentos cognitivos de acordo com o nível de escolaridade (Brucki et al. 2003).

4.6. Coleta de dados

Método de coleta

Primeiramente, as pesquisadoras realizaram uma triagem através dos prontuários disponibilizados nos respectivos serviços, verificando as mulheres que se enquadram na pesquisa através das informações contidas nos mesmos, para que então, a partir daí as mulheres que estão em acompanhamento no serviço da MEAC fossem abordadas na sala de espera dos seus respectivos ambulatorios e convidadas a participar da pesquisa. Elas foram informadas sobre o objetivo da pesquisa, como funcionava o processo de coleta de dados e que suas respostas e informações permanecerão privadas. Aceitando participar, foi entregue uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), onde constavam todas as informações da pesquisa e contato dos pesquisadores. A participante assinou sua participação em duas vias, uma que permaneceu com ela e outra com o pesquisador.

Para as mulheres que aceitaram participar da pesquisa, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar qualquer possível déficit cognitivo que interferisse na veracidade das respostas (Anexo A).

Elas também responderam um questionário estruturado para coleta de dados sociodemográficos, histórico de saúde e assistencial. As variáveis contemplaram dados sociodemográficos, dados obstétricos e ginecológicos, estágio do prolapso, presença de disfunção sexual, instituição de atendimento, histórico de fisioterapia para prolapso de órgãos pélvicos e tratamentos em curso (Apêndice B)

Logo após, as mulheres responderam os questionários WHODAS 2.0, PFIQ-7 e FASS por meio de uma entrevista (Anexos B, C e D respectivamente)

Entre 7 a 14 dias após a aplicação, as mulheres foram contatadas por telefone para realizar o reteste do WHODAS 2.0 (36 itens), e responderam somente esse instrumento. Mulheres que mudaram sua abordagem terapêutica durante esse período (ex: cirurgia, inserção de pêssoário, fisioterapia) foram excluídas apenas desse processo de avaliação do teste-reteste.

Todos os questionários foram aplicados por meio de entrevista conduzida por pesquisador previamente treinado. Optou-se por esse método para minimizar possíveis dificuldades relacionadas aos diferentes níveis de escolaridade e de compreensão das participantes, garantindo a padronização da coleta de dados, reduzindo a ocorrência de respostas incompletas ou interpretações equivocadas e aumentando a confiabilidade das

informações obtidas.

Controle de qualidade na coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por três avaliadoras previamente treinadas e com coleta padronizada para a aplicação dos instrumentos do estudo. O treinamento contemplou orientações quanto à condução da entrevista, à interpretação dos itens e às instruções de aplicação e pontuação do questionário World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), com o objetivo de garantir a uniformidade dos procedimentos, minimizar possíveis vieses de aferição e assegurar a fidedignidade e a reprodutibilidade dos dados coletados.

Instrumentos de Coleta de Dados

- MEEM (Anexo A)

Antes da aplicação dos questionários validados e do WHODAS 2.0, foi aplicado o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (anexo A), instrumento validado para o Brasil com a finalidade de avaliar algum déficit cognitivo que comprometa a veracidade das respostas. Ele tem uma pontuação que varia de 0 a 30 pontos e pontos de corte de acordo com o grau de escolaridade da participante (Brucki et al, 2003). Para estudo de validação é necessário que as participantes tenham capacidade de interpretar e compreender corretamente as perguntas dos questionários aplicados, a fim de que a validação aconteça de maneira eficiente e verídica.

- Formulário estruturado de coleta de dados (Apêndice B)

Posteriormente a aplicação do MEEM, foi aplicado um formulário padronizado, desenvolvido pelos pesquisadores responsáveis, em que foram coletados dados sociodemográficos, histórico de saúde e histórico assistencial recebido pela mulher participante da pesquisa (apêndice B). Nesse questionário estruturado, elaborado pelas pesquisadoras, tem o objetivo de coletar dados sociodemográficos, histórico de saúde e histórico assistencial das participantes. O instrumento incluiu variáveis como idade, peso, altura, estado civil, grau de escolaridade, autodeclaração de cor da pele, renda familiar estimada, presença de comorbidades, número de gestações, partos e abortos, histórico de cirurgias ginecológicas, tipo e estágio do prolapso, condição de atividade sexual e presença de sintomas de disfunção sexual. Também foram registradas informações referentes à instituição hospitalar onde a participante recebia atendimento, à realização prévia de

fisioterapia para prolapso de órgãos pélvicos e à existência de tratamento em andamento no momento da coleta. Após a aplicação desse formulário foram aplicados o WHODAS 2.0, o PFIQ-7 e FASS.

- WHODAS 2.0 (Anexo B)

Instrumento validado no Brasil na sua versão de 36 itens e busca aplicar os conceitos da CIF em 6 domínios, sendo eles: domínio 1 (cognição) – compreensão e comunicação; domínio 2 (mobilidade) – movimentação e locomoção; domínio 3 (autocuidado) – lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho; domínio 4 (relações interpessoais) – interações com outras pessoas; domínio 5 (atividades de vida) – responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola; domínio 6 (participação) – participar em atividade comunitárias e na sociedade. Para as mulheres que não estudam ou exercem algum tipo de trabalho, o item deve ser pontuado como “não aplicável” (NA), sendo excluído da somatória do escore final de pontos do questionário. O WHODAS 2.0 possui um escore de pontuação complexa que vai de 0 a 100 e foi criado a partir de uma investigação minuciosa de instrumentos de pesquisa já existentes, buscando aplicá-lo transculturalmente em todas as populações e visando produzir um instrumento que quantificasse de maneira confiável o impacto de qualquer condição de saúde na funcionalidade. Após a aplicação do WHODAS 2.0 de forma presencial, foi realizado o reteste entre 7 a 14 dias depois por meio de ligação telefônica (OMS, 2010). O reteste é realizado em um intervalo de 7 a 14 dias após a primeira aplicação do instrumento, por ser considerado um período metodologicamente adequado para a avaliação da confiabilidade teste–reteste. Esse intervalo permite garantir a estabilidade do construto avaliado, reduzindo a probabilidade de mudanças clínicas reais, ao mesmo tempo em que minimiza o viés de memória das respostas, especialmente em instrumentos de autorrelato. Além disso, esse período é compatível com o intervalo de referência do instrumento, possibilitando a avaliação consistente da reprodutibilidade das medidas.

Para critério de comparação e como instrumento auxiliar no processo de validação do WHODAS 2.0 foram aplicados mais dois questionários: PFIQ-7 (anexo C) e o FASS (anexo D), instrumentos validados e utilizados para medir o impacto dos sintomas e do prolapso na vida cotidiana da mulher.

Optou-se inicialmente pela validação da versão de 36 itens do WHODAS 2.0 por ser a versão completa e mais abrangente do instrumento, permitindo uma avaliação detalhada dos diferentes domínios da funcionalidade. Além de apresentar maior riqueza de informações para a análise das propriedades de medida, essa versão é considerada a referência para o

desenvolvimento da versão abreviada de 12 itens. Dessa forma, a validação da versão completa fornece uma base metodológica mais robusta, possibilitando, posteriormente, a investigação da validade e do desempenho da versão reduzida na mesma população.

- PFIQ-7 (Anexo C)

O questionário Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) é um instrumento validado transculturalmente para várias línguas e que possui 3 subescalas, que buscam avaliar diferentes disfunções que podem acometer o compartimento pélvico. Essas subescalas se dividem entre sintomas urinários, sintomas intestinais e sintomas vaginais. Seu escore é classificado de acordo com a interferência dos sintomas nas atividades de vida diárias da mulher, variando entre “nem um pouco” (0), “um pouco” (1), “moderadamente” (2) e “bastante” (3), obtendo um valor final somando todos os escores de 0 a 300. Esse estudo utilizou a sua subescala de 7 itens (PFIQ-7) que contém perguntas com enfoque específico na avaliação do impacto dos prolapso de órgãos pélvicos nas mulheres acometidas. O questionário foi validado para o português e possui uma pontuação de 0.83 no Alfa de Cronbach, classificando esse instrumento como bom, confiável e seguro (AROUCA et al, 2015).

- FASS (Anexo D)

O questionário FASS é uma ferramenta simples e objetiva que visa verificar o quanto a sintomatologia associada ao prolapso pode repercutir na qualidade de vida da mulher. O instrumento possui achados de exame físico de acordo com a gravidade do POP durante a manobra de Valsalva máxima ou tosse (0 a 3); presença do prolapso (0 a 1), sintomas urinários (0 a 3) e intestinais (0 a 2), além de uma questão sobre a percepção do desconforto perante o POP (0 a 4), somando uma pontuação que varia de 0 a 13 pontos no total. A pontuação final pode definir a gravidade do POP entre leve (0 a 3), moderado (4 a 7) e grave (8 a 13). Sendo um questionário traduzido e validado para o português, o mesmo possui uma boa relação com o POP-Q, demonstrando sua eficácia para identificar o prolapso e quantificar os sintomas associados (MATHIAS et al, 2018).

Propriedades de medida dos PROM's

Toda a pesquisa seguiu as recomendações do processo proposto pelo COSMIN, uma lista de verificação que foi criada com o intuito de proporcionar um desenho de estudo padrão para pesquisas que buscam avaliar propriedades de medida dos PROM's existentes na

literatura. Para o presente estudo serão adotadas as propriedades de consistência interna, validade de construto e confiabilidade teste-reteste.

Tabela 1. Recomendações COSMIN para avaliação da confiabilidade do instrumento

Critério	Recomendação COSMIN	Classificação considerada adequada
Número de aplicações	Realizar pelo menos duas aplicações do instrumento	≥ 2 medidas
Estabilidade dos participantes	Garantir estabilidade clínica entre aplicações	Evidência de estabilidade
Intervalo entre aplicações	Intervalo adequado para evitar efeito memória e mudanças clínicas	Intervalo apropriado
Condições de aplicação	Mesmas condições ambientais e instruções	Condições semelhantes
Tamanho amostral	Número adequado de participantes	≥ 100 participantes
Coefficiente estatístico	Utilizar ICC para escores contínuos	ICC calculado e modelo descrito
Tipo de ICC	Descrever modelo, tipo e definição do ICC	Modelo claramente especificado
Dados ordinais	Utilizar Kappa ponderado para variáveis ordinais	Weighted Kappa
Dados ausentes	Descrever tratamento de dados faltantes	Procedimento explicitado

Tabela 2. Recomendações COSMIN para avaliação da validade de construto

Critério	Recomendação COSMIN	Classificação considerada adequada
Hipóteses prévias	Formular hipóteses antes da coleta	Direção e magnitude definidas
Instrumentos comparadores	Utilizar instrumentos psicometricamente adequados	Evidência prévia disponível
Descrição dos construtos	Descrever claramente os construtos avaliados	Descrição adequada
Aplicação simultânea	Aplicar instrumentos no mesmo momento	Administração simultânea
Tamanho amostral	Utilizar amostra adequada	≥ 100 participantes
Métodos estatísticos	Utilizar testes compatíveis com as hipóteses	Métodos apropriados
Validade convergente	Realizar correlações entre instrumentos relacionados	Correlação prevista
Validade discriminante	Comparar grupos clinicamente distintos	Diferenças esperadas identificadas
Dados ausentes	Descrever manejo de dados faltantes	Procedimento claramente descrito

Tabela 3. Recomendações COSMIN para avaliação da consistência interna

Critério	Recomendação COSMIN	Classificação considerada adequada
Unidimensionalidade	Confirmar unidimensionalidade da escala	Evidência disponível
Tamanho amostral	Utilizar número adequado de participantes	≥ 100 participantes
Coeficiente de consistência interna	Calcular alfa de Cronbach ou Ômega	Coeficiente calculado
Tipo de escore	Para escores dicotômicos utilizar KR-20	KR-20 não foi utilizado
Correlação item-total	Utilizar como análise complementar	Correlação item-total não foi realizada
Dados ausentes	Descrever tratamento dos itens faltantes	Procedimento claramente descrito
Subescalas	Avaliar consistência separadamente	Avaliação individualizada

Adaptado COSMIN (2019)

4.7. Análise de dados

Os dados coletados durante a pesquisa foram tabulados utilizando o Microsoft Excel e o programa Statistical Package For The Social Science versão 21.0 (SPSS®) foi utilizado para realizar a análise estatística. Utilizamos o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna, sendo considerado classificações de: $< 0,51$ – inaceitável, entre 0,51 e 0,61 – pobre, entre 0,61 e 0,71 – questionável, de 0,71 a 0,81 – aceitável, de 0,81 a 0,91 – bom, $\geq 0,91$ – excelente. Para esse estudo pretende-se obter valores de pelo menos 0,81 a 0,91 – bom (TAVAKOL, DENNICK, 2011).

O Coeficiente de correlação de intraclass (ICC) foi aplicado para avaliar as medidas de confiabilidade teste reteste intra-avaliador com valores que variam de 0,5 – ruim, 0,5 a 0,75 – moderado, 0,75 a 0,9 – bom e acima de 0,9 – excelente. No presente estudo pretende-se obter valores de pelo menos 0,75 a 0,9 – bom (KOO, LI, 2016).

O WHODAS 2.0 foi cruzado com o PFIQ-7 e o FASS para análise da validade de construto, considerando o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), que possui valores de 0,1 a 0,3 – insignificante, 0,3 a 0,5 – baixo, 0,5 a 0,7 – moderado, 0,7 a 0,9 – alto, $> 0,9$ muito alto. Os pesquisadores esperam encontrar uma correlação de pelo menos 0,7 a 0,9 entre os questionários aplicados com o instrumento WHODAS 2.0 (MUKAKA, 2012).

4.8. Riscos e benefícios

A pesquisa trouxe riscos mínimos. Todavia, sabemos que havia possibilidade de constrangimento da participante ao responder certas perguntas dos questionários aplicados e se sentir envergonhada no momento da avaliação do assoalho pélvico, a qual sempre foi realizada em ambiente seguro, privado e de forma humanizada. Caso ela desejasse, a sua participação poderia ser interrompida em qualquer momento.

As mulheres selecionadas foram informadas que a sua participação não seria obrigatória, nem remunerada e que, a qualquer momento, poderiam desistir do estudo e retirar seu consentimento sem qualquer dano ou prejuízo a ela ou a pesquisa.

Já em relação aos benefícios, a pesquisa irá validar um questionário que poderá ser utilizado na prática de diversos serviços de saúde, podendo dessa forma quantificar o nível de funcionalidade em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos. Esta avaliação refletirá também os conceitos da Classificação Internacional de Saúde (CIF) e do modelo biopsicossocial na avaliação, acompanhamento e tratamento dessas mulheres.

4.9. Aspectos éticos

Este estudo seguiu os princípios éticos em pesquisa com seres humanos da resolução 466/12 e resolução 501/16 do Conselho Nacional de Saúde e respeitará os princípios fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos sob o número de parecer 7.254.551 e número CAAE 83414224.8.0000.5050 (ANEXO E)

5 RESULTADOS

Os resultados dessa dissertação são apresentados em dois formatos:

5.1. Resultados parciais descritivos e das propriedades de medidas do WHODAS 2.0 para mulheres com POP sintomático e discussão.

5.2. Artigo original/manuscrito científico submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia com dados de avaliação do impacto dos sintomas vaginais, urinários e intestinais na qualidade vida (PFIQ-7) de mulheres com POP sintomático atendidas em um serviço de referência em uroginecologia.

5.1. Resultados parciais

Esses dados descrevem os resultados de amostra composta por 26 mulheres incluídas no estudo no período de Dezembro de 2024 a Maio de 2025, diagnosticadas com POP sintomático. As mulheres tinham média de $59,4 \pm 10,6$ anos, com índice de massa corporal (IMC) médio de $28,5 \text{ kg/m}^2$. Já em relação às características sociodemográficas das participantes, pode-se observar uma predominância de mulheres com parcerias, casadas (61,5%) ou em união estável (7,7%). Em relação ao grau de escolaridade apresentado pelas participantes, foi possível observar uma distribuição semelhante entre ensino fundamental (50%) e ensino médio (50%). No quesito autodeclaração da cor da pele/raça, houve um predomínio de mulheres pardas (84,6%). A presença de hipertensão arterial sistêmica foi notada em mais da metade das mulheres com 53,8%, enquanto 26,9% relataram diagnóstico de diabetes mellitus (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas das participantes (N=26)

Variáveis	n (%)	Média $\pm$ DP	Mediana	Mín.-Máx.
Idade (anos)	—	$59,4 \pm 10,6$	63,0	49,0–66,5
Peso (kg)	—	$69,5 \pm 13,8$	66,0	61,0–77,0
Altura (m)	—	$1,58 \pm 0,06$	1,60	1,50–1,63
IMC (kg/m^2)	—	$34,71 \pm 34,95$	28,5	24,2–30,1
Estado civil	—	—	—	—
Casada	16 (61,5)	—	—	—
Viúva	1 (3,8)	—	—	—
União estável	2 (7,7)	—	—	—
Divorciada	2 (7,7)	—	—	—
Solteira	5 (19,2)	—	—	—
Escolaridade	—	—	—	—
Ensino fundamental	13 (50,0)	—	—	—
Ensino médio	13 (50,0)	—	—	—
Raça/cor	—	—	—	—
Branca	1 (3,8)	—	—	—
Parda	22 (84,6)	—	—	—
Preta	2 (7,7)	—	—	—
Amarela	1 (3,8)	—	—	—
Comorbidades	—	—	—	—
Hipertensão arterial sistêmica	14 (53,8)	—	—	—
Diabetes mellitus	7 (26,9)	—	—	—

DP: desvio-padrão; IMC: índice de massa corporal; n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

No que se refere ao histórico obstétrico, as participantes apresentaram média de $3,81 \pm 2,17$ gestações e $3,38 \pm 2,17$ partos ao longo da vida reprodutiva. Observou-se predominância da via vaginal, com média de $2,58 \pm 2,40$ partos vaginais por participante, enquanto o número médio de cesarianas foi de $0,80 \pm 0,69$. Em relação às perdas gestacionais, o número médio de abortos foi de $0,42 \pm 0,70$. Observando os achados, é possível notar que é uma população caracterizada por múltiplas gestações e predominância de partos vaginais (Tabela 2).

Tabela 2. Características obstétricas das participantes (N=26)

Variáveis	n (%)	Média $\pm$ DP	Mediana	Mín.-Máx.
Número de gestações	–	$3,81 \pm 2,17$	3,00	2,0–5,25
Número de partos	–	$3,38 \pm 2,17$	3,00	2–4
Número de partos vaginais	–	$2,58 \pm 2,40$	2,00	1–4
Número de cesáreas	–	$0,80 \pm 0,69$	1,00	0–1
Número de abortos	–	$0,42 \pm 0,70$	0	0–1

DP: desvio-padrão; n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Quanto ao histórico cirúrgico ginecológico, observou-se que a perineoplastia foi o procedimento mais frequentemente relatado pelas participantes (30,8%), seguida pela histerectomia (11,5%). Em relação a outras cirurgias previamente realizadas, a laqueadura foi o procedimento mais frequente (11,5%). Entre as mulheres com histórico de correção cirúrgica para o prolapso de órgãos pélvicos, observou-se recidiva em 26,9% dos casos. Apenas uma participante (3,8%) relatou não apresentar recorrência da condição após o procedimento corretivo. Isso nos mostra a recorrência dos sintomas e do próprio POP mesmo após a abordagem cirúrgica (Tabela 3).

Tabela 3. Histórico cirúrgico ginecológico e recidiva após correção do prolapso de órgãos pélvicos (N=26)

Variáveis	n (%)
Cirurgias ginecológicas prévias	–
Perineoplastia	8 (30,8)

Sling	2 (7,7)
Histectomia	3 (11,5)
Ooforectomia	1 (3,8)
Salpingectomia	1 (3,8)
Outras cirurgias realizadas	-
Laqueadura	3 (11,5)
Bartholinctomia	1 (3,8)
Polipectomia	1 (3,8)
Recidiva após correção do POP	-
Sim	7 (26,9)
Não	1 (3,8)

Observando as características clínicas dos prolapso de órgãos pélvicos, foi possível notar um predomínio no comprometimento da parede vaginal anterior, identificado em 84,6% das mulheres. Em relação aos demais tipos, foi relatado prolapso de parede vaginal anterior associado a prolapso de parede vaginal posterior com 7,7% e prolapso apical isolado em 7,7%. Quanto ao estágio do prolapso, o mais frequente foi o estágio II, presente em 57,7% das mulheres avaliadas. O estágio III foi observado em 27,0%, seguido pelo estágio I (11,5%) e pelo estágio IV (3,8%) (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização clínica do prolapso de órgãos pélvicos das participantes (N=26)

Variáveis	n (%)
Diagnóstico	-
Prolapso da parede vaginal anterior (PPVA)	22 (84,6)
Prolapso da parede vaginal anterior e posterior (PPVA + PPVP)	2 (7,7)
Prolapso apical (PA)	2 (7,7)
Estágio do POP	-
I	3 (11,5)
II	15 (57,7)
III	7 (27,0)
IV	1 (3,8)

No que se refere à função sexual, 42,3% das participantes relataram ter vida sexual ativa, enquanto 57,7% estavam inativas sexualmente no período da avaliação. Entre as mulheres sexualmente ativas, a dor durante a relação sexual foi um achado frequente, sendo relatada por 63,6% das participantes (Tabela 4). Quanto ao manejo do POP, notou-se que a maior parte da amostra não realizava tratamento no momento da coleta dos dados (61,5%). Entre as participantes que estavam realizando algum tipo de tratamento, a cirurgia

representou a opção mais frequentemente relatada (27,0%), seguida pela fisioterapia pélvica (7,7%) e pelo uso de pessário (3,8%) (Tabela 5).

Tabela 5. Atividade sexual e tratamento para o prolapso de órgãos pélvicos (N=26)

Variáveis	n (%)
Atividade sexual	
Sim	11 (42,3)
Não	15 (57,7)
Dor durante a relação sexual	
Sim	7 (63,6)
Não	4 (36,4)
Tratamento para o POP	
Sim	10 (38,5)
Não	16 (61,5)
Tipo de tratamento	
Cirurgia	7 (27,0)
Fisioterapia pélvica	2 (7,7)
Pessário	1 (3,8)
Sem tratamento no momento	16 (61,5)

Obs.: O percentual de dor na relação sexual foi calculado considerando apenas as mulheres sexualmente ativas (n = 11).

O PFIQ-7 possui sete perguntas que avaliam o impacto dos sintomas do assoalho pélvico na qualidade de vida. Especificamente na tabela 6 é possível observar as análises sobre o impacto direto dos POP nas mulheres acometidas. Os sete itens avaliam diferentes aspectos, sendo eles: 1) Avalia o quanto os sintomas afetam a realização de tarefas domésticas, como cozinhar, limpar a casa, lavar roupas ou outras atividades rotineiras do lar; 2) Investiga a interferência dos sintomas na prática de atividades físicas, incluindo caminhada, exercícios e outras tarefas que exijam esforço corporal; 3) Avalia o impacto dos sintomas em atividades de entretenimento, lazer e momentos de descontração; 4) Verifica se os sintomas interferem na capacidade de viajar por períodos superiores a 30 minutos, seja de carro, ônibus ou outro meio de transporte; 5) Avalia o impacto dos sintomas na participação em atividades sociais, encontros familiares, eventos e convívio com outras pessoas; 6) Investiga o quanto os sintomas afetam o bem-estar emocional, incluindo sentimentos relacionados à saúde e à qualidade de vida; 7) Avalia a presença de sentimentos de frustração associados aos sintomas e às limitações causadas pela condição.

A avaliação desse impacto calculado por meio do PFIQ-7, revelou escore total médio de $45,2 \pm 23,9$ pontos, com mediana de 47,6 pontos. Analisando de forma individual os itens do instrumento, observou-se maior comprometimento nos domínios relacionados ao

bem-estar emocional e aos sentimentos decorrentes da condição. O item 6 apresentou o maior escore médio da amostra ($2,04 \pm 1,08$), seguido pelo item 7, com média de $1,88 \pm 1,14$. O menor escore foi identificado no item 5, com média de $0,88 \pm 1,18$ pontos, indicando menor repercussão dos sintomas nas atividades sociais. Esses resultados sugerem que os sintomas associados ao prolapso de órgãos pélvicos exerceram maior influência sobre os aspectos emocionais das participantes do que sobre atividades físicas e sociais, evidenciando que o impacto da condição tende a afetar significativamente o bem-estar psicológico das mulheres (Tabela 6).

Tabela 6. Escores dos itens e escore total do PFIQ-7 (N=26)

Variáveis	Média $\pm$ DP	Mediana	Mín.-Máx.
PFIQ-1	$1,15 \pm 1,16$	1,00	0–2,0
PFIQ-2	$1,27 \pm 1,22$	1,00	0–2,25
PFIQ-3	$1,08 \pm 1,26$	0,50	0–2,25
PFIQ-4	$1,00 \pm 1,06$	1,00	0–2,0
PFIQ-5	$0,88 \pm 1,18$	0,00	0–1,25
PFIQ-6	$2,04 \pm 1,08$	2,00	1–3
PFIQ-7	$1,88 \pm 1,14$	2,00	1–3
Escore total do PFIQ-7	$45,2 \pm 23,9$	47,6	27,3–61,9

PFIQ-7: Pelvic Floor Impact Questionnaire – Short Form; DP: desvio-padrão.

A avaliação feita por meio da FIGO *Female Assessment of Symptoms Scale* (FASS) com o intuito de aprofundar os dados a respeito dos sintomas urinários, intestinais e percepção de desconforto das mulheres participantes da pesquisa demonstrou que 65,4% das apresentavam o órgão prolapsado na altura do hímen, enquanto 26,9% apresentavam o órgão abaixo do hímen. Ambos os casos de órgão acima do hímen e eversão completa foram observados em 3,8% cada. Todas as participantes relataram sensação de abaulamento vaginal visível ou palpável. Em relação aos sintomas urinários, 84,6% das mulheres apresentavam urgência urinária, aumento da frequência miccional e/ou noctúria. A incontinência urinária e a dificuldade miccional foram observadas em 69,2% da amostra. Quanto aos sintomas intestinais, a dificuldade de esvaziamento intestinal esteve presente em 65,4% das participantes, enquanto a incontinência anal foi relatada por 23,1%. No que se refere à pergunta sobre a percepção de desconforto geral causada pelo prolapso, 34,6% das mulheres classificaram como desconfortáveis, 27,0% como muito desconfortáveis e 7,7% como extremamente desconfortáveis. Por outro lado, 19,2% consideraram os sintomas pouco

desconfortáveis e 11,5% relataram ausência de desconforto. O escore total da FIGO FASS apresentou média de $7,65 \pm 2,23$ pontos e mediana de 8,00 pontos (Tabela 7).

Tabela 7. Características clínicas e sintomatologia segundo a FIGO Female Assessment of Symptoms Scale (FASS) (N=26)

Variáveis	n (%)
Exame físico do POP	-
Órgão acima do hímen	1 (3,8)
Órgão na altura do hímen	17 (65,4)
Órgão abaixo do hímen	7 (26,9)
Eversão completa	1 (3,8)
Sintomas relacionados ao POP	-
Sensação de abaulamento vaginal	26 (100,0)
Sintomas urinários	-
Incontinência urinária	18 (69,2)
Dificuldade miccional	18 (69,2)
Urgência/frequência urinária/noctúria	22 (84,6)
Sintomas intestinais	-
Incontinência anal	6 (23,1)
Dificuldade de esvaziamento intestinal	17 (65,4)
Percepção de desconforto	-
Sem desconforto	3 (11,5)
Pouco desconfortável	5 (19,2)
Desconfortável	9 (34,6)
Muito desconfortável	7 (27,0)
Extremamente desconfortável	2 (7,7)

Ao realizar a análise estatística descritiva dos domínios do WHODAS 2.0, o escore total médio encontrado foi de $29,4 \pm 19,9$ pontos. Entre os domínios avaliados, os maiores escores foram identificados nos domínios de “Atividades Domésticas” ($41,2 \pm 34,0$ pontos), seguido do domínio de “Mobilidade” ($36,6 \pm 25,4$ pontos) e o domínio de “Participação social” ($36,0 \pm 25,7$ pontos). Os domínios que obtiveram os menores escores médios foram os de “Relações interpessoais” ($18,9 \pm 21,8$), seguido de “Autocuidado” ($14,2 \pm 22,5$ pontos) e “Cognição” ($21,3 \pm 23,5$). As medianas foram semelhantes às respectivas médias na maioria dos domínios, embora os testes de normalidade tenham indicado distribuição não normal para parte das variáveis (Tabela 8).

Tabela 8. Análise descritiva dos domínios do WHODAS 2.0

Domínio	Média $\pm$ DP
Cognição	$21,3 \pm 23,5$
Mobilidade	$36,6 \pm 25,4$
Autocuidado	$14,2 \pm 22,5$

Relações interpessoais	18,9 ± 21,8
Atividades domésticas	41,2 ± 34,0
Participação social	36,0 ± 25,7
Escore total	29,4 ± 19,9

A consistência interna do WHODAS 2.0 foi avaliada por meio do teste de Alfa de Cronbach. O domínio “Atividades domésticas” apresentou o maior coeficiente ($\alpha = 0,950$), enquanto “Relações interpessoais” apresentou o menor valor ($\alpha = 0,785$), e entre eles tivemos os domínios de “Mobilidade” com $\alpha = 0,792$, “Autocuidado” com $\alpha = 0,822$, “Cognição” com $\alpha = 0,843$ e “Participação social” com $\alpha = 0,847$. O escore total do instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,985, indicando excelente consistência interna dentro dos parâmetros exigidos pelo teste (Tabela 9).

Tabela 9. Consistência interna do WHODAS 2.0

Domínio	Alfa de Cronbach	Classificação
Cognição	0,843	Boa
Mobilidade	0,792	Aceitável
Autocuidado	0,822	Boa
Relações interpessoais	0,785	Aceitável
Atividades domésticas	0,950	Excelente
Participação social	0,847	Boa
Escore total	0,985	Excelente

Alfa de Cronbach: valores adotados para esse estudo (0,81-0,91)

A confiabilidade teste-reteste foi analisada em 16 participantes que concluíram a etapa do reteste por telefone (cerca de 61,54% da amostra). O teste foi realizado por meio do coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e todos os domínios apresentaram valores classificados como excelentes, variando entre 0,960 e 1,000. O escore total do instrumento apresentou ICC de 0,992 (IC95%: 0,979–0,997), demonstrando uma ótima estabilidade mesmo com a mudança temporal das medidas obtidas entre as duas aplicações (Tabela 10).

Tabela 10. Confiabilidade teste-reteste do WHODAS 2.0

Domínio	ICC	IC95%	Classificação
Cognição	0,989	0,969-0,996	Excelente
Mobilidade	0,970	0,917-0,989	Excelente
Autocuidado	1,000	-	Excelente
Relações interpessoais	0,960	0,888-0,986	Excelente
Atividades da vida	0,991	0,976-0,997	Excelente
Participação social	0,996	0,988-0,999	Excelente
Escore total	0,992	0,979-0,997	Excelente

ICC: coeficiente de correlação intraclasse com intervalo de confiança de 95%.

A validade de construto foi investigada por meio do teste de coeficiente de correlação de Spearman, utilizando o escore total do WHODAS 2.0 e os instrumentos PFIQ-7 e FASS. Pode-se observar correlação positiva e estatisticamente significativa entre os escores do WHODAS 2.0 e do PFIQ-7 ($r = 0,723$; $p < 0,001$). Por outro lado, não foi observada correlação estatisticamente significativa entre os escores do WHODAS 2.0 e do FASS ($r = 0,174$; $p = 0,396$).

Tabela 11. Validade de construto do WHODAS 2.0

Variáveis	r (Spearman)	Valor de p
WHODAS 2.0 $\times$ PFIQ-7	0,723	$< 0,001$
WHODAS 2.0 $\times$ FASS	0,174	0,396

Ao comparar os escores do WHODAS 2.0 entre os estágios de POP, agrupados os estágios 1 e 2 em leve, e os estágios 3 e 4 em grave, observa-se que mulheres com estágios mais avançados apresentam maior média, no entanto não houve diferença significativa (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação do escore do WHODAS 2.0 entre os estágios de POP

Estágios POP	N	Média	Mediana	DP	p*
LEVE (Estágios 1 e 2)	18	26.3	27.4	14.6	0.598
GRAVE (Estágios 3 e 4)	8	36.1	33.5	28.7	

*teste de Mann-Whitney.

De forma geral, podemos observar que o WHODAS 2.0 apresentou uma boa consistência interna, uma excelente confiabilidade teste-reteste e evidências favoráveis de validade de construto quando comparado ao questionário PFIQ-7.

Discussão

Este estudo avaliou as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomático (POP). Os resultados mostraram que o instrumento é aplicável para essa população, com ótima consistência interna do escore total, alta confiabilidade teste-reteste e boas evidências de validade de construto em comparação ao PFIQ-7. A análise dos domínios também ajudou a identificar os principais aspectos da

funcionalidade afetados pelo POP, ampliando a compreensão sobre como a condição impacta a vida das mulheres avaliadas (ÜSTÜN et al., 2010; WHO, 2010).

A amostra analisada apresentou características comuns na literatura sobre POP, formada principalmente por mulheres na pós-menopausa, com idade média de cerca de 60 anos, multiparidade e maioria de partos vaginais. Esses fatores são conhecidos como riscos importantes para o desenvolvimento do prolapso de órgãos pélvicos, devido às mudanças hormonais do envelhecimento e aos danos acumulados nas estruturas de suporte do assoalho pélvico causados pela gestação e pelo parto vaginal. Também foi observada maior frequência de prolapso da parede vaginal anterior e de prolapsos em estágio II, resultados parecidos com os de estudos epidemiológicos nacionais e internacionais (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020; DEPREST et al., 2022).

Na avaliação da funcionalidade pelo WHODAS 2.0, os maiores escores apareceram nos domínios de atividades domésticas, mobilidade e participação social. Isso indica que o POP não afeta só aspectos físicos ligados ao abaulamento vaginal, mas também dificulta a realização de tarefas diárias e a participação das mulheres em diferentes ambientes sociais. Estudos recentes mostram que mulheres com POP costumam relatar dificuldades para fazer tarefas domésticas, caminhar por longos períodos, ficar em pé por muito tempo e participar de atividades sociais, principalmente quando os sintomas incluem desconforto pélvico, sintomas urinários e sensação constante de peso vaginal (CARROLL et al., 2023; MOLINA-BAREA et al., 2024).

Os resultados deste estudo evidenciam que o impacto do prolapso de órgãos pélvicos transcende os sintomas físicos, comprometendo de forma significativa a funcionalidade e a participação social das mulheres. Os maiores escores de incapacidade foram observados nos domínios de atividades domésticas, mobilidade e participação social do WHODAS 2.0, enquanto o PFIQ-7 revelou importante repercussão nos níveis de frustração e saúde emocional. Em conjunto, esses achados sugerem que as limitações impostas pelo POP interferem não apenas na execução das atividades diárias, mas também na autonomia, no convívio social e na manutenção dos papéis familiares e comunitários. Esse cenário pode ser agravado pelo estigma ainda associado às disfunções do assoalho pélvico, levando muitas mulheres a ocultarem seus sintomas, reduzirem sua participação em atividades sociais e retardarem a busca por assistência. Dessa forma, os resultados reforçam a necessidade de um modelo de cuidado integral, que associe o manejo dos sintomas físicos ao suporte

psicossocial, ao fortalecimento das redes de apoio e ao incentivo à participação ativa das mulheres em seu processo de reabilitação (CARROLL et al., 2023).

Os resultados do PFIQ-7 confirmam essa interpretação. Apesar do escore total médio indicar um impacto moderado na qualidade de vida, os maiores escores apareceram nos itens ligados ao bem-estar emocional e à frustração causada pela doença. Isso sugere que os efeitos emocionais do POP podem ser tão importantes quanto os físicos, apoiando evidências de que mulheres com disfunções do assoalho pélvico frequentemente enfrentam problemas psicológicos, baixa autoestima, constrangimento social e menor percepção de qualidade de vida (BARBER et al., 2005; MOLINA-BAREA et al., 2024).

Por outro lado, os menores escores do WHODAS apareceram nos domínios de autocuidado, cognição e relações interpessoais. Isso mostra que, mesmo que o POP afete a funcionalidade geral, as atividades básicas de cuidado pessoal costumam ficar preservadas. Da mesma forma, os domínios cognitivos não são diretamente afetados pela fisiopatologia da condição, o que pode explicar o menor comprometimento nessas áreas (WHO, 2010; ÜSTÜN et al., 2010).

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de estratégias assistenciais direcionadas às principais limitações funcionais identificadas, especialmente nos domínios de atividades domésticas e mobilidade. Nesse contexto, os serviços de saúde podem desempenhar um papel fundamental por meio da implementação de programas de reabilitação multidisciplinar, com destaque para a fisioterapia, visando à melhora da mobilidade, força muscular, equilíbrio, condicionamento físico e capacidade funcional. Além disso, ações de educação em saúde voltadas à orientação sobre proteção do assoalho pélvico, ergonomia durante as atividades domésticas, manejo dos sintomas e incentivo à prática regular de exercícios físicos podem contribuir para maior independência funcional e redução das limitações no cotidiano. A identificação precoce das dificuldades funcionais, associada à utilização de instrumentos padronizados, como o WHODAS 2.0, também possibilita um planejamento terapêutico mais individualizado, favorecendo intervenções centradas nas necessidades de cada mulher e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (ÜSTÜN et al., 2010).

Sobre a consistência interna, os resultados foram muito bons. O escore total do WHODAS 2.0 teve alfa de Cronbach de 0,985, e os domínios individuais ficaram entre 0,785 e 0,950. De acordo com Tavakol e Dennick (2011), valores acima de 0,70 mostram

consistência interna adequada, e coeficientes acima de 0,90 indicam excelente homogeneidade entre os itens. Os resultados deste estudo foram melhores do que os de várias validações internacionais do WHODAS 2.0, incluindo a validação polonesa, que teve alfa total de 0,921, reforçando a alta coerência interna do questionário para essa população (TAVAKOL; DENNICK, 2011; ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA et al., 2020).

A confiabilidade teste-reteste também foi excelente. Todos os domínios do instrumento tiveram ICC acima de 0,96, e o escore total chegou a 0,992. Segundo Koo e Li (2016), valores acima de 0,90 são considerados excelentes e mostram alta estabilidade das medidas ao longo do tempo. Resultados parecidos foram encontrados em estudos com mulheres com incontinência urinária e dor pélvica crônica, onde o WHODAS 2.0 também mostrou alta reprodutibilidade. Assim, os resultados reforçam a confiabilidade do instrumento para acompanhar a funcionalidade de mulheres com POP ao longo do tempo (KOO; LI, 2016; DE MOURA et al., 2024; BRITO et al., 2022).

Sobre a validade de construto, houve uma forte correlação positiva e significativa entre os escores do WHODAS 2.0 e do PFIQ-7. Esse resultado era esperado, já que ambos avaliam os efeitos funcionais de condições relacionadas ao assoalho pélvico. O PFIQ-7 foca no impacto dos sintomas na qualidade de vida, enquanto o WHODAS 2.0 avalia funcionalidade e incapacidade de forma mais ampla, mas há uma interseção importante entre eles. Por isso, mulheres com maior impacto dos sintomas do POP na qualidade de vida também costumam ter mais limitações funcionais (BARBER et al., 2005; MUKAKA, 2012).

Por outro lado, não houve correlação significativa entre os escores do WHODAS 2.0 e da FIGO Female Assessment of Symptoms Scale (FASS). Isso pode ser explicado pelas diferenças conceituais entre os instrumentos. A FASS avalia principalmente a presença e intensidade de sintomas específicos do prolapso, como sintomas urinários, intestinais e desconforto com foco em estrutura e funções do corpo, enquanto o WHODAS 2.0 analisa os efeitos funcionais globais em várias áreas da vida, com foco em atividade e participação. Assim, ter sintomas não significa necessariamente ter incapacidade relevante, especialmente considerando como cada pessoa se adapta às limitações da condição. Esse resultado mostra a importância de usar instrumentos complementares para uma avaliação completa de mulheres com POP (MUKAKA, 2012; WHO, 2010).

Assim como o estágio do POP não deve ser o único indicador de gravidade e impacto desta condição de saúde. Embora as mulheres com estágios mais avançados apresentam

maior média do escore total do WHODAS (maior incapacidade), não houve diferença significativa entre os estágios leves e graves; o que pode ser explicado pela grande variabilidade nos escores do WHODAS com valores de desvio-padrão altos, ou pelo baixo poder do teste em detectar as diferenças, dada a limitação de tamanho amostral.

Por fim, este estudo amplia o conhecimento sobre o uso do WHODAS 2.0 em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, uma população ainda pouco explorada em estudos de propriedades psicométricas. Os resultados demonstram que o instrumento apresenta desempenho satisfatório para a avaliação da funcionalidade nesse grupo, podendo contribuir tanto para a prática clínica quanto para futuras investigações sobre incapacidade e os impactos do POP na vida das mulheres (WHO, 2010; DE MOURA et al., 2024). Entretanto, alguns aspectos devem ser considerados na interpretação dos achados. O tamanho amostral relativamente reduzido, aliado à inclusão de participantes provenientes de um único ambulatório especializado, pode limitar a precisão de algumas estimativas e a generalização dos resultados para outras populações e contextos assistenciais. Além disso, por se tratar de um estudo transversal com dados retrospectivos, não foi possível avaliar a responsividade do instrumento. Dessa forma, recomenda-se que estudos futuros incluam amostras maiores, provenientes de diferentes centros e com acompanhamento longitudinal, a fim de ampliar as evidências sobre as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

5.2. Artigo original/Manuscrito científico

Sintomas urinários, intestinais e vaginais e o impacto na qualidade de vida de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomático

Renata Gomes Lemos do Nascimento¹; <https://orcid.org/0009-0009-1596-1289>

Ana Caroline Silva Dantas²; <https://orcid.org/0009-0000-4526-2387>

Lívia Kézia Barroso de Sousa²; <https://orcid.org/0009-0005-7237-9376>

Amene Cidrão Lima³ <https://orcid.org/0000-0002-4851-3329>

Mayle Andrade Moreira ⁴ <https://orcid.org/0000-0002-6032-6542>

Simony Lira Nascimento ⁴ <https://orcid.org/0000-0001-6248-5590>

1 Mestranda do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade - Universidade Federal do Ceará (UFC)

2 Aluna de Graduação em Fisioterapia - Universidade Federal do Ceará (UFC)

3 Fisioterapeuta. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (UFC)

4 Docente permanente do curso de Fisioterapia e do programa de Pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Autor correspondente: Simony Lira Nascimento -

Department of Physiotherapy, Federal University of Ceara (UFC).

Rua Major Weyne, 1440. Rodolfo Teófilo. CEP 60.430-450, Fortaleza (CE), Brasil.

Tel.: +55 85 3366-8091.

E-mail: simonylira@ufc.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar os sintomas urinários, intestinais e vaginais, e seu impacto na qualidade de vida de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP) sintomático, bem como comparar esse impacto entre os diferentes estágios do POP. **Metodologia:** Estudo transversal com abordagem retrospectiva. Os dados foram coletados entre 2021 e 2025 a partir do banco de dados do Ambulatório de Fisioterapia pélvica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Fortaleza, Ceará, Brasil). Foram incluídas mulheres cuja principal queixa era POP (“sensação de bola ou peso na vagina”). As participantes responderam a um questionário estruturado contendo informações sociodemográficas, clínicas, obstétricas, ginecológicas e relacionadas aos sintomas. A qualidade de vida foi avaliada por meio do *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7), com escores variando de 0 a 100, em que valores mais elevados indicam pior qualidade de vida. Os dados foram analisados por meio da ANOVA, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram avaliadas 54 mulheres com POP sintomático, com média de idade de $59,8 \pm 10,5$ anos e predominância de prolapso em estágio II (61,2%). Sintomas urinários e intestinais foram frequentes, especialmente urgência urinária/aumento da frequência urinária/noctúria (77,8%), incontinência urinária (68,5%) e dificuldade para esvaziamento intestinal (68,5%). O escore médio do PFIQ-7 foi de $38,8 \pm 27,6$, sem diferença significativa entre os estágios do POP ($p = 0,40$). Foi observada associação significativa entre o estágio do POP e a presença de dificuldade urinária/esvaziamento incompleto da bexiga ($p = 0,04$). Mulheres sem tratamento apresentaram escores mais elevados no PFIQ-7 em comparação àquelas que estavam em tratamento ($p = 0,04$). **Conclusão:** O POP está associado a elevada frequência de sintomas urinários e intestinais e impacta negativamente a qualidade de vida, embora esse impacto seja reduzido com o tratamento. CEP/CAAE: 53711515.0.0000.5054.

Descritores: Prolapso de Órgãos Pélvicos; Qualidade de vida; Assoalho pélvico; Disfunção do assoalho pélvico; Incontinência urinária.

Introdução

A fisiopatologia do prolapso de órgãos pélvicos é multifatorial e está relacionada à perda da integridade dos mecanismos de suporte dos órgãos pélvicos, constituídos pelos músculos do assoalho pélvico, tecidos conjuntivos, fáscias e ligamentos. Alterações estruturais nesses componentes, decorrentes de trauma obstétrico, envelhecimento, hipoestrogenismo, obesidade, aumento crônico da pressão intra-abdominal e outras condições que comprometem a qualidade do tecido conjuntivo, reduzem a capacidade de sustentação pélvica e favorecem o descenso dos órgãos pélvicos e o desenvolvimento do prolapso. (3-5).

O prolapso de órgãos pélvicos representa um importante problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência e às repercussões clínicas, sociais e econômicas associadas. Estima-se que cerca de 30% das mulheres apresentem algum grau de prolapso quando avaliadas por exame físico, embora a prevalência de casos sintomáticos seja inferior. Além do comprometimento anatômico, o POP pode ocasionar importantes prejuízos à qualidade de vida, incluindo redução da autoestima, limitações nas atividades diárias, diminuição da produtividade, isolamento social, comprometimento das relações interpessoais e disfunções sexuais. Essas repercussões aumentam a demanda por consultas especializadas, tratamentos conservadores e procedimentos cirúrgicos, impondo uma carga crescente aos sistemas de saúde, especialmente diante do envelhecimento populacional. Nesse contexto, torna-se essencial avaliar essas mulheres de forma integral, considerando não apenas os aspectos físicos e sintomáticos da doença, mas também os fatores biopsicossociais envolvidos. (6-8).

Diante da natureza multifatorial do prolapso de órgãos pélvicos e de suas repercussões sobre diferentes dimensões da vida das mulheres, torna-se indispensável que a avaliação clínica vá além dos achados anatômicos e da gravidade do prolapso. A mensuração da percepção da própria paciente sobre seus sintomas, limitações funcionais e impacto na qualidade de vida permite uma compreensão mais abrangente da condição, favorecendo o planejamento terapêutico individualizado e a avaliação dos resultados das intervenções. Nesse contexto, os instrumentos de autorrelato, conhecidos como Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), assumem papel fundamental por fornecerem informações diretamente relatadas pelas pacientes sobre sua condição de saúde e seus efeitos no cotidiano. Dentre esses instrumentos, o Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) destaca-se por contemplar três domínios (sintomas urinários, vaginais/pélvicos e intestinais) constituindo uma ferramenta

válida, confiável e abrangente para avaliar o impacto das disfunções do assoalho pélvico na qualidade de vida das mulheres. (9-11).

Embora o prolapso de órgãos pélvicos seja tradicionalmente classificado de acordo com seus achados anatômicos, a intensidade dos sintomas e seu impacto sobre a qualidade de vida nem sempre apresentam relação direta com o estágio da doença, sendo influenciados também por fatores individuais, funcionais e psicossociais. Dessa forma, a avaliação de mulheres com POP deve integrar informações anatômicas e clínicas à percepção da própria paciente acerca de suas limitações e repercussões no cotidiano, permitindo uma abordagem mais abrangente e centrada na pessoa (9,12). Nesse contexto, investigar a relação entre os sintomas decorrentes do POP e seus impactos sobre a qualidade de vida contribui para o aprimoramento da prática clínica e para a tomada de decisão terapêutica. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar os sintomas vaginais, urinários e intestinais e seu impacto na qualidade de vida de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomáticos, bem como comparar esse impacto entre os diferentes estágios do prolapso.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como observacional, transversal e retrospectivo, sendo elaborado e descrito em conformidade com as recomendações da Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para estudos observacionais (13)

Os dados utilizados na pesquisa foram obtidos a partir do banco de dados do ambulatório de fisioterapia pélvica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, maternidade de referência localizada na cidade de Fortaleza, Ceará, vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - HU Brasil - e integrante do complexo assistencial da Universidade Federal do Ceará.

A coleta de dados ocorreu entre os anos de 2021 e 2025, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 53711515.0.0000.5054, respeitando os princípios éticos contidos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico clínico de prolapso de órgãos pélvicos (POP) como queixa principal (sintomático), independentemente do estágio. Foram excluídas gestantes e mulheres com condições clínicas que pudessem se

sobrepôr aos sintomas do POP e interferir na percepção do impacto do POP na qualidade de vida, como dor pélvica crônica e câncer ginecológico.

A coleta de dados foi realizada por três avaliadores previamente treinados e padronizados para a aplicação dos instrumentos do estudo. Cada avaliador participou de uma capacitação teórico-prática com carga horária de cinco horas, contemplando treinamento intensivo sobre a condução das entrevistas, a interpretação dos itens e os procedimentos de aplicação e pontuação dos instrumentos utilizados. Essa etapa teve como objetivo uniformizar os procedimentos de coleta, minimizar possíveis vieses de aferição e garantir a confiabilidade e a fidedignidade dos dados obtidos.

Inicialmente, as participantes responderam a um formulário estruturado contendo informações sociodemográficas e clínicas, dentre eles dados referentes à idade (anos), peso (kg), altura (m), IMC (kg/m^2), estado civil (solteira, casada, união estável, viúva e divorciada), escolaridade (analfabeta, ensino fundamental e ensino médio) e autodeclaração de raça/cor (brancas, pardas e pretas). Também foram coletadas informações sobre o histórico obstétrico e ginecológico, incluindo número de gestações, partos e abortos, além da presença de comorbidades (hipertensão e diabetes), sintomas urinários (enchimento, esvaziamento e pós-miccionais), intestinais (incontinência anal e dificuldade de esvaziamento) e sexuais (dor na relação sexual). Os dados referentes ao tipo e estágio do POP foram obtidos a partir dos prontuários clínicos das participantes.

Para avaliação da repercussão dos sintomas na qualidade de vida, foi aplicado o instrumento Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), questionário validado para avaliação do impacto das disfunções do assoalho pélvico nas atividades de vida diária e qualidade de vida (8). O instrumento é composto por três subescalas relacionadas aos sintomas urinários, intestinais e vaginais, cujas respostas variam entre “nem um pouco” (0), “um pouco” (1), “moderadamente” (2) e “bastante” (3), de acordo com o grau de interferência dos sintomas nas atividades de vida diárias da participante. No presente estudo, foi utilizada especificamente a subescala referente aos sintomas vaginais, cuja pontuação varia de 0 a 100 (9).

Análise estatística

A análise estatística foi realizada por meio do software Jamovi, versão 2.7. Inicialmente, foi conduzida análise descritiva das variáveis contínuas, apresentadas por média, mediana, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, enquanto as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. A normalidade da distribuição dos dados foi feita pelo teste de Shapiro-Wilk. Para comparação dos escores do PFIQ-7 entre os diferentes estágios do POP, foi utilizada a Análise de variância (ANOVA); e quanto à comparação do PFIQ-7 entre as mulheres que estavam ou não em tratamento, foi realizado o teste t de Student.

As associações entre variáveis categóricas (sintomas urinários e intestinais) versus estágios do POP foram analisadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e do teste exato de Fisher. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

A amostra final do estudo foi composta por 54 mulheres com diagnóstico de POP como queixa principal. A média de idade das participantes foi de $59,8 \pm 10,5$ anos, com média de IMC de $27,3 \pm 4,2$ kg/m². Observou-se média de 4,1 gestações e 3,5 partos por participante, com predominância de partos vaginais (média de $3,0 \pm 2,3$). O escore médio do PFIQ-7 referente à subescala de sintomas vaginais foi de $38,8 \pm 27,6$ pontos.

Tabela 1: Características sociodemográficas e comorbidades das participantes (N = 54 mulheres)

Variáveis	Média $\pm$ DP / N (%)
Idade (anos)	$59,8 \pm 10,5$
Estado civil	
Casada	28 (53,8%)
Viúva	9 (17,3%)
União estável	6 (11,5%)
Divorciada	4 (7,7%)
Solteira	5 (9,6%)

Escolaridade

Analfabeta	4 (7,7%)
Ensino fundamental	26 (50,0%)
Ensino médio	22 (42,3%)

Raça/cor

Branca	2 (3,8%)
Parda	47 (90,4%)
Preta	3 (5,8%)

Comorbidades

Hipertensão arterial sistêmica	24 (51,1%)
Diabetes mellitus	18 (38,3%)

Legenda (tabela 1): Percentuais calculados com base nos registros válidos para cada variável.
DP: desvio padrão; N: número de mulheres (n = 54).

Em relação às características sociodemográficas, houve predominância de mulheres casadas (53,8%), com ensino fundamental completo ou incompleto (50,0%) e autodeclaradas pardas (90,4%). Quanto às comorbidades, 51,1% das participantes apresentavam hipertensão arterial sistêmica e 38,3% relataram diabetes mellitus.

Tabela 2: Histórico obstétrico, ginecológico e escore do PFIQ-7 das participantes

Variáveis	n (%)	Média ± DP	Mediana	Mín.-Máx.
Histórico obstétrico	—	—	—	—
Número de gestações	—	4,19 ± 2,57	4,0	1-16
Número de partos	—	3,59 ± 2,32	3,0	1-13
Número de partos vaginais	—	3,00 ± 2,36	2,0	0-12
Número de cesáreas	—	0,59 ± 0,65	0,5	0-2

Número de abortos	—	0,59 ± 0,81	0,0	0-3
Função sexual	—	—	—	—
Sexualmente ativa	23 (42,6)	—	—	—
Dor durante relação sexual	14 (56,0)	—	—	—
Tratamento	—	—	—	—
Em tratamento	39 (73,6)	—	—	—
Qualidade de vida	—	—	—	—
Escore PFIQ-7	—	38,8 ± 27,6	40,5	0-95,2

Legenda (tabela 2): DP: desvio-padrão; Mín.-Máx.: mínimo e máximo; PFIQ-7: Pelvic Floor Impact Questionnaire. Percentual referente à variável “dor durante relação sexual” calculado entre as participantes sexualmente ativas. Percentuais calculados com base nos registros válidos para cada variável.

No que se refere às características clínicas do POP, observou-se predominância do prolapso de parede vaginal anterior, presente em 98,1% das participantes. O estágio II do prolapso foi o mais frequente, correspondendo a 61,2% da amostra, seguido pelos estágios III (22,4%), I (10,2%) e IV (6,1%). A maioria das mulheres não era sexualmente ativa (57,4%). Entre as participantes sexualmente ativas, 56,0% relataram dor durante a relação sexual.

Tabela 3: Distribuição dos compartimentos acometidos e estadiamento do POP nas participantes do estudo

Variáveis	n	%
Parede vaginal anterior (PPVA)	52	98,1
Parede vaginal posterior (PPVP)	10	18,9
Compartimento apical	3	5,7
Estágio I	5	10,2
Estágio II	30	61,2
Estágio III	11	22,4
Estágio IV	3	6,1
Estadiamento não informado	5	9,3

Legenda (tabela 3): As participantes poderiam apresentar acometimento simultâneo em mais de um compartimento. Os percentuais referentes ao estadiamento foram calculados com base nas participantes que possuíam classificação POP-Q registrada em prontuário.

Em relação aos sintomas urinários, observou-se elevada frequência de urgência urinária, aumento da frequência miccional e noctúria, presentes em 77,8% das participantes. A incontinência urinária foi relatada por 68,5% das mulheres, enquanto 66,0% apresentaram dificuldade miccional, incluindo sensação de esvaziamento incompleto. Em relação aos sintomas intestinais, 68,5% relataram dificuldade de esvaziamento intestinal e 22,2% apresentaram incontinência anal.

Tabela 4: Sintomas urinários e intestinais das participantes

Sintomas	n	%
Incontinência urinária	37	68,5
Dificuldade miccional/esvaziamento incompleto	35	66,0
Urgência/frequência urinária/noctúria	42	77,8
Incontinência anal	12	22,2
Dificuldade de esvaziamento intestinal	37	68,5

Legenda (tabela 4): As participantes poderiam apresentar mais de um sintoma simultaneamente.

A análise da distribuição dos escores do PFIQ-7 demonstrou média de $31,4 \pm 20,9$ pontos no estágio I do POP, $40,2 \pm 30,0$ pontos no estágio II, $42,9 \pm 29,8$ pontos no estágio III e $50,8 \pm 9,9$ pontos no estágio IV, sugerindo tendência de aumento do impacto dos sintomas vaginais sobre a qualidade de vida conforme a progressão do prolapso. Entretanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os estágios do POP quanto aos escores do PFIQ-7 ($p = 0,40$).

Na análise das associações entre os estágios do POP e os sintomas urinários e intestinais, não foram observadas associações estatisticamente significativas. Entretanto, observou-se maior frequência de dificuldade miccional/esvaziamento incompleto em mulheres com estágios mais avançados do POP ($p = 0,06$). A presença de categorias com baixa frequência e valores

iguais a zero em alguns grupos pode ter influenciado esse resultado. Não houve associação significativa entre os estágios do POP e incontinência urinária ($p = 0,29$), urgência urinária/aumento da frequência miccional/noctúria ($p = 0,61$), incontinência anal ($p = 0,77$) ou dificuldade de esvaziamento intestinal ($p = 0,35$).

Ao comparar os escores do PFIQ-7 entre mulheres que estavam em tratamento e aquelas que não realizavam tratamento, observou-se diferença estatisticamente significativa, com maiores escores entre as participantes que não estavam em acompanhamento terapêutico ($51,7 \pm 19,9$ versus $34,4 \pm 29,0$; $p = 0,04$).

Por fim, ao comparar os grupos classificados em POP leve e POP grave, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os escores do PFIQ-7 ($p = 0,529$), embora o grupo com POP grave tenha apresentado média superior de impacto na qualidade de vida ($44,6 \pm 26,6$ versus $38,9 \pm 28,8$ pontos).

Discussão

Os achados do presente estudo demonstram que mulheres com prolapso de órgãos pélvicos apresentam elevada frequência de sintomas urinários e importantes repercussões na qualidade de vida, corroborando evidências de que o POP constitui uma condição multifatorial com impactos que ultrapassam as alterações anatômicas e comprometem diferentes dimensões da saúde física, emocional e social (14-16)

Houve uma predominância clara de mulheres com idade avançada, multíparas e com histórico de partos vaginais, corroborando o perfil frequentemente descrito na literatura atual como o mais suscetível ao desenvolvimento do POP. O processo de envelhecimento, associado às alterações hormonais decorrentes da menopausa, promove modificações progressivas no tecido conjuntivo, nos ligamentos e na musculatura do assoalho pélvico, reduzindo a capacidade de suporte das estruturas pélvicas ao longo da vida. Somam-se a esses fatores a multiparidade e o parto vaginal, que podem ocasionar lesões musculares, nervosas e fasciais, comprometendo ainda mais a sustentação dos órgãos pélvicos (17-19)

Entre os tipos de prolapso observados, houve predomínio do prolapso da parede vaginal anterior, corroborando estudos que identificam esse compartimento como o mais frequentemente acometido. O comprometimento do suporte da parede vaginal anterior está

intimamente relacionado à ocorrência de sintomas do trato urinário inferior, uma vez que pode modificar a dinâmica vesical e uretral, favorecendo o aparecimento de urgência miccional, aumento da frequência urinária, noctúria e sensação de esvaziamento vesical incompleto, manifestações também observadas na população deste estudo (15,20,21,22)

Os sintomas urinários estiveram presentes na maioria das participantes deste estudo, corroborando evidências de que as queixas do trato urinário inferior figuram entre as manifestações clínicas mais frequentes em mulheres com POP. Além da repercussão funcional, esses sintomas exercem importante impacto sobre o bem-estar físico, emocional e social, favorecendo restrição das atividades diárias, insegurança, constrangimento, redução da autoestima e prejuízo à participação social, comprometendo significativamente a qualidade de vida dessas mulheres (21,23,24,25)

A associação significativa encontrada entre os estágios do POP e a dificuldade miccional sugere que a progressão anatômica do prolapso pode influenciar diretamente o esvaziamento vesical. Estudos descrevem que prolapsos mais avançados podem provocar alterações mecânicas capazes de dificultar o fluxo urinário, como angulação uretral e obstrução funcional da uretra. Embora numericamente tenha sido observado aumento dos escores do PFIQ-7 conforme a progressão dos estágios do POP, não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao impacto na qualidade de vida. Esse achado reforça evidências de que a gravidade anatômica do prolapso, isoladamente, parece não ser capaz de prever a intensidade dos sintomas nem o impacto percebido pelas pacientes, ressaltando a importância de incorporar medidas de desfecho relatadas pelas próprias mulheres durante a avaliação clínica (22,26,27,28,29)

A ausência de associação entre os estágios do POP e piores escores de qualidade de vida demonstra a complexidade e heterogeneidade das experiências vividas pelas mulheres acometidas, visto que pacientes com estágios mais avançados nem sempre relatam maior impacto funcional quando comparadas àquelas em estágios iniciais da disfunção. Isso demonstra que fatores emocionais, sociais, culturais e individuais também influenciam a forma como cada mulher percebe e enfrenta os sintomas da doença. Esses achados reforçam que a avaliação de mulheres com POP não deve restringir-se aos aspectos clínicos e anatômicos da doença, sendo indispensável incorporar instrumentos capazes de captar a percepção da paciente sobre seus sintomas, limitações funcionais e repercussões na qualidade

de vida, permitindo uma abordagem verdadeiramente biopsicossocial e centrada na pessoas (9,14,24,25,30)

Outro achado relevante foi a diferença observada entre mulheres que estavam em tratamento e aquelas que não realizavam acompanhamento terapêutico, sendo identificados maiores escores do PFIQ-7 entre as participantes sem tratamento. Esse resultado sugere uma associação entre a realização de tratamento e menores escores de impacto na qualidade de vida. Embora o delineamento transversal não permita estabelecer relação causal, esse achado está em consonância com evidências que demonstram que o tratamento conservador, especialmente o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, está associado à redução dos sintomas urinários e vaginais, à melhora da funcionalidade e à percepção de melhora clínica pelas pacientes (31-35)

No presente estudo, a utilização do PFIQ-7 mostrou-se eficaz por possibilitar a mensuração do impacto das disfunções do assoalho pélvico a partir da perspectiva da própria paciente, complementando as informações obtidas por meio da avaliação clínica e anatômica. Esse achado reforça as recomendações internacionais de incorporar os PROMs à avaliação de mulheres com POP, uma vez que esses instrumentos permitem compreender de forma mais abrangente como os sintomas interferem nas atividades diárias, na participação social e na qualidade de vida, favorecendo uma abordagem centrada na paciente e subsidiando tanto a prática clínica quanto o desenvolvimento de pesquisas (9,10,11,36,37)

Embora os resultados encontrados sejam relevantes, algumas limitações devem ser consideradas. O estudo foi realizado em um único serviço especializado, o que pode limitar a generalização dos achados para outras populações. Além disso, o tamanho amostral reduzido nos grupos de estágios mais avançados do POP pode ter influenciado algumas análises estatísticas (13,38)

Os achados deste estudo ampliam a compreensão dos impactos do prolapso de órgãos pélvicos ao demonstrar que suas repercussões extrapolam os aspectos anatômicos, afetando significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida das mulheres acometidas. Nesse contexto, a incorporação da percepção da própria paciente ao processo de avaliação clínica reforça a importância de uma assistência integral, individualizada e centrada na pessoa, contribuindo para um planejamento terapêutico mais direcionado às necessidades e

expectativas de cada mulher. Além disso, os resultados reforçam a relevância da utilização de instrumentos de autorrelato, como o PFIQ-7, como complemento à avaliação clínica tradicional, favorecendo uma compreensão mais abrangente dos desfechos relacionados ao POP e subsidiando tanto a prática clínica quanto futuras pesquisas (9,14,24)

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomático apresentam elevada frequência de sintomas, especialmente urinários, com repercussões significativas sobre a qualidade de vida. Embora tenha sido observada associação entre os estágios do POP e a dificuldade miccional, o impacto na qualidade de vida não diferiu significativamente entre os diferentes estágios da doença, evidenciando que a gravidade anatômica, isoladamente, não é suficiente para explicar a experiência vivida pelas pacientes. Esses achados reforçam que fatores funcionais, emocionais e individuais exercem influência importante na percepção dos sintomas e de seus impactos no cotidiano. Nesse contexto, destaca-se a relevância da utilização de instrumentos de autorrelato, como o PFIQ-7, para complementar a avaliação clínica e anatômica, permitindo uma abordagem mais abrangente, individualizada e centrada na paciente. Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para o aprimoramento da assistência às mulheres com POP, subsidiando estratégias terapêuticas mais direcionadas às suas necessidades, além de incentivar o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre os impactos funcionais e biopsicossociais dessa condição.

Referências

1. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016;27(2):165-194.
2. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol*. 2020;46(1):5-14.
3. Gao J, Xu T, Zhu L. Unveiling the depths of pelvic organ prolapse. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1460643.

4. Kim CM, Jeon MJ, Chung DJ, Kim SK, Bai SW. Risk factors for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;98(3):248-251.
5. Lammers K, Lince SL, Spath MA, van Kempen LC, Hendriks JC, Vierhout ME, et al. Pelvic organ prolapse and collagen-associated disorders. *Int Urogynecol J*. 2012;23(3):313-319.
6. Hadizadeh-Talasaz Z, et al. Worldwide prevalence of pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2024;24
7. Wang B, et al. Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: an observational trend study from 1990 to 2019. *Front Public Health*. 2022;10:975829.
8. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol*. 2014;123(6):1201-1206.
9. Cichowski S, Grzybowska ME, Halder GE, Jansen S, Gold D, Espuña M, Jha S, Al-Badr A, Abdelrahman A, Rogers RG. International Urogynecology Consultation: Patient Reported Outcome Measures (PROs) use in the evaluation of patients with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2022 Oct;33(10):2603-2631.
10. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(1):103-113.
11. Conrad SJ, Bernard S, Gross DP, McLean L. Patient-reported outcome measures for pelvic organ prolapse: a systematic review using the COnsensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN) checklist. *BJOG*. 2025;132(2):105-117.
12. Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG*. 2005;112(7):971-976.
13. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007 Oct 20;370(9596):1453-7. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61602-X. PMID: 18064739.

14. Carroll L, O'Sullivan C, Perrotta C, Fullen BM. Biopsychosocial profile of women with pelvic organ prolapse: a systematic review. *Womens Health (Lond)*. 2023;19:17455057231181012.
15. Munno GM, Schettino MT, Grimaldi A, Riemma G, Schiattarella A, Cobellis L, et al. Pelvic organ prolapse syndrome and lower urinary tract symptom update: what's new? *Healthcare (Basel)*. 2023;11(10):1513
16. Forshall G, Freeman RM, et al. Symptom burden, treatment goals, and information needs of younger women with pelvic organ prolapse. *J Clin Med*. 2025;14(15):5231
17. Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, van Eijndhoven HWF, Leijssen SAL, Vergeldt TFM, et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;227(2):192-208.
18. Brito LGO, Pereira GMV, Moalli P, Shynlova O, Manonai J, Weintraub AY, Deprest J, Bortolini MAT. Age and/or postmenopausal status as risk factors for pelvic organ prolapse development: systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2022 Jan;33(1):15-29.
19. Kerkhof MH, Hendriks L, Brölmann HAM. Changes in connective tissue in patients with pelvic organ prolapse: a review of the current literature. *Int Urogynecol J*. 2009;20(4):461-474
20. Miedel A, Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Nonobstetric risk factors for symptomatic pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1089-1097.
21. Harvey MA, Homsy YL, Altman D, et al. International Urogynecology Consultation Chapter 1 Committee 5: Relationship of pelvic organ prolapse to associated pelvic floor dysfunction symptoms: lower urinary tract, bowel, sexual dysfunction and abdominopelvic pain. *Int Urogynecol J*. 2021;32(10):2575-2594.
22. Liao YH, Ng SC, Chen GD. Correlation of severity of pelvic organ prolapse with lower urinary tract symptoms. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2021;60(1):90-94.
23. Cameron AP. Systematic review of lower urinary tract symptoms occurring with pelvic organ prolapse. *Arab J Urol*. 2019;17(1):23-29.
24. Molina RAP, Romo-Martín D, Carretero MD, et al. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1232905.
25. Carroll L, O'Sullivan C, Perrotta C, Fullen BM. Pelvic organ prolapse: the lived experience. *BJOG*. 2022;129(13):2282-2291.

26. Romanzi LJ, Chaikin DC, Blaivas JG. The effect of genital prolapse on voiding. *J Urol.* 1999;161(2):581-586.
27. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(6):1332-1337
28. Espuña-Pons M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Mora AM. Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse in women seeking care for pelvic floor problems. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;177:141-145
29. Pizzoferrato AC, Sallée C, Thubert T, Fauconnier A, Deffieux X. Value of pelvic examination in women with pelvic organ prolapse: a systematic review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;167(2):573-597
30. Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG.* 2005;112(7):971-976.
31. Bø K, Hilde G. Conservative treatment of patients with pelvic organ prolapse: a systematic review with clinical recommendations. *Int Urogynecol J.* 2022;33(11):2893-2906.
32. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016 Jul;27(7):981-92. doi: 10.1007/s00192-015-2846-y. Epub 2015 Sep 25. PMID: 26407564.
33. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NG123). London: NICE; 2019.
34. Hagen S, Stark D, Glazener CMA, Sinclair L, Ramsay I. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;383(9919):796-806.
35. Ghanbari Z, Kargar M, Hosseini R, et al. Quality of life following pelvic organ prolapse treatments in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2022;11(23):7166.
36. Arouca MA, Duarte TB, Lott DAM, Magnani PS, Nogueira AA, Brito LGO. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J.* 2016;27(7):1097-1106.

37. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013;346:f167.
38. Mokkink LB, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, de Vet HCW, et al. COSMIN Study Design Checklist for Patient-reported Outcome Measurement Instruments. Amsterdam: COSMIN Initiative; 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomático, evidenciando predominância de mulheres na pós-menopausa, multíparas, com histórico predominante de partos vaginais e acometimento principalmente da parede vaginal anterior em estágio II. Além disso, observou-se elevada frequência de sintomas urinários, intestinais e repercussões emocionais relacionadas à condição, reforçando o impacto multifatorial do prolapso sobre a saúde e a qualidade de vida das mulheres acometidas.

Em relação às propriedades psicométricas, o WHODAS 2.0 apresentou desempenho satisfatório entre as participantes avaliadas até o momento. O instrumento demonstrou boa consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach variando de aceitáveis a excelentes, além de elevada confiabilidade teste-reteste, evidenciada pelos altos coeficientes de correlação intraclasse. Observou-se ainda correlação positiva e estatisticamente significativa entre os escores do WHODAS 2.0 e do PFIQ-7, indicando que maior impacto dos sintomas do assoalho pélvico esteve associado a maiores níveis de incapacidade funcional. Entretanto, esses resultados devem ser interpretados considerando que se tratam de uma análise parcial, realizada com um tamanho amostral ainda inferior ao recomendado pelo COSMIN para estudos de validação de instrumentos. A continuidade da coleta de dados, até alcançar o quantitativo mínimo de 50 a 99 participantes preconizado pelo COSMIN, permitirá aumentar a robustez das análises psicométricas, confirmar a estabilidade dos achados e fortalecer as evidências de validade e confiabilidade do WHODAS 2.0 para mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

Dessa forma, conclui-se que o WHODAS 2.0 constitui uma ferramenta válida e confiável para a avaliação da funcionalidade em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomático. Sua utilização pode contribuir para uma compreensão mais abrangente dos impactos da condição sobre a vida das pacientes, auxiliando profissionais da saúde na avaliação clínica, no planejamento terapêutico e no acompanhamento dos desfechos funcionais. Recomenda-se que estudos futuros sejam realizados com amostras maiores e em diferentes contextos assistenciais, a fim de ampliar as evidências sobre a aplicabilidade do instrumento nessa população.

7 REFERÊNCIAS

1. AROUCA, Mariana Alves Fernandes et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *International Urogynecology Journal*, London, v. 27, n. 7, p. 1097-1106, 2016.
2. BARBER, Matthew D.; WALTERS, Mark D.; BUMP, Richard C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v. 193, n. 1, p. 103-113, 2005.
3. BLAND, J. Martin; ALTMAN, Douglas G. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *The Lancet*, London, v. 327, n. 8476, p. 307-310, 1986.
4. BØ, Kari et al. International urogynecology consultation chapter 3 committee 2: conservative treatment of patient with pelvic organ prolapse: pelvic floor muscle training. *International Urogynecology Journal*, London, v. 33, n. 10, p. 2633-2667, 2022
5. BRITO, G. A. et al. Validation of the Brazilian version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule in women with chronic pelvic pain. *Brazilian Journal of Pain*, v. 6, p. 346-352, 2023.
6. BRUCKI, Sonia Maria Dozzi et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.
7. BUMP, Richard C. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 175, n. 1, p. 10-17, 1996.
8. CARROLL, Louise et al. Biopsychosocial profile of women with pelvic organ prolapse: a systematic review. *Women's Health*, v. 19, 2023.
9. CASTRO, Suely dos Santos; LEITE, Cynthia França. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 385-391, 2017.
10. CICHOWSKI, Sara et al. International Urogynecology Consultation: Use of Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in the evaluation of patients with pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, v. 33, p. 2603-2631, 2022.

11. CIEZA, Alarcos et al. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, v. 41, n. 5, p. 574-583, 2019.
12. COLLINS, Sarah A. et al. International Urogynecological Consultation: clinical definition of pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, v. 32, n. 8, p. 2011-2019, 2021.
13. CONRAD, Sarah J. et al. Patient-Reported Outcome Measures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review Using the Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN) Checklist. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 132, n. 2, p. 105-117, 2025.
14. CRONBACH, Lee J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.
15. ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, Agnieszka et al. Psychometric properties and validation of the Polish version of the WHODAS 2.0. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 19, 2020.
16. DE MOURA, Amanda C. R. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) questionnaire for women with urinary incontinence. *Disability and Rehabilitation*, v. 46, 2024.
17. DEPREST, Jan et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse. *International Urogynecology Journal*, v. 33, n. 1, p. 1-19, 2022.
18. ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.
19. FIGUEIREDO, Eliane M. et al. Pelvic floor dysfunction and quality of life in Brazilian women with pelvic organ prolapse. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 11, p. 695-702, 2020.
20. GIANNINI, Alessandro et al. Current management of pelvic organ prolapse in aging women. *Maturitas*, v. 110, p. 62-68, 2018.
21. HADIZADEH-TALASAZ, Zahra et al. Worldwide prevalence of pelvic organ prolapse: a meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, v. 35, 2024.
22. HAGEN, Suzanne; STARK, Diane. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 12,

- Art., 2011.
23. HAYLEN, Bernard T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, London, v. 21, n. 1, p. 5-26, 2010.
 24. HAYLEN, Bernard T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *International Urogynecology Journal*, v. 27, n. 2, p. 165-194, 2016.
 25. HWANG, U. et al. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, v. 26, n. 1, p. 125-135, 2015.
 26. INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. Pelvic organ prolapse. Bristol: International Continence Society, 2023.
 27. INTERNATIONAL UROGYNECOLOGICAL ASSOCIATION. Pelvic organ prolapse: patient information and clinical resources. IUGA, 2025.
 28. KIM, Tae Kyun. Understanding one-way ANOVA using conceptual figures. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, v. 5, n. 6, p. 149, 2017.
 29. KOO, Terry K.; LI, Mae Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016.
 30. LI, B.; GONG, Y.; WANG, B. Prevalence and risk factors of pelvic organ prolapse in women in China: a multicenter study. *International Urogynecology Journal*, v. 27, n. 11, p. 1695-1701, 2016.
 31. LI, C.; GONG, Y.; WANG, B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, v. 27, n. 7, p. 981-992, 2016.
 32. MATHIAS, Ana Elisa Rodrigues Alves et al. Transcultural translation and validation of the FIGO Assessment Scoring System (FASS) to Portuguese language. *International Urogynecology Journal*, v. 30, n. 1, p. 131-137, 2019.
 33. MOKKINK, Lidwine B. et al. COSMIN Study Design Checklist for Patient-Reported Outcome Measurement Instruments. Amsterdam: VU University Medical Center, 2019.
 34. MUKAKA, Moffat M. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical

- research. *Malawi Medical Journal*, v.24, n.3, p.69-71, 2012.
35. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). São Paulo: EDUSP, 2003.
 36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Avaliação de saúde e deficiência: WHODAS 2.0. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2015.
 37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO, 2022.
 38. PRODINGER, Birgit et al. Toward system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v.100, n.4, p.750-756, 2019.
 39. RAJU, Rakesh; LINDER, Bradley J. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. *Mayo Clinic Proceedings*, v.96, n.12, p.3122-3129, 2021.
 40. SALTICHEV, Mikhail et al. Psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, v. 43, n. 25, p. 3675-3686, 2021.
 41. SANCHES, Patricia R. S. et al. Correlação do Escore de Oxford Modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes. *Revista HCPA, Porto Alegre*, v. 30, n. 2, p. 125-130, 2010.
 42. STUCKI, Gerold; BICKENBACH, Jerome. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 53, n. 1, p. 134-138, 2017.
 43. TAVAKOL, Mohsen; DENNICK, Reg. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, v. 2, p. 53-55, 2011.
 44. ÜSTÜN, T. Bedirhan et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 88, n. 11, p. 815-823, 2010.
 45. ÜSTÜN, T. Bedirhan et al. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva: World Health Organization, 2010.
 46. VAN DER VAART, Lisa R. et al. Female sexual functioning in women with a symptomatic pelvic organ prolapse: a multicenter prospective comparative study between pessary and surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 19, n. 2, p. 270-279, 2022.
 47. VERGELDT, T. F. M. et al. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a

- systematic review. *International Urogynecology Journal*, v. 26, n. 11, p. 1559-1573, 2015.
48. WEINTRAUB, A. Y.; GLINTER, H.; MARCUS-BRAUN, N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *International Brazilian Journal of Urology*, v. 46, n. 1, p. 5-14, 2020.
49. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization, 2001.
50. ZUMRUTBAS, Ahmet Erdem et al. The effect of pelvic organ prolapse severity on quality of life among Turkish women. *International Urogynecology Journal*, v. 26, n. 11, p. 1637-1643, 2015.

8 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO

Atuação profissional

1. Profissional cooperada e prestadora de serviço no Centro Obstétrico do Hospital Geral de Fortaleza (Janeiro de 2024 - Setembro de 2024)
2. Bolsista Capes de pós-graduação do programa de Pós-graduação em Fisioterapia e Funcionalidade da Universidade Federal do Ceará (Maio de 2025 - Março de 2026)

Experiência docente

Estágio em docência no módulo de Clínica Fisioterapêutica em Uroginecologia, obstetrícia e mastologia, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, no qual realizou as seguintes atividades:

1. Ministrou a aula de Câncer Ginecológico
2. Acompanhou os alunos de graduação no estágio prático da disciplina na enfermaria de pós-parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand
3. Fiscalização e correção de provas aplicadas na disciplina

Participação em eventos

1. Ministrou o minicurso intitulado “Técnicas não farmacológicas para dor no trabalho de parto” durante o II Workshop da semana do fisioterapeuta da Universidade Federal do Ceará, realizado entre os dias 24 e 25 de outubro de 2025.

Participação como ouvinte

1. 2º Congresso Nacional de Saúde da Mulher (CONSAMU). Carga horária de 50 horas.
2. 2º Fórum Discente da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia (Fórum Abrapq 2025). Carga horária de 14 horas.
3. XVIII Encontro de Pesquisa e Pós Graduação (Encontros Universitários UFC 2025)

Resumos aceitos em eventos científicos

1. “Pelvic Floor Function, Urinary Symptoms And Impact On Quality Of Life In Woman With Pelvic Organ Prolapse: Cross-Sectional Study” no 2º Fórum Discente da

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia (Fórum Abrapge 2025)

2. “Perfil Sociodemográfico e Impacto dos Prolapsos de Órgãos Pélvicos na Função Sexual de Mulheres Atendidas em um Serviço Especializado de Saúde” no XVIII Encontro de Pesquisa e Pós Graduação (Encontros Universitários UFC 2025)
3. “Atuação da fisioterapia em saúde da mulher na assistência à uma adolescente com bexiga hiperativa: um relato de caso” no XVIII Encontro de Pesquisa e Pós Graduação (Encontros Universitários UFC 2025)
4. “Descrição de Testes Físicos na Avaliação de Dor Pélvica Crônica: Estudo Descritivo” no VI Congresso Nacional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Homem
5. “Incontinência Urinária e Prolapso de Órgãos Pélvicos: Impacto nas atividades de vida diárias e participação” no VI Congresso Nacional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Homem” no VI Congresso Nacional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Homem

Artigos submetidos /publicados em periódicos científicos

1. Submissão do artigo “Indicadores para avaliação dos fatores contextuais sob perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) para população em risco biopsicossocial: relato de experiência” na revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia
2. Submissão do artigo “Sintomas urinários, intestinais e vaginais e o impacto na qualidade de vida de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomático” na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO).

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: Propriedades psicométricas de um questionário que avalia a funcionalidade de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP)

Pesquisador responsável: Renata Gomes Lemos do Nascimento – Programa de Pós Graduação em Fisioterapia e Funcionalidade – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Telefone da pesquisadora: (85) 9.87831198 – Email da pesquisadora: renatalemos@alu.ufc.br - Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N, Rodolfo Teófilo (Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand). Telefone do comitê de ética: (85) 3366-8569 – (85) 3366-8523 – Email do comitê de ética: cepm.ch-ufc@ebserh.gov.br

Nome da participante:

Idade: _____ Número do CPF: _____

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do projeto de pesquisa “Propriedades psicométricas de um questionário que avalia a funcionalidade de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP)”. Você está sendo convidada pois apresenta queixa de bola e/ou peso na vagina, “bexiga baixa ou útero arriado/caído”. E essa pesquisa tem como objetivo avaliar o quanto estes sintomas impactam nas suas atividades do dia a dia. Para isso precisamos testar a validade do questionário WHODAS 2.0 para mulheres com prolapsos de órgãos pélvicos.

Leia atentamente as informações abaixo e, caso concorde em participar, ao final, preencha as duas vias (a sua e a do pesquisador responsável) com sua assinatura. No cabeçalho deste termo, consta o telefone e endereço profissional do pesquisador, com quem você poderá entrar em contato e tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Você não deve participar contra sua vontade e sua participação não irá interferir no seu

atendimento de saúde. Mas, caso deseje contribuir com essa pesquisa, sua participação consistirá na resposta de um questionário de avaliação do nível de cognição (Mini Exame do Estado Mental) para verificar se você possui capacidade de compreender as perguntas e respondê-las de maneira clara e objetiva, um questionário estruturado desenvolvido pelo pesquisador para coletar dados sociodemográficos, questionários validados voltados para avaliar o nível de funcionalidade (PFIQ-7, FASS e WHODAS 2.0) e uma avaliação funcional do assoalho pélvico através de uma palpação digital na região vaginal (Escala PERFECT modificada). Após finalizar todo esse processo será realizado um reteste por telefone entre 7 a 14 dias após essa primeira etapa com utilização de apenas 1 dos questionários já respondidos anteriormente (WHODAS 2.0).

Informamos que a pesquisa não trará nenhum risco, prejuízo, dano ou transtorno direto à saúde daqueles que dela participarem. Entretanto você poderá se sentir constrangida ao responder alguma pergunta ou apresentar algum incômodo durante a avaliação funcional do assoalho pélvico, mas a sua participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento sem nenhum dano a você ou a pesquisa. Garantimos que todas as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e sua identidade será preservada.

Mesmo após iniciar o processo de resposta dos questionários, durante a avaliação funcional do assoalho pélvico, no processo de reteste ou mesmo após finalizar toda a coleta, você ainda assim pode optar por retirar seu consentimento da pesquisa, basta entrar em contato com a pesquisadora responsável através do número de telefone ou e-mail.

Fica assegurado que as participantes da pesquisa não terão nenhum gasto financeiro com sua participação, como também não receberão nenhum pagamento com a sua colaboração.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas, livros e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando o sigilo do seu nome. Dentre as normas previstas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, destacamos o cumprimento da garantia de você:

- a. Ter contato em qualquer etapa do estudo com o profissional responsável pela pesquisa para os esclarecimentos
- b. Você ficará com uma via do presente termo assinada pelo pesquisador em que constará telefone, email e endereço do pesquisador responsável para que possa tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento
- c. Receber esclarecimento a qualquer dúvida sobre a pesquisa e de como será sua

participação

- d. Retirar seu consentimento a todo momento da pesquisa, sem que ocorra penalidade de qualquer espécie (prejuízo)
- e. Receber garantias de que não haverá divulgação do seu nome ou de qualquer outra informação que ponha em risco sua privacidade, anonimato e sigilo de informações.
- f. Acesso às informações sobre os resultados dos estudos
- g. Que o pesquisador utilizará as informações coletadas somente no decorrer do estudo e só serão utilizadas em favor da ciência e do bem-estar dos entrevistados envolvidos

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Eu, _____
_____,
_____ anos, portadora do CPF de número _____,
afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer quantia em dinheiro, com finalidade exclusiva de colaborar com a pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos do estudo e esclarecido (a) que o participante da pesquisa não sofrerá quaisquer danos, sejam eles físicos, morais, emocionais ou intelectuais, sendo assim garantidos todos os direitos designados pela resolução. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, fui informado que a pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora Renata Gomes Lemos do Nascimento e que poderei consultar a qualquer momento que achar necessário através do telefone: (85) 9.87831198 ou do email: renatalemos@alu.ufc.br para esclarecimentos.

Fortaleza, _____, de _____, 20____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura da participante

APÊNDICE B

FORMULÁRIO ESTRUTURADO DE COLETA DE DADOS

Número da participante: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____

Estado civil:

1. Solteira ()
2. Casada ()
3. União estável ()
4. Divorciada ()
5. Viúva ()

Grau de escolaridade:

1. Ensino fundamental incompleto ()
2. Ensino fundamental completo ()
3. Ensino médio incompleto ()
4. Ensino médio completo ()
5. Ensino superior incompleto ()
6. Ensino superior completo ()
7. Pós-graduação ()

Você se considera:

1. Branca ()
2. Amarela ()
3. Parda ()
4. Negra ()
5. Indígena ()

Você possui:

1. Hipertensão ()
2. Diabetes ()
3. Obesidade ()

Número de:

G: _____ P: _____ PV: _____ PC: _____ A: _____

Já realizou alguma dessas cirurgias ginecológicas?

1. Perineoplastia ()
2. Sling ()
3. Histerectomia ()
4. Ooforectomia ()
5. Salpingectomia ()
6. Endometriose ()

Descrição da cirurgia realizada caso conste no prontuário:

Caso tenha realizado cirurgia de correção de prolapso, teve recidiva?

1. Sim () 2. Não ()

Diagnóstico do tipo de prolapso

1. Parede vaginal anterior ()
Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 ()
Estágio 4 ()

2. Parede vaginal posterior ()
Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () E 4 ()

3. Prolapso Apical ()

Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 ()

Estágio 4 ()

Sexualmente ativa?

1. Sim () 2. Não ()

Se está ativa realiza:

1. Relação sexual com penetração ()

2. Relação sexual sem penetração ()

Apresenta algum dos sintomas abaixo?

1. Dor na relação sexual ()

2. Diminuição da libido ()

3. Dificuldade ou ausência de lubrificação ()

4. Anorgasmia ()

Está realizando ou já realizou em algum momento tratamento para o prolapso?

1. Sim () 2. Não ()

Tipo de tratamento que está recebendo ou já recebeu para o prolapso:

1. Pessário ()

2. Cirurgia ()

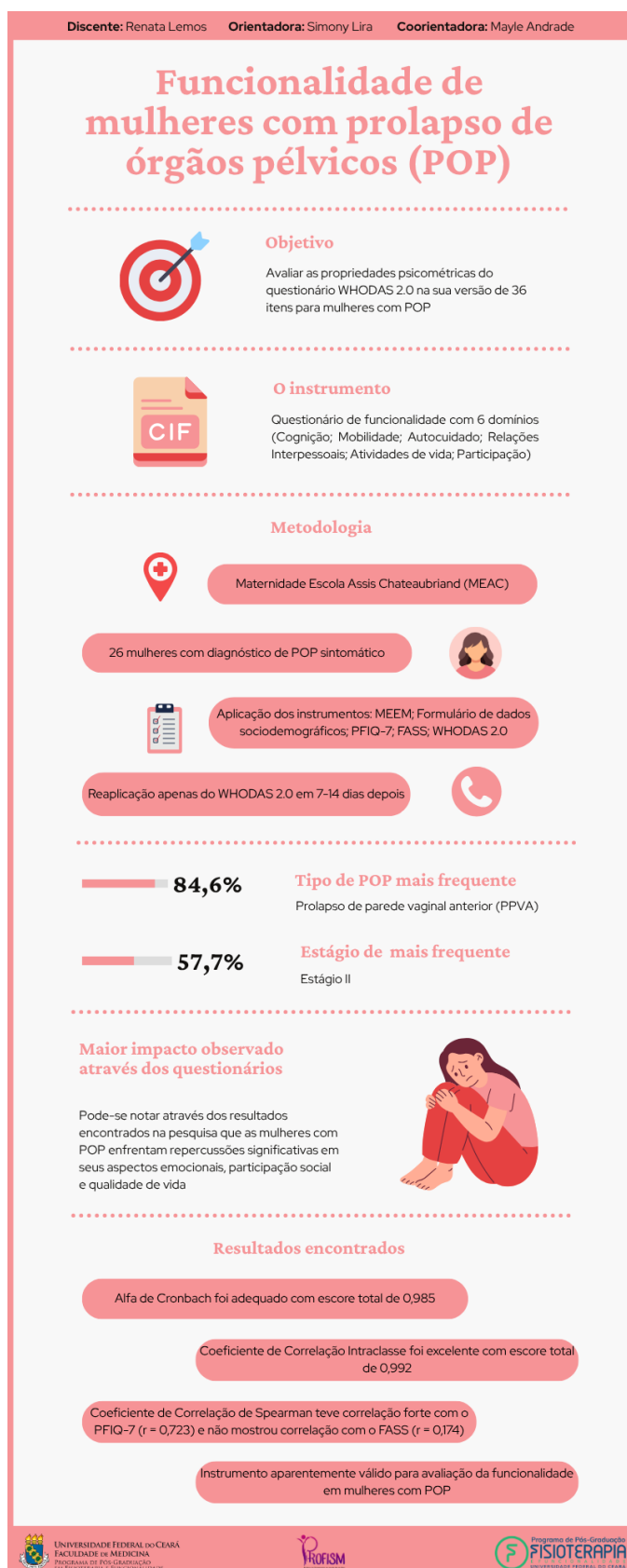
3. Reposição hormonal ()

4. Fisioterapia pélvica ()

5. Não estou recebendo tratamento ()

APÊNDICE C

INFOGRÁFICO



APÊNDICE D

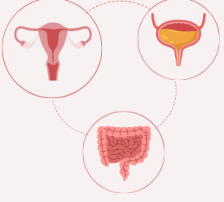
CARDS INFORMATIVOS



FUNCIONALIDADE DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Discente: Renata Gomes Lemos do Nascimento
Orientadora: Profª Drª Simony Lira do Nascimento
Coorientadora: Profª Drª Mayle Andrade Moreira

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição frequente que pode comprometer a mobilidade, as atividades do dia a dia, as relações sociais e a qualidade de vida das mulheres.



Avaliar a funcionalidade dessas mulheres é essencial para compreender o impacto da doença e direcionar um tratamento mais individualizado e centrado na paciente.

O World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, que busca avaliar a funcionalidade de diferentes populações. Apesar de já ser validado transculturalmente para diversas línguas, ainda não havia contemplado os POP

OBJETIVO

Testar as propriedades psicométricas de confiabilidade teste-reteste, validade de construto e consistência interna do questionário WHODAS 2.0 na sua versão de 36 itens para mulheres com POP, além de avaliar a funcionalidade das mulheres nos diferentes domínios propostos pelo WHODAS 2.0, e verificar a funcionalidade de acordo com os estágios do POP.

MÉTODOS

- Estudo observacional transversal com abordagem prospectiva para validação de instrumento.
- A coleta de dados aconteceu na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)
- Foram incluídas na pesquisa mulheres acima de 18 anos com diagnóstico de POP sintomático (independente do estágio) com confirmação através do Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)
- Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos das participantes e aplicados os questionários Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), Figo Assessment Scoring System (FASS) e WHODAS 2.0
- Houve um reteste por telefone entre 7 a 14 dias após a primeira aplicação



RESULTADOS

- Apesar de seguir rigorosamente as recomendações do COSMIN para estudos de validação de propriedades de medidas, devido a obstáculos encontrados na coleta de dados, apenas 26 mulheres foram incluídas até o momento na pesquisa



Tipo de POP com maior incidência: Prolapso de parede vaginal anterior (84,6%)

Tipo de estágio com maior incidência: Estágio II (57,7%)

Foi possível observar uma **alta taxa de sintomas relacionados ao trato urinário**. Cerca de 84,6% relataram urgência, polaciúria e/ou noctúria enquanto 69,2% apresentavam incontinência urinária e/ou dificuldade de esvazimento miccional

Maiores impactos detectados pelos questionários nas questões relacionadas a saúde emocional, atividade e participação

- Alfa de Cronbach adequado com escore total de 0,985
- Coeficiente de Correlação de Intraclassa excelente com escore total de 0,992
- Coeficiente de Correlação de Spearman teve uma correlação positiva entre o PFIQ-7 e o WHODAS ($r = 0,723$), entretanto não foi detectada correlação entre o FASS e o WHODAS ($r = 0,174$)

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

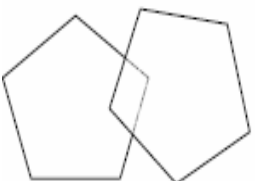
- O prolapso de órgãos pélvicos impacta significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida das mulheres.
- Foram frequentes os sintomas urinários, intestinais e as repercussões emocionais, evidenciando o caráter multifatorial da condição.
- O WHODAS 2.0 apresentou resultados satisfatórios, demonstrando ser uma ferramenta aparentemente válida e confiável para avaliar a funcionalidade dessas mulheres.
- A utilização do instrumento pode auxiliar a avaliação clínica, o planejamento terapêutico e o acompanhamento da evolução funcional.
- A continuidade da pesquisa, com ampliação da amostra, permitirá fortalecer as evidências sobre sua aplicação nessa população.



ANEXO A

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Número da participante _____

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Que dia do mês é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em qual local nós estamos? (UBS, AME, POSTINHO)		1
. Que local é este aqui? (SALA, CORREDOR)		1
. Em que bairro estamos?		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
MEMORIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Palavras: CARRO – VASO - TIJOLO		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir).		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o paciente falou anteriormente. Peça para ele repetir. (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados. Ex: Mostre uma Caneta e um Relógio (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3
LEITURA		
Mostre a <u>frase escrita</u> (escreva em 1 papel): FECHE OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos)		1
COPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.		1
		
TOTAL (>19 Analfabetos e >24 Pessoas com escolaridade)		

ANEXO B

WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0)

Versão de 36 itens, administrada por entrevistador

Introdução

Este documento foi desenvolvido pela equipe de *Classificação, Terminologia e Padronizações* da OMS, com a estrutura do Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade - OMS/ Institutos Nacionais de Saúde.

Antes de usar este instrumento, os entrevistadores devem ser treinados usando o manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010), que inclui um guia de entrevista e outros materiais de treinamento.

As versões de entrevistas disponíveis são as que se seguem:

- 36 itens – Administrada por entrevistador^a
- 36 itens – Auto-administrada
- 36 itens – Administrada ao *proxy*^b
- 12 itens – Administrada por entrevistador^c
- 12 itens – Auto-administrada
- 12 itens – Administrada ao *proxy*^b
- 12+24 itens – Administrada por entrevistador

^a Uma versão computadorizada da entrevista (*iShell*) está disponível para entrevistas assistidas por computador ou para a entrada de dados.

^b Parentes, amigos ou cuidadores.

^c A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão mais detalhada de 36 itens.

Para mais detalhes das versões, por favor, consulte o WHODAS 2.0 manual

Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment

Schedule – WHODAS 2.0 - (WHO 2010).

Permissões para tradução deste instrumento em qualquer idioma devem ser obtidas da OMS, e todas as traduções devem ser preparadas de acordo com as diretrizes para tradução da OMS, como detalhado no manual de acompanhamento.

Para informações adicionais, por favor, visite www.who.int/whodas ou contate:

Dr T Bedirhan Üstün

Classification, Terminology and Standards

Health Statistics and Informatics

World Health Organization (WHO)

1211 Geneva 27

Switzerland

Tel: + 41 22 791 3609

E-mail: ustunb@who.int

Página 1 de 10 (*versão de 36 itens, administrada por entrevistador*)

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta. O texto a ser lido para o entrevistado está escrito em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

<i>Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista</i>				
F 1	Número da identidade do entrevistado			
F 2	Número da identidade do entrevistador			
F 3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)			
F 4	Data da entrevista	dia	mês	ano
F 5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3

Página 2 de 10 (*versão de 36 itens, administrada por entrevistador*)

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 15-20 minutos.

Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga: Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	<i>Anote o sexo da pessoa conforme observado</i>	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade?	_____anos	
A3	Quantos anos no total você passou <u>estudando em escola, faculdade ou universidade</u> ?	_____anos	
A4	<i>Qual é o seu <u>estado civil atual</u>? (Escolha a melhor opção)</i>	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	<i>Qual opção descreve melhor a situação da sua <u>principal atividade de trabalho</u>? (Escolha a melhor opção)</i>	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2

		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)_____	9

Seção 3 Introdução**Diga ao(à) respondente:**

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

Dê o cartão resposta n°1 ao(à) respondente e diga:

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas. Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

Aponte para o cartão resposta n°1 e explique que a “dificuldade em fazer uma atividade” significa:

Esforço aumentado

· Desconforto ou dor

· Lentidão

· Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(à) respondente:

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você costuma fazer.

Dê o cartão resposta n°2 ao(à) respondente e diga:

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta n°1 e n°2 durante toda a entrevista.

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre compreensão e comunicação.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2 para o(a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhu ma	Lev e	Moder a	Grav e	Extrema ou não consegue fazer
D1. 1	<u>Concentrar-se</u> para fazer alguma coisa durante <u>dez</u> minutos?	1	2	3	4	5
D1. 2	<u>Lembrar-se</u> de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1. 3	<u>Analisar e encontrar</u> soluções para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1. 4	<u>Aprender</u> uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1. 5	<u>Compreender de forma</u> geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1. 6	<u>Começar e manter uma</u> conversa?	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação. *Mostre os cartões resposta nº1 e nº2*

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhu ma	Lev e	Modera da	Grav e	Extrema ou não consegue fazer
D2. 1	<u>Ficar em pé por longos períodos</u> como 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2. 2	<u>Levantar-se</u> a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2. 3	<u>Movimentar-se dentro de sua casa?</u>	1	2	3	4	5
D2. 4	<u>Sair da sua casa?</u>	1	2	3	4	5
D2. 5	<u>Andar por longas distâncias</u> como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...

Domínio 3 Auto-cuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos <u>30 dias</u> , quanta <u>dificuldade</u> você teve em:		Nenhum a	Lev e	Modera da	Grav e	Extrema ou não consegue fazer
D3. 1	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3. 2	Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3. 3	Comer?	1	2	3	4	5
D3. 4	Ficar sozinho <u>sem a ajuda de</u> outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhum a	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4. 1	<u>Lidar com pessoas que você não conhece?</u>	1	2	3	4	5
D4. 2	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D4. 3	<u>Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?</u>	1	2	3	4	5
D4. 4	Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4. 5	Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...

Domínio 5 Atividades de vida**5(1) Atividades domésticas**

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhum a	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2	Fazer <u>bem</u> as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	<u>Fazer</u> todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.0 1	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as <u>tarefas domésticas</u> por causa da sua condição de saúde?	<i>Anote o número de dias _____</i>
-----------	--	-------------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho. *Mostre cartões resposta nº1 e nº2*

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhum a	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7	<u>Fazer</u> todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8	Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?	1	2	3	4	5
D5.9	Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2
D5.10	Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você <u>deixou de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?	<i>Anote o número de dias _____</i>
-------	--	-------------------------------------

Por favor, continue na próxima página...

Página 8 de 10 (versão de 36 itens, administrada por entrevistador)

Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias:		Nenhum a	Lev e	Moderad a	Grav e	Extrema ou não consegue fazer
D6. 1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6. 2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
D6. 3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações de outros?	1	2	3	4	5
D6. 4	Quanto <u>tempo</u> você gastou com sua condição de saúde ou suas	1	2	3	4	5

	consequências?					
D6. 5	Quanto <u>você</u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6. 6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6. 7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6. 8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou</u> lazer?	1	2	3	4	5

H 1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	<i>Anote o número de dias</i> _____
H 2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i> _____
H 3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i> _____

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

ANEXO C

PELVIC FLOOR IMPACT QUESTIONNAIRE (PFIQ-7)

Número da participante: _____

Questionário de Impacto no Asscolho Pélvico- PFIQ-7			
Como os sintomas ou condições listadas ao lado:	Bexiga	Intestino	Vagina/pelve
1) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas (ex: cozinhar, arrumar a casa, lavar roupas)?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
2) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas com caminhar, nadar ou outro tipo de exercício?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
3) Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema ou a um show?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
4) Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro ou ônibus por uma distância maior do que 30 minutos da sua casa?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
5) Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
6) Geralmente afetam sua saúde emocional (ex: nervosismo, depressão)?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
7) Fazem você se sentir frustrada?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante

ANEXO D

FIGO ASSESSMENT SCORING SYSTEM (FASS)

Número da participante: _____

EXAME FÍSICO DO PROLAPSO ÓRGÃO PÉLVICO	ACHADOS RELACIONADOS AOS SINTOMAS INTESTINAIS
0-APRESENTAÇÃO DO ÓRGÃO ACIMA DO HÍMEN	0-SEM SINTOMAS
1-ÓRGÃO NA ALTURA DO HÍMEN	1-INCONTINÊNCIA ANAL(GASES, FEZES LÍQUIDAS OU SÓLIDAS)
2-ÓRGÃO ABAIXO DO HÍMEN	1-DIFICULDADE DE ESVAZIAMENTO (ESVAZIAMENTO INCOMPLETO E/OU NECESSIDADE DE USAR OS DEDOS)
3-EVERSÃO COMPLETA	ACHADOS RELACIONADOS Á PERCEPÇÃO DO DESCONFORTO DE UMA MANEIRA GERAL
SINTOMAS ACHADOS RELACIONADOS AO PROLAPSO	0-SEM DESCONFORTO
0- SEM SINTOMAS	1-POUCO DESCONFORTÁVEL. SEM MUDANÇAS NOS HÁBITOS SOCIAIS.MAS MUDANÇAS NA HIGIENE
1-ABAUAMENTO QUE PODE SER VISTO OU SENTIDO. PRESSÃO OU SENSACÃO DE "ALGO DESCENDO"	2-DESCONFORTÁVEL. EVITA ALGUNS HÁBITOS SOCIAIS.
ACHADOS URINÁRIOS	3-MUITO DESCONFORTÁVEL. EVITA A MAIORIA DOS HÁBITOS SOCIAIS.
0-SEM SINTOMAS	4-EXTREMAMENTE DESCONFORTÁVEL. EVITA TODOS OS HÁBITOS SOCIAIS.
1-INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
1-DIFICULDADE DE MICÇÃO(ESVAZIAMENTO INCOMPLETO. MICÇÃO EM DOIS TEMPOS E/OU ESFORÇO PARA URINAR	
1-URGÊNCIA.FREQUENCIA. NOCTURIA	

ANEXO E

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - MEAC/UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nível de funcionalidade de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos

Pesquisador: RENATA GOMES LEMOS DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83414224.8.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.254.551

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Novembro de 2024

Assinado por:
Álison Menezes Araújo Lima
(Coordenador(a))