



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE FISIOTERAPIA

BRUNA ORIGE MONDARDO

BRUNA SOUZA CIDADE

**FATORES ASSOCIADOS ÀS DISFUNÇÕES DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO
PÉLVICO EM IDOSAS SEDENTÁRIAS**

ARARANGUÁ

2017

BRUNA ORIGE MONDARDO

BRUNA SOUZA CIDADE

**FATORES ASSOCIADOS ÀS DISFUNÇÕES DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO
PÉLVICO EM IDOSAS SEDENTÁRIAS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à disciplina TCC I do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Janeisa Franck Virtuoso.

ARARANGUÁ

2017

RESUMO

Com o processo de envelhecimento, o corpo feminino sofre muitas alterações, inclusive os músculos do assoalho pélvico, causando disfunções como incontinência urinária, incontinência anal, constipação, prolapso genital e alterações sexuais. Diante disso, o objetivo desse estudo é analisar os fatores associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres idosas sedentárias. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra será composta por mulheres idosas (60 anos ou mais) que não realizam qualquer tipo de modalidade de exercício físico. Serão excluídas mulheres com sintomas de infecção urinária e com histórico de doenças neurológicas. A coleta de dados será realizada nos municípios de Araranguá – SC e Balneário Arroio do Silva – SC. Os instrumentos desse estudo serão: (1) ficha de identificação dos fatores associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico com questões referentes aos fatores ginecológicos, obstétricos, comportamentais, clínicos, hereditários e antropométricos; (2) Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico - PFDI-SF-20 para verificar a presença de disfunções dos músculos do assoalho pélvico por meio de sintomas como incontinência urinária, incontinência anal e prolapso genital e (3) critérios ROMA IV que apresenta sintomas referentes a presença de constipação. Todos os instrumentos serão aplicados por meio de entrevista individual. Após a coleta, os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. Resultados esperados: Pretende-se por meio desse estudo entender os fatores que estão associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico na população idosa sedentária, assim como verificar qual a prevalência dessas disfunções no município.

Palavras chaves: assoalho pélvico; envelhecimento; estilo de vida sedentário.

ABSTRACT

With the aging process, the female body undergoes many changes, including the pelvic floor muscles, causing dysfunctions such as urinary incontinence, anal incontinence, constipation, genital prolapse, and sexual changes.. Therefore, the objective of this study is to analyze the factors associated with pelvic floor muscle dysfunctions in sedentary elderly women. Methodology: This is a cross-sectional study, the sample of which will be composed of elderly women (60 years and over) who do not perform any type of physical exercise. Will be excluded women with symptoms of urinary infection and with a history of neurological diseases. Data collection will be carried out in the municipalities of Araranguá - SC and Balneário Arroio do Silva - SC. The instruments of this study will be: (1) identification card of factors associated with pelvic floor dysfunction with questions regarding gynecological, obstetrical, behavioral, clinical, hereditary and anthropometric factors; (2) Pelvic Floor Discomfort Questionnaire - PFDI-SF-20 to verify the presence of pelvic floor muscle dysfunctions through symptoms such as urinary incontinence, anal incontinence and genital prolapse, and (3) criteria ROMA IV questionnaire that presents symptoms referring to the presence of constipation. All instruments will be applied through an individual interview. After the data collection, the data will be analyzed through descriptive and inferential statistics, with a significance level of 5%. Expected results: The aim of this study is to understand the factors that are associated with pelvic floor muscle dysfunctions in the elderly sedentary population, as well as to verify the prevalence of these dysfunctions in the municipality.

Key words: pelvic floor; aging; sedentary lifestyle.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos específicos	7
3. REVISÃO DA LITERATURA	7
3.1 Incontinência urinária (IU)	8
3.3 Prolapso do Órgão Pélvico (POP)	10
3.4 Constipação	10
3.5 Incontinência anal (IA)	11
4. METODOLOGIA	12
4.1 Tipo de estudo	12
4.2 População e amostra	12
4.3 Instrumentos de pesquisa:	12
4.3.1 Ficha de identificação dos fatores associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico: ..	13
4.3.2 Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico - PFDI-SF-20;	13
4.3.3 Critérios ROMA IV;	14
4.4 Coleta de dados.....	14
4.6 Análise estatística	14
5. CRONOGRAMA	15
6. ORÇAMENTO	15
REFERÊNCIAS	17
APÊNDICE A	22
APÊNDICE B	22
ANEXO I	29
ANEXO II	32
ANEXO III	34

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente, sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (FECHINE; TROMPIERI, 2012). Esse processo pode interferir na mobilidade, autonomia, lucidez, destreza manual e na funcionalidade das vias urinárias inferiores e da bexiga (ABREU et al., 2007).

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida e progressiva. Estimativas bem estabelecidas projetam que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões. (DAWALIBI et al, 2013).

Algumas alterações decorrentes do envelhecimento como a atrofia dos músculos e tecidos, comprometimento do sistema nervoso e circulatório e a diminuição do volume vesical contribuem para o surgimento da incontinência urinária (IU), pois reduzem a elasticidade e a contratilidade da bexiga (CARVALHO et al., 2014). Além dos sintomas de IU, outras disfunções dos músculos do assoalho pélvico (DMAP) também podem estar presentes como prolapso de órgãos pélvicos (POP), disfunções sexuais (DS), constipação; e incontinência anal (IA), que geram um impacto negativo nas esferas social, psicológica e financeira (VASCONCELOS et al, 2013).

Um estudo realizado no Brasil evidenciou que 11% a 23% da população feminina apresenta IU e que em idosas essa prevalência pode variar entre 8% a 35% (CUNHA et al, 2016). Já a prevalência do POP é incerta, sendo estimada em 21,7% em mulheres de 18-83 anos e 30% em mulheres entre 50 e 89 anos (LIMA et al, 2012). Com relação a disfunção sexual, estima-se que entre 40 e 45% das mulheres tem algum tipo de queixa (LARA et al, 2008). Quanto as alterações anorretais, a prevalência de constipação intestinal em adultos com idade superior a 60 anos é de 33%(COSTILLA et al., 2013), enquanto da IA é entre 2% a 7% da população idosa (FERREIRA; MARINO; CAVENAGHI, 2012).

Embora não sejam fatais, os sintomas de DMAPs são comuns na população feminina e geram limitações no âmbito do funcionamento físico, social e emocional (VAART; HUIBERT, 2001). As DMAPs podem causar isolamento social, perda de função sexual e outros problemas psicossociais, podendo ter um impacto significativo no bem-estar psicossocial dos pacientes e na qualidade de vida (QV) (SALMON et al, 2005).

Com relação aos fatores de risco associados ao aparecimento das DMAPs, citasse a idade avançada, paridade, desordens do colágeno (VASCONCELOS et al, 2013), índice de massa corporal (IMC) elevado, tipos de partos, peso do recém-nascido, intervenções cirúrgicas ginecológicas, deficiência hormonal, menopausa, uso de medicamentos e fatores genéticos (CUNHA et al, 2016; BORBA; LELIS; BRETAS, 2008).

Com base na literatura pesquisada, a população idosa possui queixa de muitos sintomas de DMAP, principalmente de IU, mas por falta de conhecimento e informação, há pouca procura sobre o assunto, e pouco retorno. Considerando que esta população não julga essas disfunções como uma comorbidade, mas como alterações decorrentes da idade, é importante a realização deste estudo que além de esclarecer, irá trazer um enfoque maior às outras DMAP que são também de grande impacto na qualidade de vida dessa população.

Dessa forma foi elaborada a seguinte questão-problema: Quais os fatores associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico em idosas sedentárias?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico em idosas sedentárias.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência de disfunções dos músculos do assoalho pélvico em idosas sedentárias;

- Determinar quais fatores estão associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico nessas idosas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Os sintomas das DMAPs são comuns na população feminina, e embora não sejam fatais, as mulheres afetadas geralmente relatam limitações em suas vidas no âmbito do funcionamento físico, social e emocional (VAART; HUIBERT, 2001). As DMAPs podem causar isolamento social, perda de função sexual e outros problemas psicossociais, pode ter um impacto significativo no bem-estar psicossocial dos pacientes e na QV. (SALMON et al, 2005).

Com relação aos fatores de risco associados ao aparecimento das DMAPs, pode-se citar a idade avançada, IMC elevado, múltiparas, tipos de partos, peso do recém-nascido,

intervenções cirúrgicas ginecológicas, deficiência hormonal, menopausa, uso de medicamentos e fatores genéticos (CUNHA et al, 2016; BORBA et al, 2008).

3.1 Incontinência urinária (IU)

A incontinência urinária (IU) é a queixa de perda involuntária de urina e inclui diferentes tipos de IU com diferentes etiologias subjacentes (COYNE et al., 2011; HAYLEN et al., 2010). É classificada em cinco tipos: Incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU), incontinência urinária mista (IUM), incontinência extrauretral e incontinência funcional (IUF) (KHANDELWAL; KISTLER, 2013; HOLROYD-LEDUC et al., 2008).

A IUE trata-se da perda involuntária de urina através da uretra durante um esforço ou exercício, como tosse ou espirros espirros (CARRASCO; CANTALAPIEDRA, 2012). A IUU é causada pela contração involuntária dos músculos da bexiga, as mulheres apresentam uma necessidade forte de urinar, mas não conseguem chegar ao banheiro a tempo (FOWLER, 2011). A IUM é definida pelo ICS como a perda involuntária de urina associada à urgência e ao esforço (CARRASCO; CANTALAPIEDRA, 2012).

A incontinência extrauretral é quando ocorre perda urinária por outros canais além da uretra devido a normalidade congênita ou traumatismo em cirurgia pélvica, como por exemplo, fissuras entre a bexiga e a vagina ou entre a uretra e a vagina, que pode ocorrer em casos de pós-operatório de cirurgias pélvicas (ALMEIDA et al., 2002), já a IUF é causada por dificuldades cognitivas, funcionais ou de mobilidade que prejudicam a capacidade dos pacientes de usar o banheiro, mas sem uma falha na função da bexiga ou controle neurológico da micção (KHANDELWAL et al., 2013; HOLROYD-LEDUC et al., 2008).

Alguns fatores de risco da IU podem estar associados ao aparecimento dos sintomas, entre eles o próprio envelhecimento natural das fibras musculares, a redução da função ovariana após a menopausa, a obesidade, a gravidez e os múltiplos partos vaginais (SOUSA et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2008).

Sabe-se que o processo de envelhecimento contribui para o aparecimento das disfunções do assoalho pélvico devido a diminuição do suporte do colo vesical, o comprimento funcional da uretra, competência do assoalho pélvico e da estabilidade e força do músculo detrusor da bexiga (CUNHA et al., 2016; ASPLUND et al., 2006)

As alterações da IU promovem modificações na QV das idosas trazendo, consequências físicas, sociais e emocionais, desencadeando o isolamento e repercutindo na autoestima, podendo propiciar, também, quadros depressivos e situações constrangedoras (TORREALBA; OLIVEIRA, 2010). Com o aumento da perspectiva de vida das populações em geral, há um número crescente de idosos e, conseqüentemente, o número de casos de IU pode aumentar, porém, muitos deles não serão diagnosticados pela falta de busca de tratamento tanto por parte deles, como também pelo despreparo dos profissionais de saúde na abordagem, diagnóstico e tratamento (LOPES; HIGA, 2005).

3.2 Disfunções sexuais

As disfunções sexuais femininas são definidas como qualquer alteração relacionada ao desejo sexual, excitabilidade, orgasmo e/ ou dor sexual (dispareunia e vaginismo) (MENDONÇA; AMARAL, 2011), e podem ocorrer por problemas biológicos, intrapsíquicos ou conflitos pessoais, podendo ser uma combinação dos três, como por exemplo, dificuldades emocionais, estresse e pela falta de conhecimento do funcionamento e fisiologia sexual (KAPLAN, 2007).

De acordo com Consenso desenvolvido no Congresso Internacional de Disfunção Sexual Feminina realizado em 1998, dentro dos distúrbios de disfunção sexual incluem-se: desejo sexual hipoativo, aversão sexual, distúrbios da excitação sexual, anorgasmia, dispareunia, vaginismo e dor sexual não coital (LIMA et al, 2010).

Para Mendonça, (2012), o desejo sexual hipoativo consiste na deficiência ou ausência persistente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual e não é secundário a outras dificuldades sexuais, já a aversão sexual se refere à aversão ou fuga do contato sexual genital com um parceiro.

O transtorno de excitação sexual é definido como incapacidade de completar a atividade sexual com lubrificação adequada, já o distúrbio orgásmico feminino é definido como o atraso persistente ou ausência de, orgasmo, seguindo uma fase de excitação normal (BUSTER, 2013).

A dispareunia é definida como dor genital que pode ocorrer antes, durante ou após a relação sexual (LORI et al, 2001), já o vaginismo é definido de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR) como espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço externo da vagina (HARISH; MULIYALA; MURTHY, 2011).

Há um aumento significativo de queixas relacionadas com estas disfunções sexuais em mulheres nas fases de pré e pós-menopausa. Não se sabe ao certo se o incremento das disfunções sexuais nesta fase se deve à diminuição dos níveis hormonais ou ao aumento da idade (LARA et al, 2008).

3.3 Prolapso do Órgão Pélvico (POP)

O POP refere-se à perda de apoio ao útero, bexiga e intestino levando à sua descida da posição anatômica normal em direção ou através da abertura vaginal, o POP pode influenciar o bem-estar físico, psicológico e social de indivíduos afetados (GIARENIS; ROBINSON, 2014).

De acordo com Bordman, 2007; o POP é dividido pela descida de órgãos pélvicos na vagina: anterior é a cistocele (bexiga mais comum) e uretrocele (uretra); médio: útero, abóbada; e posterior: rectocele (reto), enterocele (intestino delgado).

Os pacientes podem ter diferentes graus de descida, nos mais graves o útero se projeta para fora através do hiato genital (DOSHANI et al, 2007). Os fatores de risco incluem: idade (mulheres acima de 40 anos); parto (multíparas e bebês grandes); esforço crônico para esvaziar o intestino ou bexiga; menopausa (reduz os níveis de estrogênio); obesidade; anteristomia prévia (remoção do útero); cirurgia pélvica prévia e atividade extenuante (WOOD, 2006).

Quanto mais frequente os sintomas do POP, maior o comprometimento da qualidade de vida, o POP sintomático pode ter um impacto importante na saúde geral, qualidade de vida e interferir como deficiência na mobilidade física, dor, reação emocional, isolamento social, falta de energia e sono (FRITEL et al, 2010).

3.4 Constipação

A constipação é uma doença gastrointestinal comum que pode resultar em sintomas crônicos e incapacitantes, a constipação crônica pode ser primária ou secundária a outras condições médicas, incluindo neurológica, metabólicas ou endócrinas (SHIN et al, 2016).

Os sintomas de constipação podem ser secundários a doenças do cólon (estenose, câncer, fissura anal, proctite), distúrbios metabólicos (hipercalcemia, hipotireoidismo, diabetes mellitus) e distúrbios neurológicos (parkinsonismo, lesões da medula espinhal) (BHARUCHA; DORN; LEMBO, 2013). Os pacientes apresentam um conjunto de sintomas, incluindo fezes duras, sensação de evacuação incompleta, desconforto abdominal, inchaço e distensão, e outros

sintomas (por exemplo, esforço excessivo, uma sensação de bloqueio anorretal durante a defecação) (SCHUSTER; KOSAR; KAMRUL, 2015).

Complicações de constipação crônica podem ser: incontinência fecal; hemorróidas; fissura anal; prolapso de órgãos; impactação fecal e obstrução intestinal; perfuração intestinal e peritonite estercoral (LEUNG et al, 2011).

Pode ser classificadas em três tipos: constipação de trânsito normal, de trânsito lento e disfunção anorretal. A constipação do trânsito normal é o mais comum, as causas da constipação do trânsito lento não são claras e a disfunção anorretal é a baixa coordenação dos músculos do assoalho pélvico (MAP) no mecanismo de evacuação (HSIEH, 2005).

A incidência de constipação é maior nos idosos e no sexo feminino. A população idosa é afetada por células relacionadas à idade que atuam na plasticidade, alterações estruturais macroscópicas e controle alterado do assoalho pélvico, esses mecanismos são considerados envolvidos no distúrbios de constipação (ROQUE; BOURAS, 2015).

3.5 Incontinência anal

A *International Continence Society* define a Incontinência Anal (IA) como a perda de fezes e/ou flatos, (SANTOS; SANTOS, 2011), e é caracterizada como a incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados, levando a perda involuntária de fezes líquidas, pastosas ou sólidas (FERREIRA; MARINO; CAVENAGHI, 2012; COOPER, 2000). A IA predomina entre idosos, mas as mulheres parecem ser mais suscetíveis, devido às lesões traumáticas relacionadas ao parto (QUINTÃO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2006). Os pacientes apresentam três tipos de queixas dominantes que importa caracterizar, a verificação de sujidade perianal e na roupa interior, a perda fecal inconsciente (incontinência passiva) ou a incapacidade de impedir a vontade de defecar (incontinência com urgência) (LEITE; POÇAS, 2010; RAO et al., 2004).

As pessoas com IA geralmente não procuram atenção profissional, escondem o problema de suas famílias e de seus médicos, com piora da QV (ZASLAVSKY et al., 2013; LANDEFELD et al., 2008). Convivem com a incontinência, e 51% dos pacientes esperam até 05 anos para dizer ao seu médico, alegando que os profissionais não têm interesse em saber (ZASLAVSKY et al., 2013; DELGADO-AROS et al., 2010).

Estima-se que a IA afeta até 1 em cada 10 pessoas em algum tempo em suas vidas (SANTOS; SANTOS, 2011; NORTON et al., 2005). É uma condição debilitante que pode levar

à depressão e isolamento social (WANG; ABBAS, 2013), a redução da auto-estima e retirada social gradual, com impacto negativo na saúde mental dos pacientes e nos aspectos psicossociais (CORTEZ; MENDONÇA, FIGUEIROA, 2011). Consideram-se como fatores de risco as lesões do nervo pudendo ou do esfíncter anal por trauma obstétrico (OLIVEIRA et al., 2006).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Essa pesquisa pode ser definida como analítica transversal, pois identificará simultaneamente os fatores associados e a presença de disfunções dos músculos do assoalho pélvico em idosas sedentárias (GRIMES; SHULZ, 2002).

4.2 População e amostra

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Censo Demográfico de 2010, a população residente de Araranguá é composta por 61.310 habitantes contendo em torno de 6.334 idosos acima de 60 anos, sendo 2.790 do sexo masculino e de 3.544 do sexo feminino. No Balneário Arroio do Silva a população residente totaliza-se em 9.586 habitantes, contendo 1.514 idosos acima de 60 anos, sendo 755 homens e 759 mulheres. A população estimada para 2017 em Araranguá é de 67.110 pessoas, enquanto no Balneário Arroio do Silva é de 12.344 habitantes.

Serão incluídas no estudo mulheres idosas (60 anos ou mais) que não realizam qualquer tipo de modalidade de exercício físico. Serão excluídas idosas que relatem alguma lesão do trato urinário inferior, presença de dor ao urinar ou qualquer outro indicativo de infecção urinária, além de idosas que autorrelatarem histórico de problemas neurológicos.

A amostra do presente estudo será recrutada em postos de saúde, consultórios médicos e de nutricionistas, em clubes de mães, em clínicas e consultórios de fisioterapia e academias de ginástica do município de Araranguá e do Balneário Arroio do Silva por meio de convite. O processo de seleção da amostra será realizado por conveniência.

4.3 Instrumentos de pesquisa:

Para a condução dessa pesquisa, serão aplicados questionários a fim de identificar fatores associados e sintomas de disfunção dos músculos do assoalho pélvico.

4.3.1 Ficha de identificação dos fatores associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico

Esse instrumento será utilizado para obtenção de dados para a identificação da amostra e também para verificar os fatores associados às DMAPs. Constará de dados sociodemográficos (idade, escolaridade, trabalho), ginecológicos (sintomas de infecção urinária ou lesão do trato urinário, tempo de menopausa, reposição hormonal, procedimento cirúrgico ginecológico prévio), obstétricos (paridade, tipos de partos, utilização ou não de algum dispositivo no parto, laceração e episiotomia) clínicos (doenças associadas, doenças neurológicas, utilização de medicamentos, cirurgias prévias, histórico familiar), comportamentais (consumo de cafeína, álcool, tabaco, mudança de peso, funcionamento intestinal, prática de atividades físicas), hereditários (raça, histórico familiar de IU) antropométricos (peso, altura, IMC e circunferências). Essa ficha de avaliação tomou como base os fatores de risco para DMAP conhecidos na literatura (FITZ *et al.*, 2012; VIRTUOSO *et al.*, 2014; MENEZES *et al.* 2015; BØ *et al.*, 2016) (APENDICE B).

A massa corporal será determinada por meio de uma balança digital Plenna Wind MEA 07710 e a estatura pelo estadiômetro WCS 217cm com plataforma da marca CARDIOMED. O Índice de Massa Corporal será calculado dividindo-se a massa corporal (em kg) pelo quadrado da altura (m²). Para identificação da circunferência da cintura, serão aferidos as circunferências da última costela e da crista ilíaca, por meio de uma fita métrica redonda com 1,50 m da marca ISP. A circunferência da cintura é dada pelo ponto médio entre as circunferências da última costela e da crista ilíaca (cm).

4.3.2 Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico - PFDI-SF-20;

O PFDI-20 avalia a presença e o incômodo causado por 20 sintomas de DMAP, sendo composto de três subquestionários (Sintomas do POP que incluem 6 itens; Sintomas Anorretais que incluem oito itens e sintomas urinários que incluem seis itens). As pacientes são questionadas o quanto o sintoma a incomoda em uma escala de 1, que representa nenhum incômodo a 4, que representa muito incômodo. Cada subquestionário possui um escore de 0 a 100, sendo que o maior escore representa o maior incômodo relacionado aos sintomas. O

questionário foi validado em mulheres acima de 18 anos que apresentavam pelo menos um sintoma de IU, POP ou IA por pelo menos 3 meses (AROUCA et al, 2016) (ANEXO I).

4.3.3 Critérios ROMA IV;

É um questionário contendo 6 critérios (Esforço evacuatório, fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou bloqueio anorretal, manobras manuais para facilitar a evacuação e número de evacuações semanais), a resposta da entrevistada pode variar de 0 = Nunca ou raramente a 4 = Sempre (Drossman, 2016) (ANEXO II).

4.4 Coleta de dados

Será entregue um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), e então serão explicados às entrevistadas, o estudo e seus objetivos, seguido da aplicação da ficha de identificação de fatores associados às DMAP, PFDI-SF-20 e os critérios ROMA IV.

Os questionários serão aplicados no período de janeiro de 2018 à abril de 2018, em forma de entrevista individual, nos postos de saúde e clube de mães do município de Araranguá – SC e Balneário Arroio do Silva – SC.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para execução dessa pesquisa, serão cumpridas as determinações éticas de acordo com o item IV da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Os nomes das participantes serão preservados, ou seja, não serão expostos na apresentação dos resultados da pesquisa, sendo as mesmas identificadas apenas por número. As participantes do estudo consentirão a divulgação das informações através um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação será opcional, permitindo em qualquer das perguntas que a idosa deixe de responder.

O projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (CAAE 53023716.0.0000.0121) (ANEXO I).

4.6 Analise estatística

Os dados coletados serão armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante será cadastrada segundo um número codificador. A análise

estatística será realizada no pacote estatístico *SPSS – Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0).

Inicialmente, todas as variáveis serão analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas).

Para associação entre variáveis categóricas, será utilizado o teste de Qui Quadrado χ^2 ou exato de Fisher, quando necessário. A comparação entre os dois grupos, com variáveis numéricas, será realizada por meio do teste *t* para amostras independentes ou teste de Mann-Whitney, conforme a distribuição dos dados. A comparação entre proporções será realizada no Software Med MedCalc®.

Para verificar os fatores associados será utilizado uma regressão logística binária. Será adotado um nível de significância de 5%.

5. CRONOGRAMA

Quadro 1 – Cronograma do projeto

ATIVIDADES	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento da aluna com métodos de avaliação			X	X						
Coleta dos dados					X	X	X	X	X	
Tabulação dos dados e análise estatística dos resultados										X
Redação para publicações científicas										X
Divulgação dos resultados										X

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

6. ORÇAMENTO

Os gastos referentes ao estudo serão de responsabilidade do pesquisador.

Quadro 2 – Orçamento do estudo

Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Folhas A4	2 resmas	15,00	30,00
Fotocópias	300	0,12	36,00
Aquisição de artigos	5	70,00	350,00
Encadernação projeto	2	2,00	4,00
Encadernação TCC	4	2,00	8,00
Encadernação TCC final	1	25,00	25,00
CD	2	1,00	2,00
Total			455,00

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Nathália de Souza et al. **Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária**; Rev. bras. fisioter. vol.11 no.6 São Carlos Nov./Dec. 2007.
- ALLAHDADI, Kyan; TOSTES, Rita; WEBB, Clinton. **Kyan Allahdadi: Female Sexual Dysfunction: Therapeutic Options and Experimental Challenges**, Cardiovasc Hematol Agents Med Chem. October, 2009.
- ALMEIDA, Emília et al. **Rotinas Fisioterapêutica em Uroginecologia Ambulatorial**. MULTITEMAS n. 24, jan. 2002.
- ALVES, José. **Constipação intestinal**, Gastroenterologia; JBM - MARÇO/ABRIL, 2013, VOL. 101, No 2, pg 31.
- AROUCA, Mariana 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, 2014.
- ASPLUND, Robin. **Hip Fractures, Nocturia, And Nocturnal Polyuria In The Elderly**. ArchivesofGerontolandGeriat.2006.
- BHARUCHA, Adil; DORN, Spencer; LEMBO, Anthony. **Adil Bharucha: American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation**; GASTROENTEROLOGY Vol. 144, No. 1, 2013
- BORBA, Alessandra, Maria; LELIS, Maria, Alice; BRETAS, Ana, Cristina. **Alessandra Maria de Borba: Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres**. Texto contexto - enferm. Florianópolis 3, set. 2008.
- BORDMAN, Risa et al. **Step-by-step approach to managing pelvic organ prolapse Information for physicians**; Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien, Vol 53: march • mars 2007.
- BUSTER, John E. **Managing female sexual dysfunction; Fertility and Sterility**, Vol. 100, No. 4, October 2013.
- Bø, Kari et al; **Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 1—exercise in women planning pregnancy and those who are pregnant**; Br J Sports Med 2016.
- CARRASCO, Garcia; CANTALAPIEDRA, J, Aboitz. **Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática**. Asociación Espanola de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados. 2012.
- CARVALHO, F. J. W. de. **Envelhecimento do aparelho gênito-urinário**. In: FREITAS, E V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

COLLARES, M, C, Patricia et al. **Desenvolvimento de recurso de animação como suporte informativo na incontinência urinária.** Acta Fisiatrica 2009.

CORTEZ, C, D, Kelly; MENDONÇA, S, Sarah; FIGUEIROA, S, Marina. **Kelly Cristina Duque Cortez:** Fecal incontinence as consequence of anorectal surgeries and the physiotherapeutic approach; J. Coloproctol. (Rio J.) vol.31 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2011.

COYNE, S, Karin et al. **Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom, and the United States.** Editorial by Jean-Nicolas Cornu on pp. 1996–1997.

CUNHA, Rayanne et al. **Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório.** Rev Fisioter S Fun. Fortaleza, 2016.

DAWALIBI, W, Nathaly et al. **Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO;** Estudos de Psicologia I Campinas I 30(3) I 393-403 I julho - setembro 2013.

DELGADO-AROS, Susan et al. **Characteristics of primary care processes for the treatment of faecal incontinence in AM urbamárea.** Colorectal Diseases 2010 October 19.

DOSHANI, Anjum et al. **Uterine prolapse;** BMJ | 20 OCTOBER 2007.

DROSSMAN, A, Douglas. **Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV.** Gastroenterology 2016.

FECHINE, R,A, Basilio; TROMPIERI, Nicolino. **O Processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos;** Revista Científica Internacional, Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012.

FERREIRA, L, Lucas; MARINO, H,C, Lais; CAVENAGHI, Simone. **Intervenção fisioterapêutica na incontinência anal do idoso.** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.37, n. 3, p. 168-172, Set/Dez 2012.

FIGUEIREDO, M, Elyonara et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública.** Rev Bras Fisioter. 2008.

FITZ, F, Fátima et al. **Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária.** Rev Assoc Med Bras 2012.

FOWLER, Susan. **Pelvic Floor Muscle Training Versus No Treatment, or Inactive Control Treatments, for Urinary Incontinence in Women.** September/October 2011.

FRITEL, Xavier et al. **Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors: POP symptoms, Qol and risk factors.** Obstetrics and Gynecology, Lippincott, Williams & Wilkins, 2009.

GIARENIS, Ilias; ROBINSON, Dudley. **Prevention and management of pelvic organ prolapse**; Published: 04 September 2014.

GRIMES, A, David; SCHULZ, F, Kenneth. **An overview of clinical research: the lay of the land**. The Lancet, 359, 57-61 (2002).

GUEDES, M, Janesca; SEBBEN, Vanessa. **Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica**. RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 105-113 - jan./jun. 2006.

HARISH, Thippeswamy; MULIYALA, P, Krishna; MURTHY, Pratma. **Thippeswamy Harish: Successful management of vaginismus: An eclectic approach**; Indian J Psychiatry. 2011.

HOLROYD-LEDUC, M, Jayna et al. **What type of urinary incontinence does this woman have?** JAMA. 2008.

HORST, Wagner; SILVA,, Jean. **Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura**. Arq. Catarin Med. 2016 abr-jun.

HSIEH, Christine. **Treatment of Constipation in Older Adults**; American Family Physician; December 1, 2005.

JELOVSEK, Erik; MAHER, Christopher; BARBER, D, Matthew. **Pelvic organ prolapse**. The Lancet, Volume 369, Issue 9566, 24–30 March 2007.

JELOVSEK, Erik; MAHER, Christopher; BARBER. **Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life**. Am J Obstet Gynecol. 2006

KAO, Alina et al. **Dyspareunia in postmenopausal women: A critical review**. Pain Res Manage 2008.

KHANDELWAL, Christine; KISTLER, Christine. **Diagnosis of Urinary Incontinence**. American Family Physician Volume 87, Number 8, April 15, 2013.

LAZARESCU, Adriana; TURNBULL, Geoffrey; VANNER, Stephen. **Adriana Lazarescu: Investigating and treating fecal incontinence: When and how**. Can J Gastroenterol 2008.

LARA, A, S, Lúcia et al. **Abordagem das disfunções sexuais femininas**; Artigo de Revisão, 2008.

LAZARI, Izabel; LOJUDICE, Daniela; MAROTA, Amanda. **Izabel Lazari: Avaliação da Qualidade de Vida de Idosas com Incontinência Urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência.**: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2009.

LEITE, José; POÇAS, Fernando. **Tratamento da Incontinência Fecal**. Rev Port Coloproct. 2010.

- LEUNG, Louis et al. **Chronic Constipation: An Evidence-Based Review**; JABFM July-August 2011.
- LIMA, I, M, Maria et al. **Prolapso Genital**. FEMINA | Março/Abril 2012.
- LIMA, Sonia et al. **Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2010.
- LONGSTRETH, F, George et al. **Functional bowel disorders**. Gastroenterol 2006.
- LOPES, Maria; HIGA, Rosângela. **Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher**. Rev Esc Enferm USP 2006.
- LUBER, Karl et al. **The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections**. Am J Obstet Gynecol. 2001.
- MENDONÇA, Carolina; AMARAL, Waldemar. **Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura**. FEMINA | Março 2011.
- MENDONÇA, Carolina et al. **Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento**. FEMINA | Julho/Agosto 2012.
- MENEZES, C, Enaiane; VIRTUOSO, F, Janeisa; MAZO, Z, Giovana. **Enaiane Cristina Menezes**. Mulheres idosas com incontinência urinária apresentam menor nível de atividade física habitual. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 17, p. 612, 2015.
- OLIVEIRA, Lúcia et al. **Novos tratamentos para a incontinência anal: injeção de silicone melhora a qualidade de vida em 35 pacientes incontinentes**Revista Brasileira de Coloproctologia 2007.
- OLIVEIRA, Simone et al. **Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados**. Arquivo de Gastroenterologia 2006 abr./ jun; 2006.
- PALMA, Paulo.; RICCETTO, Carlos. **Incontinência urinária na mulher**. In: BARATA, H. S.; CARVALHAL, G. F. Urologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 209- 235.
- PIASSAROLLE, Virginia et al. **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010.
- QUINTÃO, Maria et al. **Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 13, núm. 2, 2010.
- RODRIGUES, Andrea et al. **Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2009.

ROQUE, Maria; BOURAS, Ernest. **Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients**. Clinical Interventions in Aging 2015.

SADOCK, J, Benjamin; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

SANTOS, Claudia; SANTOS, Vera. **Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre - Minas Gerais**. Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.1 São Paulo Mar. 2011.

SCHUSTER, Brenda; KOSAR, Lynette; KAMRUL, Rejina. **Constipation in older adults, Stepwise approach to keep things moving**; Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien | Vol 61: february • février 2015.

SHIN, Jeong-Eun et al. **Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Functional Constipation in Korea**, J Neurogastroenterol Motil, Vol. 22 No. 3 July, 2016.

SOUSA, G, de S, Juliana et al. **Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária**. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 24, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2011.

SWIFT, Steven et al. **Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects**. Am J Obstet Gynecol. 2005.

TORREALBA, Fátima; OLIVEIRA, Léa. **Incontinência urinária na população feminina de idosas**. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 14, núm. 1, 2010.

TRISÓGLIO, Caren et al. **Prevalência de Constipação Intestinal entre Estudantes de Medicina de uma Instituição no Noroeste Paulista**. Rev bras Coloproct Vol. 30 N° 2. Abril/Junho, 2010.

VANDER, Vaart; HUIBERT, Carl. **Pelvic floor dysfunction and Quality of Life in women. Thesis University Utrecht.-With ref.-With summary in Dutch**. 2001.

VASCONCELOS, Camila et al. **Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.04, N°. 01, Ano 2013.

WANG, Y, Jennifer; ABBAS, A, Maher. **Current Management of Fecal Incontinence**; Perm J 2013.

APÊNDICE A - TCLE

Prezado(a),

Este termo tem o objetivo de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada **Fatores Associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico em idosas sedentárias**. Esta pesquisa é desenvolvida pela professora Dr^a Janeisa Franck Virtuoso, professora da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá e pelas acadêmicas Bruna Orige Mondardo e Bruna Souza Cidade, alunas do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina que utilizará os resultados desse estudo como Trabalho de Conclusão de Curso.

A participação na pesquisa é voluntária e antes de assinar este termo, é importante que você leia as informações contidas neste documento, que informa a proposta e os procedimentos que serão utilizados para a realização da pesquisa.

Objetivo do estudo: Analisar os fatores associados às disfunções dos músculos do assoalho pélvico em idosas sedentárias.

Medidas e avaliações: A coleta das informações será realizada através de um questionário respondido por você.

Procedimentos do estudo: A aplicação do questionário será mediante convite, que poderão responder o questionário e posteriormente devolver a pesquisadora.

Riscos e Desconfortos: Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos mínimo. Os questionários serão respondidos pelo próprio participante preencherão somente algumas informações referentes ao objetivo do estudo. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no seu corpo, que acarrete danos psicológicos e sociais. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, além de reconsideração e desculpas. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, entretanto, caso tenha alguma despesa, essa será ressarcida. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Por fim, salientamos que os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem dos participantes serão realizados em sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido desse estudo.

Benefícios: Entre os benefícios, as informações da pesquisa auxiliarão a compreender melhor sobre os fatores que estão associados às doenças musculares do assoalho pélvico.

Asseguramos antecipadamente que:

- a) Você somente participará da pesquisa com a sua autorização, por meio da entrega desse termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado;
- b) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo;
- c) Será garantido aos participantes a privacidade à sua identidade e o sigilo de suas informações;
- d) Você terá liberdade para recusar-se a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para si;
- e) Se houver algum dano eventual decorrente da pesquisa, garantimos que o(a) Sr(a) será indenizado;
- f) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo, entretanto, se o(a) Sr(a) tiver algum custo com a participação na pesquisa, como despesas do Sr(a) e seus acompanhantes, quando necessário, como transporte e alimentação, esse será ressarcido pelos pesquisadores.

Caso você tenha dúvidas ou perguntas a respeito do estudo, você poderá contatar a pesquisadora pelo telefone (48) 8414-7815 ou pelo e-mail: janeisa.virtuoso@ufsc.br

Eu, _____, li e entendi todas as informações contidas nesse termo de consentimento e, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para participação no presente estudo.

Assinatura: _____

Local e data: _____.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “Fatores associados às disfunções musculares do assoalho pélvico em idosas sedentárias”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, e que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador”. “As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto”. “Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados”.

Araranguá (SC), _____ de _____, de _____

Assinatura do voluntário

Declaração do pesquisador: Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante.

Pesquisador responsável: Prof^a. Janeisa Franck Virtuoso – (48) 8414-7815, janeisa.virtuoso@ufsc.br

Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 - Km 35,4 - Bairro: Jardim das Avenidas

Cep: 88906-072 – Araranguá - SC

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400 Telefone: (48) 3721-6094 - E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1 DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Telefone para contato: _____

Idade: _____

Escolaridade:	Estado civil:	Atualmente, o senhora é:
<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Aposentado
<input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Pensionista
<input type="checkbox"/> Fundamental completo	<input type="checkbox"/> Separado(a)/ Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Aposentado e Pensionista
<input type="checkbox"/> Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ainda trabalho
<input type="checkbox"/> Médio completo		No que? _____
<input type="checkbox"/> Ensino superior		
<input type="checkbox"/> Pós-graduação		

2 FATORES GINECOLÓGICOS

Há quanto tempo a senhora esta na menopausa? _____ anos

A senhora faz terapia de reposição hormonal? Sim Não

Qual o medicamento utilizado? _____

Já realizou procedimento cirúrgico ginecológico? Sim Não

Qual? _____ Via vaginal Via Abdominal Há quanto tempo? _____ anos

Qual? _____ () Via vaginal () Via Abdominal Há quanto tempo? _____ anos

Qual? _____ () Via vaginal () Via Abdominal Há quanto tempo? _____ anos

3 FATORES OBSTÉTRICOS

Qual o número de:

Gestações () Partos () Abortos ()
 Cesáreas () Partos Normais ()

Qual o peso do maior nascido? _____ quilogramas

Foi realizado episiotomia durante o parto normal? () Sim () Não () Não lembro

Houve laceração durante o parto normal? () Sim () Não () Não lembro

Foi utilizado o fórceps durante o parto normal? () Sim () Não () Não lembro

4 FATORES CLÍNICOS

Quais dessas doenças a senhora já foi diagnosticada?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| () 1 – Artrose | () 14 – Sinusite |
| () 2 – Artrite | () 15 – Glaucoma |
| () 3 – Osteoporose | () 16 – Fibromialgia |
| () 4 – Hipertensão Arterial | () 17 – Osteopenia |
| () 5 – Diabetes | () 18 – Hérnia de Disco |
| () 6 – Colesterol Alto | () 19 – Epilepsia |
| () 7 – Histórico de Infarto | () 20 – Bronquite |
| () 8 – Histórico de Derrame – AVC | () 21 – Doença de Alzheimer |
| () 9 – Doença Cardíaca | () 22 – Depressão |
| () 10 – Gastrite | () 23 – Hipotireoidismo |

- () 11 – Parkinson
 () 12 – Labirintite
 () 13 – Insuficiência Renal
 () 24 – Traumas do SNC
 () 25 – Outros. Quais?

Medicamentos em uso:

Medicamento 1: Medicamento 2:

5 FATORES COMPORTAMENTAIS

- Costuma fumar com frequência? () Sim () Não
- Costuma beber álcool com frequência? () Sim () Não
- Costuma consumir café com frequência? () Sim () Não
- Mudou de peso nos últimos anos? () Sim () Não
- Possui o intestino preso? () Sim () Não
- Realiza alguma atividade física regularmente (ginástica, caminhada, hidroginástica e esporte em geral...)? () Sim () Não
 Qual? _____
- Se realiza, qual a frequência semanal? _____ vezes

6 FATORES HEREDITÁRIOS

- Qual a sua raça? () Branca () Negra () Indígena () Asiática
- Alguém na sua família tem incontinência urinária? () Sim () Não
- Quem?
- () Avó () Mãe () Irmã () Tia
- () Outros: _____

7 FATORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____ kg/m²

Circunferência:

Cintura: _____ cm

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Identificação e tipologia da incontinência urinária

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

Você perde urina quando tosse, espirra, faz força ou carrega peso? () Sim () Não

Você perde urina antes de chegar ao banheiro depois de sentir forte vontade de urinar ou sem perceber? () Sim () Não

Você perde urina de alguma forma diferente das duas perguntas anteriores? () Sim () Não

Qual? _____

Perguntas relacionadas com a presença de incontinência urinária

Há quanto tempo as alterações devido a IU apareceram? _____ anos

Essa perda de urina, surgiu em que período?

() Durante a infância () Durante a gestação () Após o parto () Após uma cirurgia

() Após um trauma () Na menopausa () Na pós menopausa () Outro: _____

Ao primeiro desejo forte de urinar, consegue chegar ao banheiro?

() Sim, sem dificuldade () Sim, mas com dificuldade () Não consegue segurar

Quantas vezes a senhora vai ao banheiro? () ao dia () a noite

Seu volume miccional é () Pequeno () Médio () Grande

Ocorre perda urinária em alguma dessas situações?

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de Risco para Incontinência Urinária em Mulheres Residentes na Região da Araranguá

Pesquisador: Janeisa Franck Virtuoso

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53023716.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.661.484

Apresentação do Projeto:

O Projeto é vinculado ao curso de graduação em Fisioterapia da UFSC - Centro de Araranguá. A pesquisa é exploratória do tipo transversal analítica, pois pretende analisar simultaneamente os fatores de risco e a presença de incontinência urinária entre mulheres residentes na região de Araranguá. Por meio desse tipo de estudo é possível investigar a associação entre exposição (fatores de risco) e desfecho (incontinência urinária).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar os fatores de risco para incontinência urinária em mulheres residentes na região de Araranguá.

Objetivos Específicos:

- Verificar a prevalência e os fatores de risco para incontinência urinária em mulheres residentes na região de Araranguá;
- Identificar os sintomas de gravidade incontinência urinária entre as mulheres residentes na região de Araranguá;
- Verificar possíveis relações entre a presença de incontinência urinária (desfecho) e os fatores de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

risco (exposição) em mulheres residentes na região de Araranguá.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios adequadamente previstos e mencionados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com proposta relevante, hipóteses e objetivos bem definidos. A metodologia a ser utilizada permite atingir os objetivos do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram adequadamente apresentados e o TCLE readequado conforme solicitado.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as adequações no projeto foram realizadas, portanto o presente protocolo de pesquisa está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_632164.pdf	20/07/2016 11:19:50		Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.doc	20/07/2016 11:19:12	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_CORRECOES_2.docx	19/07/2016 17:26:17	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	CARTA_AO_COMITE.doc	20/04/2016 14:57:58	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_COM_CORRECOES.doc	20/04/2016 14:57:18	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_CORRECOES.docx	20/04/2016 14:57:03	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CIENCIA.pdf	05/02/2016	Janeisa Franck	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.661.484

Outros	DECLARACAO_DE_Ciencia.pdf	10:16:19	Virtuoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.doc	02/02/2016 11:09:50	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/02/2016 11:09:31	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PROJETO.pdf	02/02/2016 11:08:40	Janeisa Franck Virtuoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 03 de Agosto de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

ANEXO II - PFDI-SF-20

Questões	Sim	Não	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante
1. Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?						
2. Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?						
3. Você geralmente tem uma Bbola^, ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?						
4. Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?						
5. Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?						
6. Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?						
7. Você sente que precisa fazer muita força para Evacuar/defecar?						
8. Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?						
9. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?						
10. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?						
11. Você as vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?						
12. Você as vezes sente dor durante a evacuação/defecação?						
13. Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?						

14. Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?						
15. Você tem aumento da frequência urinária?						
16. Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?						
17. Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?						
18. Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?						
19. Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?						
20. Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?						

ANEXO III - Critérios ROMA IV

Critério	Pergunta (últimos seis meses)	Resposta
Esforço evacuatório	(A) Com que frequência a senhora teve que fazer força ou esforço para fazer cocô?	(0) Nunca ou Raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Fezes endurecidas ou fragmentadas	(B) Com que frequência a senhora teve fezes duras, endurecidas ou como se fossem bolinhas.	(0) Nunca ou Raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Sensação de evacuação incompleta	(C) Com que frequência a senhora teve sensação de evacuação incompleta, ou seja, mesmo após ter feito cocô, permaneceu com vontade?	(0) Nunca ou Raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Sensação de obstrução ou bloqueio anorectal	(D) Com que frequência a senhora sentiu que as fezes não conseguem passar, que estão trancadas ou presas no ânus?	(0) Nunca ou Raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Manobras manuais para facilitar a evacuação	(E) Com que frequência a senhora teve que usar o dedo para ajudar na saída das fezes?	(0) Nunca ou Raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3) Maior parte das vezes (4) Sempre
Número de evacuações semanais	(F) Quantas vezes por semana a senhora costuma fazer cocô?	() vezes/semana