



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**MELIZA MERCEDES ULLER ANTUNES**

**SINTOMAS PÉLVICOS, ANORRETAIS E URINÁRIOS EM MULHERES ADULTAS EM RELAÇÃO AO  
ESTADO NUTRICIONAL**

Araranguá  
2018

**MELIZA MERCEDES ULLER ANTUNES**

**SINTOMAS PÉLVICOS, ANORRETAIS E URINÁRIOS EM MULHERES ADULTAS EM RELAÇÃO AO  
ESTADO NUTRICIONAL**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Janeisa Franck Virtuoso

Araranguá  
2018

Dedico esse artigo à minha amada Família.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou grata a Deus, por ter me dado à oportunidade de cursar Fisioterapia e condições pra seguir em frente. Agradeço aos meus irmãos Victor e Alex, minha mãe Sandra e meu pai Ademar, por sempre estarem comigo, por me fazer todos os dias sentir-me capaz e confiante, por me dar forças pra continuar e por não medirem esforços pra realizar meus sonhos. Agradeço as minhas amigas, Karen Hartmann e Aline Schatzmann, por estarem comigo durante toda a caminhada e mesmo de longe serem meu porto seguro. Agradeço as minhas companheiras de faculdade, Vivian Junglos e Luana Ghizzo, por terem me dado suporte nos momentos bons e difíceis que a faculdade proporcionou. Agradeço por fim, ao Grupo de Estudos em Fisioterapia na Saúde da Mulher por me acolherem tão carinhosamente e a minha orientadora Janeisa Franck Virtuoso por me inspirar e por ter plantado a semente da pesquisa no meu coração, mostrando-me o caminho que desejo seguir na nova fase da minha vida acadêmica e profissional.

“Mas os que esperam no Senhor renovarão as forças,  
subirão com asas como águias; correrão, e não se cansarão;  
caminharão, e não se fatigarão”. Isaías 40:31

SINTOMAS PÉLVICOS, URINÁRIOS E INTESTINAIS COMO COMORBIDADES EM  
MULHERES ADULTAS EM RELAÇÃO AO ESTADO NUTRICIONAL

PELVIC, URINARY AND INTESTINAL SYMPTOMS AS COMORBIDITIES IN ADULT  
WOMEN IN RELATION TO THE NUTRITIONAL STATE

PELVIC SYMPTOMS IN RELATION TO NUTRITIONAL STATUS

Karoline Sousa Scarabelot<sup>1</sup>, Meliza Mercedes Uller Antunes<sup>2</sup>, Andreia Pelegrini<sup>1</sup>, Janeisa  
Franck Virtuoso<sup>3</sup>.

1. Mestre; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil;
2. Graduanda de Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Araranguá, SC, Brasil;
3. Doutora; Docente no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil.

Endereço: Universidade do Estado de Santa Catarina, CEFID - Rua Pascoal Simone, 358 -  
Coqueiros, Florianópolis - SC, 88080-350

Contato autores: Karoline Sousa Scarabelot – (48) 99945-4055,  
[karoline.scarabelot@edu.udesc.br](mailto:karoline.scarabelot@edu.udesc.br); Meliza Mercedes Uller Antunes – (48) 99648-0131,  
[meliza.uller@hotmail.com](mailto:meliza.uller@hotmail.com); Andreia Pelegrini – (48) 3664-8600, [andrea.pelegrini@udesc.br](mailto:andrea.pelegrini@udesc.br);  
Janeisa Franck Virtuoso – (48) 98414-7815, [janeisa.virtuoso@ufsc.br](mailto:janeisa.virtuoso@ufsc.br)

Contribuições dos autores: Karoline Sousa Scarabelot realizou a concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e escrita científica do artigo final; Meliza Mercedes Uller Antunes auxiliou na coleta e escrita científica do artigo; Andreia Pelegrini realizou a revisão e aprovação da versão final do artigo; Janeisa Franck Virtuoso realizou a análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Registro ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5507-9236>

Artigo oriundo da Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação - Disfunções dos músculos do assoalho pélvico e medidas antropométricas em mulheres adultas, Karoline de Sousa Scarabelot, Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

Categoria do artigo: Original

Área temática: Nutrição e saúde coletiva

Quantidade total de ilustrações (tabelas, quadros e figuras): 3

Quantidade total de palavras: 3.315

**Fonte de financiamento:** CAPES e pelos próprios pesquisadores

## Resumo

**Introdução:** O sobrepeso e a obesidade são fatores associados a diferentes disfunções dos músculos do assoalho pélvico. **Objetivo:** Identificar a presença dos sintomas pélvicos, anorretais e urinários em mulheres adultas em relação ao estado nutricional. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal cuja amostra foi composta por 54 mulheres, com idade entre 18 e 35 anos, no qual foram divididas de acordo com a o Índice de Massa Corporal (Massa corporal/altura<sup>2</sup>), categorizadas em eutróficas (<25 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25 kg/m<sup>2</sup> a 29,99 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). A presença dos sintomas das disfunções dos músculos do assoalho pélvico foi avaliada por meio do *Pelvic Floor Distress Inventory* e o impacto causado por esses sintomas pelo *Pelvic Floor Impact Questionnaire*. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial com nível de significância de 5%. **Resultados:** O escore total do *Pelvic Floor Distress Inventory* apresentou média de 22,95 (dp= 26,11) no grupo eutrófico e 59,67 (dp= 47,80) no grupo obesidade (p=0,01). Entre as escalas analisadas, o sintoma urinário foi diferente entre grupos com valores maiores nas mulheres com obesidade em relação ao grupo eutrófico (p=0,01). Na associação entre cada sintoma das escalas, encontrou-se diferença significativa no esvaziamento incompleto do intestino, em que a maior frequência ocorreu nas mulheres com sobrepeso, nos sintomas de incontinência urinária de urgência, incontinência urinária de esforço e dificuldade em esvaziar a bexiga, sendo verificadas frequências significativamente maiores nas mulheres com obesidade. **Conclusão:** Os sintomas das disfunções dos músculos do assoalho pélvico, sobretudo os urinários estão mais presentes em mulheres adultas obesas quando comparadas as eutróficas.

**Palavras chave:** Incontinência urinária, sobrepeso, obesidade, índice de massa corporal.

## Abstract

**Introduction:** Overweight and obesity are factors associated with different dysfunctions of pelvic floor muscles (PFMD). **Objective:** To identify the presence of pelvic, anorectal and urinary symptoms in adult women in relation to nutritional status. **Methods:** This was a cross-sectional study whose sample consisted of 54 women, aged between 18 and 35 years, in which they were divided according to the Body Mass Index (Body mass / height<sup>2</sup>), categorized in eutrophic (<25 kg / m<sup>2</sup>), overweight (25 kg / m<sup>2</sup> to 29.99 kg / m<sup>2</sup>) and obesity (≥ 30 kg / m<sup>2</sup>). The presence of PFMD symptoms was evaluated using the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) and the impact of these symptoms on the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7). Descriptive and inferential statistics were used, with a significance level of 5%. **Results:** The total score of the Pelvic Floor Distress Inventory presented a

median of 22.95 (dp= 26,11) in the eutrophic group and 59.67 (dp= 47,80) in the obesity group ( $p = 0.01$ ). Among the scales analyzed, the urinary symptom was different between groups with higher values in women with obesity ( $p = 0.01$ ). In the association between each symptom of the scales, there was a significant difference in incomplete bowel emptying, in which the highest frequency occurred in overweight women, in the symptoms of urinary incontinence, urinary incontinence, and difficulty in emptying the bladder significantly higher frequencies in obese women. Conclusion: Obesity may present as comorbidities in the symptoms of dysfunctions of pelvic floor muscles in adult women, especially urinary symptoms.

Key words: Urinary incontinence, overweight, obesity, body mass index.

## Sumário

Introdução.....	11
Métodos .....	12
Resultados .....	14
Discussão.....	15
Conclusão .....	17
Fonte de financiamento:.....	17
Referências.....	18
Tabelas e figuras.....	23
Apêndices e anexos.....	26

## Introdução

As disfunções dos músculos do assoalho pélvico (DMAP) incluem alterações de bexiga, intestinais, sexuais e dor pélvica [1]. Entre essas disfunções, estão a Incontinência Urinária (IU), Incontinência Anal (IA) e o Prolapso de Órgão Pélvico (POP) definidos, respectivamente, pela queixa de perda involuntária de urina, perda involuntária de fezes e/ou flatos, e descida isolada ou acompanhada da parede vaginal anterior, parede vaginal posterior, colo do útero ou ápice da vagina [2]. As DMAP ocorrem em 25% das mulheres com mais de 20 anos de idade, [3] sendo que, frequentemente, esses sintomas coexistem [4] e mostram impacto negativo na qualidade de vida [5, 6, 7].

A prevalência dessas disfunções pode ser explicada por fatores como histórico familiar, idade avançada, menopausa, história obstétrica [8], câncer ginecológico [9] e obesidade [10]. Entre esses fatores, destacam-se o sobrepeso e a obesidade de modo que Romero-Talamás et al. (2016)[11] observaram que a média do escore total dos sintomas do assoalho pélvico avaliado pelo *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20), diminuiu de 76,7 (dp=47,2) para 52,2 (dp=50,9) após realização de cirurgia bariátrica em mulheres com obesidade mórbida e idade média de 48,8 anos (dp=10,5), no qual neste questionário, quanto maior a pontuação, maior é o número de sintomas apresentado pelo indivíduo.

O sobrepeso pode prejudicar a função do assoalho pélvico devido o aumento crônico da pressão intrabdominal, levando a um aumento da pressão vesical e da mobilidade uretral, associada à fraqueza prolongada da musculatura pélvica ocasionando a IU [12]. Da mesma forma, o aumento de pressão intrabdominal provoca um enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico e das fâscias pélvicas, causando o POP e influenciando negativamente o aumento da gravidade dos sintomas desta disfunção [13].

Na literatura mundial existem muitas evidências que relacionam o sobrepeso e DMAP [10, 14, 15], entretanto, a maioria dos estudos foram conduzidos em mulheres de meia idade ou idosas [16, 17, 18], deixando escasso na literatura informações sobre mulheres adultas jovens. O conhecimento acerca da influência do sobrepeso/obesidade nos sintomas das DMAP em mulheres adultas poderá auxiliar na prevenção das DMAP que refletirá na diminuição dos sintomas em idade mais avançada, bem como no esclarecimento a cerca dessas comorbidades nessa população, uma vez que, o sobrepeso e a obesidade já estão estabelecidos como fatores de risco para o desenvolvimento das DMAP nas idosas [18, 19]. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar a presença dos sintomas pélvicos, anorretais e urinários em mulheres adultas jovens em relação ao estado nutricional.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal redigido conforme as recomendações STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) realizado no município de Araranguá, Santa Catarina, Brazil. Nesse estudo, foi investigada a presença dos sintomas das disfunções dos músculos do assoalho pélvico (DMAP) em três grupos categorizados de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). O grupo com sobrepeso foi composto por mulheres com IMC entre 25 kg/m<sup>2</sup> e 29,99 kg/m<sup>2</sup>, já o grupo obesidade, por mulheres com IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> enquanto que o grupo eutrófico, por mulheres com IMC < 25 kg/m<sup>2</sup> [20].

Os critérios de inclusão foram mulheres com idade entre 18 e 35 anos, independente da paridade, via de parto e prática regular de atividade física. Foram excluídas gestantes, atletas profissionais e amadoras, mulheres que realizaram cirurgia bariátrica, histerectomia total e que relataram sintomas de infecção urinária.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)(Anexo 2), foi realizado o convite, em rede social e unidades básicas de saúde, para participar da pesquisa, o que caracterizou uma amostragem por conveniência. Para caracterização da amostra, foram coletados, sob forma de entrevista, dados sociodemográficos (nome, idade, data de nascimento, contato, endereço, estado civil, profissão e grau de escolaridade), dados clínicos (presença ou não de doenças associadas, se faz ou não uso de medicações, se apresenta ou não histórico familiar de DMAP, se realizou ou não alguma cirurgia, se apresenta ou não limitações física), ginecológicos (uso ou não de método contraceptivo, se realizou ou não alguma cirurgia ginecológica, se possui ou não um parceiro e se utiliza ou não algum outro tipo de hormônio), obstétricos (número de gestações, número de parto vaginal e cesárea, se realizou episiotomia ou não, se teve laceração ou não no momento do parto, se utilizou fórceps ou não, peso do maior nascido e se teve ou não complicações durante o parto), e comportamentais (se pratica regularmente atividade física, qual atividade física pratica, frequência semanal e quanto tempo dura cada atividade)(Apêndice I).

A presença dos sintomas das DMAP foi avaliada pelos questionários complementares *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) (Anexo 3) e *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) (Anexo 4). O PFDI-20 e o PFIQ-7 foram desenvolvidos por Barber et al (2001)[22] e validados para o português por Arouca et al (2016) [23]. Esses questionários além de breves são considerados confiáveis para identificar os sintomas das DMAP [24]. O PFDI-20 avalia a presença dos sintomas específicos do assoalho pélvico, incluindo sintomas pélvicos, anorretais e urinários. Esses sintomas são avaliados por três escalas respectivamente, *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* (POPDI-6), *Colorectal-Anal Distress Inventory* (CRADI-8) e *Urinary Distress Inventory* (UDI-6). Cada escala proporciona

um escore e a soma das três escalas, um escore total. Os itens no PFDI-20 primeiramente interrogam se cada sintoma é experimentado (sim ou não) e se "sim", o grau de incomodo é avaliado em uma escala que varia de um (nada) a quatro (bastante).

Quanto ao impacto causado pelos sintomas, foi aplicado o *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7), que também apresenta escalas (bexiga, intestino e vagina ou pelve) e avalia o impacto dos sintomas sobre a capacidade de fazer tarefas domésticas, atividades físicas, atividades de entretenimento, viagens, atividades sociais, saúde emocional e sentimento de frustração em uma escala que varia de zero (nenhum pouco) a três (bastante). Os dois questionários, o PFDI-20 e o PFIQ-7, geram um escore total de 0 a 300 pontos em que pontuações mais altas indicam piora dos sintomas e maior impacto, sendo que cada subescala dos questionários proporcionam um escore de 0 a 100 pontos [21].

Em relação às medidas antropométricas, as seguintes variáveis foram avaliadas: massa corporal, por meio de balança portátil digital da marca G-Tech com resolução de 0,1kg e estatura, por meio de um estadiômetro portátil da marca Sanny, com resolução de 0,5cm. As participantes foram orientadas a ficarem descalças e utilizar o mínimo de roupa possível. Todas as medidas foram realizadas por um único avaliador do sexo feminino e de acordo com a padronização da International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK) [25]. O IMC foi calculado dividindo-se a massa corporal (em kg) pelo quadrado da estatura ( $m^2$ ) e categorizado em eutrófico, sobrepeso e obeso [20]. O IMC foi a variável antropométrica escolhida, pois se trata da variável mais utilizada na literatura para definir o sobrepeso e obesidade em mulheres com DMAP [26, 27, 28, 29]. Desse modo, as comparações entre as diferentes populações puderam ser realizadas.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018 em uma clínica privada de fisioterapia de Araranguá-SC, a fim de proporcionar maior privacidade às participantes. No momento do agendamento, as participantes receberam orientações a fim de garantir maior controle das variáveis antropométricas, como não realizar exercício físico extenuante antes da avaliação; não ingerir alimento, álcool ou cafeína 3h antes da avaliação; ter dormido de 6 a 8 horas no dia anterior a avaliação; beber bastante quantidade de água ao longo das 24 horas antecedentes ao teste [30].

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), deu-se início aos procedimentos de coleta de dados. Estes procedimentos ocorreram em três etapas, realizadas no mesmo dia. Primeiramente foram avaliados os dados sociodemográficos, clínicos, ginecológicos e obstétricos. Em seguida, foram realizadas as medidas antropométricas e a aplicação de questionários para investigar a presença dos sintomas das DMAP (PFDI-20 e PFIQ-7).

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

análise estatística foi realizada no pacote estatístico IBSm SPSS Statistics (20.0). Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas). Foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados. Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) ou Exato de Fisher, quando necessário. Para comparação entre três grupos foi realizado o teste Kruskal-Wallis com post-hoc Dunn. Foi adotado um nível de significância de 5%.

Foi realizado um cálculo amostral a posteriori, por meio do software G Power, de modo que as mulheres com sobrepeso apresentaram um escore total do PFDI-20 de 48,95 (dp= 34,57), as obesas ( $\bar{x}$ = 59,57, dp= 47,80) e as eutróficas ( $\bar{x}$ = 22,95, dp= 26,11). Dessa maneira, foi observado o tamanho de efeito (d=0,45), nível de significância (0,05) e força do estudo (0,82).

## Resultados

Participaram do estudo 54 mulheres com média de idade 26,52 anos (dp= 4,48), 59,3% eram solteiras e 35,2% possuíam ensino superior incompleto. Dentre as participantes, de acordo com o IMC, 50% eram eutróficas ( $\bar{x}$ = 21,93; dp= 1,70), 24% apresentavam sobrepeso ( $\bar{x}$ = 27,78; dp= 1,30) e 26% obesidade ( $\bar{x}$ = 34,27; dp= 2,90).

Como resultado secundário do estudo, as variáveis, idade, histórico familiar, método contraceptivo, ser sexualmente ativa, ter um parceiro, prática regular de atividade física, gestação e tipo de parto foram verificadas como possíveis fatores associados à presença dos sintomas das DMAP. Conforme se observa na tabela 1, identificou-se associação entre gestação e estado nutricional ( $\chi^2$ = 13,00;  $p$ <0,01), de modo que no grupo com obesidade 50% das mulheres já haviam gestado pelo menos uma vez.

Ao realizar a comparação do escore total dos sintomas das DMAP entre os grupos com sobrepeso, obesidade e eutrófico foi observada diferença significativa entre os grupos eutrófico ( $\bar{x}$ = 22,95, dp= 26,11) e obesidade ( $\bar{x}$ = 59,67, dp= 47,80) com um tamanho de efeito elevado (d= 0,99). Ao comparar os sintomas urinários entre os grupos com sobrepeso, obesidade e eutrófico foi observada diferença significativa entre os grupos eutrófico ( $\bar{x}$ = 6,79, dp= 11,62) e obesidade ( $\bar{x}$ = 26,48, dp= 26,48) com um tamanho de efeito de 1,03 (Tabela 2). No entanto, na comparação dos escores dos sintomas pélvicos e anorretais entre os grupos, não foram observadas diferenças significativas com  $p$ = 0,16 e  $p$ = 0,14, respectivamente.

Na análise do impacto causado pelos sintomas pélvicos, anorretais e urinários (POPIQ-7, CRAIQ-7 E UIQ-7), os grupos sobrepeso, obesidade e eutrófico não mostraram diferença significativa ( $p$ >0,05).

Também foi determinada a associação de cada sintoma avaliado por meio do PFDI-20 e o estado nutricional. Conforme se observa na Tabela 3, há diferença significativa entre os grupos quanto a “sensação de esvaziamento incompleto do intestino” ( $p < 0,01$ ), “sintoma de incontinência urinária de urgência” ( $p = 0,03$ ), “sintoma de incontinência urinária de esforço” ( $p < 0,01$ ) e “dificuldade em esvaziar a bexiga” ( $p = 0,02$ ). O sintoma de “sensação de esvaziamento incompleto do intestino” foi mais frequente no grupo sobrepeso (47,4%) enquanto os demais sintomas, no grupo obesidade (54,5%, 50,0% e 66,7%, respectivamente).

De acordo com o resultado secundário do estudo, a variável gestação mostrou-se em associação com o estado nutricional (se apresentou diferente entre grupo eutrófico, sobrepeso e obesidade). Dessa forma, os sintomas das DMAP também foram analisados a partir da variável gestação, entretanto, não houve diferença entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

## **Discussão**

O presente estudo mostrou que mulheres com obesidade apresentam maior presença de DMAP, predominando os sintomas urinários. Ao investigar cada sintoma, observou-se maior frequência de “sensação de esvaziamento incompleto do intestino” no grupo sobrepeso, “sintomas de IUE, “sintomas de IUU” e “dificuldade de esvaziar a bexiga” no grupo obesidade.

A presença das DMAP também foi encontrada em outros estudos na literatura, sendo mais prevalente nas mulheres de mais de 40 anos com sobrepeso ou obesidade [31, 32, 33, 18]. Ainda que, no presente estudo, as participantes tenham sido jovens, Ghandour et al. (2017) [34] encontraram maior presença de DMAP em mulheres com mais de 60 anos e naquelas com sobrepeso, apontando-o como um fator de risco nas DMAP.

Não obstante, Lu et al. (2016) [33] identificaram, em mulheres de 35 a 75 anos, que aquelas com excesso de peso tinham 3,37 (IC95%= 1,24-9,12) vezes mais chances de ter IU. Romero-Talamás et al (2016) [11] também encontraram maior presença de sintomas urinários, conforme os resultados do PFDI-20, em mulheres com IMC de  $47,5 \pm 9,4 \text{ kg/m}^2$ . Ainda, estudo realizado em mulheres idosas verificou que o excesso de peso esteve associado aos sintomas de IU [35]. No entanto, Brucker et al., (2017) [36] não observaram essa associação em mulheres mais jovens.

Os achados do presente estudo diferem dos resultados de Brucker et al. (2017) [36], pois a presença de obesidade associou-se com a presença de IU em mulheres abaixo de 35 anos. Essa associação pode ser explicada devido ao excesso de peso prejudicar a função do assoalho pélvico por meio do aumento crônico da pressão intrabdominal, que leva a um aumento da pressão vesical e da mobilidade uretral, ocasionando a IU [12].

Foi observada diferença significativa entre os grupos do presente estudo em relação a “sensação de esvaziamento incompleto do intestino” somente no grupo sobrepeso. Mulheres com IMC elevado tem 32% mais chance de ter sensação de esvaziamento incompleto do intestino do que mulheres com o IMC normal (OR= 1,32, IC95%= 1,03 – 1,71) [37], sintoma relatado na constipação intestinal. Desse modo, esses achados corroboram com Huang et al. (2017) que afirmam que o IMC acima de 25kg/m<sup>2</sup> pode ser considerado fator de risco (OR= 2,34, IC95%= 1,34 – 4,08) para constipação.

Chirila et al. (2012) [38] observaram que indivíduos com sobrepeso acusaram apresentar mais sintomas de constipação do que aqueles com peso adequado. Os mesmos autores ainda destacam que não são descritos na literatura a fisiopatologia da ligação entre esses sintomas com o excesso de peso, entretanto, essa correlação pode ter várias explicações possíveis, como o consumo frequente de um determinado alimento pode influenciar positiva ou negativamente na presença da constipação, como por exemplo o consumo de vegetais, que está inversamente associada a constipação, estilo de vida, fator socioeconômico, dentre outros fatores.

Os sintomas urinários associados a obesidade no presente estudo foram os sintomas de IUU” (54,5%) e “sintomas de IUE” (50,0%). Achados semelhantes foram encontrados por Romero-Talamás et al (2016) [11] em que a IUE foi a disfunção mais prevalente (83,3%) em mulheres com sobrepeso ou obesidade. Um estudo observou que mulheres com IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> têm maior probabilidade de ter IU mista enquanto mulheres com IMC menor que 35 kg/m<sup>2</sup> é mais propenso a ter IUE [18]. Pomiam et al (2016) [10] afirmam que a obesidade influencia vários tipos de sintomas do trato urinário inferior, incluindo diferentes tipos de incontinência urinária. Embora a obesidade tenha sido considerada um fator de risco estabelecido para a IUE, a causalidade subjacente não é tão clara (Fuselier et al, 2018)[39]. A teoria unificadora dominante postula que o aumento da pressão intra-abdominal (PIA), devido à obesidade, estressa adversamente o assoalho pélvico e contribui para o desenvolvimento da IUE (Suback et al, 2009)[40].

Outro fator de risco relacionado às DMAP é a gestação [41, 42]. Nesse estudo, a maioria das mulheres com obesidade já havia gestado pelo menos uma vez (50,5%). Oversand et al (2018) [16] também relataram que a paridade foi significativamente associada aos sintomas urinários, em mulheres com IMC médio de 24,9 kg/m<sup>2</sup> e idade média de 61 anos. Embora tenha sido observada essa diferença, ao analisar as DMAP entre grupos eutrófico e sobrepeso/obesidade, não foi encontrada diferença em mulheres nulíparas e primíparas/múltiparas. Barbosa et al (2018) [43] verificaram que sobrepeso e obesidade antes da gestação não foi determinado como um fator de risco para IU (OR= 1.45; 95%IC: 0.95-2.23), no entanto, sobrepeso e obesidade durante a gestação representou um fator de risco (OR= 1.53; 95%IC: 1.28-1.83).

A maioria dos estudos, encontrados na literatura, abordam mulheres de meia idade ou idade mais avançada, tornando os resultados encontrados, com mulheres jovens, importantes para a compreensão de como se comportam as DMAP em mulheres acima do peso. Além disso, poucos estudos, com mulheres jovens e com diferentes estados nutricionais, foram encontrados para comparação dos dados, sendo este artigo uma importante contribuição para a literatura. Uma limitação do presente estudo pode ser o fato de que os sintomas foram auto relatados de modo que medidas mais objetivas a fim de identificar as disfunções, como o estudo urodinâmico e ultrassom pélvico, fossem mais precisos. Uma outra limitação encontrada no estudo refere-se ao tipo de estudo transversal, no qual outros fatores, não avaliados, poderiam interferir nos resultados.

Finalmente, os profissionais de saúde que cuidam de mulheres obesas devem reconhecer os sintomas das DMAP enquanto comorbidades, e reconhecer que o excesso de peso é um fator de risco modificável e evitável, sendo importante a realização de medidas de saúde para prevenção deste fator. Além disso, estudos futuros devem avaliar se essas comorbidades à obesidade podem ser reduzidas por meio de intervenções bem-sucedidas de redução de peso, bem como promoção de saúde a fim de esclarecer as mulheres adultas quanto aos riscos desses sintomas.

## **Conclusão**

A presença de disfunções dos músculos do assoalho pélvico, principalmente aquelas relacionadas a sintomas urinários, é observada com maior frequência em mulheres obesas quando comparadas as mulheres eutróficas.

**Fonte de financiamento:** CAPES e pelos próprios pesquisadores.

## Referências

- [1] Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2017 Feb;36:221-244. Doi: 10.1002 / nau.23107.
- [2] Haylen BT, Dirk R, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pel-vic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010 Jan;29(1):4-20. Doi: 10.1007 / s00192-009-0976-9.
- [3] Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. *Obstet Gynecol* 2014 Jan;123(1):141-148. Doi: 10.1097/ AOG.0000000000000057.
- [4] Santoro GA. Imaging the pelvic floor. *Tech Coloproctol* 2017 July;21:497-499. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10151-017-1668-y>
- [5] Nygaard CC, Schreiner L, Morsch TP, Saadi RP, Figueiredo MF, Padoin AV. Urinary Incontinence and Quality of Life in Female Patients with Obesity. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018 Sep;40(9):534-539. Doi: 10.1055/s-0038-1670626.
- [6] Lopes MHBM, Costa JN, Bicalho MB, Casale TE, Camisão AR, Fernandes MLV. Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation. *Rev Bras Enferm* 2018 Fev;71(5):2496-505. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0602>.
- [7] Türkcü SG, Kukulcu K. Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the Mediterranean region of Turkey. *Psychogeriatrics* 2017 Nov;17(6):446-452. Doi: 10.1111/psyg.12271.
- [8] Rodríguez-Mías NL, Martínez-Franco E, Aguado J, Sánchez E, Amat-Tardiu L. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence, do they share the same risk factors? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015 Jul;190:52-7. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.04.015
- [9] Ramaseshan AS, Felton J, Roque D, Rao G, Shipper AG, Sanses TVD. Pelvic Floor

Disorders in Women With Gynecologic Malignancies: A Systematic Review. *Int Urogynecol J* 2017 Apr;29(4):459-476. Doi: 10.1007/s00192-017-3467-4

[10] Pomian A, Majkusiak W, Lisik W, Tomasik P, Horosz E, Zwierzchowska A, et al. Is Bariatric Surgery a Prophylaxis for Pelvic Floor Disorders? *Obes Surg* 2017 Jun;28(6):1653-1658. Doi: 10.1007/s00192-017-3467-4.

[11] Romero-Talamás H, Unger CA, Aminian A, Schauer PR, Barber M, Brethauer S. Comprehensive evaluation of the effect of bariatric surgery on pelvic floor disorders. *Surg Obes Relat Dis* 2016 Jan;12(1):138-43. Doi: 10.1016/j.soard.2015.08.499.

[12] Ramalingam K, Monga A. Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015 May;29(4):541-7. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.02.002.

[13] Lee UJ, Manon H, Kerkhof SA, Van L, John PH. Obesity and pelvic organ prolapse. *Current Opinion in Urology* 2017 Sep;27(5):428-434. Doi: 10.1097/MOU.0000000000000428.

[14] Islam RM, Bella RJ, Hossain MB, Davisa SR. Types of urinary incontinence in Bangladeshi women at midlife: Prevalence and risk factors. *Maturitas* 2018 Oct;116:18–23.

[15] Swenson CW, Kolenic GE, Trowbridge ER, Berger MB, Lewicky-Gaupp C, Margulies RU, et al. Obesity and stress urinary incontinence in women: compromised continence mechanism or excess bladder pressure during cough? *Int Urogynecol J* 2017 Sep;28(9):1377-1385. Doi: 10.1007/s00192-017-3279-6.

[16] Oversand SH, Staff AC, Sandvik L, Volløyhaug I, Svenningsen R. Levator ani defects and the severity of symptoms in women with anterior compartment pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2018 Jan;29(1):63-69. Doi: 10.1007/s00192-017-3390-8.

[17] Neto IJFC, Pinto RA, Jorge JMN, Santo MA, Bustamante-Lopez LA, Cecconello I et al. Are Obese Patients at an Increased Risk of Pelvic Floor Dysfunction Compared to Non-obese Patients? *Obes Surg* 2017 Jul;27(7):1822-1827. Doi: 10.1007/s11695-017-2559-z.

[18] Pedersen LS, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017 Aug;96(8):939-948. Doi: 10.1111/aogs.13149.

- [19] Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling older Australian women. *Maturitas* 2016 Mar;85:34-41. Doi: 10.1016/j.maturitas.2015.12.012.
- [20] WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
- [21] Harvie HH; Lee DD; Uduak UA; Shea JA; Arya LA. Validity of utility measures for women with pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2017 Jan;218(1)119. Doi: 10.1016/j.ajog.2017.09.022.
- [22] Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *American Journal Obstetric Gynecology* 2001 dez;185(6)1388-95. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937801425944?via%3Dihub>
- [23] Arouca MA, Duarte TB, Lott DA, Magnani PS, Nogueira AA, Rosa-E-Silva JC et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J* 2016 Jul;27(7):1097-106. Doi: 10.1007/s00192-015-2938-8.
- [24] 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 Jul;193(1):103-13. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(04\)02108-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(04)02108-8/fulltext).
- [25] Canadian Society For Exercise Physiology [CSEP]. *The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal, CSEP's guide to health active living*. 3rd ed. Ottawa, CSEP, 2004.
- [26] Subak L, King WC, Belle SH, Chen J, Courcoulas AP, Ebel FE et al, Urinary Incontinence Before and After Bariatric Surgery, *JAMA Intern Med* 2015 Aug;175(8):1378-1387. Doi:10.1001/jamainternmed.2015.2609.
- [27] Suskind AM, Cawthon PM, Nakagawa S, Subak LL, Reinders I, Satterfield S et al. Urinary incontinence in older women: the role of body composition and muscle strength from the Health, Aging, and Body Composition Study. *Am Geriatr Soc* 2017 Jan;65(1):42–50.

Doi:10.1111/jgs.14545.

[28] Bohlin KS, Ankardal M, Nüssler E, Lindkvist H, Milsom I. Factors influencing the outcome of surgery for pelvic organ prolapse, *Int Urogynecol J* 2018 Jan; 29:81–89. Doi: 10.1007/s00192-017-3446-9.

[29] Jeong SJ, Lee HS, Lee JK, Jeong JW, Lee SC, et al. The Long-Term Influence of Body Mass Index on the Success Rate of Mid- Urethral Sling Surgery among Women with Stress Urinary Incontinence or Stress-Predominant Mixed Incontinence: Comparisons between Retropubic and Transobturator Approaches. *PLoS ONE* 9 2014 Nov;(11): 9(11): e113517. Doi:10.1371/journal.pone.0113517.

[30] American College of sports medicine. Manual do ACSM para avaliação da aptidão física relacionado à saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

[31] Moreno-Vecino B, Arijá-Blázquez A, Pedrero-Chamizo R, Alcázar J, Gómez-Cabello A, Pérez-López FR et al. Associations between obesity, physical fitness, and urinary incontinence in non-institutionalized postmenopausal women: The elderly EXERNET multi-center study. *Maturitas* 2015 Oct;82(2):208-14. Doi: 10.1016/j.maturitas.2015.07.008.

[32] Dellú MC, Schmitt AC, Cardoso MR, Pereira WM, Pereira EC, Vasconcelos Éda S, et al. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. *Rev Assoc MedBras* 2016 Set-out;62(5):441-446. Doi: 10.1590 / 1806-9282.62.05.441.

[33] Lu S, Zhang H, Zhang Y, Shao QC. *J Huazhong Univ Sci Technol* 2016 Out;36(5):723-726. Doi: 10.1007 / s11596-016-1651-2

[34] Ghandour L, Minassian V, Al-Badr A, Abou Ghaida R, Geagea S, Bazi T. Prevalence and degree of bother of pelvic floor disorder symptoms among women from primary care and specialty clinics in Lebanon: an exploratory study. *Int Urogynecol J* 2017 Jan;28:105-118. Doi 10.1007/s00192-016-3080-y.

[35] Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PCS, Santos NMF. Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018 Mai;23(3):913-922. Doi: 10.1590/1413-81232018233.25492015.

[36] Brucker J, Wagner I, Rudofsky G, Rauch G, Sohn C, Brocker KA. In obesity even young

women suffer from urogynecological symptoms. Arch Gynecol Obstet 2017 Nov;296:947–956. Doi: 10.1007/s00404-017-4514-6.

[37] Eslick GD. Gastrointestinal symptoms and obesity: a meta-analysis. Obesity reviews 2012 May;13(5):469-79. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00969.x.

[38] Chirila I, Drug VL, Petrariu FD, Gava V. Overweight and gastrointestinal symptoms among adults of working age in Iasi city, Romania. Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat., 2012; 116(1).

[39] Fuselier A, Hanberry J, Margaret Lovin J, Gomelsky A. Obesity and Stress Urinary Incontinence: Impact on Pathophysiology and Treatment. Curr Urol Rep 2018 Feb 22;19(1)10.

[40] Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. J Urol 2009;182(6):27.

[41] Zuchelo LTS, Santos EFS, Dos Santos Figueiredo FW, Adami F, Bezerra IMP, Raimundo RD, et al. Pelvic floor disorders in postpartum adolescents in the Western Amazon: a cross-sectional study. Int J Womens Health 2018 Aug;24;10:477-486. Doi: 10.2147/IJWH.S169504.

[42] Kiliç M. Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. Springerplus 2016 Aug;11;5(1):1331. Doi: 10.1186/s40064-016-2965-z.

[43] Barbosa L, Boaviagem A, Moretti E, Lemos A. Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2018 Oct;29(10):1413-1427. Doi: 10.1007 / s00192-018-3656-9

## Tabelas

Tabela 1. Comparação e associação de variáveis inerentes aos sintomas das disfunções dos músculos do assoalho pélvico com mulheres divididas em grupos eutrófico (n= 27), sobrepeso (n=13) e obesidade (n= 14).

<b>Fatores Associados</b>	<b>Eutróficas</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Obesidade</b>	<b>P valor</b>
Idade $\bar{x}$ (dp)	25,41(4,44)	28(4,32)	27,29(4,46)	0,18
História Familiar $n(\%)$	19 (55,90)	5 (14,70)	10 (29,40)	0,11
Uso de método contraceptivo $n(\%)$	21 (51,20)	9 (22,00)	11 (26,80)	0,80
Ter um parceiro $n(\%)$	21 (48,80)	11 (25,60)	11 (25,60)	0,87
Ser sexualmente ativa $n(\%)$	23 (48,90)	12 (25,50)	12 (25,50)	0,81
Prática de atividade física $n(\%)$	18 (52,90)	7 (20,60)	9 (26,50)	0,72
Gestou $n(\%)$	3 (16,70)	6 (33,30)	9 (50,50)	<0,01*
Parto Vaginal $n(\%)$	1 (12,50)	7 (87,50)	8 (44,40)	0,64

Legenda:  $\bar{x}$ = média; dp= desvio padrão; n= frequência absoluta; %=frequência relativa; p valor = nível de significância.

Tabela 2. Comparação do escore total do *Pelvic Floor Distress Inventory-20* e dos sintomas urinários entre os grupos categorizados de acordo com o Índice de Massa Corporal.

Grupos	Escore total PFDI-20	<i>p</i> valor	Sintomas Urinários (UDI-6)	<i>p</i> valor
	$\bar{x}$ (dp)		$\bar{x}$ (dp)	
Eutrófico*	22,95 (26,11)		6,79 (11,62)	
Sobrepeso	48,95 (34,57)	0,01	18,27 (18,91)	
Obesidade*	59,67 (47,80)		26,48 (26,48)	0,01

Legenda: \* representa diferença estatística;  $\bar{x}$ = média; dp= desvio padrão.

Tabela 3. Associação entre sintomas do PFDI-20 nos grupos eutrófico e sobrepeso/obesidade.

<b>Sintomas PFDI-20</b>	<b>Eutrófico f (%)</b>	<b>Sobrepeso f (%)</b>	<b>Obesidade f (%)</b>	<b>p</b>
Sensação de pressão em baixo ventre	2 (18,20)	4 (36,40)	5 (45,50)	0,06
Endurecimento/frouxidão em baixo ventre	3 (25,00)	5 (41,70)	4 (33,33)	0,12
Ver ou sentir “bola” na vagina	2 (40,00)	1 (20,00)	2 (40,00)	0,75
Empurrar algo com os dedos para ter evacuação completa	1 (50,00)	0 (00,00)	1 (50,00)	0,62
Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga	5 (29,40)	5 (29,40)	7 (41,20)	1,00
Empurrar algo com os dedos para urinar	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	-
Força para evacuar	10 (45,50)	7 (31,80)	5 (22,70)	0,54
Sensação de esvaziamento incompleto do intestino	5 (26,30)	9 (47,40)	5 (26,30)	<0,01*
Perde fezes sólidas	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0,23
Perde fezes líquidas	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	-
Elimina flatos involuntariamente	6 (60,00)	1 (10,00)	3 (30,00)	0,51
Dor ao evacuar	6 (31,60)	7 (36,80)	6 (31,60)	0,11
Forte sensação de urgência para evacuar	7 (43,80)	2 (12,50)	7 (43,80)	0,12
“Bola” na região genital depois de evacuar	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,60
Polaciúria	3 (30,00)	4 (40,00)	3 (30,00)	0,31
Sintoma de IUU	2 (18,20)	3 (27,30)	6 (54,50)	0,03*
Sintoma de IUE	1 (8,30)	5 (41,70)	6 (50,00)	< 0,01*
Perde urina em pequenas quantidades (gotas)	6 (40,00)	4 (26,70)	5 (33,33)	0,63
Dificuldade em esvaziar a bexiga	0 (0,00)	2 (33,33)	4 (66,70)	0,02*
Dor/desconforto em baixo ventre ou região genital	4 (30,80)	3 (23,10)	6 (46,20)	0,14

Legenda: f = frequência de resposta “sim”;  $X^2$  = Teste do Qui-Quadrado; p = nível de significância; IUU = incontinência urinária de urgência; IUE = incontinência urinária de esforço.

## Apêndices e Anexos

### Apêndice I – Ficha de Avaliação (Dados Sociodemográficos)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Aspectos Clínicos

Doenças Associadas: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

Histórico familiar de disfunções do assoalho pélvico? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quem? \_\_\_\_\_

Realizou algum tipo de cirurgia? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

Apresenta alguma limitação física? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já ouviu falar de fisioterapia uroginecológica? ( ) Sim ( ) Não

Já realizou essa fisioterapia? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo?

Aspectos Ginecológicos

Com quantos anos teve a primeira menstruação? \_\_\_\_\_

Realizou alguma cirurgia ginecológica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Utiliza algum método contraceptivo? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Possui um parceiro? ( ) Sim ( ) Não

Utiliza algum outro tipo de hormônio? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Apresenta infecção urinária por repetição? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_

#### Aspectos Obstétricos

Número de gestações:

Número de partos:                      Quantos cesáreos:                      Quantos vaginais:

Realizou episiotomia? ( ) Sim ( ) Não

Teve laceração? ( ) Sim ( ) Não

Não soube distinguir se teve laceração ou fez episiotomia ( )

Utilizou fórceps? ( ) Sim ( ) Não

Peso do maior nascido:

Teve complicações durante pré-parto, parto e pós-parto? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

#### Prática de atividade física

Pratica alguma atividade física? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Com que frequência semanal realiza? \_\_\_\_\_

Quanto tempo dura cada atividade? \_\_\_\_\_

## Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “Presença de disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres adultas com excesso de peso: um estudo caso-controle” que está sendo desenvolvido pela professora Dra. Janeisa Franck Virtuoso do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O objetivo dessa pesquisa é avaliar a presença de disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres adultas com excesso de peso residentes do município de Araranguá.

Nesse encontro, será realizada uma avaliação através de interrogações quanto a condições ginecológicas e obstétricas, serão coletadas as medidas antropométricas como peso e altura. Por último, a senhorita responderá questões referentes a sintomas relacionados às funções urinárias e intestinais de dois questionários em forma de entrevista.

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos, pois envolvem respostas para diversas perguntas conduzidas por uma pesquisadora do sexo feminino e quanto à avaliação antropométrica, estas serão realizadas por profissional fisioterapeuta capacitada para tais avaliações em ambiente privado. A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo será a identificação de alguns sintomas urinários e intestinais de modo que dependendo dos achados a senhora receberá algumas orientações de como proceder com cuidados e sugestão de encaminhamento para tratamento.

A pessoa que estará acompanhando você durante o estudo será a fisioterapeuta e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação Karoline Sousa Scarabelot. Você assinará duas vias deste termo, sendo que uma dessas vias ficará com você. Nesse termo constam o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética UFSC em caso de dúvidas.

Em caso de recusa ou desistência a senhorita não será penalizada de forma alguma. Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, mas os pesquisadores se comprometem a garantir o ressarcimento de eventuais despesas. Também não há compensação financeira para quem participar da pesquisa. Apesar dos riscos da pesquisa ser mínimos, também nos comprometemos a garantir indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

A pesquisadora responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12.

Agradecemos a vossa participação e colaboração.

#### DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Janeisa Franck Virtuoso  
 Endereço completo: R. Julio Gaidzinski, 454 – Criciúma - SC  
 Endereço de email: janeisa.virtuoso@ufsc.br  
 Telefones: (48) 8414 7815

#### DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA:

Endereço completo: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis.  
 Telefones: (48) 3721-6094

#### IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Nome completo \_\_\_\_\_

Doc. de Identificação \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

Declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “Presença de disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres adultas com excesso de peso: um estudo caso-controle”, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do participante ou representante legal acima identificado)

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do pesquisador responsável)

## Anexo 1 – Normas da Revista

### Normas para Publicação – Revista de Nutrição

#### Preparando o Manuscrito

A revista apenas publica artigos originais em inglês. No entanto, os autores podem enviar os artigos em português, e se o artigo for aceito para publicação, a Revista fornecerá o nome e as informações de contato dos tradutores certificados pela Revista. A tradução é paga pelos autores.

#### Categoria do artigo

**Original:** contribuições que visam divulgar os resultados de pesquisas inéditas, levando em consideração a relevância do tema, o escopo e o conhecimento gerado para a área de pesquisa (limite máximo de 3.500 mil palavras - incluindo resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências).

**Revisão (por convite):** síntese dos conhecimentos disponíveis sobre um determinado tema, com base na análise e interpretação da literatura pertinente, objetivando fazer uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área e discutir as limitações metodológicas e seu alcance. Permite também a indicação de perspectivas de continuidade dos estudos nessa linha de pesquisa (limite máximo de 4 mil palavras - incluindo resumo, resumo, tabelas, gráficos, figuras e referências). Haverá no máximo duas revisões por edição.

**Nota de pesquisa:** dados parciais não publicados de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 1.500 mil palavras - incluindo resumo, resumo, tabelas, gráficos, figuras e referências).

**Seção Temática (por convite):** seção cujo objetivo é publicar 2 ou 3 artigos coordenados de diferentes autores sobre um tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras - incluindo resumo, resumo, tabelas, gráficos, figuras e referências).

**Categoria dos artigos e área de assunto:** Os autores devem indicar a categoria e a área do artigo: alimentos e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional, nutrição, educação nutricional, epidemiologia e estatística,

micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria. nutrição, nutrição materna e infantil na produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e saúde.

O Journal of Nutrition não avalia estudos que já tenham sido apresentados em eventos nacionais ou estrangeiros e / ou traduzidos para outros idiomas, a fim de preservar a originalidade do estudo.

O texto não deve exceder o número de palavras estabelecidas de acordo com a categoria do artigo.

### **Estrutura de texto**

#### **O texto do manuscrito deve ser preparado da seguinte forma:**

- 1,5 espaçamento entre as linhas;
- Arial 12 pt;
- O número total de palavras no manuscrito deve estar dentro do limite de palavras de acordo com sua categoria (a contagem de palavras deve incluir as palavras no resumo e no corpo do manuscrito, mas não a folha de rosto, referências e ilustrações);
- Ele deve ser organizado na seguinte ordem, incluindo os itens que devem ser apresentados em páginas separadas:
  - Capa (página 1);
  - Resumo / Abstract (página 2);
  - Texto (página 3);
  - Referências (em uma página separada abaixo do texto);
  - Ilustrações (inclua cada uma em uma página separada abaixo das referências);
- O manuscrito deve ser preparado usando um processador de texto similar ao Microsoft Word 2010;
- Use papel A4; margens superior e inferior de 2,5 cm; margens esquerda e direita de 3 cm;
- Os números das páginas devem ser colocados no canto inferior esquerdo;
- O formato de referências deve facilitar a revisão e edição de manuscritos. Portanto, eles devem ser escritos de acordo com o estilo Vancouver, usando espaçamento 1,5 entre as linhas e o tamanho da fonte de

12 pontos;

- As ilustrações (Figuras e Tabelas) devem ser inseridas abaixo das Referências, cada uma em uma página separada, independentemente de seu tamanho.

**A capa deve conter :** a) Título completo em português: (i) o título deve ser conciso e evitar palavras desnecessárias e / ou redundantes, como "avaliação de", "considerações sobre", "um estudo exploratório sobre"; (ii) não use abreviaturas ou indique a localização geográfica do estudo.

b) Sugira um título curto em inglês e português ou espanhol para o cabeçalho com no máximo 40 caracteres com espaços.

c) Incluir título completo em inglês compatível com o título em português.

d) Inclua o nome completo de cada autor. Não abrevie os primeiros nomes. A lista de autores, incluída abaixo do título, deve ser limitada a 6. A Revista recomenda enfaticamente que todos os autores e coautores mantenham seus currículos atualizados na Plataforma Lattes para a submissão de artigos.

e) Incluir o grau acadêmico dos autores (mestrado, doutorado etc.), sua afiliação institucional atual (apenas uma afiliação por autor em 3 níveis de afiliação, sem abreviações ou acrônimos) e cidade, estado e país.

f) Indique o endereço completo da instituição do autor correspondente.

g) Informar o telefone e o endereço de e-mail de todos os autores.

h) Informe explicitamente a contribuição de cada autor. O crédito de autoria deve basear-se em contribuições substanciais, como concepção e desenho do estudo, análise e interpretação de dados, revisão do artigo e aprovação da versão final. Incluir os nomes dos autores que não fizeram nenhuma das contribuições acima não é justificado. A contribuição dos autores deve ser escrita na língua em que o artigo será publicado.

i) Informar o número de registro do ORCID® (Pesquisador Aberto e ID do Colaborador). Se você não tem um, registre-se gratuitamente em: < <https://orcid.org/register> >. Aprenda mais [aqui](#) .

j) Informar se o artigo é baseado em dissertação ou tese, indicando título, autor, universidade e ano de publicação.

k) Indique os seguintes itens:  
Categoria do artigo;  
Área da matéria;  
Número total de ilustrações (tabelas, figuras e figuras);  
Número total de palavras (de acordo com a categoria do manuscrito).

Os autores podem incluir uma nota de rodapé para agradecer ao patrocinador e indicar o número do processo e / ou aviso, e para reconhecer a colaboração de colegas e técnicos. O parágrafo não pode exceder três linhas. Nota: esta deve ser a única parte do texto identificando os autores, e outros tipos de notas não serão aceitos (exceto na tradução de citações).

**A avaliação do manuscrito só começará após a inclusão dessas informações na página de título.**

### **Abstrato**

Todos os artigos submetidos em português ou espanhol devem conter um resumo no idioma original e em inglês, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250 palavras.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Forneça de 3 a 6 palavras-chave usando os descritores de Ciências da Saúde da Bireme. <http://decs.bvs.br> .

Os artigos submetidos em inglês devem conter um resumo em português, além do resumo em inglês.

### **Texto**

Com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos devem seguir a estrutura formal para

trabalhos científicos:

### **Introdução**

Deve conter uma revisão atual da literatura pertinente ao tema e adequada à apresentação do problema, enfatizando também sua relevância. Não deve ser extensa, exceto para manuscritos submetidos como Artigos de Revisão.

### **Métodos**

Deve conter uma descrição clara e breve do método, incluindo a literatura correspondente: procedimentos, universo e amostra, ferramentas de medição e método de validação e tratamento estatístico, quando aplicável.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos não foram apenas apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também foram interpretados corretamente. Os níveis de significância estatística (por exemplo,  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética certificado pelo Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do protocolo.

Quando experimentos com animais são relatados, indique se as diretrizes dos conselhos institucionais ou nacionais de pesquisa - ou se alguma lei nacional relativa ao cuidado e uso de animais de laboratório - foram seguidas.

### **Resultados**

Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas e figuras auto-explicativas e conter análise estatística. Evite repetir os dados no texto.

### **Discussão**

A discussão deve explorar apropriadamente e objetivamente os resultados à luz de outras observações já publicadas na literatura.

### **Conclusão**

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar maneiras de continuar o estudo. **Citações de literatura não serão aceitas nesta seção .**

**Agradecimentos** : podem ser feitos em um parágrafo não superior a três linhas para instituições ou indivíduos que realmente colaboraram com o trabalho.

**Anexos** : devem ser incluídos somente quando são essenciais para a compreensão do texto. Os editores decidirão sobre a necessidade de sua publicação.

**Abreviaturas e siglas** : devem ser usadas de forma padronizada e restritas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, seguidas do significado completo quando mencionado pela primeira vez no texto. Eles não devem ser usados no título e no resumo.

#### **Referências devem seguir o estilo de Vancouver**

As referências devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, de acordo com o estilo de Vancouver.

Em referências com até 6 autores, exiba todos os nomes dos autores. Se a referência tiver mais de 6 autores, cite os 6 primeiros autores e escreva "et al".

Todos os autores devem ser citados em referências com dois a seis autores; se mais de seis autores, apenas os seis primeiros devem ser citados, seguidos de et al.

As abreviaturas dos periódicos citados devem estar de acordo com o Index Medicus.

Pelo menos 80% das referências devem ter sido publicadas nos últimos cinco anos em periódicos indexados e 20% nos últimos dois anos.

Citações / referências de **monografias de graduação, trabalhos** apresentados em congressos, simpósios, workshops, reuniões,

entre outros, e **textos inéditos** (aulas entre outros) **não serão aceitos** .

As citações de um artigo de revista no prelo, seja escrito por um dos autores ou por diferentes fontes, **devem** ser acompanhadas de uma cópia da carta de aceitação (artigo aceito, mas ainda não publicado) da revista a ser publicada. . Se este requisito não for cumprido, a citação / referência será excluída.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados no manuscrito, é necessário incluir uma carta autorizando o uso de tais dados pelos autores originais.

Quando o documento citado tiver um número DOI (Digital Object Identifier), informe o número e exclua a data de acesso (ver exemplos de material eletrônico). O hiperlink <https://doi.org/> ... deve ser usado.

**As citações de referência no texto** devem ser apresentadas em ordem numérica, em algarismos arábicos entre colchetes (ex .: [1], [2], [3]), após o sobrenome do autor, devendo ser incluídas na lista de referências. .

Citações diretas traduzidas pelos autores devem ser acompanhadas por uma nota de rodapé contendo o texto no idioma original. Indique que a citação foi traduzida pelo autor da seguinte forma: (Rodgers et al., 2011, nossa tradução).

**A exatidão e adequação das referências às obras que foram consultadas e mencionadas no texto do artigo são de responsabilidade do (s) autor (es)** . Todos os estudos citados no texto devem ser listados nas Referências.

### **Exemplos**

**Artigo de revista impressa**  
Canuto JMP, Canuto VMP, Lima MHA, Omena ALCS, Morais TML, Paiva AM, et al. Fatores de risco associados à hipovitaminose Os adultos infectados pelo HIV / aids. Arch Endocrinol Metab. 2015; 59 (1): 34-41.

**Artigo com mais de seis autores em meios eletrônicos:**  
Fuermaier ABM, Tucha L. Janneke K, Weisbrod M, Lange KW, Aschenbrenner S, et al. Efeitos do metilfenidato nas funções de memória de adultos com TDAH. Appl Neuropsychol Adult. 2017 [citado 2017 maio 15]; 24 (3): 199-211. Disponível em:

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23279095.2015.1124108>

**Artigo que inclui um número do DOI**

Lazarini FM, Barbosa DA. Intervenção educacional na direita Básica para prevenção da sífilis congênita. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017 [citado 2017 maio 2]; 25: e2845. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>

**Livro**

Damiani D. Endocrinologia na prática pediátrica. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016

**Livro eletrônico**

Lomer M. Nutrição avançada e dietética em gastroenterologia. Oxford: Wiley; 2014 [citado 2017 6 de junho]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118872796.fmatter/pdf>

**Capítulo de livro**

Cominetti CR, Horst MM, Aderuza M. Parte 4: nutrientes, genômica nutricional e direção saúde-doença. Em: Cominetti CR, HorstMM, Aderuza M. Genérica Nutricional: dos fundamentos à nutrição molecular. Barueri: Manole; 2015

**Capítulo do livro eletrônico**

Baranoski MCR. Cidadania dos homossexuais. Em: Baranoski MCR. A adoção em relações homoafetivas. Ponta Grossa: UEPG; 2016 [citado 2017 maio 25]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ym6qv>

**Dissertações e Teses**

Lee T. Comparando o controle de peso enriquecido com mindfulness com as práticas padrão atuais [estas]. Lexington: Universidade do Kentucky; 2017.

Perda de **textos eletrônicos** . Nutrição enteral plena vs hipocalórica não paciente crítico. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; 2017 [acesso 2017 maio 25]. Disponível em: [www.sbnpe.com.br/news-braspen/atualizacao-em-tn/nutricao-enteral-plena-vs-hipocalorica-no-paciente-critico](http://www.sbnpe.com.br/news-braspen/atualizacao-em-tn/nutricao-enteral-plena-vs-hipocalorica-no-paciente-critico).

**Software**

Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados. Dietwin: software de

nutrição. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados Ltda; 2017.

Para outros exemplos, consulte as normas do Comitê de Editores de Revistas Médicas (Vancouver Group) em < <http://www.icmje.org> >.

### **Preparando as ilustrações**

Todos os tipos de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas, gráficos, imagens, etc., são considerados ilustrações, que servem para ilustrar os dados do estudo. **Todos os estudos empíricos devem incluir o local e o ano do estudo** . As figuras não devem repetir os dados em tabelas ou já descritas no texto.

O número máximo de ilustrações aceitas por artigo é de 5 (cinco), independentemente do tipo.

As ilustrações devem ser inseridas abaixo das referências e também devem ser enviadas como arquivos separados em seu arquivo original através da plataforma ScholarOne, no Passo 6.

As ilustrações **devem ser editáveis** . O seguinte software de design gráfico e processador de texto são aceitos: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Portanto, as imagens podem ser enviadas apenas nas seguintes extensões: cdr, .pzf, .spv, .jpg, .jpeg, .xls, .xlsx, .doc, .docx, .vsdx, .vst. Se um software diferente for usado, use a fonte padrão Frutiger size 7, que é a fonte usada pelo Journal durante a edição.

As imagens devem ter uma resolução mínima de 600 dpi. Gráficos e desenhos devem ser gerados em programas de design gráfico, como o Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator, etc., e acompanhados por seus parâmetros quantitativos em uma tabela. Inclua os nomes de todas as variáveis.

Os gráficos não devem conter as linhas de grade e seus elementos (barras, círculos) devem ser bidimensionais (3D não aceito).

O autor é responsável pela qualidade das ilustrações. Certifique-se de que é

possível reduzir o tamanho das ilustrações para as larguras de uma ou duas colunas (7 cm e 15 cm, respectivamente) sem perda de resolução. **O formato de paisagem não é aceito .**

Forneça um título curto e conciso para cada ilustração e numere-as consecutiva e independentemente usando dígitos árabes na ordem em que são mencionados no texto. Gráficos e tabelas devem ter bordas laterais abertas.

Os gráficos devem conter o título de todos os eixos e todas as colunas de tabelas e gráficos devem ter cabeçalhos.

As palavras **Figura**, **Tabela** e **Anexo** no texto devem ser capitalizadas e acompanhadas pelo respectivo número. Indique no texto onde as ilustrações devem ser inseridas. Mantenha os títulos concisos.

Sempre inclua notas explicativas. Se qualquer abreviação ou símbolo (negrito, asterisco, etc.) for usado, informe seu significado na legenda da ilustração.

Manuscritos escritos em idiomas diferentes do português devem incluir tradução precisa das ilustrações (tabelas, gráficos e figuras) e usar o separador decimal apropriado. Por exemplo, em manuscritos escritos em inglês, o ponto ou período é usado como o ponto decimal dentro de números: 1.254,76 gramas.

Se forem usadas ilustrações publicadas em outras fontes, anexe o documento que contém a autorização para seu uso e cite a fonte. No caso de fotografias, é necessário incluir uma declaração com uma permissão por escrito para usar a imagem, mesmo se houver uma tentativa de ocultar a identidade da (s) pessoa (s) nas fotografias.

Os autores são responsáveis por garantir que nada no manuscrito viole qualquer direito autoral ou de propriedade intelectual de um terceiro, caso contrário, eles podem estar sujeitos a ações legais, de acordo com a Lei nº 9.610 / 98, que rege os direitos autorais.

Recomenda-se o uso de imagens coloridas e os artigos em cores são publicados gratuitamente.

## Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### 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:** Janelisa 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)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE DESCONFORTO NO ASSOALHO PÉLVICO-  
PFDI-SF-20**

**Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico- PFDI-SF-20**

1. Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

2. Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

3. Você geralmente tem uma “bola”, ou algo saindo que você pode ver ou sentir na área da vagina?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

4. Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

5. Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?

Sim  Não Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada  Um pouco  Moderadamente  Bastante

6. Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?

Sim  Não Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada  Um pouco  Moderadamente  Bastante

7. Você sente que precisa fazer muita força para Evacuar/defecar?

Sim  Não Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada  Um pouco  Moderadamente  Bastante

8. Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?

Sim  Não Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada  Um pouco  Moderadamente  Bastante

9. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?

Sim  Não Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada  Um pouco  Moderadamente  Bastante

10. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?

Sim  Não Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada  Um pouco  Moderadamente  Bastante

11. Você às vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

12. Você às vezes sente dor durante a evacuação/defecação?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

13. Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

14. Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

15. Você tem aumento da frequência urinária?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

16. Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?

Sim    Não                      Se “sim”, quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

17. Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?

Sim    Não                      Se "sim", quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

18. Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?

Sim    Não                      Se "sim", quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

19. Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?

Sim    Não                      Se "sim", quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

20. Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?

Sim    Não                      Se "sim", quanto a incomoda?

Nada    Um pouco    Moderadamente    Bastante

## ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO DE IMPACTO NO ASSOALHO PÉLVICO- PFIQ-7

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

(ex: nervosismo, depressão)?	<input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
7) Fazem você se sentir frustrada?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante