



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE DO CAMPUS
ARARANGUÁ
CURSO DE FISIOTERAPIA

**ASSOCIAÇÃO DOS DESCONFORTOS DO ASSOALHO PÉLVICO,
ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

**ASSOCIATION OF PELVIC FLOOR DISCOMFORTS, ANXIETY AND
DEPRESSION**

ARIANI BORGES DA ROSA

Araranguá

2022

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as disfunções dos músculos do assoalho pélvico e problemas psíquicos como ansiedade e depressão em mulheres atendidas na atenção básica do município de Criciúma/SC. Realizou-se um estudo transversal em que foram recrutadas mulheres com idade superior a 18 anos e cadastradas na rede de saúde do município de Criciúma. Para verificar a presença e o tipo de DAP foi aplicado o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* que identifica sintomas urinários, anorretais e pélvicos. Os sintomas psicológicos foram avaliados por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Essas mulheres foram recrutadas na sala de espera das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os instrumentos foram aplicados por meio de entrevista individual. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. Foram entrevistadas 212 mulheres. A ansiedade relacionou-se com os sintomas de DAP, tendo uma prevalência na amostra de 43,9%. Quanto a depressão, a prevalência da amostra foi de 35,4%. Entre os sintomas pélvicos e anorretais, a forte sensação de urgência para evacuar apresentou maior associação com a presença de ansiedade (21,7%). Dentre os sintomas, a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga foi o que teve maior relação com a presença de depressão (15,6%). Concluiu-se que existe associação entre alguns sintomas de DAP e a presença de ansiedade e depressão, havendo a necessidade de políticas públicas voltadas para essas mulheres.

Palavras-chave: Assoalho pélvico. Ansiedade. Depressão. Disfunção do assoalho pélvico.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the dysfunctions of the pelvic floor muscles and psychological problems such as anxiety and depression in women treated in primary care in the city of Criciúma/SC. A cross-sectional study was carried out in which women aged over 18 years and registered in the health network of the municipality of Criciúma were recruited. To verify the presence and type of DAP, the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) was applied, which identifies urinary, anorectal and pelvic symptoms. Psychological symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). These women were recruited in the waiting room of the Basic Health Units (UBS) and the instruments were applied through individual interviews. Data were treated using descriptive and inferential statistics, with a significance level of 5%. 212 women were interviewed. Anxiety was related to DAP symptoms, with a prevalence in the sample of 43.9%. As for depression, the prevalence of the sample was 35.4%. Among pelvic and anorectal symptoms, the strong feeling of urgency to evacuate was more associated with the presence of anxiety (21.7%). Among the symptoms, the sensation of incomplete emptying of the bladder was the one that was most related to the presence of depression (15.6%). It was concluded that there is an association between some symptoms of DAP and the presence of anxiety and depression, and there is a need for public policies aimed at these women.

Keywords: Pelvic floor. Anxiety. Depression. Pelvic floor dysfunction.

INTRODUÇÃO

As disfunções do assoalho pélvico (DAP) acontecem devido a alterações das estruturas da região pélvica¹ nas quais a contração e/ou relaxamento muscular estão comprometidos, alterando suas funções corretamente². As DAP abrangem algumas condições clínicas como incontinência urinária e fecal, distúrbios do esvaziamento urinário, desordens de defecação, disfunções sexuais e prolapso de órgãos pélvicos³. Berghmans et al.⁴, observaram que a DAP de maior prevalência foi a incontinência urinária (IU) com 46,6%, prolapso de órgãos pélvicos (POP) com 41,1%, incontinência fecal (IF) com 15,1%, constipação com 12,6%, problemas sexuais com 4,6% e problemas menstruais com 1,9%.

Evidências demonstram alguns fatores de risco das DAP como a idade avançada, paridade, histerectomia, cirurgias pélvicas e desordens do colágeno³. Fatores de risco relacionados a modificações no estilo e expectativa de vida tem sido estudados como a presença de doenças crônicas e as diversas medicações utilizadas no tratamento⁵, assim como o consumo regular de certos alimentos, como por exemplo o café¹.

Embora prevalente e com muitos fatores associados, as DAP não são consideradas doenças associadas a mortalidade⁶. No entanto, ressalta que causam sofrimento físico e emocional⁶, bem como impactam negativamente a qualidade de vida, afetando diretamente a funcionalidade, a saúde mental ou emocional, a vida social e a sexualidade, tornando a mulher ansiosa, deprimida e frustrada⁷. Ademais, evidências sugerem que as DAP podem gerar impacto negativo nas esferas social, psicológica e financeira³ e aumentar a predisposição à sintomas depressivos, ansiedade e baixa autoestima⁸.

Vrijens *et al.*⁹, demonstram que 30,9% dos pacientes com DAP desenvolvem ansiedade e 20,3% depressão. Entre mulheres com IU, há relações consideráveis entre autoestima (sentir-se pouco feminina), imagem corporal (não ser atraente), ansiedade e depressão, independente da gravidade dos sintomas¹⁰.

No Brasil, a literatura é escassa em relação a prevalência das condições de ansiedade e depressão entre mulheres que frequentam Centros de Reabilitação¹¹. Sendo assim, considera-se importante o conhecimento sobre as DAP e aspectos psicológicos para se ter um conjunto de ações preventivas e abordagem multiprofissional com a finalidade de uma recuperação física e psicológica, priorizando a sua reinserção social junto ao bem-estar físico, psíquico e social⁸. Portanto, estudos voltados para a saúde da

mulher na Atenção Básica tem relevância científica e clínica, para que se amplie os conhecimentos sobre os impactos das DAP e sintomas de ansiedade e depressão. Torna-se também importante que o fisioterapeuta encaminhe para profissionais especializados quando reconhece sintomas psíquicos em pacientes com DAP para, assim, dar continuidade ao cuidado. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar os sintomas de desconfortos do assoalho pélvico e ansiedade e depressão em mulheres atendidas na atenção básica do município de Criciúma/SC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional transversal e de caráter quantitativo que investigou os sintomas de desconfortos do assoalho pélvico e ansiedade e depressão em mulheres residentes no município de Criciúma/SC. Essa pesquisa foi desenvolvida na Atenção Básica do município cuja cobertura era de 85,07%¹² e divide-se em 5 (cinco) Distritos Sanitários. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário do Centro foram selecionadas pois trata-se do mais populoso e com maior número de unidades (n=12).

A população do estudo foi composta por mulheres, sendo incluídas na amostra aquelas com 18 anos ou mais e com autorrelato de serem sexualmente ativas nas últimas quatro semanas. Foram excluídas gestantes e mulheres com autorrelato de infecção do trato urinário inferior, como ardência, dor, coceira e que tenham realizado radioterapia para câncer ginecológico. A amostra foi recrutada por conveniência enquanto essas mulheres frequentavam as unidades de saúde selecionadas.

Para caracterização da amostra, foi aplicada uma Ficha de Identificação com Fatores Associados às DAP, contendo os seguintes itens: dados sócios-demográficos (idade, estado civil), obstétricos (número de gestações, número de partos, parto normal, parto cesárea, abortos, episiotomia: sim/não, laceração: sim/não), ginecológicos (realização de procedimentos cirúrgicos ginecológicos: sim/não, quais e há quanto tempo), comportamentais (consumo de cafeína: sim/não; consumo de álcool; sim/não), clínicos (presença de alguma doença e medicações em uso) e hereditários (raça e histórico familiar) e antropométricos (peso corporal, altura e Índice de Massa Corporal - IMC). O IMC foi calculado dividindo-se a massa corporal (em kg) pelo quadrado da altura (m²)¹³. As voluntárias foram pesadas por meio de balança digital Glass 200G-Tech e a altura

mensurada por meio do estadiômetro portátil Caprice Sanny. Essa ficha foi desenvolvida conforme fatores associados conhecidos na literatura^{4,14,15,16}.

Para avaliação dos sintomas de DAP foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*. Trata-se de um questionário que avalia o DAP proposto por Barber et al.¹⁷, e traduzido e validado em mulheres por Arouca e colaboradores¹⁸. Esse instrumento avalia a sintomatologia relacionada ao assoalho pélvico, trato urinário e trato intestinal e é composto de 20 questões divididas em três domínios (bexiga, intestino e pelve), no qual cada domínio possui uma subescala: *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6)* que se refere a sintomas de prolapso e possui 6 itens, *Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8)* que se refere aos sintomas anorretais e inclui 8 itens e *Urinary Distress Inventory (UDI-6)* que se refere à aos sintomas urinários e incluem 6 itens. Inicialmente foi questionado a participantes se apresentava ou não algum dos sintomas dos subitens. Caso a resposta for positiva, deve-se graduar esse sintoma em uma escala de quanto o incomoda (nada, um pouco, moderadamente, bastante). Cada escala equivale a uma pontuação de 0 a 100 pontos e quanto maior a pontuação, maior é o impacto na qualidade de vida desses indivíduos. Quando a pontuação for igual a zero refere-se ausência de sintomas¹⁸.

Para investigar os sintomas de ansiedade e depressão foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que possui 14 itens, entre os quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D)¹⁹. O instrumento foi traduzido e validado para o Brasil por Botega et al.²⁰. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Faro²¹ propôs mudanças para os parâmetros diagnósticos da ansiedade (≥ 7 pontos) e depressão (≥ 6 pontos).

O procedimento para coleta de dados foi dado após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma para o desenvolvimento do projeto e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob parecer número 3.168.884, no período de abril de 2019 a agosto de 2019. Foi realizada uma visita nas 12 Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Centro para prévia explicação e contato com o gestor da Unidade e agentes comunitários de saúde. As mulheres que aceitaram participar da entrevista, foram entrevistadas nas dependências da Unidade Básica de Saúde e responderam uma ficha de identificação em que foram abordados dados referentes aos fatores de risco para DAP. Os fatores de risco pesquisados

foram divididos em: ginecológicos, obstétricos, clínicos, comportamentais, hereditários e antropométricos. Posteriormente à análise dos fatores de risco, também foi avaliado: a presença de DAP através do Questionário *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* e os sintomas de ansiedade e depressão com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

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 SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0). Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente a partir de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas).

Para associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, quando necessário. Utilizou-se o Phi de Cramer como medidas de efeito para as associações significativas. Adotou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Participaram desse estudo, com média de idade de 43,64 (DP \pm 12,12). Quanto aos dados sociodemográficos, 77,7% (n= 164) eram casadas, 33,0% (n= 70) não possuíam escolaridade e 76,4% (n= 162) tinham profissão remunerada. Em relação aos dados ginecológicos e obstétricos, 24,0% (n= 53) mulheres realizaram cirurgia ginecológica, 87,3% (n= 185) gestaram, sendo que 60,4% (n= 128) tiveram parto normal. Outros dados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=212).

CARACTERÍSTICAS	Média ± DP ou n (%)
Idade (anos)	43,64 ± 12,12
IMC (kg/m²)	27,82 ± 5,89
Cor da pele (%)	
Branca	193 (91,5%)
Negra	17 (8,1%)
Estado civil (%)	
Casada	164 (77,7%)
Solteira	47 (22,3%)
Escolaridade (%)	
Sem Escolaridade	70 (33,0%)
Fundamental Completo	49 (23,1%)
Médio Completo	61 (28,8%)
Ensino Superior	32 (15,1%)
Profissão (%)	
Remunerado	162 (76,4%)
Não Remunerado	50 (23,6%)
Cirurgia Ginecológica	
Sim	53 (25,0%)
Não	159 (75,0%)
Gestou	
Sim	185 (87,3%)
Não	27 (12,7%)
Parto Normal	
Sim	128 (60,4%)
Não	84 (39,6%)
Parto Cesárea	
Sim	92 (43,4%)
Não	120 (56,6%)
Episiotomia	
Sim	97 (45,8%)
Não	115 (54,2%)
Laceração	
Sim	64 (30,2%)
Não	148 (69,8%)

Legenda: IMC: Índice de massa corporal; Kg/m²: quilogramas por metro quadrado; Cm: centímetros; DP: Desvio padrão; N: Número de mulheres.

A prevalência da ansiedade na amostra foi de 43,9% (n= 93). Entre os sintomas pélvicos avaliados por meio do PFDI-20, 22,6% das mulheres com ansiedade, apresentaram endurecimento/frouxidão em baixo ventre. Já quanto aos sintomas anorretais, destacaram-se força (39,8%) e dor ao evacuar (32,3%), forte sensação de urgência para evacuar (29,0%) e perda de fezes líquidas (7,5%) com proporções maiores entre mulheres com ansiedade. Quanto aos sintomas urinários, destacaram-se a presença de incontinência urinária de urgência (28,0%) e perda urinária em pequenas quantidades (gotas) (48,4%), também com proporções maiores entre mulheres com ansiedade. Na Tabela 2, observa-se a associação entre sintomas de DAP e presença de ansiedade.

A medida de efeito (Phi de Cramer) apontou que, entre esses sintomas, forte sensação de urgência para evacuar apresentou maior associação com a presença de ansiedade. Desta forma, 21,7% da ocorrência de forte sensação de urgência para evacuar pode ser explicada pelo diagnóstico de ansiedade.

Tabela 2. Associação entre sintomas de desconfortos do assoalho pélvico e presença de ansiedade em mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma (n=212).

Sintomas de desconfortos do assoalho pélvico	Presença de Ansiedade (n = 93)	Ausência de Ansiedade (n = 119)	p	Medida de Efeito [§]
Sensação de pressão em baixo ventre	15 (16,1%)	11 (9,2%)	0,129	
Endurecimento/frouxidão em baixo ventre	21 (22,6%) [¥]	13 (10,9%)	0,022*	15,8%
Ver ou sentir “bola” na vagina	9 (9,7%)	7 (5,9%)	0,299	
Empurrar algo com os dedos para ter evacuação completa	2 (2,2%)	2 (1,7%)	1,000	
Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga	26 (28,0%)	23 (19,3%)	0,139	
Empurrar algo com os dedos para urinar	4 (4,3%)	4 (3,4%)	0,732	
Força para evacuar	37 (39,8%) [¥]	30 (25,2%)	0,024*	15,6%
Sensação de esvaziamento incompleto do intestino	36 (38,7%)	33 (27,7%)	0,090	
Perde fezes sólidas	3 (3,2%)	2 (1,7%)	0,656	
Perde fezes líquidas	7 (7,5%) [¥]	1 (0,8%)	0,023*	17,4%
Elimina flatos involuntariamente	13 (14,0%)	11 (9,2%)	0,280	
Dor ao evacuar	30 (32,3%) [¥]	18 (15,1%)	0,003*	20,3%
Forte sensação de urgência para evacuar	27 (29,0%) [¥]	14 (11,8%)	0,002*	21,7%
“Bola” na região genital depois de evacuar	2 (2,2%)	4 (3,4%)	0,697	
Polaciúria	45 (48,4%)	44 (37,0%)	0,095	
Sintoma de IUU	26 (28,0%) [¥]	18 (15,1%)	0,022*	15,7%
Sintoma de IUE	43 (46,2%)	40 (33,6%)	0,062	
Perde urina em pequenas quantidades (gotas)	45 (48,4%) [¥]	39 (32,8%)	0,021*	15,8%
Dificuldade em esvaziar a bexiga	19 (20,4%)	17 (14,3%)	0,237	
Dor/desconforto em baixo ventre ou região genital	22 (23,7%)	20 (16,8%)	0,214	

Legenda: IUU: incontinência urinária de urgência; *PFDI-20: Pelvic Floor Distress Inventory*; [¥]: Phi de Cramer; [§]: Ajuste residual $\geq 2,0$; *: $p < 0,05$.

Com relação à depressão, a prevalência na amostra foi de 35,4% (n= 75). Na Tabela 3, observa-se que apenas sintomas pélvicos apresentam associação com a presença de depressão, sendo que 18,7% apresentam sensação de pressão em baixo ventre e 32,0% sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. A medida de efeito (Phi de Cramer) apontou que a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga tem maior associação com a depressão. Desta forma, 15,6% da ocorrência de sensação de esvaziamento incompleto da bexiga pode ser explicada pelo diagnóstico de depressão.

Tabela 3. Associação entre sintomas de desconfortos do assoalho pélvico e presença de depressão em mulheres atendidas na Atenção Básica do município de Criciúma (n=212).

Sintomas de desconfortos do assoalho pélvico	Presença de Depressão (n = 75)	Ausência de Depressão (n = 137)	p	Medida de Efeito [§]
Sensação de pressão em baixo ventre	14 (18,7%) [¥]	12 (8,8%)	0,035*	14,4%
Endurecimento/frouxidão em baixo ventre	17 (22,7%)	17 (12,4%)	0,052	
Ver ou sentir “bola” na vagina	7 (9,3%)	9 (6,6%)	0,466	
Empurrar algo com os dedos para ter evacuação completa	2 (2,7%)	2 (1,5%)	0,616	
Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga	24 (32,0%) [¥]	25 (18,2%)	0,023*	15,6%
Empurrar algo com os dedos para urinar	2 (2,7%)	6 (4,4%)	0,715	
Força para evacuar	26 (34,7%)	41 (29,9%)	0,478	
Sensação de esvaziamento incompleto do intestino	26 (34,7%)	43 (31,4%)	0,626	
Perde fezes sólidas	2 (2,7%)	3 (2,2%)	1,000	
Perde fezes líquidas	4 (5,3%)	4 (2,9%)	0,457	
Elimina flatos involuntariamente	8 (10,7%)	16 (11,7%)	0,824	
Dor ao evacuar	20 (26,7%)	28 (20,4%)	0,300	
Forte sensação de urgência para evacuar	15 (20,0%)	26 (19,0%)	0,857	
“Bola” na região genital depois de evacuar	0 (0,0%)	6 (4,4%)	0,92	
Polaciúria	34 (45,3%)	55 (40,1%)	0,464	
Sintoma de IUU	19 (25,3%)	25 (18,2%)	0,224	
Sintoma de IUE	32 (42,7%)	51 (37,2%)	0,438	
Perde urina em pequenas quantidades (gotas)	35 (46,7%)	49 (35,8%)	0,121	
Dificuldade em esvaziar a bexiga	15 (20,0%)	21 (15,3%)	0,386	
Dor/desconforto em baixo ventre ou região genital	19 (25,3%)	23 (16,8%)	0,136	

Legenda: IUU: incontinência urinária de urgência; *PFDI-20*: *Pelvic Floor Distress Inventory*; [¥]: Phi de Cramer; [§]: Ajuste residual $\geq 2,0$; *: $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar associação dos sintomas de DAP e ansiedade e depressão em mulheres atendidas na atenção básica do município de Criciúma/SC. A prevalência de ansiedade na amostra foi de 43,9%, havendo associação

com endurecimento/frouxidão em baixo ventre, força e dor para evacuar, perda de fezes líquidas, forte sensação de urgência para evacuar, incontinência urinária de urgência e a perda urinária em pequenas quantidades (gotas). Entre esses sintomas, a sensação de urgência para evacuar foi aquele que melhor se explicou a presença de ansiedade (21,7%). Quanto a depressão, a prevalência na amostra foi de 35,4%, havendo associação com sensação de pressão em baixo ventre e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. Entre os dois sintomas citados, a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga teve uma melhor explicação pela presença de depressão, com 15,6%.

Os achados deste artigo trazem o sintoma de perda de fezes líquidas associado a presença de ansiedade (17,4%), dado que concorda com um estudo realizado com pessoas de uma cidade americana, 2,2% da população geral apresentou incontinência anal, e apesar de não ser uma doença fatal, pode gerar grande ansiedade, resultando em vergonha, constrangimento, isolamento social e perda de autoestima²². Além disso o estudo de Singh et al.²³ mostrou que a ansiedade está consideravelmente associada à urgência fecal, também concordando com o presente estudo em que a ansiedade está relacionada com a forte sensação de urgência para evacuar (21,7%).

Outro resultado deste estudo foi que a IU apresentou associação com a ansiedade (15,7%), concordando com o estudo de Reis et al.²⁴, onde diz quase uma em cada cinco mulheres com IU apresentam altos níveis de ansiedade, compactuando também com o estudo de Cruz e Lisboa²⁵, em que, entre 40 mulheres incontinentes avaliadas, 50% apresentaram ansiedade. Outro estudo também mostrou resultados semelhantes, em que os escores de ansiedade, medidos pela HADS, foram muito maiores em mulheres com IUU (56%)⁹.

Existem vários mecanismos que podem explicar a associação entre sintomas de IU e ansiedade, como por exemplo, a possibilidade de perder urina em público, alterações na sensibilidade da bexiga e alteração na percepção da capacidade de controlar a micção²⁴. Desta forma, o bem-estar dessas mulheres com alguma DAP pode ser diretamente afetado, associando-se aos sintomas de ansiedade, depressão, sofrimento psíquicos, deteriorização de relacionamentos pessoais, baixa auto estima e menor satisfação com a vida²⁴.

Foi observado neste artigo que a sensação de pressão em baixo ventre e a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga tem associação com a presença de depressão, concordando com achados na literatura que dizem que a prevalência de sintomas depressivos em mulheres com DAP pode variar de 20% a 70%²⁶. O estudo de Reis et al.²⁴ apontou que 34,1% das mulheres que tem IU também apresentam depressão. Além disso, foi descoberto em um estudo de caso-controle no qual mulheres com POP apresentam maior incidência de sintomas depressivos do que aquelas sem prolapso²⁶. No entanto, isso pode afetar de forma contrária o autocuidado, aumentando o risco de novas queixas, complicações e mortalidade, visto que os sintomas depressivos podem impossibilitar a paciente de buscar por tratamento⁹.

Um estudo qualitativo referente a carga emocional passada por mulheres que procuraram tratamento para alguma DAP, mostrou que o bem-estar psicológico da mulher está diretamente ligado aos sintomas do assoalho pélvico⁹ e segundo Mazi et al.²⁸, a prevalência de depressão em mulheres com DAP, é três vezes maior se comparado com mulheres sem DAP.

Apesar de ser alta a prevalência das DAP²⁸, o sistema público de saúde ainda não desenvolveu serviços especializados para atendimento dessas mulheres²⁹. Alguns estudos trazem a importância do desenvolvimento de programas para prevenção de DAP, considerando a importância da conscientização e busca de tratamento, assim como auxílio do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo ações para a saúde da mulher^{30,31}. Desse modo, indica-se a organização de políticas públicas voltadas a mulheres com DAP e problemas psicológicos como ansiedade e depressão.

No âmbito do SUS, sabe-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher prevê a realização de exame preventivo regularmente, para prevenção e ou detecção precoce do câncer de colo de útero, além de outros cuidados à saúde feminina^{32,34}. Desta forma, a identificação das DAP poderia ser feita no momento do exame preventivo de câncer de colo de útero, ampliando os benefícios do exame com a inclusão de uma avaliação fisioterapêutica da região pélvica. Assim, o atendimento multiprofissional mediante médico, enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo organizaria essa lacuna da política de atenção à saúde da mulher¹.

Como este estudo foi desenvolvido na atenção básica de saúde, nota-se a importância de identificação de DAP e sintomas de ansiedade e depressão durante a

realização do preventivo, já que, nesse momento a mulher está inserida na unidade de saúde. O conhecimento dessas queixas permitirá que a paciente seja encaminhada para tratamento especializado.

Quanto as limitações do estudo, este estudo apresentou dois tipos de vieses. Já que não houve o cegamento do avaliador, pode ter ocorrido um viés do entrevistador que foi minimizado por avaliações e entrevistas padronizadas. Além disso, pode ocorrer um viés de seleção pois a amostra foi recrutada por conveniência em apenas um Distrito Sanitário, sendo que a cidade é composta por cinco. Pretendeu-se minimizar esse tipo de viés por meio da divulgação do estudo em todos os bairros do maior e mais populoso distrito da cidade.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo mostraram que existe associação entre sintomas de desconfortos do assoalho pélvico e a presença de ansiedade e depressão, onde o sintoma de forte sensação de urgência para evacuar pode ser explicado pelo diagnóstico de ansiedade e a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga pode ser explicado pelo diagnóstico de depressão. Sugere-se a identificação de DAP e sintomas de ansiedade e depressão durante a realização do exame preventivo, para que desta forma, a paciente possa ser encaminhada para um tratamento especializado e multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Reis HG, Dos Santos MG, Scarabelot KS, Virtuoso JF. Disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que realizam o exame preventivo de câncer de colo de útero. *Fisioter Bras.* 19 de junho de 2019;20(3):400–8.
2. Dufour S, Vandyken B, Forget M-J, Vandyken C. Association between lumbopelvic pain and pelvic floor dysfunction in women: A cross sectional study. *Musculoskeletal Science and Practice.* abril de 2018;34:47–53.
3. Teixeira Moreira Vasconcelos C, Vasconcelos Neto JA, Pinheiro Sobreira Bezerra LR, Lustosa Augusto K, Karbage SAL, Parente Ribeiro Frota I, et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. *G&S.* 16 de novembro de 2012;4(1):1202.
4. Berghmans B, Nieman F, Leue C, Weemhoff M, Breukink S, van Koevinge G. Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a Pelvic Care Centre: Complexities of Female Patient Complaints. *Neurourol Urodynam.* abril de 2016;35(4):503–8.
5. Ribeiro DC, Souza JRN, Zatti RA, Dini TR, Moraes JR de, Faria CA. Double incontinence: associated factors and impact on the quality of life of women attended at a health referral service. *Rev bras geriatr gerontol.* 2019;22(6):e190216.
6. Lian W, Zheng Y, Huang H, Chen L, Cao B. Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* agosto de 2017;296(2):181–9.
7. Fontenele MQS, Moreira MA, de Moura ACR, de Figueiredo VB, Driusso P, Nascimento SL. Pelvic floor dysfunction distress is correlated with quality of life, but not with muscle function. *Arch Gynecol Obstet.* janeiro de 2021;303(1):143–9.
8. Ossa AMP de L. Sintomas de disfunções do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes em atendimento no centro de reabilitação do hospital das clínicas de Ribeirão Preto [Internet] [Mestrado em Fisioterapia]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2020 [citado 9 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17152/tde-07042021-150136/>

9. Vrijens D, Berghmans B, Nieman F, van Os J, van Koevinge G, Leue C. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions-A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. *Neurourology and Urodynamics*. setembro de 2017;36(7):1816–23.
10. Saiki L, Meize-Grochowski R. Urinary Incontinence and Psychosocial Factors Associated With Intimate Relationship Satisfaction Among Midlife Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1º de julho de 2017;46(4):555–66.
11. Averbeck MA, Altaweel W, Manu-Marin A, Madersbacher H. Management of LUTS in patients with dementia and associated disorders: Dementia and LUTS-Systematic Review. *Neurourol Urodynam*. fevereiro de 2017;36(2):245–52.
12. BRASIL. Ministério da Saúde, município de Criciúma/SC. Atensão básica, 2018.
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em:<http://www.who.int/topics/obesity/en/>. 2000
14. Frota IPR, Rocha ABO, Neto JAV, Vasconcelos CTM, De Magalhaes TF, Karbage SAL, et al. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. *Acta Obstet Gynecol Scand*. maio de 2018;97(5):552–9.
15. Bocardi DAS, Pereira-Baldon VS, Ferreira CHJ, Avila MA, Beleza ACS, Driusso P. Pelvic floor muscle function and EMG in nulliparous women of different ages: a cross-sectional study. *Climacteric*. 2018;21(5):462-466. doi:10.1080/13697137.2018.1453493
16. Hallock JL, Handa VL. The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. março de 2016;43(1):1–13.
17. 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). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. julho de 2005;193(1):103–13.
18. Arouca MAF, Duarte TB, Lott DAM, 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*. julho de 2016;27(7):1097–106.

19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
20. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. outubro de 1995;29(5):359–63.
21. Faro A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psic: Teor e Pesq*. setembro de 2015;31(3):349–53.
22. Barroso AMF, Nunes EFC, Latorre GFS. Abordagem fisioterapêutica na incontinência fecal: revisão de literatura. 2018;13:5.
23. Singh P, Takazawa E, Rangan V, Ballou S, Katon J, McMahon C, et al. Fecal urgency is common in constipated patients and is associated with anxiety. *Neurogastroenterology & Motility*. abril de 2019;31(4):e13545.
24. Reis AM, Brito LGO, Lunardi ALB, Pinto e Silva MP, Juliato CRT. Depression, anxiety, and stress in women with urinary incontinence with or without myofascial dysfunction in the pelvic floor muscles: A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics*. janeiro de 2021;40(1):334–9.
25. Messias de Alencar-Cruz J, Lira-Lisboa L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Rev salud pública*. 1º de julho de 2019;21(4):1–6.
26. Gosch M, Talasz H, Nicholas JA, Kammerlander C, Lechleitner M. Urinary incontinence and poor functional status in fragility fracture patients: an underrecognized and underappreciated association. *Arch Orthop Trauma Surg*. janeiro de 2015;135(1):59–67.
27. Larouche M, Brotto LA, Koenig NA, Lee T, Cundiff GW, Geoffrion R. Depression, Anxiety, and Pelvic Floor Symptoms Before and After Surgery for Pelvic Floor Dysfunction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. janeiro de 2020;26(1):67–72.
28. Mazi B, Kaddour O, Al-Badr A. Depression symptoms in women with pelvic floor dysfunction: a case-control study. *IJWH*. fevereiro de 2019;Volume 11:143–8.
29. Lopes MHB de M, Costa JN da, Bicalho MB, Casale TE, Camisão AR, Fernandes MLV. Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation. *Rev Bras Enferm*. outubro de 2018;71(5):2496–505.

30. Alves FK, Adami DBV, Marques J, Pereira LC, Riccetto C, Botelho S. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. *Fisioterapia Brasil* [Internet]. 2016 Aug 5 [cited 2020 Dec 2];17(2):131.
31. Figueiredo EM, Gontijo R, Vaz CT, Baracho E, da Fonseca AMRM, Monteiro MV de C, et al. The results of a 24-h pad test in Brazilian women. *Int Urogynecol J*. junho de 2012;23(6):785–9.
32. Brazil, organizador. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004 - 2007. 1a. ed., 1a. reimpressão. Brasília, DF: Editora MS; 2004. 47 p. (Série C--Projetos, programas e relatórios).
33. Brazil, organizador. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1a. ed., 2a. reimp. Brasília, DF: Editora MS; 2011. 80 p. (Série C--Projetos, programas e relatórios).
34. Faria CA, Moraes JR de, Monnerat BRD, Verediano KA, Hawerroth PAMM, Fonseca SC. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. agosto de 2015;37(8):374–80.