**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

ALINE MOREIRA RIBEIRO

Disfunções do assoalho pélvico em mulheres sobreviventes ao câncer

Ribeirão Preto
2019

ALINE MOREIRA RIBEIRO

Disfunções do assoalho pélvico em mulheres sobreviventes ao câncer

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Clínica Médica.

Opção: Investigação Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. Harley Francisco de Oliveira.

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ribeiro, Aline Moreira

Disfunções do assoalho pélvico em mulheres sobreviventes ao câncer. Ribeirão Preto, 2019.

117 f.: il. ; 30 cm

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento de Clínica Médica. Área de Concentração: Investigação Biomédica.

Orientador: de Oliveira, Harley Francisco.

1) Neoplasias. 2) Incontinência Urinária. 3) Saúde Sexual. 4) Desempenho Físico Funcional. 5) Qualidade de Vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ribeiro, Aline Moreira

Disfunções do assoalho pélvico em mulheres sobreviventes ao câncer.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Ciências – Clínica Médica – Investigação Biomédica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Harley Francisco de Oliveira

Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. Valdair Francisco Muglia

Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento _____

Profa. Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira

Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento _____

Profa. Dra. Elaine Cristine Lemes Matheus de Vasconcelos

Centro Universitário Barão de Mauá

Julgamento _____

A Jesus.

*“Porque d’Ele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas;
glória, pois, a Ele eternamente. Amém!”*

(Romanos 11:36).

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda sabedoria e conhecimento (Cl 2:3). Sem Ti nada posso fazer. Obrigada por sempre se mostrar fiel e um Pai amoroso para mim. Reconheço-te em cada página deste trabalho!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Harley Francisco de Oliveira, pela confiança em minha pessoa desde o Mestrado. Obrigada por me proporcionar tamanho crescimento pessoal e profissional.

À minha família: meus pais Neuza e Juarez, meu irmão Rafael e minha cunhada Nayara. Vocês são doutores em me apoiar e me amar incondicionalmente!

À Profa. Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira, pessoa usada por Deus para não me deixar desistir nos momentos de dúvidas e desânimo. Este projeto também deveria ter seu nome na capa. Obrigada por me ensinar amar tanto a Saúde da Mulher!

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Belo pela inestimável cooperação para que esta pesquisa pudesse ser realizada. Agradecimento especial ao Excelentíssimo Senhor Dr. José Assumpção, secretário municipal de saúde, à Sara Moreira Nunes de Carvalho e aos agentes comunitários de saúde da Unidades do Programa de Saúde da Família da cidade de Campo Belo/MG.

Ao Carlos Alberto Siqueira Lima Júnior, Prof. Dr. Fábio Carmona e toda a equipe REDCap da FMRP-USP pelo apoio e ajuda dispensados na utilização do software nesta pesquisa.

Ao Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela oportunidade de cursar esta pós-graduação e pelo crescimento científico, profissional e pessoal proporcionados.

Aos professores da banca examinadora pela aceitação em participar desta banca e por terem analisado este trabalho com tanto esmero, apontando sugestões e críticas que resultarão em sua melhoria.

Ao Émerson Quirino de Oliveira, secretário do Programa de Pós-graduação do Departamento de Clínica Médica, pela ajuda, atenção e prestatividade em todos os momentos.

Aos funcionários da Biblioteca Central da FMRP-USP Ribeirão Preto.

Às queridas voluntárias de pesquisa que, sem o consentimento destes, trabalho algum seria realizado. Obrigada por abrirem suas vidas, compartilhar suas histórias de luta e superação. Quantas guerreiras conheci!

Às amigas Martha Calheiros e Ana Luísa Santos pela ajuda na organização da listagem das participantes e pela valiosa amizade.

Aos amados irmãos da Igreja em Campo Belo e da Igreja em São Paulo pelas experiências preciosas vividas com vocês e pelas orações nos momentos de dificuldades durante o desenvolvimento deste trabalho. Como amo vocês!

E a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a concretização deste trabalho.

“É melhor ter companhia do que estar sozinho, porque maior é a recompensa do trabalho de duas pessoas. Se um cair, o amigo pode ajudá-lo a levantar-se. Mas pobre do homem que cai e não tem quem o ajude a levantar-se! E se dois dormirem juntos, vão manter-se aquecidos. Como, porém, manter-se aquecido sozinho? Um homem sozinho pode ser vencido, mas dois conseguem defender-se. Um cordão de três dobras não se rompe com facilidade.”

- Eclesiastes 4:9-12 -

NÓS NÃO SOMOS
O QUE AINDA
IREMOS SER.

Armandinho, por Alexandre Beck

RESUMO

Ribeiro, A. M. **Disfunções do assoalho pélvico em mulheres sobreviventes ao câncer**. 2019. 117 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução: As disfunções do assoalho pélvico (DAP) se manifestam através dos sintomas do trato urinário inferior (STUI), disfunção anorretal e sexual. As DAP causam um importante impacto na qualidade de vida (QoL) em sobreviventes ao câncer, porém, não é conhecida a prevalência e consequências destas disfunções no Brasil. **Objetivo:** Verificar a prevalência de DAP em mulheres sobreviventes ao câncer. Secundariamente, pretende-se avaliar a QoL, o desempenho funcional, a função sexual, as atividades de vida diária (AVD) e saúde emocional associados às DAP. **Método:** Estudo transversal retrospectivo de base populacional, em mulheres com diagnóstico clínico de qualquer neoplasia no período entre 2013 e 2017 (Grupo Estudo, GE) e mulheres em seguimento clínico de rotina, sem histórico de câncer (Grupo Controle, GC). Estes grupos foram pareados por faixa etária e paridade. Todas as participantes foram entrevistadas através da aplicação do Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico (PFDI-20), Questionário Sexual para Incontinência Urinária e Prolapso de Órgãos Pélvicos (PISQ-12), Questionário de Impacto no Assoalho Pélvico (PFIQ-7), Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Breve (WHOQOL-BREF) e Fluxograma de Avaliação de Funcionalidade (FAF). **Resultado:** Foram incluídas 144 mulheres (GE, n=72 e GC, n=72). A idade média geral foi 56,1 (24-79) anos. A prevalência de DAP na amostra geral foi de 87,5% (n=63). O GE apresentou uma prevalência de incontinência urinária de esforço maior que o GC ($p=0,0209$). Não foi observada diferença entre os grupos em relação ao escore total do questionário PFDI-20 e do PISQ-12. Avaliando-se conforme as questões do referido questionário, houve diferença estatística na avaliação do domínio “desejo” ($p=0,0003$) e “intensidade do orgasmo” ($p=0,0291$), com piores escores para o GE. Não houve diferença entre os grupos na avaliação da influência das DAP na QoL, AVD e saúde emocional, avaliada pelo questionário PFIQ-7. Em relação à QoL, o GE apresentou piores pontuações nos domínios físico ($p=0,0002$) e psicológico ($p=0,0035$) e no escore total do questionário WHOQoL-BREF ($p=0,0093$), tendo este mesmo grupo demonstrado também pior desempenho funcional, conforme o Fluxograma de Avaliação de Funcionalidade ($p<,0001$). **Conclusão:** A prevalência de DAP foi de 87,5% em ambos grupos. O GE apresentou maior impacto na QoL nos domínios físico e psicológico, bem como também pior funcionalidade.

Palavras-chave: Neoplasias. Incontinência Urinária. Saúde Sexual. Desempenho Físico Funcional. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Ribeiro, A. M. **Pelvic floor dysfunctions in cancer survivors**. 2019. 117 f. Thesis (Doctorate) - Ribeirão Preto Medical School of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction: Pelvic floor dysfunctions (PFD) are manifested through symptoms of the lower urinary tract symptoms (LUTS), anorectal and sexual dysfunction. PFD has an important impact on quality of life (QoL) in cancer survivors, but the prevalence and consequences of these dysfunctions in Brazil are not known. **Aim:** To verify the prevalence of PFD in cancer survivors. Secondly, we intend to evaluate the QoL, functional performance, sexual function, activities of daily living (ADL) and emotional health associated with PFD. **Method:** Population-based cross-sectional study in women with a clinical diagnosis of any neoplasia between 2013 and 2017 (Study Group, SG) and women in routine clinical follow-up, with no history of cancer (Control Group, CG). These groups were matched for age and parity. All participants were interviewed using the Pelvic Floor Disability Index (PFDI-20), Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-12), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL-BREF) and Functionality Assessment Flowchart (FAF). **Result:** One hundred and forty-four women were included (SG, n=72 and CG, n=72). The overall mean age was 56.1 (24-79) years. The prevalence of PFD in the general sample was 87.5% (n=63). The SG had a higher prevalence of stress urinary incontinence than the CG ($p=0.0209$). No difference was observed between the groups regarding the total score of the PFDI-20 and PISQ-12 questionnaires. Evaluating according to the questions of the questionnaire there was a statistical difference in the evaluation of the domain "desire" ($p=0.0003$) and "intensity of orgasm" ($p=0.0291$), with worse scores for the SG. There was no difference between the groups in assessing the influence of PFD on QoL, ADL and emotional health, as assessed by the PFIQ-7 questionnaire. Regarding the QoL, the SG presented worse scores in the physical ($p=0.0002$) and psychological ($p=0.0035$) domains and in the total score of the WHOQoL-BREF questionnaire ($p=0.0093$), with this same group also demonstrated worse functional performance according to the Functionality Assessment Flowchart ($p<.0001$). **Conclusion:** The prevalence of PFD was 87.5% in both groups. SG had a greater impact on QoL in the physical and psychological domains, as well as worse functional performance.

Keywords: Neoplasms. Urinary Incontinence. Sexual Health. Physical Functional Performance. Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Pelve e períneo	27
Figura 2 -	Níveis de suspensão dos órgãos pélvicos	27
Figura 3 -	Diafragma da pelve	28
Figura 4 -	Membrana do períneo e espaço profundo do períneo	29
Figura 5 -	Músculos superficiais do assoalho pélvico	29
Figura 6 -	Posicionamento dos órgãos pélvicos em relação ao assoalho pélvico	30
Figura 7 -	Barco em doca seca	31
Figura 8 -	Mecanismo da continência	32
Figura 9 -	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018	37
Figura 10 -	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 na Região Sudeste do Brasil	37
Figura 11 -	Fluxograma das mulheres incluídas e analisadas no estudo (Grupo Estudo) ...	57
Figura 12 -	Fluxograma das mulheres incluídas e analisadas no estudo (Grupo Controle).	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estimativas das taxas brutas e ajustadas de incidência de câncer em Minas Gerais e Capital	38
Tabela 2 -	Distribuição do câncer, em mulheres residentes na cidade de Campo Belo/MG, tratadas por câncer entre 2013 e 2017	58
Tabela 3 -	Características sociodemográficas das mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	60
Tabela 4 -	História gineco-obstétrica das mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	60
Tabela 5 -	Escore dos domínios do questionário PFDI-20 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	62
Tabela 6 -	Distribuição da prevalência das DAP específicas conforme as questões do questionário PFID-20 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	62
Tabela 7 -	Escore do questionário PISQ-12 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	63
Tabela 8 -	Queixas sexuais apresentadas conforme as questões do questionário PISQ-12 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	63
Tabela 9 -	Escore dos domínios do questionário WHOQoL-BREF em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	65
Tabela 10 -	Escore do Fluxograma de Avaliação de Funcionalidade em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	65
Tabela 11 -	Escore dos domínios do questionário PFIQ-7 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	66

Tabela 12 -	Modelo de regressão linear entre as variáveis relacionadas e escores obtidos em questionários específicos em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	67
Tabela 13 -	Análise de correlação entre as variáveis do estudo, segundo o Coeficiente de Correlação de Pearson	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição da incidência de câncer feminino em Campo Belo/MG no período entre 2013 e 2017	59
Gráfico 2 -	Tratamento oncológico realizado nas mulheres, com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	59
Gráfico 3 -	Prevalência de disfunção do assoalho pélvico em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017	61

LISTA DE SIGLAS

AP	Assoalho pélvico
AVD	Atividades de vida diária
BQT	Braquiterapia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CRADI-8	Inventário de Angústia Colorretal-Anal (<i>Colorectal-Anal Distress Inventory</i>)
CRAIQ-7	Questionário de Impacto Colorretal-Anal (<i>Colorectal-Anal Impact Questionnaire</i>)
CX	Cirurgia
DAP	Disfunções do assoalho pélvico
DASH	Questionário Deficiências do Braço, Ombro e Mão (<i>Disabilities of Arm Shoulder and Hand</i>)
DSF	Disfunção sexual feminina
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition</i>)
ECOG-PS	Estado de Desempenho do Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental (<i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i>)
EORTC	Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>)
EPIC	Investigação Prospectiva Europeia sobre Câncer e Nutrição (<i>European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition</i>)
FAF	Fluxograma de Avaliação de Funcionalidade (<i>Functionality Assessment Flowchart</i>)
FSFI	Índice de Função Sexual Feminina (<i>Female Sexual Function Index</i>)
GC	Grupo controle
GE	Grupo estudo
HT	Hormonioterapia

IA	Incontinência anal
IARC	Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (<i>International Agency for Research on Cancer</i>)
ICS	Sociedade Internacional de Continência (<i>Internacional Continence Society</i>)
IF	Incontinência fecal
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
KPS	Estado de Performance de Karnofsky (<i>Karnofsky Performance Status</i>)
MDS	Modelo de Pesquisa sobre Incapacidade (<i>Model Disability Survey</i>)
MG	Minas Gerais
NHANES	Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFID-20	Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico (<i>Pelvic Floor Disability Index</i>)
PFIQ-7	Questionário de Impacto no Assoalho Pélvico (<i>Pelvic Floor Impact Questionnaire</i>)
PISQ-12	Questionário Sexual para Incontinência Urinária e Prolapso de Órgãos Pélvicos (<i>Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire</i>)
POP	Prolapso dos órgãos pélvicos
POPDI-6	Inventário de Angústia do Prolapso de Órgão Pélvico (<i>Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory</i>)
POPIQ-7	Questionário de Impacto do Prolapso dos Órgãos Pélvicos (<i>Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire</i>)

PPS	Escala de Desempenho Paliativo (<i>Palliative Performance Scale</i>)
PS	Status de desempenho
PSF	Programa Saúde da Família
QoL	Qualidade de vida
QT	Quimioterapia
REDCap	Sistema Pesquisa Eletrônica de Captura de Dados (<i>Research Electronic Data Capture</i>)
RNA_m	Ácido ribonucleico mensageiro
RT	Radioterapia
SAS	Sistema de Análise Estatística (<i>Statistical Analysis System</i>)
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STROBE	Aprimorando a Apresentação de Resultados de Estudos Observacionais em Epidemiologia (<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>)
STUI	Sintomas do trato urinário inferior
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TFD	Serviço de Tratamento Fora de Domicílio
UDI-6	Inventário de Angústia Urinária (<i>Urinary Distress Inventory</i>)
UEMG	Universidade Estadual de Minas Gerais
UIQ-7	Questionário de Impacto Urinário (<i>Urinary Impact Questionnaire</i>)
WHODAS 2.0	Escala de Avaliação de Incapacidades da OMS (<i>World Health Disability Assessment Schedule</i>)
WHOQOL-BREF	Organização Mundial de Saúde Qualidade de Vida – Breve (<i>World Health Organization Quality of Life – Brief</i>)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	JUSTIFICATIVA	21
3	HIPÓTESES	23
4	REVISÃO DE LITERATURA	25
	4.1 O Assoalho Pélvico Feminino – Considerações Anatômicas	26
	4.2 As Disfunções do Assoalho Pélvico	30
	4.2.1 Sintomas do trato urinário inferior	31
	4.2.2 Prolapso dos órgãos pélvicos	33
	4.2.3 Disfunções anorretais	34
	4.2.4 Disfunção sexual	35
	4.3 O Câncer	36
	4.3.1 Impacto do tratamento do câncer	38
	4.3.1.1 Cirurgia	39
	4.3.1.2 Quimioterapia	39
	4.3.1.3 Radioterapia	40
	4.3.1.4 Hormonioterapia	41
	4.4 Funcionalidade e Qualidade de Vida	42
5	OBJETIVOS	43
	5.1 Objetivo Primário	44
	5.2 Objetivos Secundários	44
6	MATERIAIS E MÉTODOS	45
	6.1 Delineamento do estudo	46
	6.2 Contexto	46
	6.3 Aspectos éticos	46
	6.4 Participantes	46
	6.4.1 Critérios de Elegibilidade de Sujeitos	47
	6.4.2 Tamanho Amostral	48
	6.5 Coleta de dados	48
	6.6 Variáveis	48
	6.6.1 Variável Primária	49

6.6.1.1 Prevalência de disfunção do assoalho pélvico	49
6.6.2 Variáveis Secundárias	50
6.6.2.1 Função sexual	50
6.6.2.2 Qualidade de vida	51
6.6.2.3 Desempenho funcional	52
6.6.2.4 Influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida, atividade de vida diária e saúde emocional	53
6.7 Análise Estatística	54
6.8 STROBE <i>Statement</i>	54
7 RESULTADOS	55
7.1 Sujeitos	56
7.2 Dados Descritivos	58
7.3 Desfechos	61
7.3.1 Desfecho Primário	61
7.3.1.1 1 Prevalência de disfunção do assoalho pélvico	61
7.3.2 Desfechos Secundários	62
7.3.2.1 Função sexual	62
7.3.2.2 Qualidade de vida	65
7.3.2.3 Desempenho funcional	65
7.3.2.4 Influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida, atividade de vida diária e saúde emocional	66
7.3.2.5 Fatores associados às disfunções do assoalho pélvico e correlação entre as variáveis do estudo	66
8 DISCUSSÃO	75
CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	105
ANEXOS	110

1 Introdução

Baseados no *World Cancer Report 2014* da Agência Internacional de Investigação sobre o Câncer (do inglês, *International Agency for Research on Cancer – IARC*), é inquestionável que o câncer se tornou um problema evidente de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde espera-se que, nas próximas décadas, o impacto da doença na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (FORMAN et al., 2013).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estima, para o Brasil, no biênio 2018-2019, mais de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Nas brasileiras, os cânceres de mama, cólon e reto, colo do útero e tireoide figurarão entre os principais (INCA, 2017).

O tratamento oncológico inclui, em geral, a cirurgia (CX), radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e hormonioterapia (HT). Estas abordagens podem resultar em danos à vascularização pélvica e inervação autonômica associando-se a efeitos colaterais importantes em órgãos pélvicos em longo prazo (FITZ et al., 2011), manifestando-se através de sintomas do trato urinário inferior (STUI), disfunções anorretais e sexuais.

Estas disfunções do assoalho pélvico (DAP), no entanto, não foram suficientemente avaliadas em pacientes oncológicas no Brasil, apresentando um baixo número de estudos epidemiológicos. Isto é um ponto importante e digno de nota, uma vez que grande parte dos estudos em Oncologia avaliam a eficácia e outros aspectos relacionados ao tratamento oncológico, sem considerar a perspectiva da paciente e o impacto deste tratamento na nova vida pós-câncer.

Verificar a magnitude das DAP entre sobreviventes ao câncer, identificando os possíveis fatores associados a estas disfunções, bem como sua influência na qualidade de vida (QoL), atividades de vida diária (AVD) e desempenho funcional são pontos importantes de investigação, especialmente quando consideramos mulheres que residem em municípios pequenos, distantes dos centros de referência em tratamento oncológico e de serviços especializados no manejo destas disfunções.

2 Justificativa

As DAP representam um grande problema de saúde pública manifestando-se através de STUI, disfunções anorretais e sexuais na população feminina geral. Uma grande parte das pesquisas publicadas nesta temática abrangem pacientes não-oncológicas. E esta é também uma população que parece apresentar alta prevalência de DAP e que necessita receber maior atenção científica.

Grande parte das pesquisas em Oncologia se restringem à avaliação de novas terapêuticas e/ou comparação de tratamentos quanto à aspectos específicos da doença, como sobrevida global e sobrevida livre de eventos, por exemplo. A toxicidade é frequentemente avaliada, especialmente no período intra-tratamento. Também se analisa a QoL, entretanto, à luz dos tratamentos propostos. A perspectiva da paciente e seus desejos de como gostaria de estar após o tratamento do câncer não são avaliados. As pacientes anseiam sobreviver a esta luta com o máximo de QoL e funcionalidade em suas AVD, com suporte adequado às complicações, especialmente em longo prazo. Isso reforça a importância do acompanhamento tardio, não somente para avaliação de possíveis recidivas, mas para manejo da toxicidade tardia.

No entanto, este acompanhamento é prejudicado quando se considera mulheres residentes em municípios pequenos, localizados no interior dos estados brasileiros e distantes de centros de referência para tratamento do câncer. Muitas dessas sobreviventes consideram suas sequelas como consequência natural do tratamento realizado e desconhecem as possibilidades terapêuticas para o manejo destas sequelas.

A prevalência de DAP na população geral é conhecida (MILSOM et al., 2017), fato este que se opõe quando consideramos pacientes oncológicas. O presente estudo parece ser o primeiro que utiliza uma população de mulheres sobreviventes ao câncer, independentemente do sítio do tumor, para avaliação destas queixas. Além disso, o presente estudo ainda se estende sobre o impacto destas disfunções na QoL, AVD e desempenho funcional.

Ademais, não se encontram disponíveis na literatura estudos acerca deste tema e com esta população alvo conduzidos no Brasil. Diante de sua originalidade, esta pesquisa possui potencial de contribuir para o mapeamento das DAP nas mulheres sobreviventes ao câncer.

3 Hipóteses

- a) As mulheres sobreviventes ao câncer apresentam mais sintomas relacionados às DAP quando comparadas àquelas sem histórico de câncer;
 - b) As mulheres sobreviventes ao câncer apresentam mais alterações na QoL, função sexual e desempenho funcional quando comparadas àquelas sem histórico de câncer.
-

4 Revisão de Literatura

O conhecimento da anatomia do trato urinário inferior e do assoalho pélvico (AP) é fundamental para o entendimento da estática pélvica e sua fisiologia, assim como da fisiopatologia das DAP. É imprescindível que haja, além do conhecimento da anatomia, uma percepção clara das funções de cada elemento anatômico, visto ser o AP sítio de intrincadas interações entre suas inúmeras estruturas. A compreensão de tais relações elucida os mecanismos envolvidos na gênese das DAP (MARANA; POLI NETO, 2011; PALMA; PORTUGAL, 2009).

4.1 O Assoalho Pélvico Feminino – Considerações Anatômicas

A pelve e o AP são regiões inter-relacionadas e associadas aos ossos pélvicos e segmentos terminais da coluna vertebral. A pelve pode ser dividida em duas regiões: (1) pelve maior (“falsa pelve”), muitas vezes considerada parte do abdome, localiza-se na região superior relacionada a parte superior dos ossos pélvicos e vértebras lombares inferiores; (2) pelve menor (“pelve verdadeira”): relacionada com a parte inferior dos ossos do quadril, sacro e cóccix, apresentando uma abertura superior e inferior (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2013).

A cavidade pélvica, em forma de bacia, é delimitada pela pelve menor e apresenta uma abertura superior, paredes e assoalho. Em seu interior estão presentes estruturas dos sistemas urinário, digestório e genital. O períneo situa-se inferiormente ao assoalho da cavidade pélvica contendo as aberturas externas dos órgãos dos sistemas urinário, digestório e genital (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2013) (Figura 1).

O sistema de sustentação dos órgãos pélvicos situa-se entre o peritônio parietal e a fáscia que cobre a os músculos do AP. Este sistema mantém as relações espaciais entre o colo uterino e vagina, bexiga e uretra e reto e canal anal, tendo importância na manutenção da função adequada de cada órgão, sendo constituído por tecido conjuntivo que envolve e sustenta as vísceras pélvicas e seus respectivos vasos sanguíneos (MARANA; POLI NETO, 2011).

Figura 1 – Pelve e períneo

Fonte: Drake, Vogl e Mitchell (2013, p. 208).

Os órgãos pélvicos mantêm sua estática por três níveis de suspensão: (1) superior, envolvendo os ligamentos cardinais e uterossacrais que sustentam a cúpula vaginal e o colo uterino posteriormente, posicionando as vísceras sobre a placa do músculo levantador do ânus; (2) compreende as fâscias pubocervicais e o septo retovaginal que sustentam a bexiga, os dois terços superiores da vagina e do reto; (3) os ligamentos pubovesical e o pubouretral que determinam a orientação vertical do colo vesical e da uretra proximal, respectivamente (MARANA; POLI NETO, 2011) (Figura 2).

Figura 2 – Níveis de suspensão dos órgãos pélvicos

Fonte: Palma e Portugal (2009, p. 32).

O AP é formado pelo diafragma da pelve e, anteriormente, em linha média, pela membrana do períneo e pelos músculos do espaço profundo do períneo. O diafragma da pelve é formado pelos músculos levantador do ânus e isquiococcígeo, de ambos os lados. O AP separa a cavidade pélvica, acima, do períneo, abaixo (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2013) (Figura 3).

Figura 3 – Diafragma da pelve

Fonte: Drake, Vogl e Mitchell (2013, p. 217).

O músculo levantador do ânus é dividido em, pelo menos, três conjuntos de fibras musculares, com base no local de origem e na relação com as vísceras na linha mediana: os músculos pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo. Estes músculos ajudam a sustentar as vísceras pélvicas e manter o fechamento do reto e da vagina (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2013).

A membrana do períneo é uma estrutura fascial triangular e espessa fixada aos ossos do arco púbico. É orientada em relação ao plano horizontal. Esta membrana está relacionada, acima, com um espaço delgado chamado espaço profundo do períneo ou espaço perineal profundo, que contém uma camada de músculo esquelético e vários elementos vasculonervosos. Juntamente com o arco púbico adjacente, a membrana do períneo fornece uma fixação para as raízes dos órgãos genitais externos e dos músculos associados a eles (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2013) (Figura 4).

Figura 4 – Membrana do períneo e espaço profundo do períneo.

A. Vista inferior. **B.** Vista súperolateral. **C.** Músculos do espaço profundo do períneo.
 Fonte: Drake, Vogl e Mitchell (2013, p. 217).

O diafragma urogenital compreende os músculos transverso superficial e profundo do períneo, bulbocavernoso, isquiocavernoso e esfíncter anal. Representa a camada superficial do AP, ocluindo o hiato genital (BØ; SHERBURN, 2005) (Figura 5).

Figura 5 – Músculos superficiais do AP.

Fonte: Drake; Vogl e Mitchell (2013, p. 217).

Sobre todo este conjunto muscular descrito acima repousa a bexiga, os dois terços superiores da vagina e o reto (Figura 6). Esta placa muscular não é estática, alterando constantemente sua tensão para se ajustar ao aumento da pressão intra-abdominal e alterações do posicionamento da pelve (MARANA; POLI NETO, 2011).

Figura 6 – Posicionamento dos órgãos pélvicos em relação ao AP.

Fonte: Drake, Vogl e Mitchell (2013, p. 217).

O AP recebe inervação dos nervos sacrais dos segmentos S₂-S₄ em sua face pélvica. A face perineal recebe inervação dos ramos do nervo pudendo (MARANA; POLI NETO, 2011).

4.2 As Disfunções do Assoalho Pélvico

Apesar das crescentes pesquisas realizadas nas últimas décadas, as DAP continuam a ser uma das maiores questões não abordadas na atenção à saúde das mulheres atualmente (BØ, 2007).

O termo DAP é aplicado a uma ampla variedade de condições clínicas, quem inclui incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), prolapso de órgãos pélvicos (POP), anormalidades sensoriais e de esvaziamento do trato urinário inferior, disfunção defecatória, disfunção sexual e várias síndromes de dor crônica (BUMP; NORTON, 1998).

A interação entre o AP e os ligamentos de apoio foi posteriormente elaborada por DeLancey (1993) e Norton (1993) como o "barco em doca seca". O navio é análogo aos órgãos pélvicos, as cordas aos ligamentos e fâscias e a água à camada de suporte do AP (Figura 7).

Figura 7 – Barco em doca seca.

Fonte: Bø et al. (2007, p. 2).

DeLancey (1993) argumenta que, enquanto os músculos do AP funcionam normalmente, o AP é que proverá maior suporte e os ligamentos e as fáscias pélvicas estarão sob tensão normal. Quando o AP enfraquece ou é lesionado, os órgãos pélvicos são mantidos no lugar apenas pelos ligamentos e fáscias. Se o AP não puder suportar ativamente os órgãos, com o passar do tempo, o tecido conjuntivo ficará esticado e danificado, favorecendo ao surgimento das DAP.

4.2.1 Sintomas do trato urinário inferior

Os STUI são divididos em sintomas de armazenamento (IU, urgência miccional, aumento da frequência urinária, noctúria e alterações da sensibilidade vesical); sintomas miccionais ou de esvaziamento (alterações do jato urinário, hesitação, esforço e gotejamento terminal) e sintomas pós-miccionais (sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento pós-miccional) (AMIGO; LOPES, 2014).

Dentre os STUI citados acima, a IU é responsável por aproximadamente metade de todas as queixas (MILSOM et al., 2017).

Embora constituindo-se de uma função natural simples, a continência urinária é, contudo, um ponto complexo. A continência urinária pressupõe que a pressão intrauretral seja superior à pressão intravesical. Quatro fatores principais contribuem para a continência: (Figura 8): (1) acomodação vesical ao enchimento normal; (2) um esfíncter uretral eficiente; (3) suporte uretral, pelo AP, também eficiente; e (4) boa coaptação e selagem da mucosa uretral (MASCARENHAS, 2009).

Figura 8 – Mecanismo da continência.

- A. acomodação vesical. B. esfíncter uretral.
 C. suporte uretral pelo AP. D. coaptação da mucosa uretral.

Fonte: Mascarenhas (2019, p. 98, adaptado).

A IU pode ser causada por qualquer fator que leve a pressão intravesical a exceder a pressão uretral máxima. A pressão intravesical pode estar aumentada por contrações involuntárias do detrusor (hiperatividade detrusora) causando a IU de urgência (IUU). A diminuição da pressão intrauretral, que predispõe à IU de esforço (IUE), depende de alterações do suporte anatômico ao nível da uretra, causada por hipermobilidade uretral ou pelo comprometimento ou insuficiência do esfíncter uretral. E, por último, pode-se ter a associação dos dois tipos de IU acima: a IU mista (IUM). Além desses três tipos, a literatura ainda traz outras classificações para a IU: IU por transbordamento, postural, contínua, insensível e coital (MASCARENHAS, 2009).

Isto posto, dentre os fatores de risco potenciais conhecidos para a IU a idade é o mais citado. No entanto, embora a associação entre a idade e a IU feminina seja claramente importante, em muitos estudos essa não é uma associação independente. Outros fatores de risco associados à idade, incluindo paridade, comorbidades e índice de massa corporal (IMC) atenuam a associação com a IU (GRODSTEIN et al., 2003), e o ajuste adicional para comorbidades relevantes tipicamente elimina a associação (TENNSTEDT et al., 2008). Fatores de confusão explicam adequadamente a associação entre idade e IU e, portanto, a IU em mulheres não deve ser considerada como uma consequência intrínseca do próprio processo de envelhecimento (MILSOM et al., 2017).

Outros fatores de risco são citados pela literatura, apesar de alguns deles permanecerem, ainda, controversos: obesidade, paridade, tipo de parto, peso do recém-nascido, menopausa, cirurgias ginecológicas prévias, constipação intestinal, doenças crônicas (diabetes e doenças neurológicas), etnia, tabagismo e exercício físico (HIGA; LOPES; REIS, 2008; MILSOM et al., 2017).

A estimativa da prevalência da IU feminina varia naturalmente conforme os diferentes tipos de definição, desenho e metodologia usados nos estudos epidemiológicos. Dessa forma, é possível observar que a IU é mais comum na população em geral e aumenta conforme a idade, variando ao nível do tipo de IU e com o tipo de diagnóstico (baseado somente em sintomas ou estudos urodinâmicos). Assim, a prevalência de IU varia substancialmente, entre 5% e 69%. Todavia, a grande maioria dos estudos refere valores entre 25% a 45% e a metanálise dos estudos epidemiológicos concluiu que 30% é uma estimativa plausível para esta prevalência (MILSOM et al., 2017).

4.2.2 Prolapso dos órgãos pélvicos

O POP refere-se à perda de suporte para o útero, bexiga, cólon ou reto, levando ao prolapso de um ou mais desses órgãos para a vagina, ocasionado pelo desequilíbrio entre as forças de suspensão e de sustentação dos órgãos pélvicos (MILSOM et al., 2017).

Há perda da normalidade da função e sensação quanto à posição dos órgãos pélvicos. Os sintomas pioram durante a permanência na posição ortostática por longos períodos, durante o esforço físico ou em qualquer situação de aumento da pressão intra-abdominal. As mulheres geralmente relatam a presença de uma “bola” na vagina ou reto, como se “algo estivesse vindo para baixo”, sensação de peso ou de pressão, dor ou desconforto na região pélvica ou suprapúbica ou necessidade de reduzir digitalmente o POP, a fim de urinar ou defecar, além de dor lombar (HAYLEN et al., 2016; MILSOM et al., 2017). Outros sintomas urinários, intestinais e sexuais também podem estar presentes (ZHANG et al., 2016).

A idade avançada e multiparidade são fatores de risco para o desenvolvimento dos POP, uma vez que podem danificar o AP e o tecido conjuntivo, contribuindo para o enfraquecimento muscular, com consequente perda da topografia normal dos órgãos pélvicos (DUARTE, 2017). Fatores de risco não modificáveis são a história familiar de POP, raça branca, *status* menopausal e desordens do colágeno. Já os fatores modificáveis englobam a multiparidade, histerectomia e cirurgias prévias para correção de POP. Alguns fatores potenciais ainda continuam controversos, como obesidade, tipo de parto, tabagismo, peso do recém-nascido, constipação intestinal e tosse crônica (DUARTE, 2017; MILSOM et al., 2017).

A prevalência de POP com base na sensação de uma massa protuberante na vagina foi notavelmente consistente, variando entre 5% e 10%. Eva et al. (2003) relataram uma prevalência substancialmente maior incluída na definição de POP, peso pélvico ou pressão digital no períneo ou na vagina para auxiliar na defecação. O POP ocorre mais frequentemente

no compartimento anterior, seguidos pelo compartimento posterior e, em menor frequência, no compartimento apical (MILSOM et al., 2017).

4.2.3 Disfunções anorretais

Incontinência fecal (IF) é a perda involuntária de fezes, sólido ou líquido. A IA inclui esses eventos, além da perda involuntária de flatos, que é sentida por muitos indivíduos como um distúrbio igualmente incapacitante (MILSOM et al., 2017).

Conjuntamente, vários mecanismos contribuem para a continência anal: a motilidade intestinal, o volume e a consistência das fezes, o grau de consciência mental, os tônus esfínterianos anais e a integridade da inervação. A IA geralmente surge após uma lesão traumática esfínteriana, sendo, na mulher, o trauma obstétrico umas das causas mais comuns em 35% das parturientes após o parto vaginal, embora só em menor percentagem surjam sintomas de IA. Várias intervenções anorretais podem evoluir para IA, como esfínterotomia, a fistulotomia, a hemorroidectomia ou a dilatação anal. Traumas perineais associados às fraturas pélvicas podem também condicionar graves lesões esfínterianas ou nervosas (LEITE; POÇAS, 2010).

Associações significativas com IA incluem: idade, gênero (mulheres idosas acima de 65 anos possuem maior risco), frequência de evacuações (diarreia), paridade e tipo de parto, institucionalização, doenças neurológicas e intestinais. A obesidade é um fator de risco controverso (MILSOM et al., 2017).

Já a constipação intestinal acomete cerca de 20% da população mundial constituindo-se como um dos sintomas mais frequentes de procura ao médico. Mais comum em mulheres e idosos, se encontra entre as doenças funcionais do intestino, sendo referida pelo paciente como fezes endurecidas, esforço excessivo no ato evacuatório, evacuações infrequentes ou sensação de evacuação incompleta (GALVÃO-ALVES, 2013).

Considera-se normal uma frequência evacuatória de, no mínimo, três vezes por semana. O último Consenso de Roma, no qual se definiram os critérios de constipação funcional, ocorreu em 2006 (ROMA III). Para o diagnóstico de constipação intestinal deve-se incluir dois ou mais dos seguintes itens: (1) esforço evacuatório aumentado; (2) fezes grumosas ou duras; (3) sensação de evacuação incompleta; (4) sensação de obstrução /bloqueio anorretal; (5) manobras manuais para facilitar (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do AP); (6) menos de três defecações por semana. Os itens 1-5 precisam estar presentes em pelo menos 25% das defecações (GALVÃO-ALVES, 2013; APÊNDICE B, 2012).

A constipação intestinal é uma condição multifatorial, decorrente da ingestão inadequada de fibras e água, na maioria das vezes. Em termos fisiopatológicos, divide-se em três categorias: (1) constipação de trânsito normal; (2) constipação de trânsito lento; (3) doenças do ato evacuatório. A contração inapropriada do esfíncter anal sugere distúrbio defecatório e o aumento de pressão no canal anal e dor no reto são indicativos de fissura anal ou anismo, situação esta causada pela dissinergia do AP durante a defecação (GALVÃO-ALVES, 2013).

4.2.4 Disfunção sexual

A função sexual representa um componente importante da saúde e da QoL. O termo Disfunção Sexual Feminina (DSF) diz respeito a uma ampla variedade de condições clínicas, caracterizadas por perturbações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à relação sexual, que geram sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como desejaria (MENDONÇA et al., 2012).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (do inglês: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-V pode-se classificar as DSF em três grandes grupos (APA, 2014):

- **Transtorno do orgasmo feminino:** definido como dificuldade de atingir o orgasmo e/ou pela intensidade muito reduzida das sensações orgásmicas;
- **Transtorno do interesse/excitação sexual feminino:** determinado pela ausência ou diminuição do interesse para a experiência sexual e entre uma experiência e outra, enfatizando-se a baixa ocorrência de pensamentos sexuais;
- **Transtorno da dor genitopélvica/penetração:** é definido baseando-se em cinco dimensões: (1) índice de sucesso da penetração vaginal; (2) dor com a penetração vaginal; (3) medo da penetração vaginal; (4) dor gênito-pélvica durante a penetração vaginal; (5) disfunção da musculatura do AP. Inclui condições mais conhecidas como a dispareunia e o vaginismo.

O ciclo de resposta sexual é influenciado negativamente por fatores psicológicos, como ansiedade, baixa autoestima, distúrbios da percepção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade do desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas, histórico de abuso sexual e qualidade do relacionamento. Fatores como desequilíbrio hormonal (baixos níveis de andrógenos e hiperprolactinemia), vasculares, fisiológicos, condições médicas específicas (urogenital, neurológicas e distúrbios endócrinos, DAP, menopausa, gravidez e pós-parto),

musculares (lacerações perineais decorrentes do parto, fraqueza muscular e hipertonia muscular) e ou em virtude de cirurgia ou medicamentos também são fatores etiológicos preponderantes (MENDONÇA et al., 2012).

Deve-se considerar, portanto, uma etiologia multifatorial. A bagagem cultural, religiosa e social da mulher deve ser ponderada, pois pode influenciar o desejo e expectativas quanto ao desempenho sexual. Fatores biológicos, como a depressão, podem inibir a excitação sexual e a fadiga causada por alguma condição médica ou falta de sono também irão influenciar no desempenho sexual da mulher. Fatores sociais (estabilidade de parceiro e tipo de trabalho), econômicos (renda familiar) e biológicos (cirurgia pélvica, tempo de relacionamento sexual, dispareunia, gestações, idade, coitos por semana, orgasmo) influenciam o desejo sexual feminino e são extremamente complexos de serem avaliados (MENDONÇA et al., 2012).

4.3 O Câncer

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos, com predomínio do sexo masculino tanto na incidência quanto na mortalidade (53% e 57%, respectivamente). As maiores taxas de incidência são observadas nos países desenvolvidos; taxas intermediárias, na América do Sul e Central, no Leste Europeu e em grande parte do Sudeste Asiático, incluindo a China; enquanto as menores taxas são vistas em grande parte da África e no Sul e Oeste da Ásia, incluindo a Índia. Ao passo que nos países desenvolvidos predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimento ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago e fígado). Além disso, apesar da baixa incidência, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo (INCA, 2017; FERLAY et al., 2018).

Os cânceres mais incidentes mundialmente são o de pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), cólon (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nas mulheres, as maiores frequências foram encontradas para mama (25,2%), cólon (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (INCA, 2017; FERLAY et al., 2018).

Para o biênio 2018-2019, no Brasil, espera-se a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes,

entretanto, ainda apresenta altas taxas para os cânceres de colo do útero, estômago e esôfago (INCA, 2017). A Figura 9 sumariza os tipos de câncer mais incidentes na população feminina brasileira.

Figura 9 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018*.

	Localização Primária	Casos	%
Mulheres	Mama Feminina	50.700	29,5%
	Cólon e Reto	18.980	9,4%
	Colo do Útero	16.370	8,1%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
	Glândula Tireoide	8.040	4,0%
	Estômago	7.750	3,8%
	Corpo do Útero	6.600	3,3%
	Ovário	6.150	3,0%
	Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
	Leucemias	4.860	2,4%

*Exceto pele não melanoma (números arredondados para múltiplos de 10).

Fonte: INCA (2017, p. 58).

Na Região Sudeste do Brasil, que inclui os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo, os cânceres mais incidentes em mulheres apresentam uma distribuição proporcional coesa com a incidência em todo o país (Figura 10).

Figura 10 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 na Região Sudeste do Brasil*.

	Localização Primária	Casos	%
Mulheres	Mama Feminina	30.880	32,6%
	Cólon e Reto	10.600	11,2%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	5.650	6,0%
	Colo do Útero	4.420	4,7%
	Glândula Tireoide	4.330	4,6%
	Corpo do Útero	3.400	3,6%
	Estômago	3.280	3,5%
	Ovário	2.850	3,0%
	Linfoma não Hodgkin	2.530	2,7%
	Sistema Nervoso Central	2.450	2,6%

*Exceto pele não melanoma (números arredondados para múltiplos de 10).

Fonte: INCA (2017, p. 88).

Focalizando-se, mais essencialmente, para o estado de Minas Gerais e sua capital, Belo Horizonte, a estimativa da incidência de número de casos novos de câncer feminino concorda com os dados relatados acima, sendo o câncer de mama, cólon e reto, pulmão e colo do útero os mais incidentes, excetuando-se os tumores de pele (Tabela 1).

Tabela 1 – Estimativas das taxas brutas e ajustadas de incidência de câncer em Minas Gerais e Capital*.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheras					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	6.730	63,80	65,12	980	81,20	70,15	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	5.360	50,15	45,02	1.060	77,21	59,06
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	890	8,37	7,20	150	11,31	9,01
Trqueia, Brônquio e Pulmão	1.580	15,01	14,14	210	17,63	16,83	990	9,29	7,71	150	11,33	8,07
Côlon e Reto	1.510	14,28	13,72	310	25,37	24,48	1.650	15,49	12,03	390	28,36	19,62
Estômago	1.410	13,37	7,41	180	14,61	5,43	760	7,15	2,92	140	10,13	2,69
Cavidade Oral	1.110	10,52	8,99	170	14,02	11,44	330	3,12	2,59	60	4,69	3,29
Laringe	540	5,10	4,84	70	5,90	5,71	140	1,29	0,83	20	1,52	0,87
Bexiga	650	6,11	5,63	110	9,38	8,46	250	2,37	1,89	50	4,02	2,79
Esôfago	1.010	9,57	8,75	90	7,80	7,23	320	3,01	2,24	40	2,61	1,77
Ovário	-	-	-	-	-	-	560	5,20	4,42	110	8,07	5,77
Linfoma de Hodgkin	200	1,93	1,64	30	2,84	2,54	110	1,03	1,07	20	1,82	1,55
Linfoma não Hodgkin	530	5,01	4,40	90	7,49	6,84	470	4,41	3,78	80	5,89	4,49
Glândula Tireoide	100	0,95	1,64	20	1,80	3,08	780	7,27	6,61	130	9,32	6,61
Sistema Nervoso Central	500	4,72	4,75	70	6,00	5,67	510	4,79	4,68	70	5,29	4,38
Leucemias	560	5,26	5,03	90	7,29	7,09	470	4,44	4,21	80	6,37	5,42
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	510	4,76	4,59	130	9,38	7,53
Pele Melanoma	190	1,84	1,64	**	1,13	1,44	320	2,96	2,00	20	1,40	1,21
Outras Localizações	3.950	37,45	35,43	510	42,00	40,02	3.600	33,71	26,78	510	37,65	23,70
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	20.570	194,90	185,13	2.940	243,66	215,41	18.020	168,70	166,79	3.210	234,80	194,99
Pele não Melanoma	8.440	79,95	-	1.050	86,78	-	10.560	98,86	-	1.500	110,00	-
Todas as Neoplasias	29.010	274,87	-	3.990	330,68	-	28.580	267,56	-	4.710	344,52	-

*por 100 mil habitantes.

Fonte: INCA (2017, p. 88).

4.3.1 Impacto do tratamento do câncer

O tratamento oncológico tem sua especificidade na individualização do paciente, suas necessidades e possibilidades terapêuticas, podendo ter abordagem curativa ou paliativa. O tratamento engloba a CX, QT, RT e HT, podendo, algumas vezes, ser indicado o uso dessas modalidades terapêuticas de forma combinada. As terapias antineoplásicas são direcionadas de acordo com cada subtipo e fase de estadiamento em que o câncer se desenvolve (MODESTO et al., 2017).

O número e a intensidade das morbidades associadas ao tratamento oncológico são diretamente proporcionais ao estadiamento clínico do tumor no diagnóstico. Portanto, se o diagnóstico foi realizado precocemente, com a doença em fase inicial, o prognóstico será mais favorável e com menos morbidades associadas ao tratamento. Ainda assim, uma grande quantidade de pacientes evolui com efeitos adversos, os quais podem ser agudos (ocorrem

durante o tratamento e perduram até três meses após o término do tratamento) e tardios (após esses três meses até cinco anos ou mais) (TACANI et al., 2017).

4.3.1.1 Cirurgia

A CX é uma das modalidades primárias de tratamento para tumores sólidos em estágio inicial e em condições favoráveis para sua retirada (MODESTO et al., 2017).

O tipo de cirurgia deve ser indicado após avaliação histológica do tumor, do estadiamento, se o tumor é inicial ou recorrente e das condições clínicas da paciente. Geralmente, nas mulheres em que a doença foi detectada em estágio inicial é possível a remoção completa do tumor. Contudo, em estádios mais avançados, pode não ser possível a remoção completa e permanecer doença residual microscópica e/ou macroscópica. Nesses casos, são necessários tratamentos complementares como a QT e/ou a RT (MODESTO et al., 2017).

As complicações do pós-operatório têm impacto significativo psicossocial ao longo do tempo e no bem-estar físico. As mais comuns são infecção da ferida, decência, coleção de seroma, formação de cistos, linfedema, infecção do trato urinário, tromboembolismo, disfunção sexual e dor (CARVALHO, 2017).

4.3.1.2 Quimioterapia

A QT é a utilização de agentes químicos que interferem no processo de crescimento e divisão celular podendo ser usada de forma isolada ou em combinação, com a finalidade de eliminar células tumorais do organismo agindo de forma sistêmica. O tratamento pode ser aplicado de maneira (1) neoadjuvante, quando aplicada antes da cirurgia para avaliar a resposta antineoplásica e reduzir o tumor; (2) adjuvante, quando realizada após tratamento cirúrgico para erradicar micrometástases; (3) paliativa, sem finalidade curativa, usada para melhorar a qualidade da sobrevivência da paciente (MODESTO et al., 2017).

A maioria dos agentes quimioterápicos atua de forma não específica, lesando tanto células malignas quanto normais, especialmente as células de rápido crescimento, como as gastrointestinais, capilares e as células do sistema imunológico. Isso justifica a maior parte dos efeitos colaterais da QT: náuseas, alopecia e susceptibilidade maior a infecções (VARGAS, 2017).

Dentre os efeitos advindos da QT, a dor é um dos sintomas que muito compromete o sucesso e a adesão das pacientes ao tratamento, sendo uma grande limitação à terapêutica

adotada. No estudo de Mendonça, Gonçalves e Silva (2005) 70,8% da amostra relatou dor ao tratamento. Os autores também pesquisaram as principais causas de dor relacionada à QT: mucosite, flebite, dor de baixo ventre e abdominal, lombar, cefaleia, mialgia, artralgia, dentre outras. Pode-se ainda citar, além da dor, a mielotoxicidade, que se manifesta através de fraqueza muscular, sarcopenia, osteopenia, diminuição da flexibilidade, fadiga, dispneia, imobilidade, dor e febre; e a neurotoxicidade, com consequente desenvolvimento de neuropatia periférica, parestesia, diestesia de extremidades, dormência, fraqueza muscular, formigamento, disfunção do sistema autônomo, perda de equilíbrio e dor nas extremidades e a cardiotoxicidade (VARGAS, 2017).

4.3.1.3 Radioterapia

A RT é frequentemente utilizada para tumores localizados que não podem ser ressecados totalmente ou para tumores recidivantes (RT de resgate). A dosimetria das aplicações pode variar de acordo com a extinção e a localização do tumor, dos resultados dos exames e do estado de saúde da paciente (MODESTO et al., 2017).

A RT pode ser aplicada isolada, concomitantemente a QT ou após a CX de forma adjuvante. Pode ser feita na modalidade de aplicação externa (teleterapia), com o uso de uma unidade de cobalto ou acelerador linear, associada ou não à aplicação interna (braquiterapia – BQT), método no qual fontes radioativas seladas ficam a uma curta distância, em contato ou implantadas na região que deve receber a dose de radiação (MODESTO et al., 2017).

A radiação causa lesões actínicas que decorrem de vários fatores, como as características individuais, a radiorresistência de cada tecido e o tipo de tratamento empregado. Quanto maior a dose utilizada, o tamanho do campo irradiado e mais avançado o estágio do tumor, maior será a chance de complicações (GIGLIO; LIMA, 2017).

A resposta dos tecidos normais compreende dois componentes complexos: processo inflamatório semelhante ao do trauma e lesões que afetam praticamente todos os componentes celulares e extracelulares dentro do volume irradiado e que podem ser responsáveis pela progressão das lesões por muitos anos. A inflamação pode ocasionar estresse ao tecido epitelial se ocorrer falha no processo reparador resultando em insuficiência na função; consequentemente, pode ocorrer fibrose reativa, reconhecida por lesão tardia da RT. A RT pode causar fibrose tecidual dos músculos, ligamentos, cápsulas, tendões e outras estruturas anatômicas locais. Esses tecidos têm baixo índice proliferativo o que pode causar efeitos

actínicos tardios. A fibrose tecidual pode causar dor, o que pode também comprometer a função (DENHAM; HAUER-JENSEN, 2002).

Todos esses processos se estabelecem cronicamente, causando atrofia da mucosa e surgimento de fibroblastos atípicos na submucosa, alteração vascular com perda da elasticidade capilar e proliferação endotelial, resultando em hialinose das arteríolas que leva à obstrução da microcirculação. A formação de telangiectasias é um fenômeno que ocorre de modo lento e progressivo, em razão da perda da elasticidade dos capilares formando neovascularização atípica, alternada com áreas fibróticas de retração tecidual, diminuição da elasticidade e alterações de sensibilidade (DENHAM; HAUER-JENSEN, 2002).

4.3.1.4 Hormonioterapia

A HT é utilizada na terapia do câncer com o objetivo de deter o crescimento tumoral. Esses agentes hormonais não são citotóxicos, pois são modulares de proliferação celular e devem ser classificados à parte. A ação hormonal depende de ligações entre o hormônio e o seu receptor citoplasmático específico. Essa ligação provoca síntese de ácido ribonucleico mensageiro (RNAm) que por sua vez, direciona a síntese de novas proteínas importantes para o crescimento e a multiplicação celular (MODESTO et al., 2017).

A terapia hormonal é empregada com células que apresentam positividade para receptores hormonais, pois nem todas as células tumorais crescem a partir do estímulo hormonal, apenas aquelas que possuem receptores para o hormônio na sua superfície. Esses receptores funcionam como “portas de entrada” para o hormônio, permitindo sua penetração e ação nas células (MODESTO et al., 2017).

Como em qualquer terapia existem alguns efeitos colaterais possíveis que, em geral, estão associados com falta do determinado hormônio no organismo (MODESTO et al., 2017): sintomas semelhantes aos encontrados na menopausa (fogachos, sudorese noturna, secura vaginal, alterações de humor); sangramento vaginal; trombose venosa profunda; artralgias; osteopenia ou osteoporose e perda de massa muscular.

A terapia hormonal é utilizada de três maneiras: pela adição de hormônios, via cirurgia ablativa de uma glândula cujo hormônio favorece o crescimento do tumor e pela administração de agentes anti-hormonais que inibem a produção ou o efeito de hormônios naturais (MODESTO et al., 2017).

4.4 Funcionalidade e Qualidade de Vida

A funcionalidade e a incapacidade humanas são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais) (OMS, 2013).

A mensuração da incapacidade e da funcionalidade são temas de interesse crescente a partir do momento em que as doenças crônicas têm apresentado alta prevalência e incidência, sendo o aumento da expectativa de vida um fenômeno característico nas sociedades modernas. A incapacidade, em particular, é uma categoria subjetiva e ambígua (JETTE, 2006).

A incapacidade é a reação que condições patológicas, agudas ou crônicas interferem nas funções corporais e na habilidade do indivíduo em agir de forma esperada e/ou desejada por vontade própria ou pela sociedade, apresentando-se em diversas manifestações, como: prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (OMS, 2013).

A sobrevida do doente tem crescido com o avanço terapêutico e tecnológico, especialmente em casos de doenças crônicas. Com frequência, permanecem complicações ou sequelas com as quais o indivíduo sobrevive por vários anos. O fato de sobreviver por vários anos não significa “viver bem”, pois muitas vezes não se consegue a participação em várias atividades devido às limitações presentes (MODESTO et al., 2017).

Alguns efeitos colaterais agudos do tratamento oncológico geralmente são de curta duração e tratáveis com a administração de medicamentos, porém as complicações tardias podem levar a danos de difícil reversão, prejudicando a funcionalidade e a QoL (MODESTO et al., 2017). Além de todas as repercussões fisiológicas, o efeito do tratamento administrado aliado às DAP, podem exercer múltiplos efeitos sobre as AVD, interações sociais e percepção da própria saúde. Os maiores problemas são relacionados ao bem-estar social e mental e repercussões psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais com impacto significativo na QoL (SELEME, 2006).

5 Objetivos

5.1 Objetivo primário

- Verificar a prevalência de DAP em mulheres sobreviventes ao câncer.

5.2 Objetivos secundários

- Avaliar a função sexual, a QoL e o desempenho funcional de mulheres sobreviventes ao câncer;
 - Avaliar a influência das DAP na QoL, AVD e saúde emocional.
-

6 Materiais e Métodos

6.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal retrospectivo.

6.2 Contexto

O recrutamento das participantes foi realizado no município de Campo Belo, interior do Estado de Minas Gerais, contendo mulheres com diagnóstico de câncer, tratadas entre 2013 e 2017 e mulheres sem o diagnóstico prévio de câncer. A coleta de dados foi realizada no período entre janeiro e julho de 2019.

6.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Minas Gerais – Unidade Divinópolis (UEMG) conforme Parecer Consubstanciado nº 3.358.945. Preenchido os critérios de inclusão estabelecidos, as participantes eram convidadas a participar da pesquisa e após os esclarecimentos prestados e seu expresso consentimento, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa foi registrada no banco de dados de ensaios clínicos do *Clinical Trials* sob o número NCT03979755.

6.4 Participantes

As participantes da pesquisa foram munícipes de Campo Belo/MG. O recrutamento de participantes foi baseado na presença ou não de diagnóstico prévio de câncer, a partir de informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dividindo-se, assim, a amostra em dois grupos distintos:

1. *Grupo Estudo (GE)*: mulheres com diagnóstico prévio de câncer;
 2. *Grupo Controle (GC)*: mulheres sem diagnóstico prévio de câncer.
-

Para o levantamento das participantes para o GE foram selecionadas mulheres que utilizaram o Serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), uma vez que a cidade de Campo Belo não conta com este tipo de tratamento especializado. Para o recrutamento das participantes para o GC, foram selecionadas mulheres acompanhadas pelas 16 Unidades Básicas de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF) do município, sem o diagnóstico prévio de câncer.

A inclusão das participantes aconteceu após os esclarecimentos sobre a pesquisa, via telefone, e a assinatura do TCLE. As participantes que não consentiram em participar da pesquisa foram excluídas.

As participantes do GE foram recrutadas e coletadas inicialmente, pois o recrutamento das participantes do GC foi pareado por faixa etária e paridade, sendo, portanto, identificadas e entrevistadas de forma relativamente simultânea à inclusão do GE.

6.4.1 Critérios de Elegibilidade de Sujeitos

Foram incluídas como participantes do GE mulheres:

- Com diagnóstico de câncer confirmado por exame histopatológico no período entre 2013 e 2017, que utilizaram o TFD durante o tratamento;
- Sem distinção quanto à idade, cor da pele, escolaridade e estado civil;
- Residentes no município de Campo Belo/MG;

Foram incluídas como participantes do GC mulheres:

- Em seguimento de rotina nas Unidades Básicas de Saúde do PSF do município de Campo Belo/MG, sem história clínica presente ou pregressa de câncer;
- Sem distinção quanto à idade, cor da pele, escolaridade e estado civil;
- Residentes no município de Campo Belo/MG;

Foram considerados como fatores para a não inclusão na pesquisa mulheres que apresentavam:

- Mais de um tumor diagnosticado no período de estudo estipulado;
 - Doença metastática;
 - Ausência de condições cognitivas para responder aos questionários;
 - Não aceitação ou consentimento em participar da pesquisa.
-

6.4.2 Tamanho Amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra e poder do teste utilizaram-se as diferenças entre as médias do escore total do questionário PFDI-20, utilizando-se o maior desvio-padrão entre eles. Considerando-se o erro α de 5% e poder de 95%, chegou-se a um tamanho amostral mínimo de 68 participantes para cada grupo.

6.5 Coleta de dados

As informações utilizadas neste estudo tiveram origem em um questionário desenvolvido para o estudo que incluiu indicadores socioeconômicos, história gineco-obstétrica e hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo) (Apêndice B). Outros questionários também foram utilizados, todos traduzidos e validados para o português do Brasil.

As informações sobre a idade e paridade foram coletadas de forma contínua e agrupadas em intervalos de classe, para facilitar no pareamento de participantes entre os grupos de estudo. A idade foi agrupada em intervalos a partir dos 20 anos de idade, resultando assim em estratos para análise com pontos de corte em 20, 30, 40, 50, 60, 70 e 80 anos. A paridade foi dividida em cinco categorias: nulípara, 1 parto, 2 partos, 3 partos, 4 ou mais partos.

Os questionários usados nesta pesquisa foram transportados para um banco de dados desenvolvido no Sistema Pesquisa Eletrônica de Captura de Dados (do inglês, *Research Electronic Data Capture* – REDCap) que se encontra hospedado no servidor da nossa instituição. Os dados obtidos foram armazenados neste banco e em toda a coleta de dados foi utilizado o aplicativo da plataforma, via tablet ou *smarthphone*.

As coletas de dados foram realizadas por telefone, exceto nos casos em que a participante solicitava a realização da entrevista presencialmente ou esta não era localizada por telefone. Neste último caso, era realizada a tentativa de contato presencial através do endereço cedido pela SMS.

Na ligação, inicialmente, as mulheres eram convidadas pela pesquisadora para participarem do estudo, após a prévia apresentação da pesquisa, informando seus objetivos, o caráter voluntário de participação, o sigilo das informações e os assuntos abordados nos questionários. Após, eram coletados os dados de identificação e questões demográficas utilizando-se o formulário específico (Apêndice B). A seguir, eram apresentados os questionários a serem preenchidos: PFDI-20; PISQ-12; WHOQOL-BREF; FAF e PFIQ-7

(Anexos A-E). A pesquisadora lia as perguntas, assim como as opções de resposta e as assinalava de acordo com as respostas obtidas. Cabe ressaltar que a pesquisadora tomou os devidos cuidados para não influenciar as respostas das pacientes. As entrevistas duravam, em média, 20 minutos por voluntárias.

6.6 Variáveis

Este estudo avaliou mulheres com e sem diagnóstico prévio de câncer, sem distinção quanto ao sítio tumoral. Independentemente do grupo ao qual pertencesse (GE ou GC), cada participante respondeu aos mesmos questionários, todos aplicados por uma única pesquisadora.

6.6.1 Variável Primária

6.6.1.1 Prevalência de disfunção do assoalho pélvico

O Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico (do inglês, *Pelvic Floor Disability Index* – PFDI-20, Anexo A) foi utilizado para avaliar a prevalência e sintomatologia referentes ao prolapso dos órgãos pélvicos (POP), sintomas anorretais e incontinência urinária (IU) (BARBER; WALTERS; BUMP, 2005; AROUCA et al., 2016).

As definições para cada uma das DAP foram dadas conforme as perguntas do referido questionário considerando cada um dos seguintes sintomas nos últimos três meses:

- a) *POP (questões 3, 4 e 6)*: sensação de presença de bola ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina; necessidade de empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa ou para começar ou completar a ação de urinar;
 - b) *Esvaziamento vesical incompleto (questão 5)*: impressão de esvaziamento incompleto da bexiga;
 - c) *Constipação intestinal (questões 7 e 8)*: necessidade de fazer muita força para evacuar/defecar; sensação de esvaziamento incompleto do intestino ao final da evacuação/defecação;
 - d) *Incontinência anal para fezes (questões 9 e 10)*: perda involuntária de fezes bem sólidas ou fezes líquidas;
-

- e) *Incontinência anal para flatos (questão 11)*: eliminação involuntária de flatos/gases intestinais;
- f) *Urgência fecal (questão 12)*: forte sensação de urgência para evacuar/defecar;
- g) *Frequência urinária aumentada (questão 15)*: ir várias vezes ao banheiro para urinar;
- h) *IU de urgência (questão 16)*: perda de urina durante uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro;
- i) *IU de esforço (questão 17)*: perda de urina durante os esforços (risadas, tosses ou espirros);
- j) *IU mista (questões 16 e 17)*: perdas em ambas situações relatadas nas questões 16 e 17;
- k) *Dor pélvica (questão 20)*: dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital.

As participantes respondiam às questões deste questionário e quando a resposta era positiva para a queixa, ela deveria também apontar o quanto este sintoma a incomodou em uma escala de um (pouco impacto do sintoma) a quatro (grande impacto do sintoma). A média dos valores das questões por subescala foi multiplicado por 25 (0-100) e por fim somaram-se os três domínios (escore total 0-300). Os escores das subescalas Inventário de Angústia do Prolapso de Órgão Pélvico (do inglês, *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* – POPDI-6), Inventário de Angústia Colorretal-Anal (do inglês, *Colorectal-Anal Distress Inventory* – CRADI-8) e Inventário de Angústia Urinária (do inglês, *Urinary Distress Inventory* – UDI-6) variam de 0 a 100 e o escore total de 0 a 300, sendo que quanto maior o escore, maior o incomodo relacionado aos sintomas.

6.6.2 Variáveis Secundárias

6.6.2.1 Função sexual

O Questionário Sexual para Incontinência Urinária e Prolapso de Órgãos Pélvicos (do inglês, *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire* – PISQ-12, Anexo B) avaliou a função sexual da amostra (ROGERS et al., 2003; SANTANA; AOKI; AUGÉ, 2012).

As definições para cada uma das funções/disfunções sexuais foram dadas conforme as perguntas do PISQ-12 considerando a vida sexual nos últimos seis meses:

- a) *Desejo sexual (questão 1)*: vontade de fazer sexo que pode incluir querer fazer sexo, planejar fazer sexo, sentir-se frustrada por não fazer sexo etc;
- b) *Excitação sexual (questão 3)*: ficar excitada quando faz sexo com seu companheiro;
- c) *Orgasmo (questão 2)*: ter orgasmo (momento em que o prazer da excitação sexual atinge o máximo de intensidade) durante a relação sexual;
- d) *Intensidade do orgasmo (questão 12)*: o quanto os orgasmos nos últimos seis meses são intensos quando comparados aos orgasmos que se teve no passado;
- e) *Satisfação sexual (questão 4)*: satisfação com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na vida sexual;
- f) *Dor (questão 5)*: dor durante o ato sexual;
- g) *Problemas sexuais do parceiro (questões 10 e 11)*: presença de problemas de ereção ou de ejaculação precoce do companheiro que afete a atividade sexual;
- h) *IU coital (questão 6)*: presença de IU durante a relação sexual;
- i) *Dificuldades na atividade sexual causadas pela IU ou IA (questão 7)*: presença de medo da incontinência (perda de fezes ou urina) que dificulta a atividade sexual;
- j) *Dificuldades na atividade sexual causadas pelo POP (questão 8)*: evitamento da relação sexual devido a presença de POP;
- k) *Sentimentos negativos durante atividade sexual (questão 9)*: presença de sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa) durante a atividade sexual.

As participantes que relataram atividade sexual nos últimos seis meses responderam ao questionário. Os itens deste questionário foram divididos em três domínios: perguntas de um a quatro relacionadas ao comportamento emocional, em que a resposta “sempre” correspondeu a quatro pontos e “nunca” a zero. As perguntas de cinco a nove corresponderam ao domínio físico e as de 10-12, relacionadas ao parceiro. Para essas últimas perguntas, os itens apresentaram valores de zero (sempre) a quatro (nunca). A pontuação final do questionário foi obtida com a soma das respostas, variando de zero a 48. Quanto maior o escore, melhor a função sexual (ROGERS et al., 2003; SANTANA; AOKI; AUGÉ, 2012).

6.6.2.2 Qualidade de vida

Para a avaliação da QoL utilizou-se o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Breve (do inglês, *World Health Organization Quality of Life – Brief* – WHOQOL-BREF, Anexo C).

O questionário é constituído de 26 perguntas (sendo as questões 1 e 2 sobre a QoL geral) e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação melhor a QoL). As outras 24 questões são representações das facetas que compõe o instrumento original, o WHOQOL-100: domínio físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19, 26), relações sociais (questões 20, 21, 22) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) (FLECK et al., 2000).

O Domínio 1 (D1 – Físico) avalia aspectos relacionados à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. Para calcular este domínio é só somar os valores das facetas e dividir por 7.

O Domínio 2 (D2 – Psicológico) avalia aspectos relacionados à sentimentos positivos, pensamentos, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Para calcular este domínio é só somar os valores das facetas e dividir por 6.

O Domínio 3 (D3 – Relações pessoais) avalia aspectos relacionados às relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Para calcular este domínio é só somar os valores das facetas e dividir por 3.

O Domínio 4 (D4 – Meio Ambiente) avalia aspectos relacionados à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Para calcular este domínio é só somar os valores das facetas e dividir por 8.

6.6.2.3 Desempenho funcional

Para a avaliação do desempenho funcional (nível real de função humana, capacidade de autocuidado e nível de deambulação) utilizou-se o Fluxograma de Avaliação de Funcionalidade (do inglês, *Functionality Assessment Flowchart* – FAF, Anexo D) desenvolvido por Paiva et al. (2015).

O FAF é um fluxograma desenvolvido por pesquisadores do Hospital do Câncer de Barretos (Barretos, SP, Brasil). Trata-se de uma ferramenta híbrida que considera as opiniões dos pacientes sobre sua própria funcionalidade e que foi construída e baseada através de uma revisão detalhada de outras três escalas: Estado de Desempenho do Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental (do inglês, *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* –

ECOG-PS), Estado de Performance de Karnofsky (do inglês, *Karnofsky Performance Status* – KPS) e Escala de Desempenho Paliativo (do inglês, *Palliative Performance Scale* – PPS). Assim, o FAF é projetado para administração sistemática por um entrevistador e como um fluxograma. As perguntas são destacadas em azul. O fluxograma termina depois de atingir qualquer porcentagem. Existem duas versões do instrumento (inglês e português).

6.6.2.4 Influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida, atividade de vida diária e saúde emocional

O Questionário de Impacto no Assoalho Pélvico (do inglês, *Pelvic Floor Impact Questionnaire* – PFIQ-7, Anexo E) foi usado para a avaliação do impacto das DAP na QoL, AVD e saúde emocional (BARBER; WALTERS; BUMP, 2005; AROUCA et al., 2016).

As participantes respondiam às questões referentes ao impacto nos sintomas relacionados ao trato urinário, intestinal e pelve/vagina. No total, responderam sete perguntas relacionadas à capacidade de realizar tarefas domésticas, atividades físicas, de lazer, de entretenimento, capacidade de ficar longe de casa por mais de 30 minutos, realizar atividades sociais e como estava a saúde emocional e sentimento de frustração.

A pontuação foi dada pela soma das pontuações das subescalas Questionário de Impacto Urinário (do inglês, *Urinary Impact Questionnaire* – UIQ-7), Questionário de Impacto Colorretal-Anal (do inglês, *Colorectal-Anal Impact Questionnaire* – CRAIQ-7) e Questionário de Impacto do Prolapso dos Órgãos Pélvicos (do inglês, *Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire* – POPIQ-7), multiplicada por 33,3. O cálculo realizado foi a média das respostas das questões de cada domínio, em que zero é “nem um pouco” e três, “bastante” (escore das subescalas 0-100). O escore total foi dado pela somatória das três subescalas (0-300), sendo maior escore indicativo de maior impacto na QoL (BARBER; WALTERS; BUMP, 2005; AROUCA et al., 2016).

Todas ferramentas de avaliação utilizadas nesta pesquisa são autoaplicáveis, com exceção do FAF. No entanto, devido a característica da população do município avaliado e pela inserção de um instrumento dependente de um entrevistador, optou-se pela aplicação de todos os instrumentos através de entrevista, por telefone.

6.7 Análise Estatística

Inicialmente foi realizado uma análise exploratória de dados considerando as medidas de posição central (média e mediana) e as medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil e valores mínimos e máximos).

O teste qui-quadrado foi aplicado para verificar se existe uma relação estatística entre as variáveis qualitativas e os grupos (casos e controle). O teste t Student foi aplicado para verificar se existe uma diferença entre os grupos em relação as variáveis quantitativas.

O coeficiente de correlação de Pearson foi aplicado para verificar quais as variáveis estão relacionadas com a DAP. O coeficiente de correlação varia entre -1 e 1 sendo que valores próximos a -1 indicam uma relação inversa entre duas variáveis quantitativas, valores próximos a 1 indicam uma forte relação entre duas variáveis quantitativas, valores próximos a zero não indicam nenhuma relação.

Foram construídos modelos de regressão linear para verificar quais as variáveis estão relacionadas com os desfechos do estudo.

As análises foram implementadas no programa SAS versão 9.4.

O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

6.8 STROBE Statement

Foram observadas as recomendações do Aprimorando a Apresentação de Resultados de Estudos Observacionais em Epidemiologia (do inglês, *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – STROBE), disponível em <http://www.strobe-statement.org>.

7 Resultados

7.1 Sujeitos

Entre 2013 e 2017 foram atendidas pelo TFD 489 mulheres residentes em Campo Belo/MG. Este número referia-se à quantidade de mulheres que realizaram algum procedimento em centros oncológicos, contudo, sem especificação do motivo da consulta ou diagnóstico, o que nos obrigou a entrar em contato com todas estas mulheres para uma triagem inicial. Em 243 mulheres o diagnóstico de câncer não foi confirmado.

Noventa e nove mulheres não conseguiram ser contatas pelo telefone fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Contamos com a ajuda de cada PSFs da cidade para que os agentes comunitários de saúde colaborassem na pesquisa reestabelecendo o contato com estas mulheres. Mesmo com este auxílio não foi possível localizar 59 delas.

Cento e oitenta e sete mulheres tiveram câncer no período selecionado e foram contatadas para a pesquisa, no entanto, após aplicação dos critérios de exclusão de sujeitos, 72 mulheres preenchiam os requisitos para participar da pesquisa (Figura 11).

As mulheres pertencentes ao Grupo Controle foram recrutadas na comunidade através dos PSFs, sendo incluídas conforme pareamento por idade e paridade (Figura 12).

Figura 11 – Fluxograma das participantes incluídas e analisadas no estudo (Grupo Estudo).

Figura 12 – Fluxograma das participantes incluídas e analisadas no estudo (Grupo Controle).

7.2 Dados descritivos

O câncer mais incidente foi o câncer de mama (n=28; 38,9%), seguido pelo câncer de pele (n=7; 9,7%) e câncer de colo do útero (n=7; 9,7%). A Tabela 2 mostra a distribuição do câncer conforme o sítio do tumor. O Gráfico 1 resume a distribuição da incidência conforme o período do estudo.

Tabela 2 – Distribuição do câncer, em mulheres residentes na cidade de Campo Belo/MG, tratadas por câncer entre 2013 e 2017.

Sítio do tumor	Amostra (n=72) n (%)
Mama	28 (38,9)
Pele	7 (9,7)
Colo de útero	7 (9,7)
Reto	6 (8,3)
Ovário	4 (5,6)
Cabeça e pescoço	3 (4,2)
Tireoide	3 (4,2)
Leucemia	3 (4,2)
Endométrio	3 (4,2)
Ósseo	2 (2,8)
Renal	2 (2,8)
Sistema Nervoso Central	2 (2,8)
Bexiga	1 (1,4)
Cólon	1 (1,4)

Gráfico 1 – Distribuição da incidência de câncer feminino em Campo Belo/MG no período entre 2013 e 2017.

O Gráfico 2 traz os tratamentos oncológicos realizados pelas mulheres do GE. A cirurgia foi o tratamento mais realizado pela amostra (n=28; 38,9%). Oito mulheres (11,1%) relataram recidiva tumoral, com uma média de intervalo livre de doença de 2,43 (1,13) anos.

Gráfico 2 – Tratamento oncológico realizado nas mulheres, com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

CX: cirurgia; MM: tratamento multimodal; CX+RT: cirurgia e radioterapia; CX+QT: cirurgia e quimioterapia; QT: quimioterapia; RT: radioterapia; QT+RT: quimioterapia e radioterapia.

A idade média geral foi 56,1 (11,5) anos (24-79 anos), mediana 57 anos, com média 56,7 (11,12) anos (27-79 anos) no GE e média 55,53 (11,92) anos (24-78 anos) no GC ($p=0,5398$). Os grupos mostraram-se homogêneos em todas as variáveis sociodemográficas, exceto nas variáveis escolaridade ($p=0,0108$) e cor da pele ($p=0,0083$). O *status* sociodemográfico da amostra está apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Características sociodemográficas das mulheres, com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017 [n (%)].

Características	Participantes (n=144)		p-valor*
	GE (n=72) n (%)	GC (n=72) n (%)	
Faixa etária			
Entre 21 e 30 anos	2 (2,8)	2 (2,8)	0,5398
Entre 31 e 40 anos	3 (4,2)	3 (4,2)	
Entre 41 e 50 anos	17 (23,6)	17 (23,6)	
Entre 51 e 60 anos	23 (31,9)	23 (31,9)	
Entre 61 e 70 anos	18 (25,0)	18 (25,0)	
Entre 71 e 80 anos	9 (12,5)	9 (12,5)	
Estado civil			
Casada	45 (62,5)	48 (66,67)	0,6012
Não-casada	27 (37,5)	24 (33,33)	
Cor da pele			
Branca	40 (55,56)	55 (76,39)	0,0083
Não-branca	32 (44,44)	17 (23,61)	
Escolaridade			
Analfabeta	10 (13,89)	4 (5,56)	0,0108
Ensino fundamental	40 (55,56)	29 (40,28)	
Ensino médio, superior e pós-graduação	22 (30,56)	39 (54,17)	
Hábitos de vida			
Sedentarismo	51 (70,83)	39 (54,17)	0,0389
Tabagismo	15 (20,83)	9 (12,5)	0,1797
Etilismo	19 (26,39)	26 (36,11)	0,2082

*p-valor referente ao teste qui-quadrado; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle.

A Tabela 4 resume os dados relativos à história gineco-obstétrica das participantes. Os grupos foram homogêneos em todas as variáveis. Quarenta e três mulheres (59,7%) do GE e a mesma quantidade de mulheres do GC possuem vida sexual ativa.

Tabela 4 – História gineco-obstétrica das mulheres, com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Características	Participantes				p-valor*
	n	GE Média (DP)	n	GC Média (DP)	
História obstétrica					
Gestações	72	2,56 (1,6)	72	2,57 (1,6)	0,9582
Partos	66	2,62 (1,4)	66	2,64 (1,3)	0,9482
Cesáreas	66	1,3 (1,3)	66	1,26 (1,1)	0,8278
Peso do maior recém-nascido	61	3,47 (0,6)	62	3,5 (0,6)	0,7322
História sexual					
Coitarca	67	19,33 (3,5)	70	19,5 (5,1)	0,8206
Tempo com o parceiro	45	28,18 (14,6)	48	33,2 (13,5)	0,091

*p-valor referente ao teste t Student; n: números absolutos; DP: desvio-padrão; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle.

7.3 Desfechos

7.3.1 Desfecho Primário

7.3.1.1 Prevalência de disfunção do assoalho pélvico

A prevalência de DAP foi de 87,5% (n=63) em ambos os grupos. O Gráfico 3 mostra esta prevalência distribuída conforme cada DAP especificamente, de acordo com os dados coletados pelo questionário PFID-20.

Gráfico 3 – Prevalência de disfunção do assoalho pélvico em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

IUE: incontinência urinária de esforço; IUU: incontinência urinária de urgência; IA: incontinência anal; POP: prolapso dos órgãos pélvicos.

Isolados os domínios do questionário PFDI-20, relacionados aos sintomas de prolapso (POPDI-6), anorretais (CRAIDI-8) e urinários (UDI-6), não se verificou diferença entre os dois grupos. No entanto, percebe-se que em todas as três categorias o GE apresentou escores maiores (Tabela 5). Ao se desmembrar as DAP conforme as questões do questionário PFID-20, observou-se diferença estatística entre os grupos em relação a presença de IUE ($p=0,0209$) e urgência fecal ($p=0,0003$) (Tabela 6).

Tabela 5 – Escores dos domínios do questionário PFDI-20 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes

em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Sintomas	PFID-20						p-valor*
	Grupo	n	Média (DP)	Mínimo	Mediana	Máximo	
POPDI-6	GE	72	12,9 (19,6)	0	0	100	0,5485
	GC	72	11,0 (17,3)	0	0	83,3	
CRAIDI-8	GE	72	15,0 (19,4)	0	6,3	87,5	0,8071
	GC	72	14,2 (16,7)	0	9,4	71,9	
UDI-6	GE	72	21,3 (23,3)	0	12,5	100	0,5835
	GC	72	19,1 (24,7)	0	8,3	95,8	
Escore total	GE	72	49,1 (53,2)	0	30,7	287,5	0,5775
	GC	72	44,3 (49,7)	0	17,7	203,1	

*p-valor referente ao teste *t* Student; n: números absolutos; DP: desvio-padrão; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle; POPDI-6: Inventário de Angústia do Prolapso de Órgão Pélvico (do inglês, Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory); CRAIDI-8: Inventário de Angústia Colorretal-Anal (do inglês, Colorectal-Anal Distress Inventory); UDI-6: Inventário de Angústia Urinário (do inglês, Urinary Distress Inventory)

Tabela 6 – Distribuição da prevalência das DAP específicas conforme as questões do questionário PFID-20 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Queixas	Participantes				p-valor*
	n	GE n (%)	n	GC n (%)	
POP	72	15 (20,8)	72	9 (12,5)	0,1797
Esvaziamento vesical incompleto	72	18 (25,0)	72	23 (31,9)	0,3559
Constipação intestinal	72	29 (40,3)	72	29 (40,3)	0,9999
IA (fezes)	72	12 (16,7)	72	6 (8,3)	0,1306
IA (flatos)	72	21 (29,2)	72	23 (31,9)	0,7175
Urgência fecal	72	12 (16,7)	72	32 (44,4)	0,0003
Aumento da frequência urinária	72	27 (37,5)	72	23 (31,9)	0,4838
IUU	72	4 (5,5)	72	1 (1,4)	0,1721
IUE	72	24 (33,3)	72	12 (16,7)	0,0209
IUM	72	12 (16,7)	72	12 (16,7)	0,9999
Dor	72	12 (16,7)	72	19 (26,4)	0,1558

*p-valor referente ao teste qui-quadrado; n: números absolutos; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle; POP: prolapso dos órgãos pélvicos; IA: incontinência anal; IUU: incontinência urinária de urgência; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista.

7.3.2 Desfechos Secundários

7.3.2.1 Função sexual

A Tabela 7 resume os dados referentes à função sexual avaliada pelo questionário PISQ-12. Não foi observada diferença estatística entre os grupos, entretanto, ambos apresentaram queixas sexuais caracteriza pela baixa pontuação do questionário.

Tabela 7 – Escores do questionário PISQ-12 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Grupo	PISQ-12					<i>p</i> -valor*
	n	Média (DP)	Mínimo	Mediana	Máximo	
GE	40	13,5 (3,6)	7	14	20	0,1862
GC	41	14,7 (3,9)	4	15	22	

**p*-valor referente ao teste *t* Student; n: números absolutos; DP: desvio-padrão; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle.

A Tabela 8 demonstra os percentuais de queixas sexuais apresentadas conforme as questões do questionário PISQ-12. Houve diferença estatística na avaliação do quesito “desejo” avaliado pela questão 1 do referido questionário ($p=0,0003$) e no quesito “intensidade do orgasmo” avaliado pela questão 12 do referido questionário ($p=0,0291$).

Tabela 8 – Queixas sexuais apresentadas conforme as questões do questionário PISQ-12 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Queixas	Participantes				<i>p</i> -valor*
	N	GE n (%)	N	GC n (%)	
Desejo sexual					
Diariamente	40	5 (12,5)	41	0 (0)	0,0003
Semanalmente	40	10 (25,0)	41	21 (51,2)	
Mensalmente	40	8 (20,0)	41	2 (4,9)	
Menos de uma vez ao mês	40	6 (15,0)	41	15 (36,6)	
Nunca	40	11 (27,5)	41	3 (7,3)	
Excitação sexual					
Sempre	40	9 (22,5)	41	15 (36,6)	0,2183
Frequentemente	40	9 (22,5)	41	5 (12,2)	
Às vezes	40	12 (30,0)	41	8 (19,5)	
Raramente	40	6 (15,0)	41	4 (9,8)	
Nunca	40	4 (10,0)	41	9 (21,9)	
Orgasmo					
Sempre	40	6 (15,0)	41	12 (29,3)	0,5794
Frequentemente	40	7 (17,5)	41	6 (14,6)	
Às vezes	40	13 (32,5)	41	11 (26,8)	
Raramente	40	10 (25,0)	41	7 (17,1)	
Nunca	40	4 (10,0)	41	5 (12,2)	
Intensidade do Orgasmo					
Muito menos intenso	40	4 (10,0)	41	0 (0)	0,0291
Pouco intenso	40	0 (0)	41	9 (21,9)	
Mesma intensidade	40	12 (30,0)	41	14 (34,1)	
Mais intenso	40	9 (22,5)	41	10 (24,4)	
Muito mais intenso	40	15 (37,5)	41	8 (19,5)	

Queixas	Participantes				p-valor*
	N	GE n (%)	N	GC n (%)	
Satisfação sexual					
Sempre	40	11 (27,5)	41	10 (24,4)	0,4562
Frequentemente	40	11 (27,5)	41	7 (17,1)	
Às vezes	40	11 (27,5)	41	10 (24,4)	
Raramente	40	4 (10,0)	41	6 (14,6)	
Nunca	40	3 (7,5)	41	8 (19,5)	
Dor					
Sempre	40	6 (15,0)	41	2 (4,9)	0,0546
Frequentemente	40	2 (2,8)	41	3 (7,3)	
Às vezes	40	5 (12,5)	41	15 (36,6)	
Raramente	40	4 (10,0)	41	6 (14,6)	
Nunca	40	23 (57,5)	41	15 (36,6)	
Problemas sexuais do parceiro					
Sempre	40	0 (0)	41	0 (0)	0,0768
Frequentemente	40	2 (2,8)	41	1 (2,4)	
Às vezes	40	4 (10,0)	41	12 (29,3)	
Raramente	40	3 (7,5)	41	6 (14,6)	
Nunca	40	31 (77,5)	41	22 (53,7)	
IU coital					
Sempre	40	0 (0)	41	1 (2,4)	0,3856
Frequentemente	40	0 (0)	41	0 (0)	
Às vezes	40	0 (0)	41	1 (2,4)	
Raramente	40	0 (0)	41	1 (2,4)	
Nunca	40	40 (100)	41	38 (92,7)	
Dificuldades na atividade sexual causadas pela IU ou IA					
Sempre	40	0 (0)	41	0 (0)	0,2188
Frequentemente	40	0 (0)	41	0 (0)	
Às vezes	40	0 (0)	41	2 (4,9)	
Raramente	40	0 (0)	41	1 (2,4)	
Nunca	40	40 (100)	41	38 (92,7)	
j) Dificuldades na atividade sexual causadas pelo POP					
Sempre	40	0 (0)	41	0 (0)	0,3203
Frequentemente	40	0 (0)	41	0 (0)	
Às vezes	40	0 (0)	41	0 (0)	
Raramente	40	0 (0)	41	1 (2,4)	
Nunca	40	40 (100)	41	40 (97,6)	
Sentimentos negativos durante atividade sexual					
Sempre	40	0 (0)	41	4 (9,8)	0,0942
Frequentemente	40	0 (0)	41	0 (0)	
Às vezes	40	6 (15,0)	41	6 (14,6)	
Raramente	40	1 (2,5)	41	4 (9,8)	
Nunca	40	33 (82,5)	41	27 (65,9)	

*p-valor referente ao teste qui-quadrado; N: amostra total; n: amostra específica; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle.

7.3.2.2 Qualidade de vida

Os escores relativos a análise do questionário WHOQoL-BREF estão sumarizados na Tabela 9. Houve diferença significativa na comparação entre grupos nos Domínios Físico ($p=0,0002$) e Psicológico ($p=0,0035$) e no escore total do questionário ($p=0,0093$).

Tabela 9 – Escores dos domínios do questionário WHOQoL-BREF em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Sintomas	WHOQoL-BREF						p-valor*
	Grupo	n	Média (DP)	Mínimo	Mediana	Máximo	
D1 (Físico)	GE	72	54,8 (22,2)	14,3	53,6	96,4	0,0002
	GC	72	67,9 (18,9)	21,4	71,4	92,9	
D2 (Psicológico)	GE	72	59,5 (14,8)	20,8	66,7	87,5	0,0035
	GC	72	66,7 (14,2)	16,7	66,7	91,7	
D3 (Social)	GE	72	68,6 (11,0)	33,3	66,7	100	0,223
	GC	72	65,4 (19,6)	16,7	66,7	100	
D4 (Ambiental)	GE	72	61,0 (9,9)	34,4	62,5	78,1	0,4008
	GC	72	62,6 (13,9)	18,7	65,6	87,5	
QoL global	GE	72	64,2 (18,1)	12,5	68,7	100	0,3068
	GC	72	67,4 (18,5)	25,0	75,0	100	
Escore total	GE	72	60,1 (12,1)	34,6	59,6	80,8	0,0093
	GC	72	65,7 (13,3)	20,2	67,3	85,6	

*p-valor referente ao teste *t* Student; n: números absolutos; DP: desvio-padrão; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle; QoL: qualidade de vida.

7.3.2.3 Desempenho funcional

A análise do FAF demonstrou pior desempenho funcional no GE ($p<,0001$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Escore do Fluxograma de Avaliação de Funcionalidade em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Grupo	FAF					p-valor*
	n	Média (DP)	Mínimo	Mediana	Máximo	
GE	72	0,75 (0,2)	0,2	0,7	1	<,0001
	72					
GC	72	0,9 (0,1)	0,5	0,9	1	
	72					

*p-valor referente ao teste *t* Student; n: números absolutos; DP: desvio-padrão; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle.

7.3.2.4 Influência das disfunções do assoalho pélvico na qualidade de vida, atividades de vida diária e saúde emocional

Os dados referentes a influência das DAP na QoL, AVD e saúde emocional avaliada pelo questionário PFIQ-7 estão expressos na Tabela 11. O GE relatou maior influência das DAP nestes aspectos em todos os domínios, no entanto, na comparação entre os grupos, não houve diferença estatística.

Tabela 11 – Escores dos domínios do questionário PFIQ-7 em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Sintomas	PFIQ-7						p-valor*
	Grupo	n	Média (DP)	Mínimo	Mediana	Máximo	
POPIQ-7	GE	72	8,5 (24,1)	0	0	99,9	0,169
	GC	72	3,2 (8,4)	0	0	95,1	
CRAIQ-7	GE	72	8,3 (19,6)	0	0	99,9	0,2232
	GC	72	5,0 (11,0)	0	0	47,6	
UIQ-7	GE	72	12,0 (25,9)	0	0	99,9	0,0805
	GC	72	6,9 (17,5)	0	0	38,1	
Escore total	GE	72	28,7 (59,2)	0	0	299,7	0,0863
	GC	72	15,1 (31,1)	0	0	128,4	

*p-valor referente ao teste *t* Student; n: números absolutos; DP: desvio-padrão; GE: Grupo Estudo; GC: Grupo Controle; POPIQ-7: Questionário de Impacto do Prolapso dos Órgãos Pélvicos (do inglês, Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire); CRAIQ-7: Questionário de Impacto Colorretal-Anal (do inglês, Colorectal-Anal Impact Questionnaire); UIQ-7: Questionário de Impacto Urinário (do inglês, Urinary Impact Questionnaire (do inglês, Urinary Impact Questionnaire))

7.3.2.5 Fatores associados às disfunções do assoalho pélvico e correlação entre as variáveis do estudo

A Tabela 12 traz o modelo de regressão linear. As variáveis Tabagismo e FAF estão relacionadas com o escore total do questionário PFID-20 ($p=0,023$ e $p=0,007$, respectivamente) e o escore total do questionário PISQ-12 está relacionado com a coitarca ($p=0,014$).

Tabela 12 – Modelo de regressão linear entre as variáveis relacionadas e escores obtidos em questionários específicos em mulheres com diagnóstico de câncer, residentes em Campo Belo/MG, tratadas no período entre 2013 e 2017.

Variável dependente	Variáveis independentes	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Escore total PFID-20	Intercepto	73,474	44,692	1,640	0,103
	Grupo	-7,527	9,937	-0,760	0,450
	Cor da pele	-2,559	10,096	-0,250	0,800
	Tabagismo	32,761	14,216	2,300	0,023
	Etilismo	-20,791	10,672	-1,950	0,054
	Atividade física	-2,490	10,564	-0,240	0,814
	Idade	-0,300	0,501	-0,600	0,551
	Gestações	-2,866	10,892	-0,260	0,793
	Partos	4,009	12,059	0,330	0,740
	Cesáreas	6,039	4,247	1,420	0,158
	Peso do maior recém-nascido	14,007	8,466	1,650	0,101
	FAF	-72,666	26,469	-2,750	0,007
POPDI-6	Intercepto	22,451	15,021	1,490	0,138
	Grupo	-1,495	3,340	-0,450	0,655
	Cor da pele	-0,352	3,393	-0,100	0,918
	Tabagismo	14,708	4,778	3,080	0,003
	Etilismo	-7,275	3,587	-2,030	0,045
	Atividade física	-1,576	3,550	-0,440	0,658
	Idade	-0,167	0,168	-0,990	0,322
	Gestações	1,315	3,661	0,360	0,720
	Partos	-1,054	4,053	-0,260	0,795
	Cesáreas	1,028	1,427	0,720	0,473
	Peso do maior recém-nascido	5,395	2,845	1,900	0,061
	FAF	-24,793	8,896	-2,790	0,006
CRAD-8	Intercepto	16,051	16,258	0,990	0,326
	Grupo	-2,540	3,615	-0,700	0,484
	Cor da pele	2,052	3,673	0,560	0,578
	Tabagismo	5,535	5,172	1,070	0,287
	Etilismo	-6,037	3,882	-1,560	0,123
	Atividade física	-1,351	3,843	-0,350	0,726
	Idade	-0,157	0,182	-0,860	0,390
	Gestações	0,584	3,962	0,150	0,883
	Partos	0,186	4,387	0,040	0,966
	Cesáreas	3,589	1,545	2,320	0,022
	Peso do maior recém-nascido	5,058	3,080	1,640	0,103
	FAF	-18,111	9,629	-1,880	0,063

Variável dependente	Variáveis independentes	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Estatística t	p-valor
UDI-6	Intercepto	34,969	21,245	1,650	0,103
	Grupo	-3,492	4,724	-0,740	0,461
	Cor da pele	-4,258	4,799	-0,890	0,377
	Tabagismo	12,520	6,758	1,850	0,067
	Etilismo	-7,478	5,073	-1,470	0,143
	Atividade física	0,437	5,022	0,090	0,931
	Idade	0,025	0,238	0,100	0,917
	Gestações	-4,765	5,178	-0,920	0,359
	Partos	4,877	5,732	0,850	0,397
	Cesáreas	1,421	2,019	0,700	0,483
	Peso do maior recém-nascido	3,554	4,024	0,880	0,379
	FAF	-29,761	12,582	-2,370	0,020
Escore total PISQ-12	Intercepto	7,414	5,301	1,400	0,169
	Grupo	-0,075	1,056	-0,070	0,944
	Cor da pele	-0,787	1,220	-0,650	0,522
	Tabagismo	0,982	2,166	0,450	0,652
	Etilismo	1,274	1,126	1,130	0,264
	Atividade física	-1,563	1,090	-1,430	0,158
	Idade	-0,075	0,078	-0,970	0,337
	Gestações	1,492	1,058	1,410	0,165
	Partos	-1,386	1,155	-1,200	0,236
	Cesáreas	0,501	0,460	1,090	0,282
	Peso do maior recém-nascido	-0,003	0,987	0,000	0,998
	Coitarca	0,387	0,152	2,550	0,014
	Tempo com o parceiro	-0,037	0,059	-0,620	0,538
UIQ-7	FAF	4,188	3,251	1,290	0,204
	Intercepto	42,779	18,230	2,350	0,021
	Grupo	-1,473	4,053	-0,360	0,717
	Cor da pele	5,672	4,118	1,380	0,171
	Tabagismo	9,422	5,799	1,620	0,107
	Etilismo	-10,145	4,353	-2,330	0,022
	Atividade física	-0,781	4,309	-0,180	0,856
	Idade	-0,196	0,204	-0,960	0,340
	Gestações	-1,163	4,443	-0,260	0,794
	Partos	2,122	4,919	0,430	0,667
	Cesáreas	0,613	1,732	0,350	0,724
	Peso do maior recém-nascido	1,491	3,453	0,430	0,667
	FAF	-38,224	10,797	-3,540	0,001

Variável dependente	Variáveis independentes	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Estatística t	p-valor
CRAIQ-7	Intercepto	15,688	13,215	1,190	0,238
	Grupo	-1,445	2,938	-0,490	0,624
	Cor da pele	4,829	2,985	1,620	0,109
	Tabagismo	4,523	4,204	1,080	0,284
	Etilismo	-6,798	3,156	-2,150	0,033
	Atividade física	1,235	3,124	0,400	0,693
	Idade	-0,159	0,148	-1,070	0,286
	Gestações	-2,478	3,221	-0,770	0,443
	Partos	4,770	3,566	1,340	0,184
	Cesáreas	1,511	1,256	1,200	0,232
	Peso do maior recém-nascido	3,033	2,503	1,210	0,228
	FAF	-23,939	7,827	-3,060	0,003
POPIQ-7	Intercepto	27,453	13,972	1,960	0,052
	Grupo	-0,630	3,107	-0,200	0,840
	Cor da pele	2,342	3,156	0,740	0,460
	Tabagismo	11,748	4,445	2,640	0,009
	Etilismo	-5,394	3,336	-1,620	0,109
	Atividade física	-3,095	3,303	-0,940	0,351
	Idade	-0,130	0,157	-0,830	0,409
	Gestações	2,203	3,405	0,650	0,519
	Partos	-4,016	3,770	-1,070	0,289
	Cesáreas	-0,083	1,328	-0,060	0,950
	Peso do maior recém-nascido	5,378	2,647	2,030	0,045
	FAF	-34,775	8,275	-4,200	<,0001
Escore total PFIQ-7	Intercepto	85,923	37,560	2,290	0,024
	Grupo	-3,548	8,351	-0,420	0,672
	Cor da pele	12,844	8,485	1,510	0,133
	Tabagismo	25,692	11,948	2,150	0,034
	Etilismo	-22,337	8,969	-2,490	0,014
	Atividade física	-2,641	8,878	-0,300	0,767
	Idade	-0,484	0,421	-1,150	0,252
	Gestações	-1,439	9,154	-0,160	0,875
	Partos	2,877	10,134	0,280	0,777
	Cesáreas	2,040	3,569	0,570	0,569
	Peso do maior recém-nascido	9,902	7,115	1,390	0,167
	FAF	-96,941	22,245	-4,360	<,0001

Variável dependente	Variáveis independentes	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Domínio 1 (Físico)	Intercepto	14,827	15,065	0,980	0,327
	Grupo	-4,452	3,350	-1,330	0,187
	Cor da pele	-1,296	3,403	-0,380	0,704
	Tabagismo	-13,142	4,792	-2,740	0,007
	Etilismo	5,371	3,597	1,490	0,138
	Atividade física	-0,431	3,561	-0,120	0,904
	Idade	0,132	0,169	0,780	0,436
	Gestações	2,712	3,672	0,740	0,462
	Partos	-3,844	4,065	-0,950	0,346
	Cesáreas	-0,843	1,431	-0,590	0,557
	Peso do maior recém-nascido	-0,532	2,854	-0,190	0,853
	FAF	59,230	8,922	6,640	<,0001
Domínio 2 (Psicológico)	Intercepto	31,491	12,214	2,580	0,011
	Grupo	-2,563	2,716	-0,940	0,347
	Cor da pele	-0,940	2,759	-0,340	0,734
	Tabagismo	-4,057	3,885	-1,040	0,299
	Etilismo	2,562	2,917	0,880	0,382
	Atividade física	-0,533	2,887	-0,180	0,854
	Idade	0,210	0,137	1,530	0,129
	Gestações	1,596	2,977	0,540	0,593
	Partos	-1,561	3,296	-0,470	0,637
	Cesáreas	-0,755	1,161	-0,650	0,517
	Peso do maior recém-nascido	-0,795	2,314	-0,340	0,732
	FAF	30,614	7,234	4,230	<,0001
Domínio 3 (Social)	Intercepto	47,927	14,669	3,270	0,001
	Grupo	5,401	3,262	1,660	0,101
	Cor da pele	-0,499	3,314	-0,150	0,881
	Tabagismo	-2,849	4,666	-0,610	0,543
	Etilismo	5,415	3,503	1,550	0,125
	Atividade física	4,275	3,467	1,230	0,220
	Idade	0,292	0,164	1,780	0,079
	Gestações	-0,602	3,575	-0,170	0,867
	Partos	0,437	3,958	0,110	0,912
	Cesáreas	0,204	1,394	0,150	0,884
	Peso do maior recém-nascido	-4,190	2,779	-1,510	0,135
	FAF	13,328	8,688	1,530	0,128

Variável dependente	Variáveis independentes	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Domínio 4 (Ambiental)	Intercepto	20,607	9,931	2,070	0,040
	Grupo	2,298	2,208	1,040	0,300
	Cor da pele	5,602	2,244	2,500	0,014
	Tabagismo	-0,155	3,159	-0,050	0,961
	Etilismo	2,322	2,371	0,980	0,330
	Atividade física	-0,285	2,347	-0,120	0,904
	Idade	0,352	0,111	3,160	0,002
	Gestações	2,254	2,420	0,930	0,354
	Partos	-3,407	2,680	-1,270	0,206
	Cesáreas	-0,017	0,944	-0,020	0,986
	Peso do maior recém-nascido	0,344	1,881	0,180	0,855
	FAF	21,395	5,882	3,640	0,000
	FAF	21,395	5,882	3,640	0,000
QoL global	Intercepto	39,763	15,413	2,580	0,011
	Grupo	1,696	3,427	0,490	0,622
	Cor da pele	2,729	3,482	0,780	0,435
	Tabagismo	-10,910	4,903	-2,230	0,028
	Etilismo	2,410	3,680	0,650	0,514
	Atividade física	1,647	3,643	0,450	0,652
	Idade	0,022	0,173	0,130	0,898
	Gestações	-2,026	3,756	-0,540	0,591
	Partos	-0,321	4,159	-0,080	0,939
	Cesáreas	-1,450	1,465	-0,990	0,324
	Peso do maior recém-nascido	2,805	2,920	0,960	0,339
	FAF	25,953	9,129	2,840	0,005
	FAF	25,953	9,129	2,840	0,005
Escore total WHOQoL- BREF	Intercepto	32,304	9,311	3,470	0,001
	Grupo	-0,956	2,051	-0,470	0,642
	Cor da pele	1,098	2,079	0,530	0,599
	Tabagismo	-2,962	2,996	-0,990	0,325
	Etilismo	1,830	2,234	0,820	0,414
	Atividade física	0,085	2,175	0,040	0,969
	Idade	0,202	0,103	1,960	0,053
	Gestações	1,329	2,243	0,590	0,555
	Partos	-2,085	2,483	-0,840	0,403
	Cesáreas	0,008	0,882	0,010	0,993
	Peso do maior recém-nascido	0,679	1,764	0,380	0,701
	FAF	27,078	5,631	4,810	<,0001
	FAF	27,078	5,631	4,810	<,0001

Variável dependente	Variáveis independentes	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Estatística t	p-valor
FAF	Intercepto	-0,083	0,020	-4,260	<,0001
	Grupo	0,921	0,134	6,890	<,0001
	Cor da pele	-0,109	0,034	-3,210	0,002
	Tabagismo	0,043	0,036	1,190	0,237
	Etilismo	-0,059	0,050	-1,170	0,243
	Atividade física	0,040	0,038	1,050	0,297
	Idade	-0,050	0,037	-1,330	0,187
	Gestações	-0,001	0,002	-0,750	0,453
	Partos	-0,024	0,039	-0,610	0,543
	Cesáreas	0,021	0,043	0,480	0,634
	Peso do maior recém-nascido	-0,017	0,015	-1,130	0,260
	FAF	0,017	0,030	0,570	0,572

POPDI-6: Inventário de Angústia do Prolapso de Órgão Pélvico (do inglês, Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory); CRAIDI-8: Inventário de Angústia Colorretal-Anal (do inglês, Colorectal-Anal Distress Inventory); UDI-6: Inventário de Angústia Urinário (do inglês, Urinary Distress Inventory); POPIQ-7: Questionário de Impacto do Prolapso dos Órgãos Pélvicos (do inglês, Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire); CRAIQ-7: Questionário de Impacto Colorretal-Anal (do inglês, Colorectal-Anal Impact Questionnaire); UIQ-7: Questionário de Impacto Urinário (do inglês, Urinary Impact Questionnaire (do inglês, Urinary Impact Questionnaire); QoL global: qualidade de vida global; FAF: Fluxograma de Avaliação de Funcionalidade.

A Tabela 13 mostra o quadro de correlação entre as variáveis estudadas. Houve correlação moderada entre as variáveis FAF e D1 (físico) ($r=0,63637$); correlação de moderada a forte entre os domínios dos questionários PFIQ-7 e PFID-20 e correlação desprezível entre os domínios dos questionários PFIQ-7 e PFID-20 com o PISQ-12.

8 Discussão

Este estudo teve por objetivo verificar a prevalência de DAP entre mulheres sobreviventes ao câncer e mulheres da comunidade, comparar a função sexual entre estes dois grupos, avaliar a influência das DAP na QoL, AVD e saúde emocional, identificar e analisar os fatores associados às DAP e a correlação entre as variáveis do estudo, avaliar e comparar o desempenho funcional destas mulheres, assim como, também a sua QoL. Observou-se que, apesar da alta prevalência de DAP na amostra geral, não houve diferenças entre os grupos nos escores dos questionários utilizados. Contudo, analisando-se separadamente as DAP, a prevalência de IUE foi maior no GE, além do impacto negativo deste mesmo grupo nas variáveis FAF e domínios físico e psicológico na avaliação da QoL.

A literatura científica apresenta em estudos populacionais a prevalência de DAP. Nossos resultados, independentemente do grupo, apresentaram uma elevada prevalência de DAP, em geral.

Nossos dados conflitam com Kepenekci et al. (2011) e Kim; Harvey e Johnston (2005) que encontraram taxas de DAP mais baixas do que a relatada neste estudo para a população geral: 67,5% e 17-45%, respectivamente. Este fato pode ser explicado pela idade média das participantes destes estudos: por volta dos 40 anos. Nosso estudo incluiu, em sua maioria, mulheres acima de 50 anos, com idade média de 56,1 anos.

Pesquisas relatam alterações fisiológicas no AP relacionadas ao envelhecimento e sua interferência na função muscular (AUKEE; PENTTINEN; AIRAKSINEN, 2003; GUNNARSSON; MATTIASSON, 1999). Nnodim (2000) afirma que o efeito do aumento da idade sobre o músculo esquelético resulta em fraqueza motora e redução da capacidade de reparo após lesões. O mesmo autor estudou o músculo levantador do ânus de ratas fêmeas velhas (32 meses) e novas (4 meses) e avaliou a integridade estrutural, cadeia de miosina e células satélites. Concluiu que a idade tem considerável efeito atrofico no músculo levantador do ânus e diminuição da sua capacidade restaurativa. Algumas DAP em mulheres mais velhas podem ser causadas pela diminuição da capacidade vesical, hipoestrogenismo, doenças crônicas e aumento do IMC (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Considerando as pacientes oncológicas, os estudos transversais que avaliaram mulheres sobreviventes ao câncer possuem uma importante limitação: nem todos os tipos de tumores foram avaliados em relação à prevalência de DAP, pois estudam-se estas mulheres separando-as por sítio tumoral. A população mais estudada nesta temática é a dos tumores ginecológicos (ovário, colo do útero, endométrio e vulva). Há poucos estudos sobre DAP em

mulheres com câncer de mama (LANDI et al., 2016; SEAV et al., 2015; DERZKO; ELLIOTT; Lam, 2007; GOETSCH; LIM; CAUGHEY, 2014; SOUSA et al., 2018); a maioria destes são sobre tratamento das DAP, especificamente as DSF, sendo encontrado somente um estudo transversal neste assunto para esta amostra (LANDI et al., 2016). O mesmo ocorre nos tumores colorretais (LIN et al., 2018; LIN et al., 2019; QIN et al., 2017), apresentando somente um estudo transversal conhecido (QIN et al., 2017), que incluiu tanto homens quanto mulheres.

Dentro destes estudos disponíveis, as taxas de DAP são relatadas separadamente e nem todas as DAP são investigadas. As taxas de DAP nesta população específica serão discutidas posteriormente, ao abordarmos cada DAP de maneira isolada.

Todavia, é importante pontuar, desde então, que esta enorme variação das taxas de prevalência entre os estudos se dá por vários motivos. Primeiramente, há poucos estudos que relatam suas taxas padronizadas por idade, o que impede uma comparação significativa entre os países. Além disso, deve-se considerar as diferenças culturais na percepção das DAP e disposição para relatá-las, bem como diferenças metodológicas, inclusive em relação aos tipos de questionários utilizados, a maneira como estes questionários são administrados e, talvez mais importante, as diferenças nas definições das DAP. Assim, não está claro se tais amplitudes nas variações destas taxas se devem a diferenças linguísticas dos questionários, diferenças na proporção de respostas ou diferenças culturais ou biológicas verdadeiras. A falta de consistência entre as comparações torna impossível avaliar a extensão da variação real entre os estudos em diversos países e, até mesmo, dentro de um mesmo país (MILSOM et al., 2017).

Didaticamente, iremos discutir as variáveis avaliadas neste estudo de forma separada.

Sintomas do trato urinário inferior

Dentre os STUI mais prevalentes no GC elencam-se o aumento da frequência urinária e sensação de esvaziamento vesical incompleto e, no GE, a IUE e o aumento da frequência urinária, com diferença estatística entre os grupos somente para a IUE.

Lee et al. (2011) avaliaram 2.000 indivíduos (888 homens e 1.112 mulheres) encontrando uma prevalência geral de STUI de 61,4% (68,9% em mulheres), prevalência esta que aumentou com a idade. O STUI de armazenamento foi mais prevalente do que os STUI de esvaziamento ou pós-miccionais nas mulheres (armazenamento: 64,4%; miccionais: 25,9%, e pós-miccionais: 13,9%), dados estes que corroboram com os que encontramos, onde sintomas como IU e aumento da frequência urinária foram mais prevalentes, apesar do não questionamento da presença de outros STUI nesta pesquisa.

Nosso trabalho também apresenta consonância com os achados do maior estudo conduzido e publicado pela IARC e outros colaboradores sobre STUI: a Investigação Prospectiva Europeia sobre Câncer e Nutrição (do inglês, *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* – EPIC), que avaliou 19.165 indivíduos, encontrando uma prevalência geral de STUI de 64,3%. A prevalência de STUI de armazenamento (59,2%) foi maior do que para o STUI de esvaziamento (19,5%) e pós-miccional (14,2%) (IRWIN et al., 2006).

Dentre os STUI, a IU toma lugar de destaque devido sua alta prevalência na população geral, sendo tema de estudos de diversas pesquisas nacionais e internacionais.

Kepenekci et al. (2011) avaliou 4.002 mulheres com idade mediana de 41 anos encontrando um índice de IU, sem distinção quanto ao tipo, de 50,7% na população geral; índice este maiores do que as de IU encontrada em nosso GC (34,7%). No entanto, MacLennan et al. (2000), ao estudar 3.010 mulheres, encontrou taxas de IU semelhante as nossas: 35,3%.

No Brasil, uma pesquisa conduzida por Amaro et al. (2009) observou uma prevalência de IU de 27% em uma amostra de 85 pacientes. A prevalência mais baixa desta condição se deve também a idade média das participantes: 48 anos.

No documento da 6ª Consulta Internacional sobre Incontinência (do inglês, *6th International Consultation on Incontinence*) realizado em 2016 pela Sociedade Internacional de Continência (do inglês, *Internacional Continence Society* – ICS), Milsom et al. (2017) relata uma taxa de prevalência de IU entre 10 e 39% na população geral, o que também corrobora com os nossos achados.

Agora, quando consideramos mulheres sobreviventes ao câncer, percebe-se que a distribuição dos STUI também varia.

Ramaseshan et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre DAP em tumores ginecológicos que incluiu 31 artigos. Em sobreviventes ao câncer de colo de útero as prevalências de STUI relatadas foram variadas: IUE (4-76%), IUU (4-59%), retenção urinária (0,4-39%), noctúria (11-35%), aumento da frequência urinária (6-71%), disúria (5-26%). Em mulheres com câncer de endométrio, a taxa de IU variou de 2-44%. E, em sobreviventes ao câncer de ovário, foram descritas as seguintes prevalências: IUE (32-42%,) e IUU (15-39%). Esses valores são mais elevados que os encontrados neste estudo. Isso pode ser explicado pela especificidade da amostra que foi exclusivamente de mulheres com tumores ginecológicos, onde o tratamento oncológico impacta diretamente as estruturas pertencentes ao Sistema Geniturinário.

Rutledge et al. (2010) realizaram um estudo com desenho metodológico semelhante ao nosso, no entanto, incluindo somente mulheres sobreviventes ao câncer ginecológico. Cento e oito pacientes controle (GC) e 260 sobreviventes ao câncer (GS) foram avaliadas. Uma alta prevalência de IU foi observada em ambos os grupos: GC, 56% e GS, 70%.

Outro estudo transversal, Hazewinkel et al. (2010), verificou a prevalência de IU em sobreviventes de câncer ginecológico, encontrando dados semelhantes aos nossos (55,5%): IU (45-76%).

No câncer de mama, um estudo realizado na Carolina do Norte, EUA, avaliou 548 mulheres. Seu objetivo era avaliar se as mulheres que receberam terapia hormonal possuíam mais queixas geniturinárias (especificamente, IU) e função sexual alterada pelo tratamento. Quarenta e nove por cento da amostra receberam HT, apresentando uma prevalência de IU de 18%. (LANDI et al., 2016).

Um pequeno estudo qualitativo avaliou 19 mulheres com câncer de mama submetidas a HT com inibidor de aromatase (GA, n=11) e tamoxifeno (GT, n=8). A frequência absoluta de mulheres que apresentaram queixas foram, respectivamente: IU (8 e 6), urgência urinária (7 e 6), aumento da frequência urinária (2 e 5), noctúria (5 e 2) e IUU (GT = 1) (SOUSA et al., 2018).

Lin et al. (2018) avaliou os efeitos da CX em relação aos sintomas urinários e anorretais no câncer colorretal. Antes da cirurgia, 37% relataram algum sintoma urinário. Seis meses após a cirurgia, este valor declinou para 24%.

Apesar das taxas de prevalência absoluta variarem amplamente nos trabalhos transversais publicados, a distribuição de subtipos de DAP parece ser consistente. A IU é responsável por aproximadamente metade de toda DAP, com a maioria dos estudos relatando uma prevalência de IUE de 10 a 39%. Com poucas exceções, a IUM é a próxima mais comum (7,5-25%). A IUU é incomum, com prevalência de 1-7%. Em resumo, os dados atuais fornecem estimativas muito díspares da prevalência da população para a IU em mulheres (MILSOM et al., 2017).

A IU é multifatorial e questões como idade, multiparidade, cirurgias prévias e hipoestrogenismo contribuem para a perda da função esfíncteriana. Além desses fatores, algumas alterações decorrentes do envelhecimento, como a atrofia dos músculos e tecidos, o comprometimento funcional do sistema nervoso e circulatório e a diminuição do volume vesical podem contribuir para o surgimento da IU, pois reduzem a elasticidade e a contratilidade da bexiga urinária (CARVALHO et al., 2014).

No entanto, através da estratificação e pareamento dos grupos de estudo em relação a faixa de idade e paridade, estes fatores de risco foram equilibrados e mais bem controlados neste estudo. Assim, maior prevalência de IUE significativamente encontrada no GE pode ser explicada por fatores inerentes ao tratamento oncológico.

Um estudo realizado com 200 mulheres sobreviventes ao câncer ginecológico observou que 67% delas apresentaram moderada e grave IU após o tratamento cirúrgico (TRIMBOS et al., 2001). Tratamentos para tumores pélvicos, como a histerectomia radical e a RT, podem alterar a anatomia pélvica, causando lesões nervosas locais, desestabilizando o mecanismo da estrutura pélvica e AP, através da associação da interrupção parcial das fibras autonômicas que inervam a bexiga urinária. Tumores pélvicos podem levar a maior irritabilidade da bexiga, provocando a contração involuntária do detrusor. Outros sintomas urinários como aumento da frequência urinária, urgência miccional, IUU e diminuição da complacência vesical (seis a 12 meses), podem perdurar no pós-operatório tardio (BERTOTO, 2017; FITZ et al., 2011).

Adicionalmente, o tratamento quimioterápico e a HT afetam a função ovariana podendo induzir a menopausa precoce com conseqüentes alterações geniturinárias decorrentes do hipoestrogenismo (GIGLIO; LIMA, 2017).

Prolapso dos órgãos pélvicos

Não houve diferenças entre os grupos desta pesquisa em relação aos sintomas de POP.

Nossos resultados para a população geral se aproximam aos achados de MacLennan et al. (2000) que admitiram um índice de POP na população geral de 8,8%. Versi et al. (2001) avaliou a presença de POP em 285 mulheres, porém dividiu-os conforme o comprometimento: anterior (51%), posterior (27%) e apical (20%).

A determinação do POP com base em sintomas autorrelatados é difícil devido à falta de especificidade e sensibilidade da maioria dos sintomas atribuídos ao POP e ao fato de que o POP acima do introito é geralmente assintomático (ELLERKMANN et al., 2001). A única exceção parece ser uma sensação de abaulamento na vagina, que está mais fortemente associada ao prolapso ao nível do introito ou abaixo dele (MILSOM et al., 2017). Um estudo recente de 110 mulheres descobriu que uma pergunta sobre a sensação de alguma coisa protuberante ou que saía da vagina tinha uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 94% para o POP nestes dois níveis citados (LUKACZ et al., 2005).

De acordo com o ICS, a prevalência de POP com base na sensação de uma massa protuberante na vagina é notavelmente consistente, variando entre 5-10%, valores estes próximo ao encontrado neste estudo para a população geral (MILSOM et al., 2017).

Em pacientes oncológicas, Rutledge et al. (2010) relatou uma prevalência de POP em mulheres sobreviventes ao câncer ginecológico de 13%, taxa mais baixa do que a encontrada neste presente estudo. Já a revisão de Ramaseshan et al. (2018) relata uma prevalência de 16%, valor ainda abaixo do encontrado nesta presente investigação. No entanto, somente um estudo incluído nesta revisão sistemática avaliou esta DAP, contudo, utilizando questionários não validados, o que pode ter contribuído para a perda da especificidade do instrumento na detecção do POP.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de POP encontram-se as cirurgias pélvicas prévias e, dentre estas, a histerectomia radical. O risco de desenvolver prolapso de cúpula vaginal após histerectomia é em torno de 2 a 3,6 por 1.000 mulheres, por ano, independente da via cirúrgica utilizada (SWIFT; POUND; DIAS, 2001). O defeito do compartimento anterior esteve presente, no estudo de Axelsen; Bek e Petersen (2007), em cerca de 18% das mulheres no Grupo Incontinente, e em 6% das mulheres no Grupo Continente pós-tratamento do câncer do colo do útero. Os autores relatam que o POP pode ser explicado pela técnica cirúrgica utilizada, em que as fâscias endocervical e retovaginal são suturadas no topo da vagina, que levam ressecções severas no canal vaginal e defeitos na condensação da fâscia endopélvica, podendo ocasionar, em última instância, a inversão da parede vaginal.

Disfunções anorretais

A urgência fecal, constipação intestinal e IA foram os sintomas anorretais mais relatados no GC. Já no GE, a constipação intestinal e a IA também foram as queixas mais relatadas desta categoria. Contudo, somente os índices de urgência fecal foram significativamente diferentes entre os grupos, com maior prevalência no GC.

O caráter da IA e sua frequência (diária *versus* episódica) variam muito em cada relato. Portanto, estimar a prevalência depende fortemente da definição de IA.

A pesquisa desenvolvida na Turquia por Kepenekci et al. (2011) avaliou 4.002 mulheres com idade mediana de 41 anos e encontrou uma prevalência de IA de 19,8% e de queixas evacuatórias, como constipação intestinal e defecação obstruída de 33,2% e 26,8%, respectivamente. Se considerarmos os sintomas evacuatórios como um todo, nossas taxas foram mais baixas do que as relatadas por este estudo. No entanto, nossa taxa IA foi mais alta. Isso pode ser explicado pela não distinção de IA para fezes e flatos. Como foi considerada somente

as perdas fecais, a taxa encontrada por Kepenekci et al. (2011) foi mais baixa que a nossa, na população geral.

O estudo conduzido por MacLennan et al. (2000) relata uma taxa de IA para fezes de 10,9%, de IA para flatos de 3,5% e de constipação intestinal de 10,5%, também na população geral. Amaro et al. (2009) perceberam uma prevalência de IA de 2%. E, outra investigação conduzida pela Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (do inglês, *National Health and Nutrition Examination Survey* – NHANES) dos EUA, publicada em 2014, observou uma prevalência de 8,4% para IF (DITAH et al., 2014). Em comparação com os estudos supracitados, nossos achados suplantam em números a prevalência de IA e constipação intestinal.

Em mulheres sobreviventes ao câncer, as taxas de queixas anorretais variam, especialmente em relação a localização do tumor. Taxas de prevalência mais elevadas são encontradas em tumores colorretais como pode-se observar nos estudos de Qin et al. (2017) e Lin et al. (2018). Os primeiros autores encontraram uma prevalência de disfunção intestinal em 71,1% da amostra de 142 pacientes submetidos a cirurgia de ressecção anterior baixa com quimiorradioterapia neoadjuvante ou QT isolada para tratamento do câncer retal. Outras DAP não foram pesquisadas neste estudo. Já Lin et al. (2018) afirmaram que o percentual de sujeitos com sintomas intestinais ainda permaneceu elevado no pós-operatório, apesar de diminuir de 60% no pré-operatório para 44% em 6 meses após a cirurgia.

A revisão sistemática de Ramaseshan et al. (2018) relatou uma prevalência de IA variando de 2-34%, e de urgência fecal, 3-49%. Rutledge et al. (2010) concluíram que as mulheres sobreviventes ao câncer foram mais propensas a experimentar a IA do que a população geral (43% vs 32%, $p=0,02$); aspectos que se encaixam dentro dos intervalos de prevalência constatados nesta presente investigação.

É notável, aqui também, uma ampla variação da prevalência que pode ser explicada, da mesma forma, pelas diferenças entre os instrumentos de avaliação utilizados como também pela definição destas queixas e sua identificação pela própria amostra.

O esfíncter anal interno mantém tônus constante impedindo o escape de fezes, ao passo que o esfíncter anal externo age como uma barreira adicional. O plexo hipogástrico inferior envia fibras nervosas ao reto e ao esfíncter anal interno por meio do plexo retal. A estimulação dos nervos parassimpáticos no reto é responsável pela defecação, enquanto as fibras simpáticas inibem a expulsão das fezes (JACKSON; NAIK, 2006). A excessiva mobilização do reto e a dissecação dos ligamentos útero sacrais durante a CX podem resultar em parcial denervação destas fibras, levando a disfunções agudas ou crônicas caracterizadas por constipação,

dificuldade de evacuação, perda do desejo evacuatório e algum tipo de incontinência (LATERZA et al., 2015; SOOD et al., 2002). A constipação pode ser resultado de um distúrbio de coordenação dos movimentos musculares do AP durante a evacuação, consistindo na contração retal, relaxamento reflexo do esfíncter anal interno e relaxamento voluntário do esfíncter anal externo (JACKSON; NAIK, 2006). Pieterse et al. (2006) relataram a presença de constipação em três meses, um ano e dois anos após a CX com ou sem RT.

Função sexual

As mulheres pertencentes ao GE mostraram pior escore nos quesitos “desejo” e “intensidade do orgasmo” em relação ao GC. Todavia, ao observarmos os escores do questionário PISQ-12, observa-se uma baixa pontuação para ambos grupos.

A prevalência de DSF também varia consideravelmente. No Brasil, a maior taxa pertence aos transtornos do interesse/excitação sexual feminina (~80%), seguido pelo transtorno do orgasmo feminino (10-42%) e presença de dor durante o intercursos sexual (23,1%) (ABDO, 2012; ABDO, 2004). O uso de diferentes instrumentos para avaliação da função sexual impossibilita a comparação entre os estudos, uma vez que as propriedades de cada questionário e a valoração e pontos de corte diferem entre as ferramentas.

Em tumores ginecológicos, as queixas sexuais são mais proeminentes, devido a localização do tumor e o impacto direto do tratamento sobre o Sistema Genital feminino. Ramaseshan et al. (2018) reconheceram em sua publicação um índice de dispareunia de 12-58% e queixas de secura vaginal em 15-47% das mulheres com câncer de colo do útero. Em mulheres com câncer de endométrio, as taxas de dispareunia variaram entre 7% e 39%. E, em sobreviventes ao câncer de ovário, as queixas relativas à função sexual foram elevadas: 62-75%.

Rutledge et al. (2010) afirmam que mulheres sobreviventes ao câncer também foram mais propensas a se queixarem de menor desejo sexual ($p=0,04$) e menor capacidade de orgasmo ($p=0,04$). Dados estes que corroboram não somente com os nossos achados, mas também com o estudo de Hazewinkel et al (2010), que encontrou diferença estatística na comparação da variável menor desejo sexual e orgasmo ($p<0,001$).

No câncer de mama, o efeito da HT impacta a função sexual da mulher. Landi et al. (2016) afirmaram que os escores de função sexual não variaram de acordo com o uso da HT, porém a presença de IU foi sido associada a menores escores de satisfação ($p=0,05$). Sousa et

al., (2018), apesar da pequena amostra, também se depararam com queixas como desconforto/dor e dispareunia, independentemente do tipo de HT administrada.

Setecentas e cinquenta e cinco mulheres canadenses com idade média de 56 anos foram pesquisadas por Li-Yun-Fong et al. (2016). Os autores observaram que a maioria dos sujeitos (74%) tinha um parceiro sexual e 56% da amostra relatou relação sexual recente, taxa esta semelhante ao do nosso estudo. As participantes relataram um baixo nível de desejo e prazer sexual e níveis moderados de excitação sexual e orgasmo. Quando estratificados por prazer sexual, 46% desfrutaram de sexo e este grupo teve menores pontuações de PFDI-20 e PFIQ-7, refletindo menos carga na QoL. A presença de POP, defecação obstruída e IA foram associados a não gostar de sexo. No entanto, quando ajustados para outros determinantes da DSF (por exemplo, envelhecimento, dispareunia, atrofia vaginal e problemas de parceiros), essas associações desapareceram.

Lee et al. (2016) avaliou a sexualidade, tanto em termos de atividade sexual, prazer e preocupação sexual (através do questionário da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer; do inglês *European Organization for Research and Treatment of Cancer* – EORTC), e em termos de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (através do questionário Índice de Função Sexual Feminina; do inglês, *Female Sexual Function Index* – FSFI) entre mulheres com câncer de colo do útero e mulheres saudáveis. Os escores foram semelhantes entre os grupos.

Um estudo italiano avaliou a função sexual de mulheres com câncer de mama, observando uma taxa de disfunção sexual de 69% avaliada pelo FSFI. Apesar da alta prevalência, os autores relataram que as mulheres não relataram sofrimento em relação ao sexo (GAMBARDELLA et al., 2018).

A CX de tumores pélvicos também pode causar lesão nervosa e ao suprimento vascular dos órgãos pélvicos afetando a resposta fisiológica ao estímulo sexual. Nas histerectomias radicais podem ocorrer alterações fisiológicas como a castração ovariana, que levam à redução da lubrificação vaginal, atrofia, declínio do desejo sexual e alterações mecânicas, como encurtamento da vagina em virtude da amputação do seu terço superior. Esses sintomas associados podem levar a dispareunia e estenose do canal vaginal (GIGLIO; LIMA, 2017).

Schultz e Van de Wiel (2003) relatam que a estenose e a atrofia vaginal, bem como a diminuição da lubrificação estão associadas às perdas de sensibilidade e das sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual com penetração vaginal, o que interfere diretamente no desejo e orgasmo. Essas alterações se apresentam-se como fibrose parcial, diminuição da elasticidade e da profundidade do canal vaginal e são consequências não somente

das complicações pós-cirúrgicas, mas também pós-RT (GIGLIO; LIMA, 2017; FITZ et al., 2011; BERNARDO et al., 2007).

Ainda, o tratamento quimioterápico, radioterápico e a CX podem afetar a função ovariana podendo induzir a menopausa precoce, levando a alterações da lubrificação, atrofia vaginal e dispareunia, que contribuem para o desconforto durante o intercuro sexual (GIGLIO; LIMA, 2017).

Adicionalmente, fatores psicológicos podem ter um importante papel na saúde sexual. No estudo de Park et al. (2007), os autores relataram que as mulheres que se submeteram ao tratamento oncológico apresentavam níveis de ansiedade mais elevados do que o Grupo Controle, estando associado com a QoL.

Qualidade de vida

Muitas pesquisas indicam o impacto das doenças oncológicas na vida familiar, sexual, afetiva e psicossocial da mulher, demonstrando o caráter ameaçador, estigmatizante e permeado de inúmeras dificuldades e preconceitos que a doença possui (NEME; LIPP, 2010; BERNARDO et al., 2007; NEME; KATO, 2003).

Contemplando a literatura, verifica-se que mulheres diagnosticadas com cânceres de mama ou ginecológico apresentam alterações nos domínios emocionais e sexuais por serem consideradas doenças que podem alterar a identidade da mulher. A ablação da mama e dos órgãos pertencentes ao Sistema Genital pode acarretar danos à QoL, satisfação sexual e atividades físicas e sociais (ZANDONAI et al., 2010).

Observa-se que a angústia psicológica no câncer é comumente relacionada com depressão, ansiedade e baixa função emocional, contribuindo para diminuição da QoL, especialmente na função emocional, social, saúde mental e QoL global. Quanto à função sexual, os achados indicam que a sua interrupção ou insatisfação com a vida sexual está relacionada a uma QoL pobre em pacientes jovens, a QT, a mastectomia total, a angústia emocional consequente de uma vida sexual insatisfatória e dificuldades com o parceiro no que diz respeito às relações sexuais (MONTAZERI, 2008).

Em um estudo realizado com mulheres chinesas com câncer de mama identificou-se que a magnitude da alteração na angústia psicológica proporciona um impacto significativo no estado físico e funcional, porém não no estado social da QoL. Isto implica que a angústia está mais ligada aos sintomas, fatores do tratamento ou perda de habilidades do que relacionamentos sociais e familiares (WING; WONG, 2007). Estes achados corroboram com os resultados

encontrados em nossa pesquisa, onde os domínios físico e psicológico foram os mais afetados nas mulheres com câncer, sem diferença na comparação de outros domínios da QoL estudados.

Um estudo avaliou uma amostra mista de pacientes com câncer de colorretal revelando que os homens relatam melhores escores nas escalas de funções emocionais e cognitiva em relação às mulheres, enquanto estas tiveram os piores escores para os sintomas como dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite, todos estatisticamente significantes (NICOLUSSI, 2007).

Embora homens e mulheres pareçam ser igualmente afetados pelo estresse, as mulheres têm sido sobrecarregadas pela multiplicidade de papéis sociais e familiares que atualmente assumem. Alguns estudos indicam que a mulher apresenta maior nível de estresse psicológico e maior sensibilidade emotiva do que os homens, aspectos especialmente vinculados a seus papéis familiares e conjugais (NEME; LIPP, 2010; NEUBER et al., 2007).

Kluthcovsky e Urbanetz (2012) conduziram um estudo no Sul do Brasil que incluiu mulheres com e sem câncer de mama, utilizando o mesmo questionário de avaliação de QoL que o nosso, o WHOQoL-BREF. Na comparação da QoL entre os dois grupos, após ajuste para as potenciais variáveis de confusão observadas (cor da pele, nível educacional e renda), observou-se que as mulheres com câncer relataram piores escores de QoL geral e dos domínios físico, psicológico e meio ambiente em relação às mulheres saudáveis (todos valores $p < 0,05$). Não houve diferença significativa entre os grupos para o domínio relações sociais. Apesar da semelhança de achados com este presente estudo nos domínios físico e psicológico, os autores acima incluíram uma amostra bem maior que a nossa: 199 mulheres com câncer e 175 mulheres saudáveis, o que pode ter favorecido para uma avaliação mais abrangente da QoL devido ao tamanho amostral utilizado.

Machado e Bergmann (2012) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre QoL em pacientes com câncer de mama. Onze artigos foram incluídos nesta revisão. Os domínios mais afetados na QoL destas mulheres estão associados à funcionalidade e às questões emocionais, conforme apresentados também nesta presente pesquisa. Os autores ainda citaram as dificuldades financeiras, sexualidade e os sintomas gerais como outros domínios igualmente afetados na amostra estudada.

Desempenho funcional

A funcionalidade é um termo complexo, cuja definição envolve tanto a condição física quanto as condições externas que a influenciam. O uso de instrumentos de estudo e aferição de

incapacidade e funcionalidade em inquéritos de saúde tem sido alvo de discussões em nível nacional (CASTRO et al., 2016; CASTANEDA; CASTRO, 2016; ARAUJO; BUCHALLA, 2015) e internacional (MCDERMOTT; TURK, 2011a; MCDERMOTT; TURK, 2011b; ALTMAN, 2011).

A capacidade para desenvolver atividades diárias é um indicador do estado de saúde da população, merecendo a devida investigação por ser relevante para a identificação do impacto de uma doença sobre a vida cotidiana de um indivíduo (WHO, 1996).

Várias escalas são utilizadas para a avaliação do desempenho funcional. Há uma intensa discussão sobre as características dos diversos instrumentos de avaliação do desempenho funcional, especialmente aqueles baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), na tentativa de uma padronização dos instrumentos para a coleta de dados populacionais sobre incapacidade (CASTRO et al., 2016).

O uso da CIF em sua forma plena e completa – para levantamento de dados de prevalência de funcionalidade e incapacidade com base populacional – apresenta um grande obstáculo que se esbarra na quantidade de códigos que poderiam ser atribuídos aos sujeitos entrevistados, os quais elevam o tempo gasto para a coleta dos dados. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), percebendo a dificuldade relacionada ao tempo de aplicação da CIF, lançou algumas alternativas de instrumentos baseados na CIF, com menor quantidade de itens. Esses instrumentos seriam de aplicação mais rápida e possivelmente mais adequados aos estudos epidemiológicos e suas necessidades de redução de tempo de coleta. Os instrumentos publicados e estimulados pela OMS são os *core sets*, o *checklist*, a Escala de Avaliação de Incapacidades da OMS (do inglês, *World Health Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0*) e o Modelo de Pesquisa sobre Incapacidade (do inglês, *Model Disability Survey – MDS*).

Apesar de abreviados, o tempo de aplicação destes instrumentos também é um obstáculo para pesquisas onde a funcionalidade é somente um dos fatores a serem avaliados. Por exemplo, o tempo médio de aplicação do MDS pode variar entre 60 e 120 minutos. Outra característica destes instrumentos abreviados é o fato serem planejados para grupos com condições de saúde específicas. Dentro da Oncologia, há instrumentos desenvolvido apenas para o câncer de mama e de cabeça e pescoço. Uma grande limitação é que estes instrumentos não permitem seu uso na população em geral, saudável e sem nenhuma condição específica de saúde ou doença. A especificidade acaba sendo também seu maior ponto fraco (CASTRO et al., 2016).

Neste contexto, é real a inexistência de um instrumento único, plausível de ser administrado em inquéritos populacionais, que avalie o desempenho funcional em amostras de pessoas saudáveis e sobreviventes ao câncer.

Várias escalas que avaliam o *status* de desempenho (PS) estão disponíveis na Oncologia. O PS é uma avaliação do nível atual de função dos pacientes, capacidade de autocuidado e nível de deambulação. Estas escalas são usadas como critérios de seleção e para a estratificação de subgrupos em ensaios clínicos e são usadas para avaliar o impacto dos tratamentos de câncer na QoL e como uma medida de resultado para comparar as diferenças no desempenho funcional antes e depois da exposição a uma terapia específica (PAIVA et al., 2015).

Dentro deste contexto, a FAF se destaca como um método novo para avaliar o PS de pacientes com câncer, compensando a falta de instrumentos para medir a funcionalidade em detalhes, apresentando uma alta taxa de concordância entre os observadores (80%); taxa muito superior à concordância absoluta da KPS (~ 50%) e ECOG-PS (67%), além da sua rápida e fácil aplicação (PAIVA et al., 2015). Todavia, este instrumento recentemente lançado ainda não foi utilizado em pessoas saudáveis, sem câncer.

A FAF foi um dos aspectos avaliados neste estudo que mais se mostrou significante na comparação entre os grupos ($p < ,0001$) e a que mais esteve relacionada às outras variáveis estudadas.

Na discussão deste item esbarramo-nos, também, na quantidade de artigos escritos que utilizaram esta mesma escala. Não há nenhum estudo publicado ainda que tenha utilizado a FAF na avaliação da funcionalidade em qualquer tipo de tumor. Portanto, os artigos citados aqui serão relativos ao uso das escalas KPS e ECOG-PS, que foram apontadas como tendo alta concordância em relação à FAF.

A grande maioria dos estudos que avaliam o PS de pacientes oncológicos incluem pacientes em cuidados paliativos, amostra totalmente diferente das sobreviventes que avaliamos neste presente estudo. Acrescido a este fato, existe um número grande de publicações sobre funcionalidade, especialmente em pacientes com câncer de mama, mas restritas à avaliação da funcionalidade dos membros superiores.

O comprometimento da execução de tarefas cotidianas que exigem força física e movimentos repetitivos pode gerar grande sofrimento à mulher quando esta se percebe impossibilitada de desempenhar atividades que lhe traziam *status* social ou sustento financeiro (BOER et al., 2015). Um estudo realizado no Brasil observou que a maioria das participantes precisou adaptar suas atividades de trabalho, uma vez que suas habilidades e seu desempenho estavam prejudicados (GANDINI, 2010).

Alguns autores apontam, ainda, que pacientes com câncer têm 1,4 vezes mais probabilidade de ficar desempregadas do que pessoas saudáveis (BOER et al., 2015) e que o

absenteísmo também pode estar relacionado às limitações físicas advindas do procedimento cirúrgico (GANDINI, 2010).

Em seu estudo, Roberti; Scudeller e Amaral (2016) relataram que as consequências do tratamento oncológico no câncer de mama foram a diminuição da funcionalidade, a restrição amplitude de movimento e o linfedema, sendo que os dois últimos foram considerados pelas mulheres fatores dificultadores do retorno às atividades laborais. Os autores afirmam que este fato pode estar associado à falta de intervenção fisioterapêutica pré e pós-operatória imediata, o que favoreceu, assim, o prejuízo físico funcional e a instalação de complicações.

O tipo de tratamento oncológico administrado é uma condição que também pode afetar o retorno da funcionalidade. A literatura mostra que mesmo nas CX menos extensas e em dose reduzida da RT a morbidade do ombro pode ser observada (SHAMLEY et al., 2012; JOHANSEN et al., 2014).

Harrington et al. (2011) comparou a funcionalidade do membro superior de pacientes sobreviventes ao câncer de mama e mulheres saudáveis. Os resultados obtidos revelaram diferenças significativas na pontuação média do questionário Deficiências do Braço, Ombro e Mão (do inglês, *Disabilities of Arm Shoulder and Hand* – DASH) das mulheres do grupo de câncer de mama (19,4 pontos), quando comparada com as médias da população saudável (1,6 pontos). Assim, ainda que a pontuação do questionário possa ser considerada relativamente baixa, fica claro, na comparação entre os grupos, que o tratamento para a neoplasia da mama gera grande perda de funcionalidade de membros superiores. Além disso, a baixa pontuação em um questionário que varia de 0-100, pode ser explicada pela pouca especificidade do questionário, considerando o fato deste instrumento levar em consideração ambos os membros e não somente o membro afetado. Dessa forma, podem ocorrer compensações dos déficits funcionais por parte das pacientes, que passaram a utilizar o membro contralateral na realização das atividades e assim, a limitação funcional existente no membro afetado não é tão fortemente percebida, sendo subestimada em seus relatos.

Para Hua-Ping; Jian-Rong e Zeng (2012), mulheres com diagnóstico de câncer de mama tenderam a desenvolver síndrome de dor crônica generalizada com mais frequência que as saudáveis, o que também constitui um fator de limitação funcional nas AVD.

Os sintomas físicos e psicológicos como a fadiga, dor, distúrbios do sono, medo da recorrência da doença são descritos por mulheres durante e após o tratamento. Todos estes sintomas também se tornam fatores limitantes ao desempenho funcional da mulher após a doença (CAPPIELLO; CUNNINGHAM e KNOBF, 2007).

Elias et al. (2015) observaram em seu estudo que o PS foi afetado pela QT, visto que as pacientes deixaram de ser capazes de realizar suas atividades cotidianas, limitando-se às atividades do autocuidado. As pacientes idosas sofreram maior comprometimento funcional durante a terapêutica.

A forma como os dados são coletados pode ser determinante no processo de mensuração das informações relacionados à prevalência das doenças (ALTMAN; GULLEY, 2009). Além disso, distorções nas prevalências encontradas podem ocorrer devido a compreensões destoantes sobre funcionalidade e incapacidade (CASTRO et al., 2016).

Outro fator importante de discussão é sobre a validade deste estudo, isto é, quão bem os resultados encontrados para as participantes deste estudo representam resultados verdadeiros para indivíduos semelhantes fora do estudo. Em relação à validade interna podemos afirmar que estes dados representam uma verdade para esta população de mulheres estudadas, respeitando-se os objetivos do estudo e entendendo que seu desenho metodológico não nos possibilita a avaliação de causa-efeito. Entretanto, em relação à validade externa é necessário destacarmos alguns pontos relevantes: os resultados desta pesquisa não podem ser extrapolados para outras amostras em regiões diferentes, mesmo pertencendo ao mesmo estado (Minas Gerais) e país. Isso porque existe uma grande diferença sociocultural no Brasil que pode influenciar as respostas e a maneira como essas mulheres identificam e convivem com as DAP. Somado a isto, observamos linhas de cuidado para o câncer diferentes em diferentes regiões do país, fato este que pode impactar as prevalências das DAP dependendo dos recursos tecnológicos disponíveis para o tratamento do câncer.

Relevante é pontuarmos as limitações deste estudo. O número de mulheres excluídas, seja por perda de contato ou não aceitação em participar da pesquisa é um fator limitante, pois a inclusão destas aumentaria expressivamente o nosso tamanho amostral. Por se tratar de uma cidade no interior de Minas Gerais, há certo receio por parte da população em fornecer dados pessoais, pois não é uma cidade onde pesquisas científicas são desenvolvidas. A tentativa de reestabelecer o contato com parte das mulheres excluídas foi realizada, também, através de visitas nos endereços cadastrados, porém sem sucesso.

Outra limitação refere-se à heterogeneidade dos sujeitos, bem como dos tipos de tratamento administrados em cada tipo de tumor. Uma população maior nos possibilitaria a estratificação em sítios tumorais, nos viabilizando uma análise das DAP em cada tipo de câncer separadamente.

Apesar dessas limitações, este é um estudo que incluiu uma população de sujeitos utilizando-se de medidas de desfechos válidas, reprodutíveis e específicas para as DAP. Além disso, todas as entrevistas foram conduzidas pela mesma pesquisadora.

Ademais, é relevante salientar que além deste estudo ser o primeiro a comparar dois grupos de mulheres residentes em uma mesma cidade, pareadas por idade e paridade, é também o primeiro no Brasil que investigou a prevalência de DAP em mulheres sobreviventes ao câncer independentemente do sítio de tumor.

Estes resultados confirmam a necessidade de se incluir dentro da linha de cuidado do câncer, tanto no período intratratamento quanto no seguimento em curto, médio e longo prazo, o profissional fisioterapeuta que, através da sua especialidade profissional na Saúde da Mulher, é o profissional capacitado e indicado para cuidar das DAP, independentemente de qual seja causa do seu desenvolvimento.

“A Fisioterapia na Saúde da Mulher historicamente surgiu a partir da atuação do fisioterapeuta em ginecologia e obstetrícia e, mais tarde, por meio de sua evolução científica, expandiu sua atuação em uroginecologia, coloproctologia, disfunções sexuais femininas e mastologia. É uma especialidade que atua nas diversas fases do ciclo vital feminino com grande especificidade, mas lançando um olhar amplo para as questões de saúde feminina, fazendo a diferença para melhorar a qualidade de vida das mulheres.”

- **Cristine Homsy Jorge Ferreira** -
Diretora Científica da ABRAFISM
(Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Conclusão

Através dos achados deste estudo, conclui-se que:

1. A prevalência de DAP foi de 87,5% em ambos grupos, não havendo diferenças entre eles;
 2. Considerando especificamente as DAP, o GE apresentou maior prevalência de IUE, enquanto o GC apresentou maior prevalência de urgência fecal;
 3. Não houve diferença na comparação entre grupos em relação à função sexual, ao se analisar aos escores do questionário PISQ-12;
 4. Houve diferença estatística na avaliação dos quesitos “desejo” e “intensidade do orgasmo” avaliados pelo PISQ-12, demonstrando pior função sexual nestes itens para o GE;
 5. O GE apresentou maior impacto na QoL em relação aos Domínios Físico e Psicológico, bem como no escore total do questionário WHOQoL-BREF;
 6. O GE apresentou pior desempenho funcional;
 7. Não houve diferença entre os grupos na comparação da influência das DAP na QoL, AVD e saúde emocional.
-

Referências

REFERÊNCIAS¹

ABDO, C. H. N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2012. 238 p.

ABDO, C. H. N. **Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (ESVB)**. São Paulo: Bregantini, 2004.

ALTMAN, B. M. A reply to: the myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. **Disability and Health Journal**, v. 4, n. 3, p. 198, 2011.

ALTMAN, B. M.; GULLEY, S. P. Convergence and divergence: differences in disability prevalence estimates in the United States and Canada based on four health survey instruments. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 4, p. 543-52, 2009.

AMARO, J. L.; MACHARELLI, C. A.; YAMAMOTO, H.; KAWANO, P. R.; PADOVANI, C. V.; AGOSTINHO, A. D. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 35, n. 5, p. 592-8, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014. 992 p.

AMIGO, V.; LOPES, M. H. B. M. Prevalência de Sintomas do Trato Urinário Inferior: Revisão Integrativa de Estudos Epidemiológicos de Base Populacional. **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 12, n. 2, 2014.

APÊNDICE B. Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 49, supl. 1, p. 64-8, 2012.

ARAÚJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 720-4, 2015.

AROUCA, M. A. F.; DUARTE, T. B.; LOTT, D. A. M.; MAGNANI, P. S.; NOGUEIRA, A. A.; ROSA-E-SILVA, J. C.; BRITO, L. G. O. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). **International Urogynecology Journal**, v. 27, n. 7, p. 1097-106, 2016.

AUKEE, P.; PENTTINEN, J.; AIRAKSINEN, O. The effect of aging on the electromyographic activity of pelvic floor muscles: a comparative study among stress incontinent patients and asymptomatic women. **Maturitas**, v. 44, n. 4, p. 253-7, 2003.

AXELSEN, S. M.; BEK, K. M.; PETERSEN, L. K. Urodynamic and ultrasound characteristics of incontinence after radical hysterectomy. **Neurourology and Urodynamics**, v. 26, n. 6, p. 794-9, 2007.

BARBER, M. D.; WALTERS, M. D.; BUMP, R. C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, n.193, v. 1, p. 103-13, 2005.

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BERNARDO, B. C.; LORENZATO, F. R. B.; FIGUEIROA, J. N.; KITOKO, P. M. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, p. 85-90, 2007.

BERTOTO, A. Tratamento da incontinência urinária e fecal. In: FIGUEIRA, P. V. G.; MARX, A. G.; PAIM, N. **Manual de condutas e práticas de fisioterapia em Oncologia: Oncologia Ginecológica**. Barueri: Manole, 2017. p. 129-144.

BØ. K.; SHERBURN, M. Evaluation of Female Pelvic-Floor Muscle Function and Strength. **Physical Therapy**, v. 85, n. 3, p. 269-82, 2005.

BOER, A. G.; TASKILA, T. K.; TAMMINGA, S. J.; FEUERSTEIN, M.; FRINGS-DRESEN, M. H.; VERBEEK, J. H. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. (9), p.1-79, 2015.

BUMP, R. C.; NORTON, P. A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 25, n. 4, p. 723-46, 1998.

CALAIS, S. L. Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In: LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. pp. 87-9.

CAPPIELLO, M; CUNNINGHAM; R. S.; KNOBF, M, T. Breast cancer survivors: information and support after treatment. **Clinical Nursing Research**, v.16, n. 4, p. 278-93, 2007.

CARVALHO, M. P.; ANDRADE, F. P.; PERES, W. MATINELLI, T.; SIMCH, F.; ORCY, R. B.; SELEME, M. R. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 721-30, 2014.

CARVALHO, R. B. M. Fisioterapia ambulatorial em pacientes oncoginecológicas cirúrgicas. In: FIGUEIRA, P. V. G.; MARX, A. G.; PAIM, N. **Manual de condutas e práticas de fisioterapia em Oncologia: Oncologia Ginecológica**. Barueri: Manole, 2017. p. 69-74.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S. Brazilian publications on the International Classification of Functioning. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.

CASTRO, S. S.; CASTANEDA, L.; ARAÚJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 679-87, 2016.

DELANCEY, J. O. L. Anatomy and biomechanics of genital prolapse. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 6, n. 4, p. 897-909, 1993.

DENHAM, J. W.; HAUER-JENSEN, M. The radiotherapeutic injury - a complex 'wound'. **Radiotherapy and Oncology**, v. 63, n. 2, p. 129-45, 2002.

DERZKO, C.; ELLIOTT, S.; LAM, W. Management of sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer patients taking adjuvant aromatase inhibitor therapy. **Current Oncology**, v. 14, Suppl 1, S20-40, 2007.

DITAH, I.; DEVAKI, P.; LUMA, H. N.; DITAH, C.; NJEI, B.; JAIYEGBA, C.; SALAMI, A.; DITAH, C.; EWELUKWA, O.; SZARKA, L. Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005-2010. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 12, n. 4, p. 636-43, 2014.

DRAKE, R. L.; VOGL, A. W.; MITCHELL, A. W. M. **Gray's Anatomia Básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 208-263.

DUARTE, T. B. **Eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico associado à cirurgia para prolapso de órgãos pélvicos (POP) em mulheres: ensaio clínico randomizado e controlado**. 2017. 94 f. Tese (Doutorado em Reabilitação e Desempenho Funcional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

ELIAS, T. C.; MENDES, L. C.; SOAREAS, M. B. O.; SILVA, S. R. Characterization and functional capacity in women with breast cancer, gynaecological cancer and gestational trophoblastic disease. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 37-42, 2015.

ELLERKMANN, R. M.; CUNDIFF, G. W.; MELICK, C. F.; NIHIRA, M. A.; LEFFLER, K.; BENT, A. E. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 185, n. 6, p. 1332-7, 2001.

EVA, U. F.; GUN, W.; PREBEN, K. Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 82, n. 3, p. 280-6, 2003.

FERLAY, J.; ERVIK, M.; LAM, F.; COLOMBET, M.; MERY, L.; PIÑEROS, M.; ZNAOR, A.; SOERJOMATARAM, I.; BRAY, F. **Cancer Today GLOBOCAN 2018**. IARC CancerBase nº 15, 2018. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today/home>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FITZ, F. F.; SANTOS, A. C. C.; STÜPP, L.; BERNARDES, A. P. M. R.; MARX, A. G. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Femina**, v. 39; n. 8, p. 387-93, 2011.

FORMAN, D.; FERLAY, J.; STEWART, B. W.; WILD, C. P. The global and regional burden of cancer. In: STEWART, B. W.; WILD, C. P. **World Cancer Report 2014**. Geneva: International Agency for Research on Cancer, 2014. p. 16-53.

GALVÃO-ALVES, J. Constipação intestinal. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 101, n. 2, p. 31-7, 2013.

- GAMBARDELLA, A.; ESPOSITO, D.; ACCARDO, G.; TADDEO, M.; LETIZIA, A.; TAGLIAFIERRO, R.; ESPOSITO, K.; PASQUALI, D. Sexual function and sex hormones in breast cancer patients. **Endocrine**, v. 60, n. 3, p. 510-5, 2018.
- GANDINI, R. C. Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 449-56, 2010.
- GIGLIO, A. G.; LIMA, V. R. Tratamento de disfunções sexuais e estenose vaginal. In: FIGUEIRA, P. V. G.; MARX, A. G.; PAIM, N. **Manual de condutas e práticas de fisioterapia em Oncologia: Oncologia Ginecológica**. Barueri: Manole, 2017. p. 118-28.
- GOETSCH, M. F.; LIM, J. Y.; CAUGHEY, A. B. Locating pain in breast cancer survivors experiencing dyspareunia: a randomized controlled trial. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 6, p. 1231-6, 2014.
- GRODSTEIN, F.; FRETTS, R.; LIFFORD, K.; RESNICK, N.; CURHAN, G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 189, n. 2, p. 428-34, 2003.
- GUNNARSSON, M.; MATTIASSON, A. Female stress, urge, and mixed urinary incontinence are associated with a chronic and progressive pelvic floor/vaginal neuromuscular disorder: An investigation of 317 healthy and incontinent women using vaginal surface electromyography. **Neurourology and Urodynamics**, v. 18; n. 6, p. 613-21, 1999.
- HAZEWINKEL, M. H.; SPRANGERS, M. A.; VAN DER VELDEN, J.; VAN DER VAART, C. H.; STALPERS, L. J.; BURGER, M. P.; ROOVERS, J. P. Long-term cervical cancer survivors suffer from pelvic floor symptoms: a cross-sectional matched cohort study. **Gynecologic Oncology**, v. 117, n. 2, p. 281-6, 2010.
- HAYLEN, B. T.; MAHER, C. F.; BARBER, M. D.; CAMARGO, S.; DANDOLU, V.; DIGESU, A.; GOLDMAN, H. B.; HUSER, M.; MILANI, A. L.; MORAN, P. A.; SCHAEER, G. N.; WITHAGEN, M. I. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). **International Urogynecology Journal**, v. 27, n. 2, p. 165-94, 2016.
- HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 187-92, 2008.
- HUA-PING, H.; JIAN-RONG, Z.; ZENG, Q. Risk factors associated with lymphedema among postmenopausal breast cancer survivors after radical mastectomy and axillary dissection in China. **Breast Care**, v. 7, n. 6, p. 461-4, 2012.
- INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. **Cancer Incidence in Five Continents**. Lyon: IARC Scientific Publications, 1992.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
-

- IRWIN, D. E.; MILSOM, I.; HUNSKAAR, S.; REILLY, K.; KOPP, Z.; HERSCHORN, S.; COYNE, K.; KELLEHER, C.; HAMPEL, C.; ARTIBANI, W.; ABRAMS, P. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. **European Urology**, v. 50, n. 6, p. 1306-15, 2006.
- JACKSON, K. S.; NAIK, R. Pelvic floor dysfunction and radical hysterectomy. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 16, n. 1, p. 354-63, 2006.
- JETTE, A. M. Toward a common language for function, disability and health. **Physical Therapy**, v. 86, n. 5, p. 726-34, 2006.
- JOHANSEN, S.; FOSSÅ, K.; NESVOLD, I. L.; MALINEN, E.; FOSSÅ, S. D. Arm and shoulder morbidity following surgery and radiotherapy for breast cancer. **Acta Oncologica**, v. 53, n. 4, p. 521-9, 2014.
- KEPENEKCI, I.; KESKINKILIC, B.; AKINSU, F.; CAKIR, P.; ELHAN, A. H.; ERKEK, A. B.; KUZU, M. A. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 54, n. 1, p. 85-94, 2011.
- KIM, S.; HARVEY, M. A.; JOHNSTON, S.; A review of the epidemiology and pathophysiology of pelvic floor dysfunction: do racial differences matter? **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 27, n. 3, p. 251-9, 2005.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; URBANETZ, A. A. L. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 10, p. 453-8, 2012.
- LANDI, S. N.; DOLL, K. M.; BENSON, J. T.; HENDRIX, L.; ANDERS, C. K.; WU, J. M.; NICHOLS, H. B. Endocrine therapy and urogenital outcomes among women with a breast cancer diagnosis. **Cancer Causes & Control**, v. 27, n. 11, p. 1325-32, 2016.
- LATERZA, R. M.; SALVATORE, S.; GHEZZI, F.; SERATI, M.; UMEK, W.; KOELBL, H. Urinary and anal dysfunction after laparoscopic versus laparotomic radical hysterectomy. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 194, p. 11-6, 2015.
- LEE, Y.; LIM, M. C.; KIM, S. I.; JOO, J.; LEE, D. O.; PARK, S. Y. Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. **Cancer Research and Treatment**, v. 48, n. 4, p. 1321-9, 2016.
- LEE, Y. S.; LEE, K. S.; JUNG, J. H.; HAN, D. H.; OH, S. J.; SEO, J. T.; LEE, J. G.; PARK, H. S.; CHOO, M. S. Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. **World Journal of Urology**, v. 29, n. 2, p. 185-90, 2011.
- LEITE, J.; POÇAS, F. Tratamento da incontinência fecal. **Revista Portuguesa de Coloproctologia**, v. 7, n. 2, p. 68-72, 2010.
-

- LI-YUN-FONG, R. J.; LAROUCHE, M.; HYAKUTAKE, M.; KOENIG, N.; LOVATT, C.; GEOFFRION, R.; BROTTTO, L. A.; LEE, T.; CUNDIFF, G. W. Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? a cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 14, n. 2, p. 226-37, 2017.
- LIN, K. Y.; DENEHY, L.; GRANGER, C. L.; FRAWLEY, H. C. Pelvic floor outcomes in patients who have undergone general rehabilitation following surgery for colorectal cancer: A pilot study. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 35, n. 3, p. 206-18, 2019.
- LIN, K. Y.; DENEHY, L.; FRAWLEY, H. C.; WILSON, L.; GRANGER, C. L. Pelvic floor symptoms, physical, and psychological outcomes of patients following surgery for colorectal cancer. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 34, n. 6, p. 442-52, 2018.
- LUKACZ, E. S.; LAWRENCE, J. M.; BUCKWALTER, J. G.; BURCHETTE, R. J.; NAGER, C. W.; LUBER, K. M. Epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire: validation of a new epidemiologic survey. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 16, n. 4, p. 272-84, 2005.
- MACHADO, S. M. B.; BERGMANN, A. Qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama: revisão sistemática da literatura. **Corpus et Scientia**, v. 8, n. 2, p. 139-53, 2012.
- MACLENNAN, A. H.; TAYLOR, A. W.; WILSON, D. H.; WILSON, D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 107, n. 12, p. 1460-70, 2000.
- MARANA, H. R. C.; POLI NETO, O. B. Anatomia do trato urinário inferior e do assoalho pélvico na mulher. In: FERREIRA, C. H. J. **Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 19-23.
- MARTINS, L. C.; FERREIRA FILHO, C.; DEL GIGLIO, A.; MUNHOES, D. A.; TREVIZAN, L. L. B.; HERBST, L. G.; PACHON, S. C. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 2, p. 158-62, 2009.
- MASCARENHAS, T. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In: OLIVEIRA, C. F. **Manual de Ginecologia**. Lisboa: Permanyer Portugal, 2009. p. 97-139.
- MCDERMOTT, S.; TURK, M. A. The myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. **Disability and Health Journal**, v. 4, n. 1, p. 1-5, 2011a.
- MCDERMOTT, S.; TURK, M. A. Reply to A reply to: The myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. **Disability and Health Journal**, v. 4, n. 3, p. 198-9, 2011b.
- MENDONÇA, C. R.; SILVA, T. M.; ARRUDAI, J. T.; GARCÍA-ZAPATA, M. T. A.; AMARAL, W. N. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Femina**, v. 40, n. 4, p. 195-202, 2012.
-

- MILSOM, I.; ALTMAN, D.; CARTWRIGHT, R.; LAPITAN, M. C.; NELSON, R.; SJÖSTRÖM, S.; TIKKINEN, K. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence. In: ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; WAGG, A.; WEIN, A. **Incontinence**. 6th International Consultation on Incontinence. Tokyo: Health Publication Ltd, 2017. p. 1-93.
- MODESTO, F.; CARVALHO, R. B. M.; PLÁCIDO, T. R.; VARGAS, S. S. Tratamento oncológico no câncer ginecológico. In: FIGUEIRA, P. V. G.; MARX, A. G.; PAIM, N. **Manual de condutas e práticas de fisioterapia em Oncologia: Oncologia Ginecológica**. Barueri: Manole, 2017. p. 21-33.
- MONTAZERI, A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. **Journal of Experimental & Clinical Cancer Research**, v. 29, p. 27-32, 2008.
- NEME, C. M. B.; LIPP, MM. E. N. Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 475-483, 2010.
- NEME, C. M. B.; KATO, S. Mulheres com câncer de mama: crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. **Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003. p. 125-48.
- NEUBER, L. M. B.; NEME, C. M. B.; RODRIGUES, J. R. P.; PESSOA, E. C.; KAMIYA, C. P.; VESPOLI, H. M. L.; UEMURA, G. Aspectos psicossociais e afetivo-conjugais em mulheres com e sem câncer da mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 17, p. 156-62, 2007.
- NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: uma revisão integrativa**. 2008. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.
- NNODIM, J. O. Satellite cell numbers in senile rat levator ani muscle. **Mechanisms of Ageing and Development**, v. 112, n. 2, p. 99-112, 2000.
- NORTON, P. Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 36, n. 4, p. 926-38, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Edusp, 2013.
- PAIVA, C. E.; SIQUELLI, F. A.; SANTOS, H. A.; COSTA, M. M.; MASSARO, D. R.; LACERDA, D. C.; NUNES, J. S.; DE PÁDUA SOUZA, C.; PAIVA, B. S. The Functionality Assessment Flowchart (FAF): a new simple and reliable method to measure performance status with a high percentage of agreement between observers. **BMC Cancer**, v. 15, p. 2-6, 2015.
- PALMA, P. C. R.; PORTUGAL, H. S. P. Anatomia do assoalho pélvico. In: PALMA, P. C. R. **Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. Campinas: Personal Link Comunicações, 2009. p. 27-37.

- PARK, S. Y.; BAE, D. S.; NAM, J. H.; PARK, C. T.; CHO, C. H.; LEE, J. M.; LEE, M. K.; KIM, S. H.; PARK, S. M.; YUN, Y. H. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. **Cancer**, v. 110, n. 12, p. 2716-25, 2007.
- PIETERSE, Q. D.; MAAS, C. P.; TER KUILE, M. M.; LOWIK, M.; VAN EIJKEREN, M. A.; TRIMBOS, J. B. M. Z.; KENTER, G. G. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 16, n. 3, p. 1119-29, 2006.
- QIN, Q.; HUANG, B.; CAO, W.; ZHOU, J.; MA, T.; ZHOU, Z.; WANG, J.; WANG, L. Bowel dysfunction after low anterior resection with neoadjuvant chemoradiotherapy or chemotherapy alone for rectal cancer: a cross-sectional study from China. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 60, n. 7, p. 697-705, 2017.
- RAMASESHAN, A. S.; FELTON, J.; ROQUE, D.; RAO, G.; SHIPPER, A. G.; SANSES, T. V. D. Pelvic floor disorders in women with gynecologic malignancies: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 29, n. 4, p. 459-76, 2018.
- ROGERS, R. G.; COATES, K. W.; KAMMERER-DOAK, D.; KHALSA, S.; QUALLS, C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 14, p. 164-8, 2003.
- RUTLEDGE, T. L.; HECKMAN, S. R.; QUALLS, C.; MULLER, C. Y.; ROGERS, R. G. Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 203, n. 5, p. 514.e1-7, 2010.
- SABARIEGO, C.; OBERHAUSER, C.; POSARAC, A.; BICKENBACH, J.; KOSTANJSEK N.; CHATTERJI, S.; OFFICER, A.; COENEN, M.; CHHAN, L.; CIEZA, A. Measuring disability: comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 9, p. 10329-51, 2015.
- SANTANA, G. W.; AOKI, T.; AUGÉ, A. P. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). **International Urogynecology Journal**, v. 23, n. 1, p. 117-21, 2012.
- SCHULTZ, W. C.; VAN DE WIEL, H. B. Sexuality, intimacy and gynecological cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 29, suppl 1, p. 121-8, 2003.
- SEAV, S. M.; DOMINICK, S. A.; STEPANYUK, B.; GORMAN, J. R.; CHINGOS, D. T.; EHREN, J. L.; KRYCHMAN, M. L.; SU, H. I. Management of sexual dysfunction in breast cancer survivors: a systematic review. **Womens Midlife Health**, v. 2, p. 1:9, 2015.
- SEGAL, S.; JOHN, G.; SAMMEL, M.; ANDY, U. U.; CHU, C.; ARYA, L. A.; BROWN, J.; SCHMITZ, K. Urinary incontinence and other pelvic floor disorders after radiation therapy in endometrial cancer survivors. **Maturitas**, v. 105, p. 83-8, 2017.
-

- SELEME, M. R. **Incontinência urinária: um problema social de saúde pública**. 2006. 241 f. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- SHAMLEY, D.; LASCURAIN-AGUIRREBEÑA, I.; OSKROCHI, R.; SRINAGANATHAN, R. Shoulder morbidity after treatment for breast cancer is bilateral and greater after mastectomy. **Acta Oncologica**, v. 51, n. 8, p. 1045-53, 2012.
- SOOD, A. K.; NYGAARD, I.; SHAHIN, M. S.; SOROSKY, J. I.; LUTGENDORF, S. K.; RAO, S. S. Anorectal dysfunction after surgical treatment for cervical cancer. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 195, n. 4, p. 513-9, 2002.
- SOUSA, M.; PEATE, M.; LEWIS, C.; JARVIS, S.; WILLIS, A.; HICKEY, M.; FRIEDLANDER, M. Exploring knowledge, attitudes and experience of genitourinary symptoms in women with early breast cancer on adjuvant endocrine therapy. **European Journal of Cancer Care**, v. 27, n. 2, p. e12820, 2018.
- SWIFT, S. E.; POUND, T.; DIAS, J. K. Case-control study of etiologic factors in the development of severe pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 12, n. 3, p. 187-92, 2001.
- TACANI, P. M.; GONÇALVES, M.; NOGUEIRA, R. M. P.; TONINI, P. C.; TREVISAN, C. Tratamento oncológico. In: FIGUEIRA, P. V. G.; MARX, A. G.; PAIM, N. **Manual de condutas e práticas de fisioterapia em Oncologia: Neoplasias de cabeça e pescoço**. Manole: Barueri, SP, 2017. p. 7-14.
- TENNSTEDT, S. L.; LINK, C. L.; STEERS, W. D.; MCKINLAY, J. B. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. **American Journal of Epidemiology**, v. 167, n. 4, p. 390-99, 2008.
- TRIMBOS, J. B.; MAAS, C. P.; DERUITER, M. C.; PETERS, A. A.; KENTER, G. G. A nerve-sparing radical hysterectomy: guidelines and feasibility in Western patients. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 11, n. 3, p. 180-6, 2001.
- Vargas SS. Fisioterapia durante a quimioterapia. In: FIGUEIRA, P. V. G.; MARX, A. G.; PAIM, N. **Manual de condutas e práticas de fisioterapia em Oncologia: Oncologia Ginecológica**. Barueri: Manole, 2017. p. 79-92.
- VERSI, E.; HARVEY, M. A.; CARDOZO, L.; BRINCAT, M.; STUDD, J. J. W. Urogenital prolapse and atrophy at menopause: a prevalence study. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 12, n. 2, p. 107-10, 2001.
- ZANDONAI, A. P.; CARDOZO, F. M. C.; NIETO, I. N. G.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n. 3, p. 554-61, 2010.
- ZHANG, F. W.; WEI, F.; WANG, H. L.; PAN, Y. Q.; ZHEN, J. Y.; ZHANG, J. X.; YANG, K. H. Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic
-

organ prolapse? A systematic review of randomized controlled trials. **Neurourology and Urodynamics**, v. 35, n. 6, p. 666-74, 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Washington: WHO Regional Publications, European Series, nº 58, 1996. 161 p.

WING, S.; WONG, R. F. Change in quality of life in Chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor. **Support Care Cancer**, v. 15, n. 11, p. 1223-30, 2007.

Apêndices

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar deste estudo que irá avaliar a quantidade de mulheres que possuem queixas pélvicas (como queixas urinárias, intestinais e sexuais) após o tratamento do câncer. O objetivo deste estudo é avaliar se as mulheres que tiveram câncer possuem mais queixas pélvicas do que as mulheres que não tiveram câncer e também avaliar se estas mulheres possuem alguma limitação ou dificuldade nas atividades do dia-a-dia e como está sua qualidade de vida.

Prezada senhora,

O título desta pesquisa é “*Disfunções do assoalho pélvico em mulheres sobreviventes ao câncer pélvico*” e está sendo desenvolvida pela fisioterapeuta Aline Moreira Ribeiro, CREFITO-4: 76035-F, CPF nº 054114736-67. Gostaríamos de informar e esclarecer sobre o objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serão realizados, os riscos e os benefícios em participar do estudo e outras informações importantes, que estão descritos abaixo:

1. O objetivo da pesquisa será verificar a quantidade de mulheres possuem queixas pélvicas (como queixas urinárias, intestinais e sexuais) entre mulheres que sobreviveram ao câncer pélvico e mulheres da comunidade (sem câncer). Também será avaliado os fatores associados às estas queixas; a influência destas queixas na qualidade de vida e atividades de vida diária; o desempenho funcional entre mulheres sobreviventes ao câncer e mulheres da comunidade e a qualidade de vida.
2. Para realizar esta avaliação, a pesquisadora entrará em contato com a participante por telefone, podendo ser marcada uma visita domiciliar, caso a participante autorize. Nesta visita, serão aplicados questionários em forma de entrevista, com perguntas simples sobre sua vida e sobre a presença ou não das queixas pélvicas. Estes questionários poderão ser aplicados por telefone, caso a participante prefira dessa forma.
3. Poderão ser utilizados os dados do prontuário médico de cada participante para anotação de informações sobre o tratamento do câncer, como resultados da biópsia e tratamento realizado.
4. Os benefícios em participar da pesquisa são realizar uma avaliação sobre a presença de queixas pélvicas e obter informações importantes sobre os tratamentos disponíveis para estes sintomas e onde/como procurar tratamento especializado pela rede SUS, conforme interesse e/ou necessidade da paciente, além de contribuir para avanços do conhecimento que a pesquisa trará.
5. Os riscos relativos à participação da pesquisa serão o desconforto e vergonha de ser questionada sobre a presença sintomas que são embaraçadores e íntimos durante a aplicação dos questionários. No entanto, o questionário foi formulado de modo a expor a participante ao menor risco possível, bem como será assegurado seu anonimato, ou seja, sua identidade (nome) não será revelada.
6. Durante todo o período da participação no estudo, a participante continuará sendo devidamente acompanhada e assistida tendo, também, garantida a sua continuidade no seguimento/tratamento médico após a conclusão da pesquisa.
7. A participante terá a certeza de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionados com a pesquisa em qualquer momento do estudo.

8. A participante terá a liberdade de retirar o meu consentimento e de deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do seu seguimento/tratamento.
9. A participante tem a liberdade em não querer participar da pesquisa. Caso isso ocorra, esta recusa não prejudicará em nada os seus atendimentos na rede SUS.
10. O sigilo será respeitado, segurando que a participante não seja identificada, sendo mantido o caráter confidencial da informação.
11. A participante terá o direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa.
12. Sempre serão prestadas informações atualizadas durante o estudo, ainda que esta informação possa afetar a vontade da participante em continuar na pesquisa.
13. A participante terá a garantia de acesso aos resultados da pesquisa.
14. A participante receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado e rubricado em todas as páginas por ela e pela pesquisadora responsável.

Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, que concordo inteiramente com estas condições e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar deste estudo,

Campo Belo ____ de _____ de _____.

Participante:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Ft. Me. Aline Moreira Ribeiro

Av Pref Wanderley Luiz Maia, 1780 – Ana Alves – Campo Belo/MG – CEP: 37.270-000

Tel.: (35) 9 9837-8748 / E-mail: alinemrib@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais

Unidade Divinópolis. Coord. - Prof. Ms. Simone Grazielle Silva Cunha.

Av. Paraná, 3001, Jardim Belvedere, Divinópolis, MG. Sl. 704.

Tel: (37) 3229-3583/3588 / E-mail: cep.divinopolis@uemg.br

Atendimento de 08:00 às 12:00 hs e de 13:00 às 17:00 hs.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

VAMOS COMEÇAR!

Você já teve câncer?

☐ Sim ☐ Não

SOBRE O CâNCER...

Em qual local do corpo foi seu câncer?

Em que ano você soube da doença (teve diagnóstico)?

(somente números)

Qual o nome do hospital onde você fez o tratamento? Em que cidade ele fica?

Quais tratamentos para o câncer você fez?

- ☐ Cirurgia
☐ Radioterapia
☐ Braquiterapia
☐ Quimioterapia
☐ Hormonioterapia

Você teve recidiva do câncer?

☐ Sim ☐ Não

(Recidiva é a doença voltar depois de um tempo sem ela. Responda: sim ou não. Se sim, coloque o período em que ficou sem a doença, até ela recidivar.)

Depois de quanto tempo sem a doença?

(em anos, somente números)

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Qual a sua data de nascimento?

Em que cidade você nasceu?

Há quanto tempo mora em Campo Belo?

(em anos)

Você estudou? Até que série/grau?

- ☐ Não estudei
☐ Ensino fundamental (completo ou incompleto)
☐ Ensino médio (completo ou incompleto) Ensino
☐ superior (completo ou incompleto)
☐ Pós-graduação (completo ou incompleto)

Qual a sua raça/cor?

- ☐ Branca
☐ Parda
☐ Negra
☐ Amarela (asiática)
☐ Índia
☐ Outra

HISTÓRIA GINECO-OBSTÉTRICA

Estado civil

- ☐ Solteira
☐ Casada ou amasiada (vive junto)
☐ Divorciada ou separada
☐ Viúva

Há quanto tempo está casada ou vivendo junto com alguém?

(em anos)

Com quantos anos foi a sua primeira relação sexual?

(Caso não saiba com certeza, diga uma idade aproximada. Caso seja virgem, escreva "virgem".)

Você tem filhos? Quantos

(Se não teve filhos, coloque 0.)

Do total de gestações que você teve, perdeu algum bebê (aborto)? Se sim, quantos?

(Se não teve abortos, coloque 0.)

Dos partos que você teve, quantos foram partos normais?

Seu filho(a) mais pesado(a) nasceu com quantos quilos?

*(em gramas)***HISTÓRIA OCUPACIONAL**

Qual é a sua profissão?

(Com o que você trabalha? Se você trabalha somente em casa, coloque "do lar".)

Há quanto tempo está neste trabalho?

*(em anos)***HÁBITOS DE VIDA**

Você fuma ou já fumou?

- ☐ Sim e ainda fumo
☐ Sim e somente fumei no passado
☐ Nunca fumei, mas convivo com fumantes
☐ Nunca fumei e não convivo com fumantes

Você já bebeu bebidas com álcool pelo menos 1 vez por mês?

- ☐ Sim e ainda bebo
☐ Sim e bebi somente no passado
☐ Nunca bebi

Você pratica atividade física regular? Quantas vezes por semana?

- ☐ Não faço exercícios regularmente
☐ Sim e faço 1 vez por semana
☐ Sim e faço de 2-3 vezes por semana
☐ Sim e faço de 4-5 vezes por semana
☐ Sim e faço todos os dias da semana

Anexos

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE DESCONFORTO NO ASSOALHO PÉLVICO (PFDI-20)

Favor responder a todas as perguntas da seguinte pesquisa. Estas questões lhe perguntarão se você tem certos sintomas no intestino, bexiga ou pelve e, em caso positivo, o quanto esses sintomas a incomodam. Responda cada pergunta marcando um “X” no espaço ou espaços apropriados. Se você tiver dúvida sobre como responder, responda o melhor que puder. Ao responder, favor considerar seus sintomas nos últimos três meses.

		Se “sim”, o quanto a incomoda?					
		Sim	Não	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante
1	Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?						
2	Você geralmente sente peso ou endurecimento ou frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?						
3	Você geralmente tem uma bola ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?						
4	Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?						
5	Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?						
6	Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?						
7	Você sente que precisa fazer muita força para evacuar/defecar?						
8	Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?						
9	Você perde involuntariamente, além do seu controle, fezes bem sólidas?						
10	Você perde involuntariamente, além do seu controle, fezes líquidas?						
11	Você às vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?						
12	Você às vezes sente dor durante a evacuação/defecação?						
13	Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar/defecar?						
14	Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?						
15	Você tem aumento da frequência urinária?						
16	Você geralmente apresenta perda de urina durante a sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?						
17	Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?						
18	Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?						
19	Você geralmente sente dificuldades em esvaziar a bexiga?						
20	Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?						

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SEXUAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS (PISQ-12)

A seguir está uma lista de perguntas sobre a vida sexual e de seu companheiro. Todas as informações são confidenciais. Suas respostas serão usadas somente para ajudar o profissional de saúde a entender o que é importante para o paciente sobre a vida sexual. Por favor, marque no Quadro a melhor resposta em sua opinião. Enquanto responde às questões considere sua vida sexual nos últimos seis meses. Obrigada pela sua participação.

1. **Com que frequência você sente vontade de fazer sexo? Esta vontade pode incluir querer fazer sexo, planejar fazer sexo, sentir-se frustrada por não fazer sexo etc.**

☐ Diariamente	☐ Semanalmente	☐ Mensalmente
☐ Menos de uma vez por mês	☐ Nunca	
2. **Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro)**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
3. **Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
4. **Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
5. **Você tem dor durante o ato sexual?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
6. **Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
7. **O medo da incontinência (perda de fezes ou urina) dificulta a sua atividade sexual?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
8. **Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída)**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
9. **Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
10. **Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
11. **Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual?**

☐ Sempre	☐ Frequentemente	☐ Às vezes
☐ Raramente	☐ Nunca	
12. **Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses?**

☐ Muito menos intenso	☐ Pouco intenso	☐ Mesma intensidade
☐ Mais intenso	☐ Muito mais intenso	

ANEXO C – WHOQOL-BREF

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Nem ruim, nem boa
(4) Boa	(5) Muito boa	

2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **duas últimas semanas**.

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Extremamente	

4. Quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Extremamente	

5. O quanto você aproveita a sua vida?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Extremamente	

6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Extremamente	

7. O quanto você consegue se concentrar?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Extremamente	

8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Extremamente	

9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Extremamente	

As questões seguintes perguntam sobre o **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **duas últimas semanas**.

10. Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Completamente	

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Completamente	

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Completamente	

13. Quão disponível estão para você as informações que precisa no seu dia a dia?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Completamente	

14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

(1) Nada	(2) Muito pouco	(3) Mais ou menos
(4) Bastante	(5) Completamente	

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Nem ruim, nem boa
(4) Boa	(5) Muito boa	

16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

17. Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe dos seus amigos?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

25. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?

(1) Muito insatisfeito	(2) Insatisfeito	(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Satisfeito	(5) Muito satisfeito	

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?

(1) Muito	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente
(4) Muito frequentemente	(5) Sempre	

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

ANEXO D – FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE (versão em português)

(versão em inglês)

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE IMPACTO NO ASSOALHO PÉLVICO (PFIQ-7)

Instruções: mulheres acham que os sintomas da bexiga, intestino e vagina afetam suas atividades, relacionamentos e sentimentos.

Para cada pergunta, coloque um “X” na resposta que melhor descreva o quanto suas atividades, relacionamentos ou sentimentos têm sido afetados pelos sintomas ou condições de sua bexiga, intestino ou vagina, nos últimos 3 meses.

Favor certificar-se de marcar uma resposta para cada pergunta, nas 3 colunas.

Como os sintomas ou condições listadas ao lado:	Bexiga	Intestino	Vagina/pelve
1. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas (ex: cozinhar, arrumar a casa, lavar roupas)?	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante
2. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas com caminhar, nadar ou outro tipo de exercício?	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante
3. Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema ou a um show?	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante
4. Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro ou ônibus por uma distância maior do que 30 minutos da sua casa?	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante
5. Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa?	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante
6. Geralmente afetam sua saúde emocional (ex: nervosismo, depressão)?	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante
7. Fazem você se sentir frustrada?	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Bastante