Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

2020

Sintomas de disfunções do assoalho
pélvico, aspectos psicológicos e
qualidade de vida em pacientes em
atendimento no centro de
reabilitação do Hospital das Clínicas
de Ribeirão Preto

Aura Maria Paternina
de la Ossa

Dissertação

AURA MARIA PATERNINA DE LA OSSA

**Sintomas de disfunções do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida em
pacientes em atendimento no centro de reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão
Preto**

Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências da
Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisioterapia

Orientação: Profa. Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira

Ribeirão Preto

2020

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.

de la Ossa, Aura Maria Paternina

Sintomas de disfunções do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes em atendimento no centro de reabilitação do hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2020.

92 p. :il ; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP. Área de concentração: Fisioterapia

Orientadora: Ferreira, Cristine Homsy Jorge

Disfunção do assoalho pélvico. 2. Qualidade de vida. 3. Ansiedade. 4. Depressão. 5. Autoestima

DE LA OSSA, A.M.P. Sintomas de disfunções do assoalho pélvico, aspetos psicológicos e qualidade de vida em pacientes em atendimento no centro de reabilitação do hospital das clínicas de Ribeirão Preto. 2020. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos.

AGRADECIMENTOS

Ser Fisioterapeuta é um sonho que precisou de muito esforço e enfrentamento de muitas dificuldades, mas a paixão que sinto por esta carreira me permitiu seguir em frente e aperfeiçoar meus conhecimentos e habilidades, por isso agradeço imensamente:

A Deus por me guiar neste caminho, dar forças e sabedoria nos momentos difíceis e por colocar anjos maravilhosos no meu andar.

Aos meus pais, Amparo e Bernardo por aguentar as várias ligações diárias em qualquer momento do dia ou pelo motivo que for; sou imensamente grata pelo apoio e amor incondicional, ser exemplo de vida e me incentivar constantemente a crescer no âmbito acadêmico, profissional e pessoal.

A meu irmão mais velho, Rolando, pelo apoio e guia que me deu para me decidir a fazer a grande mudança na minha vida, que foi vir para o Brasil, e apesar de estar tão longe de meus amigos e familiares ele foi um suporte essencial para não desistir.

A o meu irmão Marqui, que é um exemplo como pessoa e como profissional, ele me faz ser melhor nestes tempos em que é difícil enxergar as coisas simples e olhar um para o outro com amor e gentileza. Agradeço que mesmo na distância ele faz parte de meu dia a dia.

Aos meus amigos, Rodrigo Groisman, Livia Rodrigues e Jaque Medeiros por serem para mim uma família neste país, e até hoje me ajudam com o idioma e dispõem incondicionalmente do tempo deles para revisar meus escritos, para me escutar, para me alegrar o dia ou simplesmente para disfrutar um do outro.

A minha maravilhosa orientadora, professora Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira, por estar sempre a disposição de compartilhar suas experiências e conhecimentos, por sua paixão pela fisioterapia na saúde da mulher e por ser um ser humano integral que impregna e contagia a todos ao seu redor. Infinitamente grata por me acolher.

A minha professora da graduação Sandra Jacome e a Universidade do Cauca que me deram as bases necessárias para me desenvolver de maneira extensa na área investigativa.

As minhas parceiras de pesquisa e coleta Giovanna, Nicole Arantes e especialmente a Camila Chiazuto, pela constante colaboração no processo de recrutamento e coleta de dados neste projeto que implicava dedicação e paciência.

A todos os membros do LAFAP por ser mais que colegas, especialmente Leticia Maciel, Ana Carolina Nociti, Caroline Pena, Natalia Uechi e Natalia Deveschio que deram não só apoio a nível de adaptação e conhecimentos acadêmicos e burocráticos, mas também esse apoio que

implica em uma amizade sincera e transparente, obrigada pela paciência com o idioma e por tanto amor.

Aos professores de meu exame de qualificação Dra. Patricia Driusso e Dr. Luis Gustavo Oliveira Brito por suas sugestões e aportes que enriqueceram amplamente o projeto de mestrado.

Ao Samuel, funcionário do programa de pós-graduação em Reabilitação e Desempenho funcional que direcionava em todo momento os processos, que como estrangeira eram completamente desconhecidos para mim.

A todos os participantes que deram de seu tempo e se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Aos funcionários do Centro de Reabilitação Lucy Montoro do Hospital das Clínicas que colaboraram e faziam mais ameno a execução do projeto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida que deu tranquilidade financeira e foi essencial para minha dedicação a este e outros projetos.

As lágrimas de felicidade correm pelo meu rosto por ter todos esses anjos que de uma maneira ou outra fizeram tudo isto possível.

RESUMO

DE LA OSSA, A.M.P. **Sintomas de disfunções do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes em atendimento no centro de reabilitação do hospital das clínicas de Ribeirão Preto.** 2020. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Trata-se de um estudo transversal que teve como objetivo primário estimar a prevalência de relatos de disfunções do assoalho pélvico (DAP), aspectos psicológicos (estado de autoestima, ansiedade, depressão) e qualidade de vida (QV) entre pacientes que realizam fisioterapia no Centro de Reabilitação (CER) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Os objetivos secundários foram verificar se existe relação entre os relatos de DAP e os aspectos psicológicos e QV, e apresentar ao HCFMRP um relatório da pesquisa com sugestões de plano de ação para abordar os problemas encontrados neste estudo. Foram incluídos participantes maiores de 18 anos de idade, do sexo masculino ou feminino que estavam em atendimento fisioterapêutico no CER e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Foram excluídos os participantes que apresentaram dificuldade na compreensão da entrevista, não responderam todos os questionários e participantes que estavam em atendimento fisioterapêutico no setor de reabilitação do assoalho pélvico. Foram aplicados questionários traduzidos e validados para o português, destinados a avaliar sintomas de DAP incluindo incontinência urinária (*Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form – ICIQ-SF*), incontinência fecal (*Fecal Incontinence Quality of life*), constipação intestinal (Critérios de Roma IV), função sexual masculina (Quociente Sexual - versão masculina) e feminina (Índice de Função Sexual Feminina). Para avaliar ansiedade, depressão, autoestima e QV foram aplicados os seguintes questionários: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Escala de Autoestima de Rosenberg e Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida. O teste Qui-quadrado foi utilizado para estabelecer a associação das variáveis qualitativas entre mulheres e homens. O Coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para correlacionar os escores do *ICIQ-SF*, da função sexual masculina e feminina com os escores de autoestima, depressão, ansiedade e QV. Para estabelecer a relação entre ter ou não pelo menos uma DAP com aspectos emocionais e possíveis fatores de risco, foi utilizado um modelo de regressão logística binária, com processo de seleção backward de variáveis. Foram incluídos 243 participantes, sendo 144 mulheres e 109 homens. Foi verificada uma alta prevalência de relatos de DAP, 59% das mulheres e 27,5% dos homens relataram ter pelo menos uma DAP. As mulheres apresentaram prevalência maior do que os homens nos relatos de incontinência urinária (27,8%), constipação intestinal (25%) e risco de disfunção sexual (75%). Também houve maior prevalência nas mulheres quanto aos sintomas de baixa autoestima (15,3%), ansiedade (47,2%) e depressão (34%); e foi observado que há relação entre estes sintomas e as DAP. Além disso, nas mulheres e nos homens encontrou-se que os domínios de aspectos emocionais, capacidade funcional, dor e aspectos físicos apresentaram piores valores de QV, além de pior vitalidade só para as mulheres. Adicionalmente encontrou-se que nos idosos, ser mulher e ter piores escores de vitalidade, aumentou a possibilidade de ter DAP.

Palavras-chaves: Prevalência. Autoestima. Ansiedade. Depressão. Qualidade de vida.

ABSTRACT

DE LA OSSA, A.M.P. **Symptoms of pelvic floor dysfunctions, psychological aspects and quality of life among patients undergoing physical therapy at the Rehabilitation Center of the Ribeirão Preto Medical School.** 2020. 92 f. Thesis (Master degree) – Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

This is a cross-sectional study with the primary aim of estimating the prevalence of reports of pelvic floor dysfunction (PFD), psychological aspects (state of self-esteem, anxiety, depression) and quality of life (QoL) among patients undergoing physical therapy in the Rehabilitation Center (RC) at the Clinics Hospital of Ribeirão Preto Medical School (CH-RPMS). The secondary objectives were to verify whether there is a relationship between the reports of PFD and the psychological and QoL aspects, and to present to CH-RPMS a research report with suggestions for action plans to tackle the problems found in this study. Male and female participants over 18 years of age who were in physical therapy at RC and who voluntarily accepted to participate in the research were included. Participants who had difficulty understanding the interview, did not answer all the questionnaires and participants who were in physical therapy in the pelvic floor rehabilitation sector were excluded. Questionnaires translated and validated into Portuguese were applied to assess symptoms of PFD including urinary incontinence (International Consultation on Incontinence Questionnaire– Short Form - ICIQ-SF), fecal incontinence (Fecal Incontinence Quality of life), intestinal constipation (Rome criteria IV), male sexual function (Sexual Quotient - male version) and female sexual function (Female Sexual Function Index). The following questionnaires were applied to assess anxiety, depression, self-esteem and QoL: Hospital Anxiety and Depression Scale, Rosenberg's Self-Esteem Scale and Health Survey Short Form 36-item. The Chi-square test was used to establish the association of qualitative variables between women and men. Pearson's correlation coefficient was used to correlate the ICIQ-SF, male and female sexual function scores with the self-esteem, depression, anxiety and QoL scores. To establish the relationship between having or not at least 1 PFD with emotional aspects and possible risk factors, a binary logistic regression model was used, with a backward selection process of variables. A total of 243 participants were included in the study, 144 women and 109 men. A considerable prevalence of PFD was found, 59% of women and 27.5% of men reported having at least 1 PFD. Women had a higher prevalence than men in reports of urinary incontinence (27.8%), constipation (25%) and risk of sexual dysfunction (75%). There was also a higher prevalence in women regarding symptoms of low self-esteem (15.3%), anxiety (47.2%) and depression (34%); and it was also observed that there is a relationship between these symptoms and PFD. In addition, in women and men it was found that the domains of emotional aspects, functional capacity, pain and physical aspects have worse QoL values, besides that to worse vitality only in women. Additionally, it was found that the elderly, being a woman and individuals with worse aspects of vitality, are more likely to have PFD.

KEY WORDS: Prevalence. Self-esteem. Anxiety. Depression. Quality of life.

RESUMEN

DE LA OSSA, A.M.P. **Síntomas de disfunciones del piso pélvico, aspectos psicológicos y calidad de vida en pacientes atendidos en el centro de rehabilitación del Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.** 2020. 92 f. Teses (Maestria) – Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Estudio de tipo observacional - transversal que tiene como objetivo principal verificar la prevalencia de relatos relacionados con disfunciones del piso pélvico (DPP), aspectos psicológicos (estado de autoestima, ansiedad, depresión) y calidad de vida (CV) entre pacientes atendidos en el servicio de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación (CER) del *Hospital das Clínicas* de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Los objetivos secundarios fueron: (1) verificar si existe una relación entre los relatos del DPP, aspectos psicológicos y CV. (2) presentar al HCFMRP un informe de investigación con sugerencias de diseño y aplicación de un plan de acción para abordar los problemas encontrados en este estudio. Se incluyeron participantes masculinos y femeninos, mayores de 18 años que estaban en tratamiento fisioterapéutico en el CER y aceptaron voluntariamente participar en la investigación. Fueron excluidos los participantes que tenían dificultades para comprender la entrevista, no respondieron la totalidad de los cuestionarios y/o los participantes que estaban en tratamiento en el sector de rehabilitación de piso pélvico. Se aplicaron cuestionarios traducidos y validados al portugués para verificar la presencia de síntomas de DPP, incluyendo: incontinencia urinaria (*Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire– Short Form – ICIQ-SF*), incontinencia fecal (*Fecal Incontinence Quality of life*), constipación intestinal (criterios de Roma IV) y evaluar la función sexual masculina (cociente sexual - versión masculina) y femenina (índice de función sexual femenina). Para evaluar la ansiedad, depresión, autoestima y CV se aplicaron los siguientes cuestionarios: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión, Escala de autoestima de Rosenberg y Cuestionario de salud SF-36, respectivamente. La prueba de Chi-cuadrado se utilizó para establecer la asociación de variables cualitativas entre mujeres y hombres. El coeficiente de correlación de Pearson se usó para correlacionar los puntajes de los cuestionarios de ICIQ-SF, función sexual masculina y femenina con los puntajes de autoestima, depresión, ansiedad y CV. Para establecer la relación entre tener o no tener al menos una DPP con aspectos emocionales y posibles factores de riesgo, se utilizó un modelo de regresión logística binaria, con un proceso de selección *backward* de las variables. Se incluyeron 243 participantes: 144 mujeres y 109 hombres. Se encontró una prevalencia considerable de DPP, el 59% de las mujeres y el 27.5% de los hombres informaron tener al menos 1 DPP. Las mujeres tenían una prevalencia más alta que los hombres en los relatos de incontinencia urinaria (27.8%), constipación intestinal (25%) y riesgo de disfunción sexual (75%). También hubo una mayor prevalencia en las mujeres con respecto a los síntomas de baja autoestima (15,3%), ansiedad (47,2%) y depresión (34%); Además de ello, se observó que existe una relación entre estos síntomas y los relatos de DPP. Fue observado que en mujeres y hombres los dominios de aspectos emocionales, capacidad funcional, dolor y aspectos físicos obtuvieron puntajes inferiores de CV. Adicionalmente en las mujeres se encontró bajo puntaje en el dominio de vitalidad. Fue verificado que los adultos mayores, las mujeres y las personas con peores aspectos de vitalidad, tienen más probabilidades de tener DPP.

Palabras claves: Prevalencia. Autoestima. Ansiedad. Depresión. Calidad de vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma dos participantes	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio demográficas entre sexo_____	27
Tabela 2 – Características clínicas entre sexo_____	28
Tabela 3 – Relatos de disfunção do assoalho pélvico entre sexo_____	29
Tabela 4 – Prevalência de aspetos psicológicos e valores ≤ 60 da qualidade de vida entre sexo_____	30
Tabela 5 – Valores de dispersão dos aspetos psicológicos e qualidade de vida entre sexo_____	31
Tabela 6 – Correlação entre disfunções do assoalho pélvico, aspetos psicológicos e qualidade de vida entre sexo_____	32
Tabela 7 – Características que se associam a presença de disfunções do assoalho pélvico. Análise multivariada_____	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
CER	Centro de Reabilitação
CF	Capacidade funcional
CI	Constipação intestinal
CIMS	Consulta Internacional em Medicina Sexual
DAP	Disfunções do Assoalho Pélvico
DP	Desvio padrão
DS	Disfunção Sexual
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EHAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
<i>FIQL</i>	<i>Fecal Incontinence Quality of life</i>
FS	Função Sexual
HCFMRP	Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IC95%	Intervalo de confiança de 95 por cento
<i>ICIQ-SF</i>	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire– Short Form</i>
IF	Incontinência Fecal
IFSF	Índice de Função Sexual Feminina
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
LI	Limite inferior
LS	Limite superior
md	Mediana
min	Minutos
N	Número total da amostra
n	Número
QS-M	Quociente Sexual - versão masculina
QV	Qualidade de Vida
sem	Semanas
<i>SF - 36</i>	<i>Short Form Health Survey 36-item</i>
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

$\bar{x}$	Média
%	Porcentagem
<	Menor
>	Maior
$\pm$	Mais ou menos (Desvio padrão)
$\leq$	Menor ou igual
$\geq$	Maior ou igual
r	Valor do teste de Pearson
X^2	Valor do teste Qui-quadrado

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVOS.....	19
3.1. Objetivo primário.....	19
3.2. Objetivo secundário.....	20
4. METODOLOGIA.....	20
4.1. Delineamento do estudo.....	20
4.2. Aspectos éticos.....	20
4.3. Local onde foi desenvolvido o estudo.....	20
4.4. Tamanho amostral.....	21
4.5. Critérios de inclusão e exclusão.....	21
4.6. Instrumentos utilizados para obtenção dos resultados.....	21
4.6.1. <i>ICIQ -SF</i>	22
4.6.2. <i>FIQL</i>	23
4.6.3. Critérios de Roma IV.....	23
4.6.4. IFSF.....	24
4.6.5. QS-M.....	24
4.6.6. EAR.....	24
4.6.7. EHAD.....	25
4.6.8. <i>SF-36</i>	25
4.7. Análise estatística.....	25
5. RESULTADOS.....	26
5.1. Fluxograma e caracterização da amostra.....	26
5.2. Prevalência de relatos de disfunções do assoalho pélvico, aspetos psicológicos e qualidade de vida.....	28
5.3. Análise inferencial entre relatos de disfunções do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida.....	31
6. DISCUSSÃO.....	33
7. CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	52
ANEXOS.....	79

1. INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP) é uma unidade anatômica e funcional constituído por fâscias, músculos, ligamentos e ossos distribuídos em três camadas (fâscia endopélvica, diafragma pélvico e urogenital) que oferece suporte aos órgãos e as aberturas pélvicas (uretra, vagina e ânus) e permitem a viabilização da atividade sexual e do parto, além da manutenção das continências urinária e fecal (STEWART; TAYLOR; BRUNELL, 2013; BITTI et al., 2014).

O funcionamento inadequado ou alterado das estruturas deste complexo anatomo-funcional, podem levar a disfunções do assoalho pélvico (DAP) incluindo a incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF), constipação intestinal (CI), disfunção sexual (DS), entre outros (BØ, 2015; ROCCA, 2016; BØ et al., 2016). Como fatores de risco para apresentar estas disfunções encontram-se: envelhecimento, demência, medicamentos, ocupação, gravidez, obesidade, gênero, cirurgia urológicas e ginecológicas, entre outros. (BØ, 2015, WALLERSTEDT et al., 2013).

O estudo conduzido por Wang et al. (2012) analisou as características dos pacientes que procuram atendimento para DAP em serviços ambulatoriais de fisioterapia nos Estados Unidos. Eles encontraram que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino, menores de 65 anos, com sintomas de DAP de duração superior a 90 dias, sendo que a maioria (67%) apresentaram distúrbios urinários. Outros estudos já observaram que a IU é uma queixa que apresenta alta prevalência na população com distúrbios urinários e DAP (TEIXEIRA et al., 2013), com uma incidência duas vezes maior nas mulheres que nos homens (THÜROFF et al., 2011). Os tipos de IU mais comuns são (KHANDELWAL; KISTLER, 2013): incontinência urinária de urgência (IUU), incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária mista (IUM).

Por outro lado, a IF tem uma prevalência inferior, que varia de 7 a 15% em residentes dos Estados Unidos independente do sexo e o tratamento representa um compromisso econômico substancial, principalmente em pacientes que necessitam do tratamento cirúrgico (BHARUCHA et al., 2015). Os mecanismos fisiopatológicos responsáveis por esta disfunção incluem diarreia, fraqueza do esfíncter anal e do assoalho pélvico, redução da complacência retal e redução ou aumento da sensibilidade retal (BHARUCHA et al., 2015).

Em um estudo de 764 pacientes com o objetivo de determinar as causas e características da IF em homens e comparar essas características com aquelas apresentadas por um grupo de mulheres, encontraram que a IF foi causada mais frequentemente por cirurgia anorretal e

foi mais severa nos homens, possivelmente porque demoraram mais para procurar atendimento médico. Quanto aos tipos de IF, a de urgência e mista foram mais frequentes nas mulheres e o vazamento fecal nos homens. Do ponto de vista manométrico realizado com o equipamento de manometria de Synetics Medical (Stockholm, Suécia), não houve diferenças entre os sexos, exceto que a pressão de repouso e do tônus do esfíncter anal externo eram menores em mulheres (MUÑOZ-YAGÜE et al., 2014). Além disso, em um estudo de coorte comparativo entre sexo demonstraram que a associação entre disfunção esfíncteriana e IF é um achado comum em mulheres. A origem supra-esfíncteriana da IF é mais comum no sexo masculino, apoiada pela alta incidência de disfunção evacuatória e hipossensibilidade retal (TOWNSEND et al., 2016).

A constipação intestinal é uma das queixas mais frequentes entre os distúrbios gastrointestinais (GALVÃO-ALVES, 2013) e uma das poucas disfunções em que sua incidência pode ser reduzida com atividade física e adequação do estilo de vida e hábitos alimentares (COLLINS; O'BRIEN, 2015; GARCIA et al., 2016). Porém, A prevalência encontrada na literatura é alta, em diversos estudos desenvolvidos no Brasil ela variou entre 16% e 61%, sendo maior em mulheres do que em homens, entretanto, a maioria destes diagnósticos são auto relatados e apresentam uma variabilidade nos critérios utilizados (WALD et al., 2008; COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010; ARRUDA; BRAZ, 2016; SILVA; PINHO, 2016).

Em relação à função sexual (FS), esta pode estar afetada nos seus diferentes domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação ou dor, além de ereção e ejaculação nos homens (ALWAAL; BREYER; LUE, 2015; MCCOOL et al., 2016). Segundo a declaração de consenso da Quarta Consulta Internacional em Medicina Sexual (CIMS) em 2015, a prevalência de DS em mulheres varia entre 40% e 50% independentemente da idade, mas nos homens a variabilidade é muito maior e é estabelecida pelo tipo de distúrbio: de 15% a 25% no desejo, de 2.8% a 88% na ereção, 3% a 68% na ejaculação e 1.8% a 19.4%, todos eles dependendo da idade e da nacionalidade (MCCABE et al., 2016). Além disso, o Comitê 3 da CIMS sugere que todas as DS são multifatoriais e resultam de relações contínuas de interação entre fatores contribuintes biológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais, contextuais e interpessoais (HATZICHRISTOU et al., 2016).

Acima de tudo, as DAP apresentam um alto impacto nos aspectos psicológicos como presença de sintomas de depressão, ansiedade, baixa autoestima e qualidade de vida (QV) em geral. O estudo de coorte conduzido por Vrijens et al. (2017) encontraram que mais de

30,9% e 20,3% dos pacientes tem ansiedade e depressão, respectivamente, e na análise de regressão medida com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) foi encontrada uma relação direta de 12% de depressão e 7,4% de ansiedade as DAP.

O impacto da IU nos aspectos psicológicos e na QV na literatura é um pouco controversa. O estudo de SAIKI e MEIZE-GROCHOWSKI (2017) demonstrou que independente da gravidade dos sintomas da IU, há correlações significativas entre autoestima, imagem corporal, ansiedade e depressão e a QV. Porém, o estudo de KRHUT et al. (2018) revelou que nas mulheres, pequenas quantidades de vazamento urinário estão associadas à piora significativa da QV. Entretanto, outros estudos (WOODS; MITCHELL, 2013; WANG et al., 2015) demonstraram que as mulheres com IU moderada/grave, assim como as de meia-idade, podem perceber de maneira mais forte o isolamento social e interno, atitudes internalizadas de vergonha, medo, humilhação e desvalorização e não procurar por tratamento, seja pela desestima público ou rejeição social. Além disso, o estudo de ESPARZA; TOMÁS; PINA-ROCHE (2018) demonstrou que o efeito negativo da IU na QV pode ter uma percepção diferente entre sexo, visto que as mulheres mais idosas podem perceber esta condição como parte do processo de envelhecimento, mas os homens podem experimentar o processo como perda da masculinidade. Mesmo assim, a IU é um dos fatores que mais aumenta a perda de independência dos idosos tanto em mulheres quanto em homens e pode afetar sua vida e participação social, laboral, sexual e recreativa (SIDDIQUI et al., 2014; TALARSKA et al., 2018).

Os distúrbios como a CI e principalmente a IF podem ter um efeito devastador na QV, restringindo a vida social, a mobilidade, preocupações em relação a higiene/odor, medo, constrangimento e imprevisibilidade dos hábitos intestinais (NORTON, 2006; BHARUCHA et al., 2015). No estudo de Irvine et al. (2002) teve como objetivo determinar a qualidade de vida relacionada à saúde em canadenses com constipação funcional ou outros distúrbios gastrointestinais funcionais versus dados normativos canadenses ou naqueles sem distúrbio gastrointestinal funcional. Foi usado os Critérios de ROMA II para diagnóstico dos distúrbios gastrointestinais funcionais e para avaliar a QV foi usado o *health-related quality of life* e o *Short Form Health Survey 36-item (SF-36)*. Eles encontraram que os participantes com CI apresentaram pior qualidade de vida tanto nos domínios de saúde mental quanto nos domínios de saúde física.

Por outro lado, os aspectos psicológicos mais comuns que afetam a função sexual ou favorecem a manutenção das DS são a depressão, ansiedade, imagem corporal negativa,

abuso sexual e negligência emocional (FAUBION; RULLO, 2015; BRAGA; NAJJAR, 2013).

Em um Centro de Intervenção e Estudos em Sexualidade Humana – UNIFESP realizaram um estudo descritivo com 10 homens maiores de 40 anos. Na aplicação dos instrumentos: *The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction* e o *SF-36*, revelou que os participantes referiram ter dificuldade para o envolvimento erótico com a companheira, a expressão da sexualidade masculina, presença de tensão ou ansiedade quando a parceira queria ter relações sexuais; tentativa de evitar ou recusa de ter relação sexual; sensação de desconforto com o feito durante o coito. Na percepção dos homens entrevistados, pela disfunção erétil e/ou ejaculação precoce o desejo diminuiu, bem como a excitação e a vivência do orgasmo. Observou-se uma baixa qualidade do funcionamento sexual e uma menor média dos aspectos emocionais na investigação da QV, contudo não foram feitas análises correlacionando o funcionamento sexual com a QV (GALATI et al., 2014).

Outro estudo observacional com 100 mulheres maiores de 40 anos ou na fase do climatério de um Centro Hospitalar em Portugal, tiveram como objetivo analisar a relação entre a satisfação sexual e a QV em mulheres no climatério. Eles encontraram que, nas mulheres entre 49 aos 64 anos, sem parceiro, com baixo nível de escolaridade ou que tomavam medicação apresentaram-se mais insatisfeitas sexualmente; além disso, as mulheres consideravam possuir uma QV moderada, concluindo que, quanto melhor QV maior a satisfação sexual das mulheres no climatério (NOGUEIRA, 2013).

Por fim, cabe destacar que na abordagem das DAP é de grande importância um processo de ação preventiva e de reabilitação multiprofissional, definindo a reabilitação como processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica de um indivíduo portador de alguma deficiência, tendo em vista sua reintegração social e incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito (COFFITO, 1987; OMS, 2012). Um Centro de Reabilitação responsável por promover a reabilitação de pacientes, possui uma equipe multiprofissional composta por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A literatura é escassa em relação a prevalência de DAP entre usuários de Centros de Reabilitação, entretanto sabe-se que esta prevalência é alta entre pacientes idosos e portadores de doenças neurológicas (AVERBECK et al., 2015).

Dessa maneira considera-se relevante estudos que ampliem a compreensão da frequência em que são relatadas as DAP e os aspectos psicológicos e o impacto das DAP sobre esses aspectos psicológicos dos pacientes em reabilitação.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar dos traumatismos e doenças serem o motivo mais frequente que levam as pessoas a necessitarem de reabilitação, estes também estão altamente relacionados à presença de outras disfunções como as dos músculos do assoalho pélvico. Estas disfunções apresentam alto impacto na qualidade de vida e nos aspectos emocionais e psicológicos das pessoas, porém a procura por tratamento é muito baixa. No Brasil a literatura é escassa em relação à prevalência destes problemas entre os pacientes que frequentam Centros de Reabilitação e especificamente considera-se de grande importância conhecer sobre as DAP e aspectos psicológicos no Centro de Reabilitação (CER) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) por ser um centro especializado que presta serviços de qualidade multidisciplinar, incluindo reabilitação global e dinâmica que promove de maneira integral a recuperação física e psicológica do indivíduo portador de alguma deficiência, tendo em vista sua reintegração social e incorporando o bem-estar físico, psíquico e social (Ribeirão Preto, 2019).

Consequentemente, viu-se a necessidade de conhecer e estimar a prevalência das DAP, de aspectos psicológicos e o impacto na QV entre os pacientes que frequentam o CER, permitindo a elaboração de um plano para adoção de medidas terapêuticas que direta e/ou indiretamente atingem e abrangem desde a população atendida nos níveis primários como as Unidades Básicas de Saúde até o nível terciário como é o HCFMRP-USP.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário

Estimar a prevalência de relatos de disfunções do assoalho pélvico, estado de autoestima, ansiedade, depressão e qualidade de vida entre pacientes que realizam Fisioterapia no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

3.2 Objetivo secundário

Verificar se existe a relação entre os relatos de disfunções do assoalho pélvico e ansiedade, depressão, autoestima e qualidade de vida.

Apresentar ao HCFMRP um relatório da pesquisa com sugestões de plano de ação para debelar os problemas encontrados neste estudo.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido no CER Lucy Montoro do HCFMRP-USP.

4.2. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP com número CAAE62326616.6.0000.5440 (Anexo A).

Atendendo as normas em pesquisa com seres humanos foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) conforme a Resolução CNS n. °466/12. Os participantes da pesquisa receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após prévio esclarecimento do conteúdo e assinatura do mesmo.

4.3. Local onde foi desenvolvido o estudo

O HCFMRP-USP é uma instituição hospitalar de alta qualidade comprovada e parte de um Complexo Hospitalar de Atenção Integral à Saúde, que abrange uma população de quatro milhões de habitantes aproximadamente, incluindo usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, pacientes de Ribeirão Preto, Franca, Araraquara, Barretos e outras regiões do Estado de São Paulo, até mesmo, de outros Estados e de outros países (Ribeirão Preto, 2018).

Este complexo inclui o CER, vinculado à “Rede de Reabilitação Lucy Montoro” que além de ter como uma das atividades principais junto ao HCFMRP-USP de servir de campo de Ensino e de Pesquisa na área da saúde, é um centro de nível secundário que presta serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina, enfermagem, assistência social, psicologia, educação física, entre outros (Ribeirão Preto, 2019).

4.4. Tamanho amostral

O estudo é composto de um tamanho amostral mínimo estimado de 248 pacientes, 124 mulheres e 124 homens que realizam fisioterapia nas diferentes áreas de atendimento no CER do HCFMRP- USP, segundo o objetivo de estimar uma prevalência de uma amostra aleatória estratificada por sexo e com alocação uniforme, sendo a população limitada de pacientes atendidos por fisioterapia no ano 2017 (N=3834), prevalência de mulheres=0,75, prevalência de homens=0,125, prevalência de crianças=0,125 e nível de confiança de 0,05.

4.5. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos participantes maiores de 18 anos de idade, de sexo masculino ou feminino que estiveram em atendimento fisioterapêutico no CER do HCFMRP-USP e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa.

Foram excluídos os participantes que apresentaram dificuldade na compreensão da entrevista, não responderam a totalidade dos questionários e participantes que estavam em atendimento fisioterapêutico por queixa principal de alguma DAP no setor de reabilitação do assoalho pélvico.

4.6 Instrumentos utilizados para Obtenção dos Resultados

Os participantes foram recrutados e entrevistados na sala de espera do CER entre o ano 2018 e março do 2020. Inicialmente foi aplicado um questionário para caracterizar a população incluindo aspectos sócio demográficos e clínicos (Apêndice 2). Desses aspectos cabe esclarecer que o setor de atendimento foi determinado de acordo a classificação assistencial detalhada estabelecida no CER incluindo: reabilitação vascular e dermatofuncional, ortopedia e traumatologia, cefaleia, terapia da mão, neurologia adultos, lesado medular, amputados, cardiorrespiratória, cardiovascular, gerontologia, reumatologia e do assoalho pélvico. Foi considerado estar fisicamente ativos os participantes que relataram realizar exercício físico 30 minutos ou mais, pelo menos três vezes na semana (NELSON et al., 2007).

Logo após aplicou-se um rastreamento de perguntas gerais sobre DAP, que determinou a aplicação dos questionários específicos, traduzidos e validados para o português para cada disfunção. Foi utilizado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire– Short Form* (ICIQ–SF – Anexo B), o *Fecal Incontinence Quality of life* (FIQL – Anexo C) e os Critérios de Roma IV (Apêndice 2) para avaliar relatos de IU, IF e CF, respectivamente. Para

avaliação da função sexual feminina foi utilizado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSFF – Anexo D). Para a avaliação da função sexual masculina foi aplicado o questionário: Quociente Sexual - versão masculina (QS-M - Anexo E).

Para avaliação da autoestima, ansiedade, depressão, e QV foram aplicados os seguintes questionários: Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR – Anexo F), a EHAD (Anexo G) e O SF-36 (Anexo H).

O tempo de aplicação dos questionários variou aproximadamente entre 15 a 50 minutos, sendo que a aplicação destes ocorria antes e/ou depois de receber o atendimento fisioterapêutico.

4.6.1 *International Consultation on Incontinence Questionnaire– Short Form (ICIQ-SF)*

É um questionário traduzido e validado para a língua portuguesa por Tamanini et al. (2004). Este questionário avalia os sintomas, a severidade da IU, e o impacto que a IU apresenta na QV da mulher. É um breve questionário que facilita a comparação de dados de diferentes estudos e possibilita a avaliação mais consistente e unificada dos sintomas de IU e da QV (AVERY et al., 2004). Um estudo verificou que o ICIQ-SF apresentou correlação significativa com dados urodinâmicos (SECKINER et al. 2007).

Este questionário é constituído de 6 questões acerca dos relatos de perda urinária nas últimas 4 semanas. As questões (Q) 1 e 2 são relacionadas a idade e sexo respectivamente. A Q3 está relacionada à frequência das perdas urinárias, 0- nunca, 1- uma vez por semanas o menos, 2- duas ou três vezes por semana, 3- uma vez ao dia, 4- diversas vezes ao dia e 5- o tempo todo. A Q4 para estimar a quantidade de urina que a paciente pensa que perde, sendo 0- nenhuma 2- uma pequena quantidade, 4- uma moderada quantidade e 6- uma grande quantidade. A Q5 para saber o quanto que perder urina interfere na vida, considerando uma escala de 0 a 10, em que 0 representa nenhum incômodo e 10 o máximo de incômodo. A partir das respostas obtidas nas Q3, Q4 e Q5, é realizada uma somatória das pontuações referentes a cada resposta e com isso se obtém um escore que pode variar de 0 (quando não há relato de perda urinária, não apresentando impacto na QV) e 21 (maior na severidade da IU e máximo impacto na QV). Klovning et al. (2009), classifica o índice de severidade da IU e relação com a QV, relacionando a média dos escores das Q3, Q4 e Q5, em cinco níveis: leve (1-5), moderado (6-12), grave (13-18), e muito grave (19-21). Por fim, a Q6 que corresponde às ocasiões em que a perda urinária ocorre, dentre elas nunca (Q6-1), antes de chegar ao banheiro (Q6-2), quando tosse ou espirra (Q6-3), quando está dormindo (Q6-4),

quando está fazendo atividades físicas (Q6-5), quando terminou de urinar e está se vestindo (Q6-6), sem razão óbvia (Q6-7), o tempo todo (Q6-8). Em relação a Q6 é realizada uma análise qualitativa, oferecendo dados do total de voluntárias que tiveram perda urinária em cada ocasião.

4.6.2 Fecal Incontinence Quality of life (FIQL)

É um instrumento específico indicado pela *American Society of Colon and Rectum Surgery* para avaliar a qualidade de vida de adultos com IF e validado para a população brasileira por Yusuf e colaboradores. O estudo avaliou 50 pacientes incontinentes mostrando boa confiabilidade intra e inter-examinadores, correlação inversa entre o Índice da Incontinência Anal e os valores do FIQL, correlação significativa entre os domínios do FIQL e do SF-36 (exceto para o domínio dor) e excelente validade discriminativa com pacientes constipados e pacientes hígidos). É composto por 29 questões, divididas em quatro domínios –estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento– pontuados de 1 a 4 e entre maior o escore, melhor a QV relacionada a IF. É um instrumento específico, de linguagem simples, com tempo viável para aplicação, com boa aceitação e utilização na literatura (YUSUF et al, 2004).

4.6.3 Critérios de Roma IV

Trata-se de critérios uniformes estabelecidos em 2016 em um consenso mundial de especialistas em doenças funcionais intestinais. Eles definiram o diagnóstico da CI como um transtorno intestinal funcional caracterizado por uma dificuldade persistente para evacuar, sensação de evacuação incompleta e/ou movimentos intestinais infrequentes, em ausência de sintomas de síndrome de intestino irritável. A presença de CI foi considerada apenas quando o participante relatava frequência evacuatória inferior a 3x/semana e dois ou mais itens a seguir há pelo menos três meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico: a. Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações; b. Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações; c. Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações; d. Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações; e. Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico). Além disso, raramente apresentar fezes moles sem o uso de laxantes (Lacy et al, 2016).

4.6.4 Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

Trata-se de um questionário validado para a população brasileira por PACAGNELLA, MARTINEZ e VIEIRA (2009), anteriormente validado em população gestante por LEITE et al. (2007). É composto por 19 perguntas, que avalia os domínios do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e sintomatologia dolorosa com a atividade sexual no último mês. As respostas para cada pergunta do IFSF têm valores que geram uma pontuação para cada domínio. A pontuação é a soma das respostas de cada pergunta de um domínio específico, multiplicado por um fator que potencializa a influência do domínio sobre a pontuação total (ROSEN et al., 2000). O resultado final (2-36 pontos) é a soma de todos os domínios e, quanto maior a pontuação, melhor a função sexual. Os escores totais de 26.5 ou menores caracterizam risco de disfunção sexual feminina (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

4.6.5 Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M)

É um instrumento que avalia a função sexual de homens nos últimos seis meses e que pode auxiliar no diagnóstico da disfunção sexual masculina. Ele foi desenvolvido no Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do HCFMRP-USP (ABDO, 2006). É composto por 10 questões que devem ser respondidas numa escala que varia de 0 a 5; o escore obtido é multiplicado por dois, resultando numa soma entre 0 a 100, com valores maiores indicando melhor desempenho/satisfação sexual. Também pode ser interpretado por categorias: nulo a ruim (0-20), ruim a desfavorável (22-40), desfavorável a regular (42-60), regular a bom (62-80) e bom a excelente (82-100).

4.6.6 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Foi desenvolvida por Rosenberg (1965) e traduzida, adaptada e validada para a população brasileira por Dini, Quaresma e Ferreira (2004). A escala é composta por cinco itens que avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo e cinco que avaliam sentimentos negativos. A pontuação é dada em uma escala tipo Likert de zero a três, cuja pontuação final pode variar de zero a 30 pontos, no qual o zero representa o pior estado de autoestima e o 30 o melhor estado de autoestima.

4.6.7 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)

Trata-se de uma escala inicialmente desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, passando posteriormente a ser usada também em outros tipos de população (Marcolino et al., 2007). Foi traduzida, adaptada e validada para a população brasileira, apresentando propriedades psicométricas adequadas (Botega et al., 1995). A EHAD é composta por 14 questões do tipo múltipla escolha, sendo sete destinadas à avaliação da ansiedade e sete da depressão. A pontuação em cada item pode variar de zero a três, sendo o escore máximo por subescala equivalente a 21 pontos e a interpretação de cada subescala é definida como: pontuações entre oito e 10 identificam os casos leves, de 11 a 15 os moderados e 16 ou mais, os casos graves.

4.6.8 Short Form Health Survey 36-item (SF-36)

É um questionário multidimensional, traduzido e validado para o português por Ciconelli (1997). É composto por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: Capacidade Funcional (10 itens) – avalia a presença e extensão das limitações impostas à capacidade física; Aspectos Físicos (4 itens); Dor (2 itens), Aspectos Emocionais (3 itens); Saúde Mental (5 itens); Estado Geral de Saúde (5 itens); Vitalidade (4 itens) – considera tanto o nível de energia como o de fadiga; Aspectos Sociais (2 itens) – integração do indivíduo em atividades sociais e uma avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e do ano anterior. O questionário avalia tanto aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) quanto aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores cuja gradação varia de 0 a 100, de cada componente, resultando em um estado de saúde melhor ou pior. Na literatura não existe um consenso de ponto de corte para este instrumento, porém na guia do questionário foi estabelecido que a média dos escores é 50 (± 10), e alguns estudos consideraram escore acima de 60 como preservada ou boa qualidade de vida (MARUISH, 2011; SETTE; CAPITÃO, 2018).

4.7 Análise estatística

Para a caracterização da amostra e estimar a prevalência dos relatos de DAP, autoestima, ansiedade, depressão e qualidade de vida foram usadas medidas de tendência central e dispersão para variáveis quantitativas e as variáveis qualitativas foram descritas em distribuições de frequência.

A análise estatística foi feita pelo programa SPSS 22. O teste Qui-quadrado foi utilizado para estabelecer a associação das variáveis qualitativas entre mulheres e homens. O teste t de Student foi utilizado para estabelecer a associação das variáveis quantitativas entre mulheres e homens. O Coeficiente de correlação de Pearson (r) foi utilizado para correlacionar os escores do *ICIQ-SF*, *QS-M* e *IFSF* com os escores de autoestima, depressão, ansiedade e QV. Para estabelecer a relação entre ter ou não pelo menos 1 DAP com aspectos emocionais e possíveis fatores de risco, foi utilizado um modelo de regressão logística binária, com processo de seleção backward de variáveis. Tal critério consistiu em ajustar um modelo inicial, considerando todas as variáveis que, na literatura e segundo o objetivo do estudo, são ou poderiam ter uma associação. Tendo este modelo como fundamento, foram eliminadas as variáveis sem associação.

Em todos os testes foi adotado um intervalo de confiança de 95%, sendo considerado o nível de significância de $p < 0,05$. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para testar a normalidade dos dados.

5. RESULTADOS

5.1. Fluxograma e caracterização da amostra

A Figura 1 mostra o fluxo dos participantes na pesquisa.

Figura 1: Fluxograma dos participantes

As mulheres apresentaram uma faixa etária entre 20 e 96 anos e os homens entre 18 e 84 anos. A tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1: Características sociodemográficas entre sexo

Caraterísticas sociodemográficas	Mulheres	Homens
N=253	N=144	N=109
Idade; md (amplitude)	58 (76)	47 (66)
IMC; $\bar{x} \pm DP$	28.5 $\pm$ 5.83	27.2 $\pm$ 5.31
Cor da pele; n (%)		
Branco	93 (64.6)	63 (57.8)
Negro	16 (11.1)	11 (10.1)
Outros	35 (24.3)	35 (32.1)
Estado civil; n (%)		
Casado, mora junto	68 (47.2)	57 (52.3)
Tempo de união; md (amplitude)	34.5 (72)	26.5 (56)
Solteiro, divorciado, viúvo	76 (52.8)	52 (47.7)
Escolaridade; n (%)		
Analfabeta	1 (0.7)	0 (0)
Ensino Fundamental	78 (54.2)	56 (51.4)
Ensino Médio	45 (31.3)	39 (35.8)
Ensino Superior	20 (13.9)	11 (10.1)
Pós-graduação	0 (0)	3 (2.7)
Ocupação; n (%)		
Empregado	51 (35.4)	54 (49.5)
Desempregado	9 (6.3)	12 (11.1)
Aposentado	51 (35.4)	40 (36.7)
Do lar	28 (19.4)	1 (0.9)
Estudante / Estagiário	5 (3.5)	2 (1.8)
Renda Mensal; n (%)		
< R\$ 1.000	68 (47.2)	30 (27.5)
R\$ 1.000 - R\$ 4.999	75 (52.1)	69 (63.3)
R\$5.000 - 10.000	1 (0.7)	10 (9.2)
Setor em atendimento; n (%)		
Geriatria	9 (6.2)	8 (7.3)
Ortopedia e traumatologia	88 (61.1)	54 (49.5)
Neurologia	11 (7.6)	20 (18.4)
Cefaleia	8 (5.6)	0 (0)
Cardiovascular	5 (3.5)	0 (0)
Terapia de mão	4 (2.8)	8 (7.3)
Amputados	3 (2.1)	8 (7.3)
Reumatologia e imunologia	14 (9.7)	5 (4.6)
Dermatologia	2 (1.4)	6 (5.5)

N= número total; n= número; % = porcentagem; md = mediana; $\bar{x}$ = média; DP = desvio padrão

A tabela 2 descreve as características clínicas da amostra estudada, onde pode-se notar que a maioria dos participantes não eram fisicamente ativos e as mulheres relataram ter entre 0 e 12 gestações.

Tabela 2: Características clínicas entre sexo

Características clínicas; N=253	Mulheres	Homens
	N=144	N=109
Fisicamente ativo; n (%)		
Não	105 (72.9)	83 (76.1)
Menos que 30 min, pelo menos 3x/sem	1 (0.7)	0 (0)
Mais que 30 min, pelo menos 3x/sem	38 (26.4)	26 (23.9)
Características ginecológicas*; md (Amplitude)		
Gestações	3 (12)	
Partos	2 (12)	
Normal	1 (12)	
Cesárea	0 (4)	
Abortos	0 (3)	

*Apenas em mulheres; n= número; % = porcentagem; min= minutos; 3x= três vezes; sem= semana; md=mediana

5.2. Prevalência de relatos de DAP, aspectos psicológicos e qualidade de vida.

A tabela 3 apresenta o número, percentual, média/mediana dos relatos de DAP pelos participantes do estudo. É possível observar que um percentual expressivo de participantes (45,4%) relataram pelo menos uma DAP (IU, CI, IF e/ou DS). A maioria relatou não ser sexualmente ativos (57,7%). Entre os 30.6% e 57.8% que relataram ter mantido relações sexuais no último mês e nos últimos seis meses, nas mulheres e homens respectivamente, a maioria dessas mulheres apresentaram risco de DS (75%).

Tabela 3: Relatos de disfunções do assoalho pélvico entre sexo.

Disfunções do assoalho pélvico		Mulheres	Homens	p valor*
N = 253		N = 144	N = 109	
Geral	Relatos de DAP			
	Não apresentam DAP	59 (41)	79 (72.5)	<0.001
	Apresentam 1 DAP	63 (43.7)	24 (22)	
	Apresentam 2 DAP	20 (13.9)	6 (5.5)	
	Apresentam 3 DAP	2 (1.4)	0 (0)	
Detalhado	IU; n (%)			
	Não	104 (72.2)	94 (86.2)	0.007
	Sim	40 (27.8)	15 (13.8)	
	IUE	8 (20)	2 (13.3)	
	IUU	13 (32.5)	8 (53.3)	
	IUM	19 (47.5)	5 (33.3)	
	Escore <i>ICIQ-SF</i> total; md (amplitude)	0 (21)	0 (21)	0.009**
	Constipação intestinal; n (%)			
	Não	108 (75)	98 (89.9)	0.003
	Sim	36 (25)	11 (10.1)	
	IF; n (%)			
	Não	144 (100)	105 (96.3)	0.020
	Sim	0 (0)	4 (3.7)	
	Média do escore <i>FIQL</i> ($\pm$ DP)			
	Estilo de vida		35 ($\pm$ 5.71)	
	Comportamento		30.7 ($\pm$ 2.5)	
	Depressão		27.2 ($\pm$ 1.5)	
	Constrangimento		10 ($\pm$ 1.15)	
	Sexualmente ativo; n (%)			
	Não	100 (69.4)	46 (42.2)	
	Sim	44 (30.6)	63 (57.8)	
	Não relata DS	11 (25)	57 (90.5)	
	Relata DS	33 (75) ^a	6 (9.5) ^b	
	Média dos escores ($\pm$ DP)	23.7 ($\pm$ 4.26) ^a	81 ($\pm$ 12) ^b	

*Teste de Chi-quadrado **Teste t de Student com variâncias diferentes.

^a Dados extraídos do questionário de Índice de Função Sexual Feminina; ^b Dados extraídos do Quociente sexual versão masculina.

N= número total; n= número; % = porcentagem; md= mediana; DP= desvio padrão; DAP= disfunções do assoalho pélvico; IU= Incontinência urinaria; IUE= Incontinência urinaria de esforço; IUU= Incontinência Urinaria de Urgência; IUM= Incontinência Urinaria Mista; IF= Incontinência Fecal; DS= disfunção sexual; *ICIQ-SF* = *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form*; *FIQL*= *Fecal Incontinence Quality of life*.

Em relação aos aspectos psicológicos, foi encontrado que o 16.7% e o 6.4% das mulheres e homens respectivamente, apresentaram baixa autoestima. Segundo a EHAD com escore maior de 7 é considerado presença de sintomas de ansiedade e depressão. Nas mulheres o 47.2% e 34.9% apresentaram sintomas de ansiedade e depressão respectivamente. Nos

homens o 34% e o 17.4% apresentaram sintomas de ansiedade e depressão respectivamente (Tabela 4). Considerando pior QV os escores ≤ 60 , foi verificada uma alta prevalência de limitações na CF, nos aspetos físicos e presença de dor.

Tabela 4: Prevalência de aspectos psicológicos e valores ≤ 60 da QV entre sexo

Variáveis N = 253	Mulheres N = 144	Homens N = 109	p valor*
EAR; n (%)			0.01
Normal	120 (83.3)	102 (93.6)	
Anormal	24 (16.7)	7 (6.4)	
EHAD; n (%)			
Ansiedade			0.05
Sem sintomas	76 (52.8)	71 (65.1)	
Com sintomas	68 (47.2)	38 (34.9)	
Depressão			0.003
Sem sintomas	95 (66)	90 (82.6)	
Com sintomas	49 (34)	16 (17.4)	
Valores ≤ 60 do <i>SF-36</i> ; n (%)			
Capacidade funcional	97 (67.4)	68 (62.4)	0.41
Aspectos físicos	123 (85.4)	94 (86.2)	0.85
Dor	126 (87.5)	73 (67)	<0.001
Estado geral de saúde	59 (41)	34 (31.2)	0.11
Vitalidade	78 (54.2)	49 (45)	0.15
Aspectos sociais	63 (43.8)	50 (45.9)	0.74
Aspectos emocionais	70 (48.6)	51 (46.8)	0.77
Saúde mental	69 (47.9)	36 (33)	0.02

*valor de significância do Teste Qui-quadrado

N= número total; n= número; %= percentagem; EAR=Escala de Autoestima de Rosenberg;

EHAD=Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; *SF-36*= Escala de qualidade de vida

A tabela 5 mostra que a média das mulheres e os homens relataram apresentar uma autoestima saudável, sem sintomas de depressão. Porém, em relação à ansiedade, a média das mulheres relataram sintomas leves. Além disso, nas mulheres e nos homens encontrou-se que os domínios de aspectos emocionais, capacidade funcional, dor e aspectos físicos apresentam piores valores (abaixo de 60) de qualidade de vida. Além de pior vitalidade só nas mulheres.

Tabela 5: Valores de dispersão dos aspectos psicológicos e qualidade de vida entre sexo

Variáveis N = 253	Mulheres N = 144	Homens N = 109	p valor*	IC95% LI	IC95% LS
$\bar{x}$ do escore da EAR ($\pm$ DP)	21.9 $\pm$ 6.79	21.9 $\pm$ 4.64	0.983	-1,43	1,40
$\bar{x}$ do escore da EHAD ($\pm$ DP)					
Ansiedade	8.7 $\pm$ 5.18	6.5 $\pm$ 4.41	<0.001	0,98	3,36
Depressão	6.4 $\pm$ 4.81	4.7 $\pm$ 3.35	0.001	0,69	2,71
$\bar{x}$ do escore do SF-36 ($\pm$ DP)					
Capacidade funcional	44.9 $\pm$ 29,03	47.9 $\pm$ 29.07	0.437 ^a	-10,60	4,591
Aspectos físicos	19.5 $\pm$ 32.67	20.9 $\pm$ 31.83	0.744 ^a	-9,42	6,735
Dor	33.7 $\pm$ 21.46	47.3 $\pm$ 29.02	<0.001	-20,09	-7,057
Estado geral de saúde	64.01 $\pm$ 24.61	69.3 $\pm$ 21.98	0.075 ^a	-11,221	0,538
Vitalidade	55.7 $\pm$ 25.33	64.04 $\pm$ 21.64	0.005	-14,20	-2,55
Aspectos sociais	61.5 $\pm$ 29.64	61.01 $\pm$ 28.14	0.884 ^a	-6,714	7,792
Aspectos emocionais	53.01 $\pm$ 44.67	56.2 $\pm$ 43.31	0.567 ^a	-14,229	7,819
Saúde mental	62.02 $\pm$ 24.86	69.7 $\pm$ 20.93	0.008	-13,38	-2,03

*valor de significância do Teste t de Student; ^aCom variâncias iguais.

N= número total; EAR=Escala de Autoestima de Rosenberg; EHAD=Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; SF-36=Escala de qualidade de vida; $\bar{x}$ = média; DP = Desvio padrão; IC95% = Intervalo de Confiança do 95%; LI = Limite inferior; LS = Limite superior

5.3. Análise inferencial entre relatos de disfunções do assoalho pélvico e aspectos psicológicos e qualidade de vida.

A Tabela 6 refere-se à relação entre os relatos de DAP com autoestima, ansiedade depressão e qualidade de vida. Nas mulheres verificou-se uma correlação positiva muito fraca entre a gravidade dos relatos de IU e o escore da ansiedade ($r=0,179$; $p=0,032$) e uma correlação fraca entre a gravidade dos relatos de IU e depressão ($r=0,233$; $p=0,005$). Verificou-se uma correlação negativa fraca entre a gravidade dos relatos de IU e autoestima ($r=-0,292$; $p<0,001$). Entre a gravidade dos relatos de IU e os escores do SF-36 observou-se uma correlação negativa fraca: capacidade funcional ($r=-0,324$; $p<0,001$); estado geral de saúde ($r=-0,221$; $p=0,008$); limitações de aspetos sociais ($r=-0,229$; $p=0,006$) limitações de aspetos emocionais ($r=-0,192$; $p=0,021$) e saúde mental ($r=-0,240$; $p=0,004$). Entre a gravidade dos relatos de IU a vitalidade observou-se uma correlação negativa fraca ($r=-0,289$; $p<0,001$).

Nos homens verificou-se uma correlação positiva fraca entre a gravidade dos relatos de IU e o escore da ansiedade ($r=0,199$; $p=0,038$).

Com relação à função sexual feminina verificou-se uma correlação negativa fraca entre o escore do IFSF e depressão ($r = -0,307$; $p = 0,043$). Nos 63 homens que relataram ter relações sexuais nos últimos 6 meses não foi encontrada correlação entre a função sexual e os aspectos psicológicos

Tabela 6: Correlação entre disfunções do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida

Escore		Mulheres; N=144		Homens; N= 109	
		ICIQ-SF	IFSF ^a	ICIQ-SF	QS-M ^b
EAR	<i>r</i>	-,292*	,117	-,106	,066
	<i>p</i>	.000	.451	.273	.610
EHAD					
Ansiedade	<i>r</i>	,179*	-,212	,199*	-,036
	<i>p</i>	.032	.167	.038	.778
Depressão	<i>r</i>	,233*	-,307*	-,030	-,135
	<i>p</i>	.005	.043	.760	.291
SF-36					
Capacidade funcional	<i>r</i>	-,324*	,157	-,061	,087
	<i>p</i>	.000	.309	.528	.496
LAF	<i>r</i>	-,074	,019	-,053	-,148
	<i>p</i>	.377	.904	.587	.247
Dor	<i>r</i>	-,158	-,177	-,098	,147
	<i>p</i>	.059	.250	.312	.251
EGS	<i>r</i>	-,221*	,192	-,156	,209
	<i>p</i>	.008	.213	.104	.100
Vitalidade	<i>r</i>	-,289*	,141	-,019	,111
	<i>p</i>	.000	.360	.848	.387
LAS	<i>r</i>	-,229*	,077	,074	,171
	<i>p</i>	.006	.621	.447	.181
LAE	<i>r</i>	-,192*	,090	,035	,142
	<i>p</i>	.021	.563	.719	.267
SM	<i>r</i>	-,240*	,121	-,118	,098
	<i>p</i>	.004	.434	.222	.446

r = Valor do teste coeficiente de correlação de Pearson; *Com significância estatística $p < 0,05$;

^an=44 mulheres; ^bn=63 homens sexualmente ativos

ICIQ-SF = *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form*; IFSF = Índice de Função Sexual Feminina; EAR=Escala de Autoestima de Rosenberg; EHAD=Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; A=Ansiedade; D= Depressão; SF-36= Escala de qualidade de vida; LAF=Limitações de aspectos físicos; EGS= Estado Geral de Saúde; LAS=Limitações de Aspectos sociais; LAE= Limitações de Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental

A Tabela 7 refere-se às características associadas à presença de DAP em um modelo de análise múltipla. Observou-se que as mulheres apresentaram uma chance aproximada 4 vezes maior de ter DAP do que os homens. Os participantes maiores de 60 anos apresentaram uma chance 2 vezes maior de ter DAP em relação ao grupo de referência.

Não ter parceiro aumentou quase duas vezes a chance de não apresentar DAP. Por cada diminuição no escore do domínio de vitalidade aumenta-se 2 vezes a possibilidade de ter DAP.

Tabela 7: Características que se associam a presença de disfunções do assoalho pélvico. Análise multivariada.

N = 253	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	p valor*
Sexo				
Mulheres	3,644	2,054	6,465	<0.001
Homens	Referência	-	-	
Faixa etária				
<40 anos	Referência	-	-	
40-60 anos	1,503	0,725	3,116	0.273
>60 anos	2,420	1,167	5,019	0.018
Estado civil				
Sem parceiro	0,563	0,323	0,982	0.043
Com parceiro	Referência	-	-	
Vitalidade ^a				
Escore <60	2,026	1,133	3,621	0.017
Escore >60	Referência	-	-	
Aspectos emocionais ^a				
Escore <60	1,385	0,767	2,501	0.279
Escore >60	Referência	-	-	

*valor de significância do Teste de Verossimilhança

^a Domínios do *questionário Short Form Health Survey 36-item*; IC95% = Intervalo de Confiança do 95%; LI = Limite inferior; LS = Limite superior

No apêndice 3 está proposto um relatório que vai ser entregue ao HCFMRP-USP com uma sugestão de plano de ação, para mitigar no CER os aspectos que afetam os pacientes deste centro e que foram encontrados neste estudo.

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo primário verificar a prevalência de auto relatos de DAP, aspectos psicológicos (autoestima, ansiedade e depressão) e QV em pacientes que realizam fisioterapia no Centro de Reabilitação do HC-FMRP. Na amostra total estudada quase a metade dos participantes (45,4%) relataram pelo menos um sintoma de DAP.

Dentre as DAP, a IU foi a que apresentou maior prevalência, seguida da CI, risco de DS e IF, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens, exceto na IF. Dados semelhantes são observados na literatura, onde a IU é considerada um problema que apresenta alta prevalência na população com DAP (TEIXEIRA VASCONCELOS *et al.*, 2013) e no Brasil, esta prevalência pode variar de 11% a 50% aumentando conforme a idade e o sexo (16%-37% nas mulheres e 4%-17% nos homens) (IRBER; DE MORALES; FRIGO, 2016; JUNQUEIRA; SANTOS, 2018). Adicionalmente no presente estudo, o tipo de IU mais frequente foi a IUM e IUU, nas mulheres e nos homens, respectivamente. Resultados contrários foram observados no estudo de MacLennan *et al* (2000) desenvolvido na Austrália, dentre 3.010 participantes analisados de 15 ou mais anos de idade a prevalência de relatos de IUE foi maior nas mulheres, porém, nos homens o resultado foi semelhante ao presente estudo, encontrando maior prevalência de IUU.

A prevalência de CI na literatura é muito variável e depende da população específica estudada. Por exemplo, em uma pesquisa de população de três países (Estados Unidos, Canadá e Reino Unido), na população geral, seguindo os Critérios de Roma IV, a prevalência de CI foi de 45,6% (PALSSON *et al.*, 2016). No Brasil, na cidade de Londrina com uma amostra de 2.162 indivíduos selecionados por meio de amostragem por conglomerados foi verificada uma prevalência geral de 14,6% (Intervalo de confiança 95%: 13,1–16,1). As mulheres tiveram uma prevalência bem maior que os homens (22% vs 5%) (SCHMIDT *et al.*, 2016). Entretanto, esse estudo selecionou uma amostra da população geral, o que justifica terem encontrado uma prevalência mais baixa de CI tanto entre homens, quanto entre mulheres. Sabe-se que alterações de mobilidade e doenças neurológicas contribuem para CI (GARCIA *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2016). Já no estudo de Silva e Sabino (2016) desenvolvido no setor ambulatorial geral de nutrição do Hospital das Clínicas do nordeste brasileiro, foi verificada uma prevalência maior de auto relatos de CI (54% e 32% das mulheres e homens, respectivamente). Porém, deve-se considerar um possível viés relacionado a alta prevalência em função da área de nutrição rotineiramente receber pacientes com constipação para serem tratados.

Em relação a IF, contrariando os achados do presente estudo, na qual a prevalência foi de 4% em homens e 0% em mulheres, a revisão sistemática desenvolvida por Ng *et al.* (2015) que incluiu 32 estudos, observou que a prevalência de IF variou entre 2% e 21%, entretanto, a prevalência em estudos que atendiam a quatro ou mais dos critérios de qualidade e que investigaram a prevalência de incontinência fecal em uma amostra representativa de homens

e mulheres com idade ≥ 18 anos foi verificada uma prevalência de incontinência fecal variando entre 8% e 13%. Neste sentido, comparando com nossos achados, a prevalência tanto de constipação intestinal quanto de incontinência fecal possivelmente seria caso um percentual maior de pacientes neurológicos tivessem integrado a amostra deste estudo, entretanto a maior parte dos pacientes que participaram desta pesquisa eram atendidos no setor de ortopedia e traumatologia.

Nesta pesquisa, o risco de DS feminina apresentou uma prevalência de 75%, sendo essa taxa quase duas vezes maior do que a verificada na declaração de consenso do Comitê 1 da Quarta Consulta Internacional de Medicina Sexual no 2015 (MCCABE et al., 2016), que verificou que 40% a 50% das mulheres relataram a presença de pelo menos uma disfunção sexual, independentemente da idade. Já em relação aos homens, verificaram uma variação de 17% a 80% aproximadamente, dependendo do tipo de disfunção sexual e da idade. Esta ampla variação se deu pelo fato de que não foi possível para este comitê estabelecer um consenso da ocorrência de disfunções sexuais masculinas devido às diferentes definições empregadas, populações estudadas e desenhos metodológicos utilizados (MCCABE et al., 2016). No presente estudo o relato de DS masculina (satisfação e desempenho sexual de regular a nulo) apresentou uma prevalência de 9,5%.

Estes achados, poderiam ser explicado por questões culturais onde possivelmente as mulheres podem ter tido uma abertura maior para relatar problemas sexuais especialmente porque a entrevistadora era mulher, enquanto os homens poderiam ter uma maior dificuldade em relatar problemas sexuais em decorrência de um sentimento de cobrança social da masculinidade relacionada a um bom desempenho sexual e ausência de problemas. Além de uma possível barreira no relato de distúrbios desse tipo a uma entrevistadora do sexo feminino (LI-YUN-FONG et al., 2017; MOREIRA et al., 2005). É importante destacar que a alta prevalência de outras DAP entre as mulheres também influenciam a ocorrência de disfunções sexuais uma vez que está estabelecida uma associação entre esta e outros sintomas de disfunção do assoalho pélvico (VERBEEK; HAYWARD, 2019). Ademais, é importante mencionar que o tratamento de sintomas de disfunção do assoalho pélvico por meio de treinamento dos músculos do assoalho pélvico melhora alguns sintomas de disfunção sexual (FERREIRA et al. 2015).

Adicionalmente, é importante destacar que na literatura tem sido demonstrado que as DAP podem ser multifatoriais e interativas, considerando o corpo humano, incluindo o AP, um complexo anátomo funcional, e um a cada quatro pacientes que procuram tratamento por

uma disfunção de um compartimento do AP específico, acabam encontrando uma possível interação entre uma DAP e outra (BERGHMANS *et al.*, 2015; BERGHMANS *et al.*, 2016; FORNELL; WINGREN; KJOLHEDE, 2004). Isto sustenta os achados no presente estudo mesmo tendo incluído pacientes que não estavam sendo tratados pela fisioterapia em virtude de disfunções do assoalho pélvico. Um em cada quatro pacientes incluídos se queixaram de mais de um sintoma de disfunção do assoalho pélvico, sendo 3,9/1 mulheres e 5/1 homens.

Por outro lado, os transtornos mentais e psicológicos são considerados uma preocupação de saúde pública, e mesmo que na literatura estejam sendo mais abordados, estudados e percebidos como um problema significativo nas pessoas, ainda há uma prevalência significativa na população não atendida por especialistas na área nos sistemas de saúde (CHIU *et al.*, 2020; HIANY, 2018) e nos pacientes ambulatoriais e/ou internados (LEONARDO *et al.*, 2017; MELO *et al.*, 2019 POSSATTO; RABELO, 2017). No presente estudo, estes transtornos como a baixa autoestima, ansiedade e depressão apresentaram maior prevalência nas mulheres do que nos homens. A ansiedade foi o aspecto psicológico com maior prevalência entre homens e mulheres, seguida de depressão e baixa autoestima. Em concordância com os achados desta pesquisa, o estudo de Nunes *et al.* (2013), inclui pacientes internados dos setores de cardiologia, clínica cirúrgica, clínica médica, ginecologia, hepatologia, infectologia, oftalmologia, ortopedia e urologia de um Hospital Universitário da cidade de Salvador – BA, e verificou maiores índices de transtornos de ansiedade (35%) do que de transtorno depressivos (12%). Além disso, o estudo de Fernandes *et al.* (2010), analisou pacientes com osteoartrose e verificou que as mulheres apresentaram pior qualidade de vida do que os homens.

Foi encontrada uma associação entre ser mulher e apresentar sintomas de ansiedade e depressão segundo a escala de EHAD na amostra do presente estudo. O estudo de Vrijens *et al.* (2017) também observou que as mulheres tiveram uma prevalência maior de ansiedade e depressão (51% e 20%, respectivamente) quando comparadas aos homens (30% e 20%, respectivamente). Além disso, no presente estudo foi encontrada uma correlação positiva entre a severidade dos sintomas de IU, e maiores escores de ansiedade em ambos sexos. Nas mulheres foi observada uma correlação entre maior severidade da IU e de DS e maior gravidade de depressão. Ao ser comparado com os achados da literatura, foi observado uma controvérsia nos resultados e diferença nos instrumentos utilizados, por exemplo, no estudo de Saiki e Meize-Grochowski (2017) não encontraram correlação entre aspectos psicológicos e IU, porém eles analisaram só mulheres e usaram o *The Incontinence Severity*

Index como questionário para verificar os relatos de IU. No entanto, o estudo de Lai et al (2016) analisaram pacientes com bexiga hiperativa e verificaram uma correlação moderada entre o escore do ICIQ-SF e o domínio de ansiedade da EHAD. Em relação à DS no estudo de Lin et al (2012) foi encontrada uma correlação fraca entre a função sexual feminina analisada pela *Arizona Sexual Experience Scale-Chinese Version* e os relatos de depressão segundo a EHAD; similar a este estudo. Apesar de tudo já exposto anteriormente, na literatura já está estabelecido que estes transtornos psicológicos são fatores de risco que aumentam a prevalência ou agravam os sintomas de DAP (MASEREJIAN et al., 2014; MCCABE et al., 2016; VRIJENS et al., 2017). No presente estudo não foi possível analisar os aspectos psicológicos com o escore da IF devido ao baixo número de relatos desta disfunção.

De acordo com a literatura tem sido demonstrado que transtornos na autoestima podem desencadear outros transtornos mentais, psicológicos, sexuais, entre outros (BUCKMAN *et al.*, 2018; SÁNCHEZ-FUENTES; SANTOS-IGLESIAS; SIERRA, 2014; SOWISLO; ORTH, 2013) além da autoestima ser um indicador geral de boa saúde mental e social (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010).

No presente estudo em relação as mulheres foi observado que quanto maior a severidade dos sintomas de IU, houveram mais relatos de alterações na autoestima, porém esta correlação foi fraca. Não foi encontrada correlação entre a função sexual e autoestima. Achados diferentes foram observados no estudo de Saiki e Meize-Grochowski (2017). Eles encontraram uma correlação moderada entre a função sexual e a autoestima em mulheres de meia idade, porém não foi encontrada correlação entre relatos de IU e autoestima; contrário ao observado no estudo de Elbana, Salama e Barakat (2018) que encontraram uma correlação moderada entre relatos de IU e autoestima em mulheres na pós menopausa. No entanto, esses estudos analisaram os desfechos com instrumentos diferentes daqueles utilizados no presente estudo.

Em um estudo desenvolvido em unidades básicas de saúde na cidade de Divinópolis-Brasil encontraram que pacientes no serviço de Fisioterapia apresentam em geral uma média acima de 60 na maioria dos escores de qualidade de vida segundo *SF-36* e depois de seis meses de tratamento fisioterapêutico obtiverem diferença significativa nos domínios de capacidade funcional e EGS (DE AQUINO et al., 2017). Entretanto, no presente estudo em geral as mulheres apresentaram uma média de escore pior do que os homens, ainda assim só foi encontrada uma diferença significativa entre sexo nos domínios de dor, vitalidade e saúde

mental. De maneira detalhada, nas mulheres e nos homens encontrou-se limitações nos aspectos emocionais e físicos, limitações na capacidade funcional e presença de dor que poderia atrapalhar as atividades da vida diária. Além do que as mulheres relataram ter pior vitalidade. Esta variabilidade nos relatos de QV pode ter acontecido pela variabilidade nas queixas principais dos participantes e o tempo de tratamento. Por exemplo, estudos com pacientes com fratura e amputações de membro inferior e artrite reumatoide observaram piores escores de QV (MARTINEC; PINJATELA; BALEN, 2019; MONTICONE, 2017; VASCONCELOS, 2017), contrário ao estudo de Vera (2012) que analisaram pacientes com lesão medular e obtiveram melhores valores no escore do *SF-36* quando comparado com o presente estudo, eles concluíram que a percepção da QV poderia depender do tempo em que o paciente estava em reabilitação.

Na relação entre os relatos de DAP e QV, só foi encontrada correlação fraca nos relatos de IU nas mulheres, verificando que quanto maior a severidade dos relatos de IU, maior as limitações funcionais, na saúde física e mental, mal estado geral de saúde, e alterações na vitalidade. Recentemente na literatura a relação entre as DAP e a QV são analisadas com questionários de QV específicos da área como o *The Incontinence Quality-of-Life* (I-QOL), podendo influenciar em melhores estimativas de graus de correlação. Por exemplo, no estudo de Xu et al (2016), verificaram uma correlação moderada entre a severidade dos sintomas avaliados pelo ICIQ-SF e a QV avaliada pelo I-QOL.

Não foi encontrada uma correlação entre a função sexual e a QV, porém em diversos estudos foi observado uma correlação positiva entre eles, incluindo comportamentos limitantes, aspectos psicossociais e isolamento social com questionários específicos de QV para as DAP (LOPES et al., 2018; OZKAN; OGCE; CAKIR, 2010). O fato de não ter sido encontrada correlação significativa nesta população pode ser explicado pelo tipo de instrumento utilizado neste estudo, considerando que as DAP não são o fator principal que afeta a QV desses participantes e sim a queixa principal deles, motivo pelo qual procuraram o atendimento fisioterapêutico.

Em diversos estudos tem sido verificado que em mulheres, em idosos, em pacientes com menor nível socioeconômico, presença de uma DAP, transtornos psicológicos, pior QV, obesidade, gravidez, entre outros, há um maior risco para presença e/ou agravamentos dos sintomas de DAP (BEDRETDINOVA et al., 2016; FORNELL; WINGREN; KJOLHEDE, 2004; MCCABE et al., 2016; SUARES; FORD, 2011; VRIJENS et al., 2017; WHITEHEAD et al., 2009). Além disso, medicamentos antidepressivos podem ser um fator

de risco adicional para DS especialmente em homens (PREETI; JAYARAM; CHITTARANJAN, 2018). O presente estudo, verificou que ser mulher, ter mais de 60 anos, não ter um parceiro e ter alterações na vitalidade são fatores de risco para apresentação de pelo menos uma DAP.

Embora as DAP não imponham um risco alto de vida, elas têm um impacto altamente negativo na saúde da mulher e do homem, afetando vários aspectos da vida diária e da QV, incluindo atividades pessoais, sociais, laborais, sexuais e de lazer (MASEREJIAN et al., 2014; MOTA, 2017). Além disso podem levar ao sedentarismo e indiretamente influenciar para aumentar as taxas de doenças cardiovasculares e a funcionalidade dos pacientes. Portanto, os achados deste estudo, em função da prevalência de DAP encontrada e de seu impacto nos aspectos psicológicos e na QV, indica a importância do oferecimento de uma abordagem assistencial integral aos pacientes em reabilitação, como vem sendo extensivamente discutida nos últimos anos. Fornell, Wingren e Kjolhede (2004) enfatizaram a importância de avaliar e tratar o paciente como um todo no trabalho clínico diário. O estudo de Björnsdóttir et al. (2017) demonstrou que um programa de reabilitação biopsicossocial multidisciplinar pode melhorar de maneira eficiente o motivo da procura de tratamento, no caso em epígrafe, a dor musculoesqueléticas em mulheres e outras disfunções associadas. Isso é enfatizado em diretrizes para o tratamento das DAP proposta por associações internacionais como a Associação internacional uroginecológica (*IUGA*) e a Sociedade internacional de continência (*ICS*). Tais entidades destacam a importância de prestação de assistência à problemas pessoais ou psicológicos que afetem direta ou indiretamente as DAP (BO et al., 2016).

Dentre as limitações do estudo estão o alto recrutamento no ambulatório de ortopedia e traumatologia, sendo este o serviço em que há um maior fluxo de pacientes atendidos no CER (26.5% por mês aproximadamente) do que os outros setores de atendimento incluídos neste estudo, além de ter aproximadamente duas vezes mais profissionais que prestam serviço na área. Além disso, apesar da alta prevalência de DAP relatada em todo o mundo, sabe-se que de modo geral tais taxas ainda se encontram subestimadas em função do constrangimento das pessoas admitirem que possuem tais problemas (LANDEFELD et al., 2008). Esta pesquisa utilizou instrumentos validados de autorrelato de DAP, entretanto ainda assim alguns aspectos nos levam a crer que as altas taxas verificadas estão ainda subestimadas. Dois fatores podem ter contribuído para os participantes do presente estudo se sentirem constrangidos em relatar a presença de disfunções do assoalho pélvico e

consequentemente ter uma subestimação das prevalências obtidas: 1- o fato de que a coleta de dados ter ocorrido na sala de espera do CER, onde tem fluxo contínuo de pacientes com seus acompanhantes, 2- o fato de grande parte da amostra ter solicitado responder as questões em forma de entrevista em função de limitações de leitura e compreensão dos instrumentos destinados a serem auto aplicados, além de que a maior parte dos participantes incluídos na pesquisa eram pacientes ortopédicos que tendem a apresentar menores taxas de DAP se comparados a pacientes neurológicos (AVERBECK et al., 2015; WANG; HART; MIODUSKI, 2012). Também foi encontrada dificuldade em aplicar os questionários em pacientes idosos, do setor da geriatria e da neurologia em adultos, isto pelo comprometimento cognitivo, auditivo e/ou visual.

Os dados encontrados podem ser generalizados para outros centros de reabilitação que possuam características semelhantes ao apresentado neste estudo. A população deste estudo apresentou uma variação de idade entre 18 e 96 anos, a maioria de baixa escolaridade, autodeclarados brancos e economicamente estáveis.

São necessários mais estudos que demonstrem a relação das DAP com aspectos da qualidade de vida, autoestima, ansiedade e depressão, além da presença de fatores de risco entre eles, e o possível impacto das DAP em outras áreas de tratamento fisioterapêutico. É de grande importância no momento de abordar estas disfunções, levar em consideração o lugar de entrevista e a estratégia de perguntas, devido ao constrangimento dos participantes em relatar tais disfunções, podendo gerar respostas subestimadas.

O conhecimento geral da população no Brasil sobre o tema investigado neste estudo é baixo, havendo a necessidade de oferecimento de informação e ações, especialmente em serviços destinados à reabilitação geral dos pacientes (DE FREITAS *et al.*, 2018); além disso, tem sido demonstrado a necessidade de divulgação de informação, execução de programas inovadores de conscientização, triagem da comunidade, organização de níveis de atendimento nesta área, bem como expansão de serviços de informação e atendimento que possam tanto a prevenção e tratamento das disfunções do assoalho pélvico, como também a saúde mental, especialmente em populações carentes com doenças crônicas (AZIZI; AZADI; OTAGHI, 2019; BRAGA; NAJJAR, 2013; BELSEY, 2010; SALDANA; KAISER, 2017).

Do ponto de vista prático e como contribuição para o CER-HCFMRP-USP, os achados deste estudo possibilitaram a elaboração de um relatório que será encaminhado a todas as instancias administrativas do setor (Apêndice 3). Este relatório apresenta não só uma síntese

dos achados deste estudo, como também uma proposta de diversas ações socioeducativas e administrativas direcionadas a melhorar o conhecimento dos pacientes sobre as DAP e sua saúde mental, além de facilitar o acesso desses pacientes do CER- HCFMRP-USP a serviços interdisciplinares especializados. O objetivo é promover o conhecimento, atualizações e ações interdisciplinares entre os profissionais de saúde que atuam nestas áreas. Espera-se que seja viável implementar as ações planejadas e que futuros estudos possam avaliar o impacto de tais ações em aspectos, tais como a aquisição de conhecimento sobre o problema pelos pacientes e diferentes profissionais que atuam no CER , o impacto das ações na QV dos pacientes, na funcionalidade e no próprio processo de reabilitação entre outros . Em outras palavras, o conhecimento gerado por este estudo gerou um inquietação em decorrência das altas taxas de DAP encontradas, o que frutificou na busca por soluções, por meio de ações interdisciplinares que possam contribuir para qualificar ainda mais a assistência à saúde e reabilitação oferecida aos pacientes do CER-HCFMRP.

7. CONCLUSÃO

Os pacientes que realizam Fisioterapia no CER do HCFMRP apresentaram uma considerável prevalência de DAP. As mulheres apresentaram uma maior prevalência do que os homens nos relatos de IU, CI e DS. Houve também uma maior prevalência de sintomas de baixa autoestima, ansiedade e depressão entre as mulheres; e uma relação entre estes sintomas e as DAP. Em relação aos possíveis fatores de risco, verificou-se que os pacientes que apresentaram piores escores de vitalidade tiveram maior prevalência de DAP. Observou-se ainda que os idosos apresentaram uma maior chance de ter DAP do que as outras faixas etárias.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. T. Elaboração e validação do quociente sexual versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, p. 477-482, 2006
- ALWAAL, Amjad; BREYER, Benjamin N.; LUE, Tom F. Normal male sexual function: emphasis on orgasm and ejaculation. **Fertility And Sterility**, v. 104, n. 5, p. 1051-1060, nov. 2015
- ARRUDA, Guilherme Tavares de; BRAZ, Melissa Medeiros. prevalência de constipação intestinal em universitárias do curso de fisioterapia. **Saúde (santa Maria)**, v. 42, n. 2, p. 123-127, 14 dez. 2016
- AVERBECK, M. et al. Management of LUTS in patients with dementia and associated disorders. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, n. 2, p. 245-252, 2015.
- AVERY, K. et al. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 23, n. 4, p. 322-330, 2004.
- AZIZI, Milad; AZADI, Arman; OTAGHI, Masoumeh. The effect of a self-care programme on urinary incontinence and self-esteem in elderly men dwelling in nursing homes in Iran. **The Aging Male**, p. 1-7, 15 fev. 2019.
- BEDRETDINOVA, Dina *et al.* The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: is it similar in men and women?. **Urology**, v. 91, p. 83-89, maio 2016.
- BELSEY, J., et al. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, v. 31, n. 9, p. 938-949, 2010.
- BERGHMANS, Bary et al. Prevalence and triage of first contact pelvic floor dysfunction complaints in male patients referred to a Pelvic Care Centre. **Neurourology And Urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 487-491, 25 jan. 2015.
- BERGHMANS, Bary *et al.* Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a Pelvic Care Centre. **Neurourology And Urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 503-508, 23 mar. 2016.
- BHARUCHA, A. et al. Epidemiology, Pathophysiology and Classification of Fecal Incontinence: State of the Science Summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 110, n. 1, p. 127-136, 2015.
- BITTI, G. et al. Pelvic Floor Failure: MR Imaging Evaluation of Anatomic and Functional Abnormalities. **RadioGraphics**, v. 34, n. 2, p. 429-448, 2014.

BØ K. Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction. In: BØ, K. et al. **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice**. 2. ed. Edinburgh: Elsevier, 2015. p. 1-2.

BØ, K. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, n.2, p.221-225, 2016

BOTEGA, N. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995.

BRAGA De Lucenai, B.; NAJJAR Abdo, C. O papel da ansiedade na (dis)função sexual. **Diagn Tratamento**, v. 18, n. 2, p. 94-98, 2013

BUCKMAN, J.e.J. *et al.* Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: a four-phase systematic review and meta-synthesis. **Clinical Psychology Review**, v. 64, p. 13-38, ago. 2018.

CHIU, Maria *et al.* Trends in objectively measured and perceived mental health and use of mental health services: a population-based study in ontario, 2002-2014. **Canadian Medical Association Journal**, v. 192, n. 13, p. 329-337, 29 mar. 2020.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Qualidade de Vida Medical Outcomes Study 36 – item short-form health survey (SF-36). Dissertação (Doutorado em Medicina) – UNIFESP, São Paulo. 1997.

COFFITO - CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução COFFITO 80, de 09 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 21 mai. 1987. Disponível em: <http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-80--de-09-de-maio-de-1987--70.html>. Acesso em: 2 junho. 2020.

COLLETE, Vanessa Louise; ARAÚJO, Cora Luiza; MADRUGA, Samanta Winck. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em pelotas, rio grande do sul, brasil, 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1391-1402, jul. 2010.

COLLINS, Brigitte Rosemarie; O'BRIEN, Lorraine. Prevention and management of constipation in adults. **Nursing Standard**, v. 29, n. 32, p. 49-58, 8 abr. 2015.

DE AQUINO, Cecília Ferreira et al. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 2, set. 2017.

DE FREITAS, Leticia Maciel et al. Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 11, p. 1903-1909, 22 nov. 2018.

DINI, G.; QUARESMA, M.; FERREIRA, L. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-54, 2004.

ELBANA, Hemmat Mostafa; SALAMA, Amira Mohammed; BARAKAT, Mona Mohammed. Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life and Self Esteem of Postmenopausal Women. **American Journal Of Nursing Science**, v. 7, n. 5, p. 182-191, 2018.

ESPARZA, A.; TOMÁS, M.; PINA-ROCHE, F. Experiences of women and men living with urinary incontinence: A phenomenological study. **Applied Nursing Research**, v. 40, p. 68-75, 2018.

FAUBION, S.; RULLO, J. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. **American Family Physician**, v. 92, n. 4, p. 281-288, 2015.

FERNANDES L, et al. Efficacy of patient education and supervised exercise vs patient education alone in patients with hip osteoarthritis: a single blind randomized clinical trial. **Osteoarthritis Cartilage**, v. 18, n. 10, p. 1237-1243. 2010

FERREIRA, Cristine Homsy Jorge et al. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 26, n. 12, p. 1735-1750, 14 jun. 2015.

FORNELL, Eva Uustal; WINGREN, Gun; KJOLHEDE, Preben. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. **Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica**, v. 83, n. 4, p. 383-389, abr. 2004.

GALATI, M. et al. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 242-252, 2014.

GALVÃO-ALVES, J. Constipação Intestinal. **J Bras Med**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 2, p. 31-37, 2013.

GARCIA, Lillian Bolanheis et al. Constipação Intestinal: Aspectos Epidemiológicos e Clínicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 9, p. 153-162, jun. 2016.

HATZICHRISTOU, D. et al. Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 8, p. 1167, 2016.

HIANY, Nátalia. et al. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, v. 86, n. 24, p. 1-11, setembro 2018

IRBER, Paola Flores; DE MORAES, Marielly; FRIGO, Letícia Fernandez. Incontinência urinária e qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 5, p. 480-497, dez. 2016.

IRVINE, E.j. et al. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. **The American Journal Of Gastroenterology**, v. 97, n. 8, p. 1986-1993, ago. 2002

JUNQUEIRA, Jaqueline Betteloni; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2970, 2017.

KHANDELWAL C, KISTLER C. Diagnosis of urinary incontinence. **American family physician**, v. 87, n. 8, p. 543-550, 2013

KLOVNING, A. et al. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. **Neurourology and Urodynamics**, v. 28, n. 5, p. 411-415, 2009.

KRHUT, J. et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. **Neurourology and Urodynamics**, p. 1-6, 2018.

LACY et al. Bowel Disorders. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, pp.1399-1407, 2016

LAI, H Henry et al. "The Relationship Between Anxiety and Overactive Bladder or Urinary Incontinence Symptoms in the Clinical Population". **Urology**, v. 98, p. 50-57, 2016

LANDEFELD, C. Seth, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. **Annals of internal medicine**, v. 148, n. 6, p. 449-458, 2008.

LEITE, A. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 8, p. 396-401, 2007.

LEONARDO, Beatriz Cornélio; et al. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. **ACM arq. catarin. med**, v. 46, n. 2, p. 39-52, abr. - jun. 2017.

LIN, Chiao-Fan *et al.* Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. **Biomedical Journal**, v. 35, n. 4, p. 323-331, 2012.

LI-YUN-FONG, Ryan J. *et al.* 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. 226-237, fev. 2017.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes *et al.* Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2496-2505, Oct. 2018.

MACLENNAN AH, *et al.* The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. v. 107, n. 12, p. 1460-1470, 2000

MARCOLINO, J. *et al.* Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.

MARTINEC, Renata; PINJATELA, Renata; BALEN, Diana. Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis – a Preliminary Study. **Acta Clinica Croatica**, v. 1, n. 58, p. 157-166, mar. 2019.

MARUISH M. E. **User's Manual for the SF-36v2 Health Survey**. (3rd ed). Lincoln, RI: QualityMetric, Inc, 2011.

MASEREJIAN, N. N. *et al.* "Treatment status and risk factors for incidence and persistence of urinary incontinence in women." **International urogynecology journal**, v. 25, n. 6, pp.775-82, 2014.

MCCABE, Marita P. *et al.* Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. **The Journal Of Sexual Medicine**, v. 13, n. 2, p. 144-152, fev. 2016

MCCOOL, Megan E. *et al.* Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Sexual Medicine Reviews**, v. 4, n. 3, p. 197-212, jul. 2016.

MELO, Breno Guedes de *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em pacientes de serviços ambulatoriais de clínica médica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 4, p. 215-220, dez. 2019.

MONTICONE M, AMBROSINI E, BRUNATI R, *et al.* How balance task-specific training contributes to improving physical function in older subjects undergoing rehabilitation following hip fracture: a randomized controlled trial. **Clin Rehabil**. 2018;32(3):340-351.

MOREIRA J., Edson Duarte et al. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 123, n. 5, p. 234-241, Nov. 2005

MOTA, Renato Lains. Female urinary incontinence and sexuality. **International Braz J Urol**, v. 43, n. 1, p. 20-28, fev. 2017.

MUÑOZ-YAGÜE, T. et al. Fecal incontinence in men: Causes and clinical and manometric features. **World Journal of Gastroenterology**, v. 20, n. 24, p. 7933-7940, 2014.

NELSON, M.E., et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, **Madison**, v. 39, n. 8, p. 1435-1445, 2007.

NG, Kheng-Seong *et al.* Fecal Incontinence. **Diseases Of The Colon & Rectum**, v. 58, n. 12, p. 1194-1209, dez. 2015.

NOGUEIRA De Sousa, I. Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da Mulher no Climatério. Mestrado—[s.n.] **Universidade Fernando Pessoa**, 2013.

NORTON, Christine. Constipation in older patients: effects on quality of life. **British Journal Of Nursing**, v. 15, n. 4, p. 188-192, fev. 2006

NUNES, Samantha et al. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 382-388, nov. 2013.

OMS. Relatório Mundial sobre a Deficiência/ World Health Organization, 3e World Bank. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

OZKAN, Sevgi; OGCE, Filiz; CAKIR, Dilek. Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence. **Japan Journal Of Nursing Science**, v. 8, n. 1, p. 11-19, 29 ago. 2010.

PACAGNELLA, R.; MARTINEZ, E.; VIEIRA, E. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2333-2344, 2009.

PALSSON, Olafur S. et al. Development and Validation of the Rome IV Diagnostic Questionnaire for Adults. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1481-1491, maio 2016.

POSSATTO, Jessica de Medeiros; RABELO, Dóris Firmino. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 45-58, 30 jun. 2017.

PREETI, S; JAYARAM, S. D; CHITTARANJAN, A. Sexual Dysfunction in Patients with Antidepressant-treated Anxiety or Depressive Disorders: a pragmatic multivariable longitudinal study. **East Asian Archives Of Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 9-16, 30 mar. 2018.

RIBEIRÃO PRETO. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (ed.). Relatório de atividades. 2018. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/relatorios-de-atividades/>. Acesso em: 19 maio 2020.

RIBEIRÃO PRETO. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (ed.). Institucional. 2019. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/cer/informacao-galeria.aspx?id=697&ref=20&refV=103>. Acesso em: 19 maio 2020.

ROCCA Rossetti, S. Functional anatomy of pelvic floor. **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia**, v. 88, n. 1, p. 28-37, 2016

ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

ROSENBERG, M. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton, NJ: **Princeton University Press**; 1965.

SAIKI, L.; MEIZE-GROCHOWSKI, R. Urinary Incontinence and Psychosocial Factors Associated With Intimate Relationship Satisfaction Among Midlife Women. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 46, n. 4, p. 555-566, 2017.

SALDANA Ruiz, N.; KAISER, A. M. Fecal incontinence - Challenges and solutions. **World journal of gastroenterology**, v. 23, n 1, p. 11–24, 2017.

SÁNCHEZ-FUENTES, María del Mar; SANTOS-IGLESIAS, Pablo; SIERRA, Juan Carlos. A systematic review of sexual satisfaction. **International Journal Of Clinical And Health Psychology**, v. 14, n. 1, p. 67-75, jan. 2014.

SBICIGO, Juliana Burges; BANDEIRA, Denise Ruschel; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba , v. 15, n. 3, p. 395-403, Dec. 2010.

SCHMIDT, Fernanda Mateus Queiroz et al. Constipation: Prevalence and Associated Factors in Adults Living in Londrina, Southern Brazil. **Gastroenterology Nursing**, v. 39, n. 3, p. 204-211, 2016.

SECKINER, I. et al. Correlations between the ICIQ-SF score and urodynamic findings. **Neurourology and Urodynamics**, v. 26, n. 4, p. 492-494, 2007.

SETTE, Catarina Possenti; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes com câncer. **Saúde e Pesquisa**, Maringa (PR), v. 1, n. 11, p. 151-162, jan. 2018.

- SETTE, Catarina Possenti; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes com câncer. **Saúde e Pesquisa**, Maringa (PR), v. 1, n. 11, p. 151-162, jan. 2018.
- SIDDIQUI, N., Levin, P., Phadtare, A., Pietrobon, R. and Ammarell, N. Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 25, n. 7, p. 863-871, 2014
- SILVA, Mariana de Sousa; PINHO, Cláudia Porto Sabino. Intestinal constipation: prevalence and associated factors in hospital outpatients in brazilian northeast: Prevalence and associated factors in hospital outpatients in Brazilian Northeast. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 1, n. 36, p. 75-84, 28 fev. 2016
- SILVA, Mariana de Sousa; SABINO, Cláudia Porto Pinho. Intestinal constipation: prevalence and associated factors in hospital outpatients in brazilian northeast. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, V. 36, n. 1, p. 75-84, 28 fev. 2016.
- SOWISLO, Julia Friederike; ORTH, Ulrich. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. **Psychological Bulletin**, v. 139, n. 1, p. 213-240, jan. 2013.
- STEWART, M.; TAYLOR, S.; BRUNELL, C. Advances in MRI assessment of pelvic floor structure and function: a review. **Imaging**, v. 22, n. 1, p. 1-2, 2013.
- SUARES, Nicole C; FORD, Alexander C. Prevalence of, and Risk Factors for, Chronic Idiopathic Constipation in the Community: systematic review and meta-analysis. **American Journal Of Gastroenterology**, v. 106, n. 9, p. 1582-1591, set. 2011.
- TALARSKA, D. et al. Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. **Medical Science Monitor**, v. 24, n. 1, p. 1609-1612, 2018.
- TAMANINI, J. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004.
- TEIXEIRA, C. et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 1, p. 1208-1212, 2013.
- THÜROFF, J. et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. **Actas Urológicas Españolas**, v. 35, n. 7, p. 375, 2011.
- TOWNSEND, D. et al. Pathophysiology of fecal incontinence differs between men and women: a case-matched study in 200 patients. **Neurogastroenterology & Motility**, v. 28, n. 10, p. 1585-1587, 2016.

VASCONCELOS, Thiago Brasileiro de. Avaliação da qualidade de vida de pacientes amputados transtibiais unilaterais antes e após a protetização. **Fisioterapia Brasil**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 291-297, 20 maio 2017.

VERA, Renata Santinoni. Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular. 2012. xviii, 220 f., il. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)-**Universidade de Brasília**, Brasília, 2012.

VERBEEK, Michelle; HAYWARD, Lynsey. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. **Sexual Medicine Reviews**, v. 7, n. 4, p. 559-564, out. 2019.

VOLKMER, Cilene et al . Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2703-2715, Oct. 2012.

VRIJENS, D., et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions-A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, n. 7, p.1816-1823, 2017

WALD, A. et al. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 7, n. 28, p. 917-930, jul. 2008

WALLERSTEDT, A. et al. Patient and tumour-related factors for prediction of urinary incontinence after radical prostatectomy. **Scandinavian Journal of Urology**, v. 47, n. 4, p. 274-281, 2013.

WANG, C., et al. Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, n. 7-8, p.1112-1121, 2015

WANG, Y. C.; HART, D. L.; MIODUSKI, J. E. Characteristics of patients seeking outpatient rehabilitation for pelvic-floor dysfunction. **PHYSTHER** , 2012.

WHITEHEAD, William E. *et al.* Fecal Incontinence in US Adults: epidemiology and risk factors. **Gastroenterology**, v. 137, n. 2, p. 512-517, ago. 2009.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

WOLPE Raquel E et al. “Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review.” **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 211, p. 26-32, jan. 2017

WOODS, N.; MITCHELL, E. Consequences of incontinence for women during the menopausal transition and early postmenopause. Menopause: **The Journal of The North American Menopause Society**, v. 20, n. 9, p. 915-921, 2013.

XU, Dongjuan *et al.* Relationships among symptom severity, coping styles, and quality of life in community-dwelling women with urinary incontinence: a multiple mediator model. **Quality Of Life Research**, v. 25, n. 1, p. 223-232, Jan. 2016.

YUSUF, S.A.I.; Jorge, J.M.N.; Habr-Gama, A.; Kiss, D.R.; et al. Avaliação da Qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.41, n.3, p.202-8, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “**Sintomas de disfunção dos músculos do assoalho pélvico entre pacientes em atendimento no centro de reabilitação do hospital das clínicas de Ribeirão Preto**”. O objetivo primário da pesquisa é verificar prevalência e comparar os relatos de disfunções do assoalho pélvico, entre pacientes que realizam Fisioterapia no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Os riscos desta pesquisa incluem basicamente o seu possível constrangimento em responder questões relacionadas aos sintomas avaliados (incontinência urinária, incontinência fecal, disfunção sexual), além da possível quebra de sigilo durante a realização da pesquisa. Não haverá benefício direto com a pesquisa, mas espera-se que seus resultados possam ajudar a encontrar estratégias de reabilitação que incluam orientações relacionadas aos sintomas de disfunções dos músculos do assoalho pélvico entre usuários do CER.

Se você que não quiserem assinar o termo de consentimento, você estará automaticamente excluída do trabalho, porém **não** deixará de ser atendidas nos ambulatórios.

Não haverá recompensa financeira para participar do estudo. Na eventualidade de que você venha a necessitar de quaisquer tratamentos durante ou após a realização do estudo, e a este relacionados, estes serão fornecidos gratuitamente, sob nossa responsabilidade. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente de sua participação nesta pesquisa, você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no Brasil.

Caso ocorram despesas relativas a transporte e alimentação estas serão pagas pelo pesquisador responsável.

Com essa pesquisa, os benefícios não são só para você, mas poderão melhorar a qualidade de vida de muitas outras pacientes no futuro. Você terá garantia de acesso aos resultados parciais e finais do estudo.

Você receberá uma via deste termo rubricada em todas as páginas, com a assinatura do pesquisador principal e a sua. Nesta via consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Tendo recebido as informações acima e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, Eu, _____, RG _____,

abaixo assinada, concordo em participar do estudo. A mim, enquanto participante deste estudo fica garantido: 1. Receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outras questões relacionadas com a pesquisa e com o tratamento a qual serei submetida; 2. Ter liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento; 3. Ter segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade; 4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando; 5. Que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Não haverá recompensa financeira para as pacientes que participarem do estudo;

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do projeto de pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Assinatura da Paciente

Assinatura da Pesquisadora Responsável

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Prof^a. Dr^a. Cristine Homs Jorge Ferreira, Camila Chiazuto Catai, Samuel Lopes, Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes, Aura Maria Paternina de La Ossa.

Telefones de contato: (16) 3602-2311 (Ambulatório de Uroginecologia, segundas, quartas, quintas à tarde, das 13 às 17 horas) e (16) 3602-0741 (Laboratório de Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico- segunda à sexta das 8:00h às 12:00 horas). (16) 982419816 (todos os dias horário integral). (11) 95072-5047 (Aura Maria Paternina de la Ossa – qualquer horário).

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (16)3602-2228.

APÊNDICE 2: Questionário de caracterização

Questionário Clínico

CÓDIGO: _____

Data: __ / __ / __

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino DN: ____/____/____ Idade: ____ anos

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Religião: _____

Estado Civil: () Casada () Solteira () Viúva () Separada () Outros: _____

Se casada, Tempo de união: _____

Cor: () Branca () Parda () Negra () Outros: _____

Renda mensal: _____

Peso: ____ Kg Altura: ____ metros IMC: _____

Pratica exercício físico? () Sim () Não Se sim: o que e com que frequência? _____

*G __ P __ (N __ C __) A __ DUP: ____/____/____ Uso de CTO: () Sim () Não

*Gestante: () Sim () Não Se sim: IG: ____ semanas DUM: ____/____/____

*Climatérica: () Sim () Não Se sim: DUM: ____/____/____ Uso de TH: () Sim () Não

Medicamentos em uso: _____

Porque está fazendo fisioterapia/ Queixa principal? _____

Diagnóstico: _____

Sequelas: _____

Tem perda de urina quando tosse, ri, quando dá uma vontade louca de ir ao banheiro, quando terminou de fazer xixi e está colocando roupa ou quando dorme? () Sim () Não Se sim, aplicar ICQ-SF

Tem perda de fezes? () Sim () Não Se sim, aplicar FIQL

Tem constipação/ intestino preso? () Sim () Não - Considera sim só quando ocorre dois ou mais itens a seguir há pelo menos 3 meses: a) Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações; b) Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações; c) Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações; d) Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações; e) Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico); f) Menos de três evacuações por semana.

*Tem sensação de bola saindo pela vagina? () Sim () Não

*Teve relação sexual com penetração nas últimas 4 semanas? () Sim () Não Se sim, aplicar FSFI

Teve relação sexual com penetração nos últimos 6 meses? () Sim () Não Se sim, aplicar QMS

*Tem dor durante a relação sexual? () Sim () Não

*Você consegue ter relação sexual com penetração? () Sim () Não

Legenda:

* Perguntar só para as mulheres

Obs: Todos responderão os questionários relacionados a ansiedade, depressão e qualidade de vida

APÊNDICE 3: Relatório com plano de ação para o HC-FMRP

APRESENTAÇÃO

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) é uma Instituição Hospitalar de nível terciário, que faz parte de um complexo hospitalar de atenção integral à saúde, abrangendo uma população de quatro milhões de habitantes aproximadamente, incluindo usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, dos municípios de Ribeirão Preto, Franca, Araraquara, Barretos e outras regiões do Estado de São Paulo, até mesmo, de outros Estados e de outros países (RIBEIRÃO PRETO, 2018).

Este complexo inclui o Centro de Reabilitação (CER), vinculado à “Rede de Reabilitação Lucy Montoro” que, além de servir de campo de ensino e pesquisa na área da saúde junto ao HCFMRP-USP, é um centro de alta complexidade, que presta serviços de reabilitação multidisciplinar, que promove a recuperação física e psicológica do indivíduo portador de alguma deficiência, tendo em vista sua reintegração social e incorporando os princípios de bem-estar físico, psíquico e social (RIBEIRÃO PRETO, 2019).

Os traumatismos e doenças que levam as pessoas a necessitarem de reabilitação frequentemente estão relacionados à presença de outros distúrbios, como as disfunções do assoalho pélvico que apesar de terem um alto impacto na qualidade de vida, nos aspectos emocionais e psicológicos das pessoas muitas vezes não recebem a devida atenção, permanecendo invisíveis (AVERBECK et al., 2015; VRIJENS et al; 2017; WANG; HART; MIODUSKI, 2012).

Estas disfunções ocorrem pelo funcionamento inadequado ou alterado das estruturas que constituem o assoalho pélvico (BØ, 2015; BØ et al., 2016), incluindo algumas das seguintes:

- Incontinência urinária: perda involuntária de urina associada a um esforço físico e/ou uma forte vontade de urinar;
- Incontinência fecal: perda involuntária de fezes (líquidas ou sólidas) associada a um esforço físico e/ou uma forte vontade de urinar,
- Constipação intestinal: refere-se a uma condição em que a frequência evacuatória é inferior a 3x/semana, com fezes frequentemente grumosas ou endurecidas que requer esforço para evacuar.

- Disfunção sexual: alteração que se manifesta de forma persistente ou recorrente em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) feminina ou masculina.

(STEWART; TAYLOR; BRUNELL, 2013; BITTI et al., 2014).

Como fatores de risco para apresentar estas disfunções encontram-se: envelhecimento, demência, medicamentos, ocupação, gravidez, obesidade, gênero, cirurgia urológicas e ginecológicas, entre outros. (BØ, 2015; WALLERSTEDT et al., 2013).

A literatura é escassa em relação a prevalência destes problemas entre os pacientes que frequentam centros de reabilitação. Tais problemas acabam recebendo intervenções com maiores custos e riscos ao invés de intervenções conservadoras disponíveis em centros de reabilitação e que são eficazes e menos arriscadas para tratar vários tipos de disfunções do assoalho pélvico (DUMOULIN et al., 2016; SKARDOON et al., 2017; VONTHEIN et al., 2013).

Diante da falta de dados na literatura sobre a prevalência das disfunções do assoalho pélvico em centros de reabilitação, foi identificada a necessidade de conhecer e estimar a prevalência das disfunções do assoalho pélvico, incluindo incontinência urinária, incontinência fecal, constipação intestinal e disfunção sexual, além de conhecer o impacto na qualidade de vida dos pacientes que frequentam o CER. Dessa maneira, esses dados permitiriam a elaboração de um plano de ação, com medidas socioeducativas e ações administrativas, para melhorar o conhecimento dos pacientes sobre as disfunções do assoalho pélvico e a saúde mental, além de facilitar o acesso dos pacientes do CER ao serviço fisioterapêutico especializado.

Este relatório apresenta os resultados do projeto de pesquisa do tipo observacional-transversal, intitulado: “Sintomas de disfunção dos músculos do assoalho pélvico entre pacientes em atendimento no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Número CAAE: 62326616.6.0000.5440).

Objetivos da pesquisa

- Estimar a prevalência de relatos de disfunções do assoalho pélvico, estado de autoestima, ansiedade, depressão e qualidade de vida entre pacientes que realizam Fisioterapia no CER do HCFMRP-USP.

- Verificar se existe a relação entre os relatos de disfunções do assoalho pélvico e ansiedade, depressão, autoestima e qualidade de vida.
- Apresentar ao HCFMRP um relatório da pesquisa com sugestões de plano de ação.

Objetivos do relatório

- Apresentar de forma simples os resultados obtidos na pesquisa.
- Discutir a relevância dos resultados obtidos na pesquisa.
- Sugerir um plano de ação para debelar os problemas encontrados na pesquisa.

METODOLOGIA APLICADA

Foram incluídos participantes maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que estavam em atendimento fisioterapêutico no CER do HCFMRP-USP e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos os participantes que apresentaram dificuldade na compreensão da entrevista, não responderam a totalidade dos questionários e que estiveram em atendimento fisioterapêutico no setor de reabilitação do assoalho pélvico.

O tamanho amostral foi estimado por uma amostra aleatória estratificada por sexo e com alocação uniforme, sendo a população limitada de pacientes atendidos por fisioterapia no CER no ano 2017 (N=3834), prevalência de mulheres=0,75, prevalência de homens=0,125, prevalência de crianças=0,125 e nível de confiança de 0,05. resultando uma amostra de 248 participantes.

Os participantes foram recrutados e entrevistados na sala de espera do CER, sendo que a coleta de dados ocorreu entre os anos de 2018 a 2020. Inicialmente foi aplicado um questionário para caracterizar a população, em relação aos aspectos sociodemográficos e clínicos. Posteriormente, foi aplicado um instrumento de rastreio, com perguntas gerais sobre disfunções do assoalho pélvico, que determinou a aplicação dos questionários específicos, traduzidos e validados para o português, para cada disfunção, apresentadas a seguir.

Foi utilizado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire– Short Form (ICIQ–SF)* para avaliar a presença de incontinência urinária. Este questionário é constituído de 6 questões que avaliam os sintomas, a severidade da perda de urina e o impacto que a incontinência urinária apresenta na qualidade de vida dos participantes, nas últimas 4 semanas. Do conjunto das cinco primeiras questões, obtém-se um escore, cujo valor pode variar de 0

(quando não há relato de perda urinária, não apresentando impacto na qualidade de vida) a 21 (maior na severidade da incontinência urinária e máximo impacto na qualidade de vida). Por fim, a questão 6 do questionário, corresponde às ocasiões em que a perda urinária ocorre (TAMANINI et al., 2004).

Foi usado o *Fecal Incontinence Quality of life (FIQL)* para avaliar a incontinência fecal. É um instrumento composto por 29 questões, divididas em quatro domínios –estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento– pontuados de 1 a 4 e, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida relacionada à incontinência fecal (YUSUF et al, 2004).

Para estabelecer o diagnóstico de constipação intestinal, foram usados os Critérios de Roma IV, que considera a presença de constipação intestinal apenas quando o participante relata frequência evacuatória inferior a 3x/semana, há pelo menos 3 meses e, além disso, dois ou mais itens dentre os seguintes: a) Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações; b) Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações; c) Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações; d) Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações; e) manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico). Tais sintomas devem estar presentes há pelo menos 6 meses antes do diagnóstico (Lacy et al, 2016).

Foi utilizado o *Índice de Função Sexual Feminina* para avaliação da função sexual feminina. É composto por 19 questões, que avaliam os domínios do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e sintomatologia dolorosa com a atividade sexual no último mês. A pontuação final do instrumento pode variar de 2 a 36, que representa a soma de todos os domínios e, quanto maior a pontuação, melhor a função sexual (LEITE et al., 2007; PACAGNELLA et al., 2009). Os escores totais de 26.5 ou menores, caracterizam risco de disfunção sexual feminina (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

O *Quociente Sexual* - versão masculina, é um instrumento que avalia a função sexual de homens nos últimos 6 meses e que pode auxiliar no diagnóstico da disfunção sexual masculina (ABDO, 2006). É composto por 10 questões que resultam em um escore entre 0 a 100, com valores maiores indicando melhor desempenho/satisfação sexual. Também pode ser interpretado por categorias: nulo a ruim (0-20), ruim a desfavorável (22-40), desfavorável a regular (42-60), regular a bom (62-80) e bom a excelente (82-100). Neste relatório foi considerado risco de disfunção sexual escores menores de 61.

Todos os participantes responderam os questionários traduzidos e validados para o português para avaliação da autoestima, ansiedade, depressão e qualidade de vida: Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida – *Short Form 36-item (SF-36)*, respectivamente.

A *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)* é composta por cinco itens que avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo e cinco que avaliam sentimentos negativos. A pontuação final pode variar de zero a 30 pontos, no qual o zero representa o pior estado de autoestima e o 30 o melhor estado de autoestima. Resultados menores de 15 pontos podem demonstrar uma alteração na autoestima (DINI, QUARESMA E FERREIRA, 2004).

A *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)* é composta por 14 questões do tipo múltipla escolha, sendo sete destinadas à avaliação da ansiedade e sete da depressão. O escore máximo por subescala equivalente a 21 pontos e a interpretação de cada subescala é definida como: pontuações entre oito e 10 identificam os casos leves, de 11 a 15 os moderados e 16 ou mais, os casos graves (Botega et al., 1995).

O *Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36)* é dividido em oito domínios (CICONELLI, 1997): capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores, cuja gradação varia de 0 a 100, de cada componente, resultando em um estado de saúde melhor ou pior. Na literatura não existe um consenso de ponto de corte para este instrumento, porém na guia do questionário foi estabelecido que a média dos escores é 50 (± 10), e alguns estudos consideraram escore acima de 60 como preservada ou boa qualidade de vida (MARUISH, 2011; SETTE; CAPITÃO, 2018).

A aplicação dos questionários foi realizada com uma duração total entre 15 e 40 minutos aproximadamente, antes e/ou depois de receber o atendimento fisioterapêutico.

Análise estatística

A análise estatística foi feita pelo programa SPSS 22. O teste Qui-quadrado foi utilizado para estabelecer a associação dos relatos dos sintomas de disfunções do assoalho pélvico entre mulheres e homens. O Coeficiente de Correlação de Pearson foi utilizado para correlacionar os escores do *ICIQ-SF*, o quociente sexual versão masculina e o índice de função sexual feminina com os escores de autoestima, depressão, ansiedade e qualidade de vida. Para estabelecer a relação entre ter ou não, pelo menos 1 disfunção do assoalho pélvico, com aspetos emocionais

e possíveis fatores de risco, foi utilizado um modelo de regressão logística binária, com processo de seleção backward de variáveis. Tal critério consistiu em ajustar um modelo inicial, considerando todas as variáveis que, na literatura e segundo o objetivo do estudo, são ou poderiam ter uma associação. Tendo este modelo como fundamento, foram eliminadas as variáveis sem associação.

Em todos os testes foi adotado um intervalo de confiança de 95%, sendo considerado o nível de significância de $p < 0,05$. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para testar a normalidade dos dados.

RESULTADOS

Os dados obtidos estão apresentados em gráficos e tabelas permitindo uma melhor visualização.

Foram recrutados 298 participantes, 45 foram excluídos por apresentar pelo menos 1 critério de exclusão e 253 foram incluídos na pesquisa, 144 mulheres e 109 homens.

As mulheres apresentaram uma faixa etária entre 20 e 96 anos e os homens entre 18 e 84 anos. A maioria dos participantes eram sedentários (74,3%). A tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1: Características sociodemográficas entre sexo

N=253	Mulheres	Homens
	N=144	N=109
Idade; md (amplitude)	58 (76)	47 (66)
IMC; $\bar{x} \pm DP$	28.5 ± 5.83	27.2 ± 5.31
Escolaridade; n (%)		
Analfabeta	1 (0.7)	0 (0)
Ensino Fundamental	78 (54.2)	56 (51.4)
Ensino Médio	45 (31.3)	39 (35.8)
Ensino Superior	20 (13.9)	11 (10.1)
Pós-graduação	0 (0)	3 (2.7)
Ocupação; n (%)		
Empregado	51 (35.4)	54 (49.5)
Desempregado	9 (6.3)	12 (11.1)
Aposentado	51 (35.4)	40 (36.7)
Do lar	28 (19.4)	1 (0.9)
Estudante / Estagiário	5 (3.5)	2 (1.8)
Renda Mensal; n (%)		
< R\$ 1.000	68 (47.2)	30 (27.5)
R\$ 1.000 - R\$ 4.999	75 (52.1)	69 (63.3)
R\$5.000 - 10.000	1 (0.7)	10 (9.2)
Setor em atendimento; n (%)		
Geriatria	9 (6.2)	8 (7.3)
Ortopedia e traumatologia	88 (61.1)	54 (49.5)

Neurologia	11 (7.6)	20 (18.4)
Cefaleia	8 (5.6)	0 (0)
Cardiovascular	5 (3.5)	0 (0)
Terapia de mão	4 (2.8)	8 (7.3)
Amputados	3 (2.1)	8 (7.3)
Reumatologia e imunologia	14 (9.7)	5 (4.6)
Dermatologia	2 (1.4)	6 (5.5)

N= número total; n= número; % = porcentagem; md = mediana; $\bar{x}$ = média;

DP = desvio padrão

Ao considerar as disfunções do assoalho pélvico em geral, 59% das mulheres e 27,5% dos homens relataram pelo menos ter 1 disfunção do assoalho pélvico, com uma relação significativa entre sexo ($p < 0.001$). Ver Tabela 2.

Tabela 2: Relatos de disfunções do assoalho pélvico

Relatos de sintomas disfunções do assoalho pélvico (N=253)	Mulheres N = 144	Homens N = 109	p valor *
	N (%)	N (%)	
Ausência de disfunções do assoalho pélvico	59 (41)	79 (72.5)	<0.001
1 disfunção do assoalho pélvico	63 (43.7)	24 (22)	
2 disfunções do assoalho pélvico	20 (13.9)	6 (5.5)	
3 disfunções do assoalho pélvico	2 (1.4)	0 (0)	

*Teste de Chi-quadrado

N= número total; n= número; % = porcentagem

O Gráfico 1 mostra que as mulheres apresentaram uma prevalência maior do que os homens nos relatos de incontinência urinária, constipação intestinal e risco de disfunção sexual.

Gráfico 1: Prevalência de disfunções do assoalho pélvico

O Gráfico 2 mostra que as mulheres relataram com maior frequência sintomas de baixa autoestima, ansiedade e depressão. Nesta análise, é importante destacar que 49 (34%) mulheres relataram sintomas de depressão e 68 (47,2%) mulheres relataram sintomas de ansiedade. Dentre essas, 14 (28,6%) alegaram usar medicamentos para a depressão e 16 (23,5%) alegaram usar medicamentos para a ansiedade.

Nos homens, 19 (17,4%) participantes relataram sintomas de depressão e 38 (34,9%) participantes relataram sintomas de ansiedade, porém somente 1 (5,3%) relatou usar medicamento para a depressão e 4 (10,5%) deles relataram usar medicamentos para a ansiedade.

Gráfico 2: Prevalência dos aspectos psicológicos

Nas mulheres e nos homens encontrou-se que os domínios de aspectos emocionais, capacidade funcional, dor e aspectos físicos apresentam piores valores (abaixo de 60) de qualidade de vida. Além de pior vitalidade só nas mulheres. O Gráfico 3 mostra a média dos escores do instrumento de Qualidade de Vida - SF-36.

Gráfico 3: Média do escore dos domínios da qualidade de vida

Nas mulheres, foi verificado que, quanto maior a gravidade da incontinência urinária, maior a gravidade dos sintomas de ansiedade ($r=0,179$; $p=0,032$), depressão ($r=0,233$; $p=0,005$) e baixa autoestima ($r=-0,292$; $p<0,001$). Ver figura 1.

Adicionalmente, na análise de correlação entre incontinência urinária e os domínios da qualidade de vida nas mulheres, foi observado que, quanto maior a gravidade da incontinência urinária, maiores foram as limitações na capacidade funcional ($r=-0,324$; $p<0,001$), pior estado geral de saúde ($r=-0,221$; $p=0,008$), maiores limitações de aspectos sociais ($r=-0,229$; $p=0,006$), maiores limitações de aspectos emocionais ($r=-0,192$; $p=0,021$), pior estado de saúde mental ($r=-0,240$; $p=0,004$) e pior vitalidade ($r=-0,289$; $p<0,001$).

Nos homens verificou-se que quanto maior a gravidade da incontinência urinária, maior a gravidade dos sintomas de ansiedade ($r=0,199$; $p=0,038$). Ver Figura 1.

A Figura 2 apresenta a análise de correlação entre a função sexual dos homens e das mulheres com o escore da escala de autoestima de Rosenberg. Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre essas variáveis ($p>0,005$).

Figura 1: Correlações entre os escores dos questionários para avaliar a severidade dos sintomas de incontinência urinária e ansiedade e depressão. **A** = Correlação entre a severidade dos sintomas de incontinência urinária e autoestima; **B** = Correlação entre a severidade dos sintomas de incontinência urinária e ansiedade; **C** = Correlação entre a severidade dos sintomas de incontinência urinária e depressão.

Com relação à função sexual feminina, foi verificada que, quanto pior a função sexual maior a gravidade dos sintomas de depressão ($r = -0,307$; $p = 0,043$). Não houve correlação entre a função sexual feminina e os sintomas de ansiedade. Nos 63 homens que relataram ter relações sexuais nos últimos 6 meses, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a função sexual e os aspectos psicológicos. Ver figura 3.

Figura 2: Correlações entre a função sexual e a autoestima. **A** = Correlação entre a função sexual feminina e autoestima; **B** = Correlação entre a função sexual masculina e autoestima.

Figura 3: Correlações entre os escores dos questionários para avaliar a função sexual, a ansiedade e depressão. **A** = Correlação da função sexual feminina com ansiedade e depressão; **B** = Correlação da função sexual masculina com ansiedade e depressão.

A figura 4 refere-se às características significativas associadas à presença de disfunções do assoalho pélvico, em um modelo de análise múltipla. Foi observado que as mulheres apresentaram uma chance aproximada de quatro vezes maior de ter disfunções do assoalho pélvico do que os homens (Figura 4A). Os participantes maiores de 60 anos apresentaram uma chance duas vezes maior de ter disfunções do assoalho pélvico em relação ao grupo de referência (Figura 4C).

Não ter parceiro aumentou quase duas vezes a chance de não apresentar disfunções do assoalho pélvico (Figura 4B). Por cada diminuição no escore do domínio de vitalidade aumenta-se duas vezes a possibilidade de ter disfunções do assoalho pélvico (Figura 4D).

Abreviações = REF: referência; OR (-): Odds ratio (limite inferior do intervalo de confiança do 95% – limite superior do intervalo de confiança do 95%); < = menor; > = maior

Figura 4: Características que se associam a presença de disfunções do assoalho pélvico. Análise multivariada. **A** = Relação entre disfunções do assoalho pélvico e sexo; **B** = Relação entre disfunções do assoalho pélvico e estado civil; **C** = Relação entre disfunções do assoalho pélvico e idade; **D** = Relação entre disfunções do assoalho pélvico e o domínio vitalidade do questionário de qualidade de vida *SF-36*.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa verificou uma alta taxa de prevalência de sintomas auto relatados de disfunções do assoalho pélvico entre pacientes que realizavam fisioterapia no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP. Na amostra total estudada, quase a metade dos pacientes (45,4%) relataram, pelo menos um sintoma de disfunções do assoalho pélvico.

Foi verificado que, a prevalência de relatos de incontinência urinária em mulheres e homens atendidos no CER foi de 28% e 14%, respectivamente. Os resultados do presente estudo são similares ao trabalho de Junqueira & Santos (2018), que encontraram uma prevalência de 28% de mulheres e 16% de homens com incontinência urinária, dentre 319 pacientes avaliados, internados em unidades de clínica médica e cirúrgica, unidade de terapia intensiva adulto e do alojamento conjunto.

Em relação à incontinência fecal, uma revisão sistemática desenvolvida por Ng et al. (2015) que incluiu 32 estudos, observou que a prevalência de incontinência fecal variou entre 2% a 21%, em uma amostra representativa de homens e mulheres com idade ≥ 18 ano. No entanto, nos estudos que atendiam a quatro ou mais dos critérios de qualidade, os autores verificaram que a prevalência de incontinência fecal variou entre 8% a 13%. No presente estudo foi verificado uma prevalência mais alta de constipação intestinal (25%) e mais baixa de incontinência fecal (0%) entre as mulheres, contrário ao verificado nos homens (10% de constipação intestinal e 14% de incontinência fecal), que será discutida abaixo.

Baseado em uma pesquisa de população de três países (Estados Unidos, Canadá e Reino Unido), na população geral, seguindo os Critérios de Roma IV, a prevalência de constipação intestinal, ou também chamada constipação funcional, foi de 45,6% (PALSSON *et al.*, 2016). No Brasil, na cidade de Londrina, em uma amostra de 2.162 indivíduos selecionados por meio de amostragem por conglomerados, foi verificada uma prevalência geral de 14,6% (Intervalo de confiança 95%: 13,1–16,1). As mulheres tiveram uma prevalência bem maior que os homens (22% vs 5%) (SCHMIDT *et al.*, 2016). Entretanto esse estudo selecionou uma amostra da população geral, o que justifica terem encontrado uma prevalência mais baixa de constipação intestinal tanto entre homens, quanto entre mulheres. Sabe-se que alterações de mobilidade e doenças neurológicas contribuem para constipação intestinal (GARCIA *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2016).

Já no estudo de Silva e Sabino (2016), desenvolvido no setor ambulatorial geral de nutrição do Hospital das Clínicas do nordeste brasileiro, verificaram uma prevalência maior de autorrelatos de constipação funcional (54% e 32% das mulheres e homens, respectivamente).

Porém, deve-se considerar um possível viés, relacionado à alta prevalência em função da área de nutrição receber pacientes com constipação para serem tratados. Neste sentido, comparando com nossos achados, é necessário considerar que a prevalência tanto de constipação intestinal como de incontinência fecal, possivelmente são maiores, dependendo da área da fisioterapia que os pacientes são atendidos, pois a maior parte dos que participaram desta pesquisa eram do setor de ortopedia e traumatologia e já está estabelecido na literatura que pacientes neurológicos e geriátricos podem apresentar maior prevalência de incontinência fecal ou constipação intestinal (NG, 2015; PARK et al., 2017; SERRA et al., 2018; SUARES; FORD, 2011).

O relato de risco de disfunção sexual nas mulheres no CER apresentou uma prevalência de 75%, sendo essa taxa quase duas vezes maior do que a verificada na declaração de consenso do Comitê 1 da Quarta Consulta Internacional de Medicina Sexual de 2015 (MCCABE et al., 2016), no qual chegaram a um consenso de que 40% a 50% das mulheres relataram a presença de pelo menos uma disfunção sexual, independentemente da idade.

Já em relação aos homens, verificaram uma variação de 17% a 80% aproximadamente, dependendo do tipo de disfunção sexual e a idade. Esta ampla variação se deu pelo fato que não foi possível para este comitê estabelecer um consenso da prevalência de disfunções sexuais masculinas devido às amplas faixas de definições, populações estudadas e desenhos de estudos usados não (MCCABE et al., 2016). No presente estudo a prevalência de relatos de risco de disfunção sexual nos homens foi de 16%.

Estes achados, poderiam ser explicado por questões culturais, onde possivelmente as mulheres podem ter uma abertura maior para relatar problemas sexuais, especialmente pelo fato da entrevistadora ser mulher, enquanto que os homens poderiam ter uma maior dificuldade em relatar problemas sexuais, em decorrência de um sentimento de cobrança social da masculinidade, relacionada a um bom desempenho sexual e ausência de problemas (MOREIRA et al., 2005; LI-YUN-FONG et al., 2017).

É importante destacar que, a alta prevalência de outras disfunções do assoalho pélvico entre as mulheres, também influenciam a prevalência de disfunções sexuais, uma vez que está estabelecida uma associação com outros sintomas de disfunção do assoalho pélvico (VERBEEK; HAYWARD, 2019). Ademais, é importante mencionar que o tratamento de sintomas de disfunção do assoalho pélvico, por meio de treinamento dos músculos do assoalho pélvico, melhora alguns sintomas de disfunção sexual (FERREIRA et al. 2015).

Adicionalmente, a literatura relata que, pelo menos um em cada quatro pacientes que procuram tratamento para uma disfunção específica do assoalho pélvico, acabam revelando

outras disfunções do assoalho pélvico, destacando que estas podem ser multifatoriais e interativas, sendo o corpo humano, incluído o assoalho pélvico, um complexo anátomo funcional (BERGHMANS *et al.* 2015; BERGHMANS *et al.* 2016). Nosso estudo encontrou resultados similares mesmo tendo incluído pacientes que não estavam sendo tratados pela fisioterapia em virtude de disfunções do assoalho pélvico. Um em cada quatro pacientes incluídos se queixaram de mais de um sintoma de disfunção do assoalho pélvico, sendo 3.86/1 mulheres e 5/1 homens.

Por outro lado, os transtornos mentais são considerados uma preocupação de saúde pública, e mesmo que estejam sendo mais abordados, estudados e percebidos como um problema significativo nas pessoas, ainda há uma prevalência significativa na população não atendida por especialistas na área nos sistemas de saúde (CHIU *et al.*, 2020; HIAN, 2018) e nos pacientes ambulatoriais e/ou internados (LEONARDO *et al.*, 2017; POSSATTO; RABELO, 2017; MELO *et al.*, 2019).

No CER, estes transtornos e piores estados de percepção da saúde (qualidade de vida) apresentaram maior prevalência nas mulheres do que nos homens. A ansiedade foi o aspecto psicológico com maior prevalência entre homens e mulheres, seguida de depressão e baixa autoestima. Esses achados estão de acordo com o estudo de Nunes *et al.* (2013), que avaliaram pacientes internados em um Hospital Universitário da cidade de Salvador-BA e verificaram maiores índices de ansiedade (35%) do que de depressão (12%), nessa população. Além disso, no estudo de Fernandes *et al.* (2010), analisou pacientes com osteoartrose e verificou que as mulheres apresentam pior qualidade de vida do que os homens.

A presença das disfunções do assoalho pélvico pode impactar negativamente na qualidade de vida das pessoas, levando ao constrangimento, isolamento social e contribuindo para o sedentarismo (WANG *et al.*, 2012; NYGAARD; SHAW, 2016;). Tem sido demonstrado que a idade avançada, mau estado geral de saúde e ser mulher são alguns dos fatores de risco para presença de disfunções do assoalho pélvico e, adicionalmente, transtornos psicológicos como depressão e ansiedade, aproximadamente, duplicam o risco para persistência de sintomas de disfunções do assoalho pélvico, principalmente incontinência urinária e disfunção sexual (FORNELL; WINGREN; KJOLHEDE, 2004; SUARES; FORD, 2011; MASEREJIAN *et al.*, 2014; BENÍCIO *et al.*, 2016; MCCABE *et al.*, 2016).

Em um estudo retrospectivo desenvolvido pela OMS nos Estados Unidos (WANG *et al.*, 2005), foi confirmado que fazer uma triagem de saúde mental faz com que aumente a procura pelo tratamento adequado e a conscientização de sua importância por parte dos

pacientes e dos profissionais da saúde, melhorando a qualidade da assistência prestada nas diferentes áreas à pacientes com transtornos mentais.

Também foi observada no estudo de Wang et al (2005) e em diversos outros estudos (CHAPDELAINE *et al.*, 2018; FORTNEY *et al.*, 2018; SAGAR-OURIAGHLI *et al.*, 2019) a necessidade de divulgação sobre a temática, da execução de programas inovadores de conscientização e triagem da comunidade e da expansão de serviços de saúde mental para áreas carentes (idosos, minorias étnico-raciais, pessoas com baixa renda, pessoas sem seguro-saúde e residentes de áreas rurais), especialmente em populações com doenças crônicas e/ou pacientes com doenças que apresentam alto impacto na qualidade de vida como são as disfunções do assoalho pélvico (AZIZI; AZADI; OTAGHI, 2019; BRAGA; NAJJAR, 2013; BELSEY, 2010; SALDANA; KAISER, 2017).

Em outras palavras, o conhecimento dos problemas melhora a busca por soluções, e o conhecimento geral da população no Brasil é baixo, havendo a necessidade de oferecimento de informação e ações, especialmente no ambiente destinado à reabilitação (DE FREITAS *et al.*, 2018).

O presente estudo apresenta algumas limitações. Apesar da alta prevalência de disfunções do assoalho pélvico relatada em todo o mundo, sabe-se que de modo geral tais taxas ainda encontram-se subestimadas em função do constrangimento das pessoas admitirem que possuem tais problemas (LANDEFELD *et al.*, 2008). O presente estudo utilizou instrumentos validados de autorrelato de disfunções do assoalho pélvico, entretanto, ainda assim alguns aspectos nos levam a crer que as altas taxas verificadas estão ainda subestimadas.

Dois fatores podem ter contribuído para os participantes se sentirem constrangidos em relatar a presença de disfunções do assoalho pélvico e conseqüentemente ter uma subestimação das prevalências obtidas: 1) o fato da coleta de dados ter ocorrido em local público (sala de espera do CER); 2) o fato de grande parte da amostra ter solicitado responder as questões em forma de entrevista, em função de limitações de leitura e compreensão dos instrumentos destinados a serem auto aplicados, além de que a maior parte dos pacientes incluídos na pesquisa eram pacientes ortopédicos que tendem a apresentar menores taxas de disfunções do assoalho pélvico se comparados a pacientes neurológicos (WANG; HART; MIODUSKI, 2012; AVERBECK *et al.*, 2015).

Em situação ideal, para evitar o constrangimento ao responder as questões, o instrumento deveria ser respondido por escrito e individualmente pelos pacientes, entretanto há recomendações para coleta de dados em forma de entrevista quando a amostra é composta por

pacientes com baixo nível de escolaridade e tenham dificuldades de compreender as questões (BORGES; PINHEIRO, 2002; TAMANINI *et al.*, 2003). Um indicativo de constrangimento das participantes desta pesquisa em responder as questões é o fato de não ter nenhum relato de incontinência fecal entre as mulheres, o que foge muito da prevalência relatada na literatura que varia de 7% a 15% na população feminina geral maior de 20 anos, prevalência que aumenta proporcionalmente com a idade (BHARUCHA *et al.*, 2015). É importante mais uma vez destacar que o presente estudo não incluiu pacientes tratados no CER na área específica de reabilitação do assoalho pélvico, uma vez que isso aumentaria consideravelmente as taxas de prevalência observadas.

PLANO DE AÇÃO

Como estratégia para abordar os resultados encontrados nesta pesquisa, sugere-se o seguinte plano de ação:

Como primeira ação, sugere-se a capacitação e atualização dos profissionais de saúde do CER, para uma identificação rápida de disfunções do assoalho pélvico e de sintomas de problemas psicológicos.

Essa capacitação poderá ser realizada presencialmente ou via virtual, duas vezes por ano, com psiquiatra / psicólogo, ginecologistas, urologistas, coloproctologistas, enfermeiras, fisioterapeutas especialistas em saúde da mulher/assoalho pélvico, integrantes do Laboratório de Avaliação Funcional dos Músculos do Assoalho Pélvico (LAFAP), tendo em vista que o LAFAP atualmente tem participação direta no CER, incluindo atendimentos / supervisão, ensino e pesquisa.

Capacitados, esses profissionais poderão identificar, de forma rápida, possíveis disfunções do assoalho pélvico e/ou problemas psicológicos, oferecer orientações gerais e, quando necessário, encaminhar as demandas para a equipe de fisioterapia voltada ao assoalho pélvico, psicologia e enfermagem. Tais ações proporcionarão uma maior integração entre a equipe de saúde que trabalha no CER, favorecendo a interdisciplinaridade e a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Quando os pacientes forem encaminhados para a fisioterapia, as integrantes do Laboratório de Avaliação Funcional dos Músculos do Assoalho Pélvico (LAFAP), sob coordenação da Profa. Dra Cristine Homsy Jorge Ferreira, conduzirão um projeto de extensão continuada, envolvendo também estudantes da Liga de Fisioterapia na Saúde da Mulher (LiSM), que, sob supervisão, realizarão a triagem desses pacientes uma vez por semana, para oferecer orientações sobre saúde do assoalho pélvico e orientar para o encaminhamento para o

médico/fisioterapeuta, dependendo da gravidade dos sintomas, do impacto na qualidade de vida dos pacientes e da sua procedência.

A Liga de Fisioterapia na Saúde da Mulher (LiSM) é um órgão vinculado ao Centro Acadêmico da Fisioterapia da FMRP que tem por objetivos: promover a pesquisa, o estudo, o ensino e a extensão de serviço à comunidade e contribuir para a realização de campanhas de orientação e informação, além de atualizar os profissionais, pesquisadores da área da saúde e a comunidade sobre fisioterapia na saúde do assoalho pélvico, especialmente o da mulher (LiSM, 2019).

Além disso, propõe-se a criação do Centro de Apoio a Pacientes com Disfunções do Assoalho Pélvico - CDAP do CER, para a realização de reuniões científicas, atividades educativas voltada aos pacientes e treinamento voltados a equipe do CER, incluindo temas relacionados a saúde mental e disfunções do assoalho pélvico. Serão organizadas atividades pelo LAFAP-FMRP-USP e integrantes de outras áreas interessadas em participar e contribuir para as atividades do CDAP, incluindo fisioterapeutas, enfermeiras, médicos coloproctologista, GO, urologista, integrantes da Liga de Fisioterapia na Saúde da Mulher (LiSM) entre outros interessados.

Por último, como visto nos resultados deste estudo, a população idosa é a que tem maior chance de sofrer disfunções do assoalho pélvico. Sugere-se então a inclusão de triagem para disfunções do assoalho pélvico na avaliação de idosos atendidos por todos os profissionais do CER e entrega de folheto explicativo que será confeccionado pelo CDAP.

Este plano de ação pode ser observado resumidamente na Tabela 3.

Tabela 3: Plano de ação

	Ação (o que precisa ser feito)	Atividades	Público alvo	Recursos necessário	Atores / responsáveis	Periodicidade de
1	Identificação rápida de disfunções do assoalho pélvico	Capacitação	Profissionais da saúde	Projeto/ Sala de aula/ videoconferência	Coloproctologista/ Enfermeiro/ Ginecologista/ Fisioterapeuta/ Urologista	2 vezes por ano
2	Identificação rápida de sintomas de problemas psicológicos mais frequentes	Capacitação	Profissionais da saúde	Projeto/ Sala de aula/ videoconferência	Psicólogo/ Psiquiatra	2 vezes por ano
3	Suporte psicológico para	Capacitação	Profissionais da saúde	Projeto/ Sala de aula/	Psicólogo/ Psiquiatra	2 vezes por ano

pacientes que sofrem de disfunções do assoalho pélvico			videoconferência			
4	Identificar presença de disfunções do assoalho pélvico	Triagem	Pacientes e funcionários	-	Profissionais de saúde	Contínuo
5	Abordar temáticas de saúde do assoalho pélvico	Palestras, cartilhas, pôster	Pacientes, acompanhantes e funcionários	Papel/ Cartolina/ Impressora	Coloproctologista/ Enfermeiro/ Ginecologista/ Fisioterapeuta/ Urologista	1 vez por mês
6	Abordar temáticas de saúde mental relacionada às disfunções do assoalho pélvico	Palestras, cartilhas, pôster	Pacientes, acompanhantes e funcionários	Papel/ Cartolina/ Impressora	Psicólogo/ Psiquiatra	1 vez por mês
7	Encaminhar pacientes de outras áreas da fisioterapia ou da saúde do CER para receberem orientações	Orientações gerais e manejo conservador	Pacientes e funcionários	Sala de atendimento/ bastões/bolas terapêuticas/ colchonete/theraband	Fisioterapeutas membros do LAFAP e integrantes da liga de fisioterapia na saúde da mulher	Contínuo
8	Estabelecer a triagem de disfunções do assoalho pélvico como rotina de avaliação em idosos	Ficha de avaliação	Profissionais da saúde	-	Coloproctologista/ Enfermeiro/ Ginecologista/ Fisioterapeuta/ Urologista	Contínuo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, foi encontrado que, dentre os pacientes que realizam fisioterapia no CER do HCFMRP, há uma alta prevalência de relatos de disfunções do assoalho pélvico, sendo que as mulheres apresentaram uma prevalência maior do que os homens nos relatos de incontinência urinária, constipação intestinal e risco de disfunção sexual.

Também houve maior prevalência de relatos de sintomas de alterações emocionais nas mulheres, como baixa autoestima, ansiedade e depressão; sendo verificada uma correlação positiva entre estes sintomas e as disfunções do assoalho pélvico.

Em relação aos possíveis fatores de risco, foi verificado que, indivíduos com piores aspectos na vitalidade apresentam maior possibilidade de ter disfunções do assoalho pélvico. Foi observado ainda, que os idosos apresentam uma maior prevalência de disfunções do assoalho pélvico do que as outras faixas etárias.

Dentre as limitações do estudo estão o alto recrutamento no ambulatório de ortopedia e traumatologia, sendo este o serviço em que há maior volume de pacientes no CER. Adicionalmente, os questionários são desenhados para serem respondidos pelos próprios participantes, no entanto devido ao baixo nível de escolaridade ou por escolha dos participantes, foi necessário responder verbalmente às questões apresentadas.

Esta entrevista foi feita na sala de espera do CER, um local público com fluxo contínuo de pacientes com seus acompanhantes, e isso poderia ter adicionado maior constrangimento nas respostas dos participantes. Além disso, foi encontrado dificuldade em aplicar os questionários em pacientes idosos, do setor da geriatria e da neurologia em adultos, isto pelo comprometimento cognitivo, auditivo e/ou visual.

Este relatório faz parte da dissertação de mestrado intitulada: Sintomas de disfunção do assoalho pélvico, aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes em atendimento no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Apoio

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradecimentos

Ao CER do HCFMRP-USP, por permitir o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Laboratório de avaliação funcional do assoalho pélvico (LAFAP) e seus integrantes especialmente a Caroline Caetano Pena e a Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes, por viabilizar e contribuir, de modo preponderante, na realização do conteúdo aqui proposto.

A CAPES pelo apoio a esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. T. Elaboração e validação do quociente sexual versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, p. 477-482, 2006

AVERBECK, M. et al. Management of LUTS in patients with dementia and associated disorders. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, n. 2, p. 245-252, 2015.

AZIZI, Milad; AZADI, Arman; OTAGHI, Masoumeh. The effect of a self-care programme on urinary incontinence and self-esteem in elderly men dwelling in nursing homes in Iran. **The Aging Male**, p. 1-7, 15 fev. 2019.

BELSEY, J., et al. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, v. 31, n. 9, p. 938–949, 2010.

BENÍCIO, Claudia Daniella Avelino Vasconcelos *et al.* Incontinência Urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres em uma unidade básica de saúde. **Estima**, v. 14, n. 4, p. 161-168, dez. 2016.

BERGHMANS, Bary *et al.* Prevalence and triage of first contact pelvic floor dysfunction complaints in male patients referred to a Pelvic Care Centre. **Neurourology And Urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 487-491, 25 jan. 2015.

BERGHMANS, Bary *et al.* Prevalence and triage of first-contact complaints on pelvic floor dysfunctions in female patients at a Pelvic Care Centre. **Neurourology And Urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 503-508, 23 mar. 2016.

BHARUCHA, A. et al. Epidemiology, Pathophysiology and Classification of Fecal Incontinence: State of the Science Summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 110, n. 1, p. 127-136, 2015.

BITTI, G. et al. Pelvic Floor Failure: MR Imaging Evaluation of Anatomic and Functional Abnormalities. **RadioGraphics**, v. 34, n. 2, p. 429-448, 2014.

BØ K. Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction. In: BØ, K. et al. **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice**. 2. ed. Edinburgh: Elsevier, 2015. p. 1-2.

BØ, K. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, n.2, p.221-225, 2016

BORGES, Livia de Oliveira; PINHEIRO, José Q.. Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 7, n. spe, p. 53-63, 2002.

BOTEGA, N. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995.

BRAGA De Lucenai, B.; NAJJAR Abdoi, C. O papel da ansiedade na (dis)função sexual. **Diagn Tratamento**, v. 18, n. 2, p. 94-98, 2013

CHAPDELAINE, Alexandra *et al.* Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. **Plos One**, v. 13, n. 11, p. 1-15, 5 nov. 2018.

CHIU, Maria *et al.* Trends in objectively measured and perceived mental health and use of mental health services: a population-based study in ontario, 2002-2014. **Canadian Medical Association Journal**, v. 192, n. 13, p. 329-337, 29 mar. 2020.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Qualidade de Vida Medical Outcomes Study 36 – item short-form health survey (SF-36). Dissertação (Doutorado em Medicina) – UNIFESP, São Paulo. 1997.

DE FREITAS, Leticia Maciel *et al.* Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 11, p. 1903-1909, 22 nov. 2018.

DINI, G.; QUARESMA, M.; FERREIRA, L. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-54, 2004.

DUMOULIN, Chantale *et al.* Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: summary of the 5th international consultation on incontinence. **Neurourology And Urodynamics**, v. 35, n. 1, p. 15-20, 15 nov. 2016.

FERNANDES L, et al. Efficacy of patient education and supervised exercise vs patient education alone in patients with hip osteoarthritis: a single blind randomized clinical trial. **Osteoarthritis Cartilage**, v. 18, n. 10, p. 1237-1243. 2010

FERREIRA, Cristine Homsy Jorge *et al.* Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 26, n. 12, p. 1735-1750, 14 jun. 2015.

FORNELL, Eva Uustal; WINGREN, Gun; KJOLHEDE, Preben. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. **Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica**, v. 83, n. 4, p. 383-389, abr. 2004.

FORTNEY, John C. *et al.* Implementation of evidence-based practices for complex mood disorders in primary care safety net clinics. **Families, Systems, & Health**, v. 36, n. 3, p. 267-280, set. 2018.

GARCIA, Lillian Bolanheis et al. Constipação Intestinal: Aspectos Epidemiológicos e Clínicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 9, p. 153-162, jun. 2016.

GEREMIAS, Alessandra Renata. Repercussões do transtorno mental na vida e trabalho de pessoas atendidas em um serviço ambulatorial de psiquiatria 1 recurso online (86 p.) Dissertação (mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2020.

HIANY, Nátilia. et al. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, v. 86, n. 24, p. 1-11, setembro 2018

JUNQUEIRA, Jaqueline Betteloni; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Incontinência urinária em pacientes hospitalares: prevalência y factores asociados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2970, 2017.

LACY et al. Bowel Disorders. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, pp.1399-1407, 2016

LANDEFELD, C. Seth, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. **Annals of internal medicine**, v. 148, n. 6, p. 449-458, 2008.

LEITE, A. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 8, p. 396-401, 2007.

LEONARDO, Beatriz Cornélio; et al. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. **ACM arq. catarin. med**, v. 46, n. 2, p. 39-52, abr. - jun. 2017.

LiSM – Liga de Fisioterapia na Saúde da Mulher. Estatuto da Liga de Fisioterapia na Saúde da Mulher da FMRP/USP. **Estatuto da Liga de Fisioterapia na Saúde da Mulher da FMRP/USP (LiSM-FMRP/USP)**: Capítulo I: da denominação, sede e foro: Capítulo 2: das diretrizes básicas e suas finalidades, Ribeirão Preto, p. 1-2, 11 março. 2019

LI-YUN-FONG, Ryan J. *et al.* 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. 226-237, fev. 2017.

MARUISH M. E. User's Manual for the SF-36v2 Health Survey. (3rd ed). Lincoln, RI: QualityMetric, Inc, 2011.

MASEREJIAN, N. N. et al. "Treatment status and risk factors for incidence and persistence of urinary incontinence in women." **International urogynecology journal**, v. 25, n. 6, pp.775-82, 2014.

MCCABE, Marita P. et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. **The Journal Of Sexual Medicine**, v. 13, n. 2, p. 144-152, fev. 2016

MELO, Breno Guedes de *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em pacientes de serviços ambulatoriais de clínica médica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 4, p. 215-220, dez. 2019.

MOREIRA J., Edson Duarte et al. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 123, n. 5, p. 234-241, Nov. 2005

NG, Kheng-Seong *et al.* Fecal Incontinence. **Diseases Of The Colon & Rectum**, v. 58, n. 12, p. 1194-1209, dez. 2015.

NYGAARD, Ingrid E.; SHAW, Janet M.. Physical activity and the pelvic floor. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, v. 214, n. 2, p. 164-171, fev. 2016.

PACAGNELLA, R.; MARTINEZ, E.; VIEIRA, E. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2333-2344, 2009.

PALSSON, Olafur S. *et al.* Development and Validation of the Rome IV Diagnostic Questionnaire for Adults. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1481-1491, maio 2016.

PARK, S. E., et al. Impact of bladder, bowel and sexual dysfunction on health status of people with thoracolumbar spinal cord injuries living in the community. **The journal of spinal cord medicine**, v. 40, n.5, p. 548–559, 2017

POSSATTO, Jessica de Medeiros; RABELO, Dóris Firmino. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 45-58, 30 jun. 2017.

RIBEIRÃO PRETO. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (ed.). Relatório de atividades. 2018. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/relatorios-de-atividades/>. Acesso em: 19 maio 2020.

RIBEIRÃO PRETO. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (ed.). Institucional. 2019. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/cer/informacao-galeria.aspx?id=697&ref=20&refV=103>. Acesso em: 19 maio 2020.

SAGAR-OURIAGHLI, Ilyas *et al.* Improving Mental Health Service Utilization Among Men: a systematic review and synthesis of behavior change techniques within interventions targeting help-seeking. **American Journal Of Men'S Health**, v. 13, n. 3, p. 1 -18, maio 2019.

SALDANA Ruiz, N.; KAISER, A. M. Fecal incontinence - Challenges and solutions. **World journal of gastroenterology**, v. 23, n 1, p. 11–24, 2017.

SCHMIDT, Fernanda Mateus Queiroz *et al.* Constipation: Prevalence and Associated Factors in Adults Living in Londrina, Southern Brazil. **Gastroenterology Nursing**, v. 39, n. 3, p. 204-211, 2016.

SERRA, Monica C et al. Increased odds of bladder and bowel symptoms in early Parkinson's disease. **Neuourology and urodynamics**, v. 37, n. 4, p. 1344-1348, 2018.

SETTE, Catarina Possenti; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes com câncer. **Saúde e Pesquisa**, Maringa (PR), v. 1, n. 11, p. 151-162, jan. 2018.

SILVA, Mariana de Sousa; SABINO, Cláudia Porto Pinho. Intestinal constipation: prevalence and associated factors in hospital outpatients in brazilian northeast. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, V. 36, n. 1, p. 75-84, 28 fev. 2016.

SKARDOON, G. R. *et al.* Review article: dyssynergic defecation and biofeedback therapy in the pathophysiology and management of functional constipation. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 46, n. 4, p. 410-423, 29 jun. 2017.

STEWART, M.; TAYLOR, S.; BRUNELL, C. Advances in MRI assessment of pelvic floor structure and function: a review. **Imaging**, v. 22, n. 1, p. 1-2, 2013.

TAMANINI, José Tadeu Nunes et al. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 203-211, Apr. 2003.

TAMANINI, José Tadeu Nunes et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004.

VERBEEK, Michelle; HAYWARD, Lynsey. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. **Sexual Medicine Reviews**, v. 7, n. 4, p. 559-564, out. 2019.

VONTHEIN, Reinhard *et al.* Electrical stimulation and biofeedback for the treatment of fecal incontinence: a systematic review. **International Journal Of Colorectal Disease**, v. 28, n. 11, p. 1567-1577, 31 jul. 2013.

VRIJENS, D., et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions-A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre.

Neurourology and Urodynamics, v. 36, n. 7, p.1816-1823, 2017

WALLERSTEDT, A. et al. Patient and tumour-related factors for prediction of urinary incontinence after radical prostatectomy. **Scandinavian Journal of Urology**, v. 47, n. 4, p. 274-281, 2013.

WANG, Philip S. *et al.* Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. **Archives Of General Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 629, 1 jun. 2005.

WANG, Y. C.; HART, D. L.; MIODUSKI, J. E. Characteristics of patients seeking outpatient rehabilitation for pelvic-floor dysfunction. **PHYSTHER**, 2012.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005.

YUSUF, S.A.I.; Jorge, J.M.N.; Habr-Gama, A.; Kiss, D.R.; et al. Avaliação da Qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.41, n.3, p.202-8, 2004.

ZALM, Petra J. Voorham-Van Der et al. "Diagnostic Investigation of the Pelvic Floor": a helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction. **The Journal Of Sexual Medicine**, v. 5, n. 4, p. 864-871, abr. 2008.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SINTOMAS DE DISFUNÇÃO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS ENTRE PACIENTES EM ATENDIMENTO NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE

Pesquisador: ANA CAROLINA NOCITI LOPES FERNANDES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62326616.6.0000.5440

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RPUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.075.335

Apresentação do Projeto:

As disfunções do assoalho pélvico (DAP) afetam uma proporção substancial de pessoas, especialmente mulheres. Os problemas que podem levar a população necessitar de reabilitação do assoalho pélvico são: incontinência urinária (IU), disfunção sexual, constipação intestinal e o prolapso de órgãos pélvicos. Estudos apontam que a depressão, como comorbidade, afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres com IU, as consequências provocadas pela IU podem ser incorporadas no estilo de vida e personalidade das mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar a prevalência de disfunção do assoalho pélvico entre pacientes que realizam Fisioterapia no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Objetivo Secundário: Avaliar a prevalência de transtornos psíquicos associados, ansiedade e depressão e realizar uma avaliação de quadro psiquiátrico prévio à instalação da DAP e possíveis correlações com a evolução da doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos desta pesquisa incluem basicamente o possível constrangimento do paciente em responder questões relacionadas aos sintomas avaliados (incontinência urinária, incontinência

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 2.075.335

fecal, disfunção sexual), além da possível quebra de sigilo durante a realização da pesquisa.

Benefícios: Não haverá benefício direto com a pesquisa, entretanto espera-se que seus resultados possam nortear estratégias de reabilitação que incluam orientações relacionadas aos sintomas de disfunções dos músculos do assoalho pélvico entre usuários do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal quantitativo com o objetivo de verificar a prevalência de disfunção do assoalho pélvico entre pacientes que realizam fisioterapia no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados. Trata-se de respostas de pendências. As solicitações do parecer anterior foram devidamente atendidas.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa VERSÃO 3 – DATA 09/05, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido VERSÃO 3 – DATA 09/05, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_774212.pdf	09/05/2017 09:46:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado_parecer5.pdf	09/05/2017 09:46:05	ANA CAROLINA NOCITI LOPES FERNANDES	Aceito
Outros	carta.pdf	09/05/2017	ANA CAROLINA	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 2.075.335

Outros	carta.pdf	09:45:09	NOCITI LOPES FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj_atualizado.pdf	07/04/2017 13:28:53	Camila Chiazuto Catai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	07/04/2017 13:28:33	Camila Chiazuto Catai	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_resposta.pdf	07/04/2017 11:03:29	ANA CAROLINA NOCITI LOPES FERNANDES	Aceito
Orçamento	upc.pdf	24/11/2016 11:43:07	Camila Chiazuto Catai	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_pdf.pdf	11/11/2016 15:58:30	Camila Chiazuto Catai	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/08/2016 15:11:18	ANA CAROLINA NOCITI LOPES FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 22 de Maio de 2017

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

ANEXO B – *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)*

Nome da paciente: _____ nº prontuário _____ Data de hoje: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas últimas quatro semanas.

1. Data de nascimento: ____/____/____ (dia/mês/ano)

2. Sexo: Feminino(☐) Masculino(☐)

3. Com que frequência você perde urina ? (assinale uma resposta)

Nunca (☐)0

Uma vez por semana ou menos (☐)1

Duas ou três vezes por semana(☐)2

Uma vez ao dia (☐)3

Diversas vezes ao dia (☐)4

O tempo todo (☐)5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

Nenhuma (☐)0

Uma pequena quantidade (☐)2

Uma moderada quantidade(☐)4

Uma grande quantidade (☐)6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito).

Não interfere

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Interfere muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca (☐)

Perco antes de chegar ao banheiro(☐)

Perco quando tusso ou espirro (☐)

Perco quando estou dormindo (☐)

Perco quando estou fazendo atividades físicas (☐)

Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo (☐)

Perco sem razão óbvia (☐)

Perco o tempo todo (☐)

ANEXO C – *Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)*

Questão 1. Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente (☐) Muito boa (☐) Boa (☐) Regular (☐) Ruim (☐)

Questão 2. Para cada um dos itens abaixo, por favor, indique, marcando um X na coluna correspondente a quanto tempo o item abaixo o preocupa devido à perda de fezes. Se qualquer um dos

itens lhe preocupa por outras razões que não pela perda de fezes, marque a alternativa “Nenhuma das respostas”

Devido à perda de fezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
a. Tenho medo de sair					
b. Evito visitar amigos ou parentes					
c. Evito passar a noite longe de casa					
d. É difícil para eu sair e fazer coisas como ir ao cinema ou à igreja					
e. Evito comer antes de sair de casa					
f. Quando estou fora de casa tento ficar sempre que possível próximo ao banheiro					
g. É importante eu planejar o que vou fazer de acordo com o meu funcionamento intestinal					
h. Evito viajar					
i. Fico preocupado em não ser capaz de chegar ao banheiro a tempo					
j. Sinto que não tenho controle do meu intestino					
k. Não consigo controlar minha evacuação a tempo de chegar ao banheiro					
l. Perco fezes sem perceber					
m. Tento evitar a perda de fezes ficando próximo ao banheiro					

Questão 3. Devido a sua perda de fezes indique até quanto o problema o incomoda. Se qualquer dos itens abaixo o preocupa por outras razões, marque a alternativa “Nenhuma das respostas”:

Devido à perda de fezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
a. Fico envergonhado					
b. Não posso fazer muitas coisas que quero fazer					
c. Fico preocupado em perder fezes					
d. Sinto-me deprimido					
e. Fico preocupado se outras pessoas sentem o cheiro de fezes em mim					
f. Acho que não sou uma pessoa saudável					
g. Tenho menos prazer em viver					
h. Tenho relação sexual com menor frequência do que gostaria					
i. Sinto-me diferente das outras pessoas					
j. Sempre estou pensando na possibilidade de perder fezes					
k. Tenho medo de ter sexo					
l. Evito viajar de carro ou ônibus					
m. Evito sair para comer					

n. Quando vou a um lugar novo, procuro saber onde está o banheiro					
--	--	--	--	--	--

Questão 4. Durante o mês passado, eu me senti tão triste, desanimado ou tive muitos problemas que me fizeram pensar que nada valia a pena:

- 1.() Extremamente. A ponto de quase desistir
- 2.() Muitas vezes
- 3.() Com frequência
- 4.() Algumas vezes – o suficiente para me preocupar (incomodar)
- 5.() Poucas vezes
- 6.() Nenhuma vez

ANEXO D - Questionário Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

● **Atividade sexual:** () presente ou () ausente

1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?
 - (5) Quase sempre ou sempre
 - (4) A maioria das vezes (mais da metade do tempo)
 - (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
 - (2) Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
 - (1) Quase nunca ou nunca
2. Nas últimas 4 semanas, como você avalia seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?
 - (5) Muito alto
 - (4) Alto
 - (3) Moderado
 - (2) Baixo
 - (1) Muito baixo ou absolutamente nenhum
3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?
 - (0) Sem atividade sexual
 - (5) Sempre ou quase sempre
 - (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 - (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
 - (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - (1) Quase nunca ou nunca
4. Nas últimas 4 semanas, como você avalia seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?
 - (0) Sem atividade sexual
 - (5) Muito alto
 - (4) Alto
 - (3) Moderado
 - (2) Baixo
 - (1) Muito baixo ou absolutamente nenhum
5. Nas últimas 4 semanas, como você avalia seu grau de segurança em ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?
 - (0) Sem atividade sexual
 - (5) Segurança altíssima

- (4) Segurança alta
- (3) Segurança moderada
- (2) Segurança baixa
- (1) Segurança muito baixa ou nenhuma segurança

6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou ato sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou lubrificada (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada (ficar com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Extremamente difícil ou impossível
- (4) Muito difícil
- (3) Difícil
- (2) Pouco difícil
- (1) Nada difícil

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência(quantas vezes) você manteve sua lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade sexual ou ato sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação vaginal “vagina molhada” até terminar a atividade sexual ou o ato sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Extremamente difícil ou impossível
- (4) Muito difícil
- (3) Difícil
- (2) Pouco Difícil
- (1) Nada Difícil

11. Nas últimas 4 semanas, quando você teve o ato sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo “gozou/clímax”?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre

- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou no ato sexual, qual foi a sua dificuldade para atingir o orgasmo “gozou/clímax”?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Extremamente difícil ou impossível
- (4) Muito difícil
- (3) Difícil
- (2) Pouco difícil
- (1) Nada difícil

13. Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com a sua capacidade de atingir o orgasmo “clímax/gozar” durante a atividade sexual ou ato sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o seu relacionamento entre você e seu parceiro?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a sua vida sexual de uma forma geral?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Quase igualmente satisfeita ou insatisfeita
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

17. Nas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)

(5) Quase nunca ou nunca

18. Nas 4 semanas, com que frequência(quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (5) Quase nunca ou nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Muito alto
- (2) Alto
- (3) Moderado
- (4) Baixo
- (5) Muito baixo ou absolutamente nenhum

ANEXO E - Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

- 0 = nunca
- 1 = raramente
- 2 = às vezes
- 3 = aproximadamente 50% das vezes
- 4 = a maioria das vezes
- 5 = sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira(o)?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ANEXO F – Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Leia cada frase com atenção e marque com um “X” a opção que mais se encaixa:

	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
Em geral, estou satisfeito comigo mesmo (a).				
Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada.				
Eu sinto que eu não tenho muito do que me orgulhar.				
Às vezes, eu realmente me sinto inútil.				
Eu sinto que sou uma pessoa de valor igual às outras pessoas.				
Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a).				
Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracasso (a).				
Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo (a).				
Eu sinto que eu tenho um tanto de boas qualidades.				
Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				

ANEXO G –Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

- 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
 - 1 () Não tanto quanto antes
 - 2 () Só um pouco
 - 3 () Já não sinto mais prazer em nada
- 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
 - 2 () Sim, mas não tão forte
 - 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
 - 0 () Não sinto nada disso
- 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
- 0 () Do mesmo jeito que antes
 - 1 () Atualmente um pouco menos
 - 2 () Atualmente bem menos
 - 3 () Não consigo mais
- 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:
- 3 () A maior parte do tempo
 - 2 () Boa parte do tempo
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Raramente
- 6) Eu me sinto alegre:
- 3 () Nunca
 - 2 () Poucas vezes
 - 1 () Muitas vezes
 - 0 () A maior parte do tempo
- 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
- 0 () Sim, quase sempre
 - 1 () Muitas vezes
 - 2 () Poucas vezes
 - 3 () Nunca
- 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
- 0 () Nunca
 - 1 () De vez em quando
 - 2 () Muitas vezes
 - 3 () Quase sempre
- 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
- 3 () Completamente
 - 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
 - 1 () Talvez não tanto quanto antes
 - 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
- 3 () Sim, demais
 - 2 () Bastante
 - 1 () Um pouco
 - 0 () Não me sinto assim
- 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
- 0 () Do mesmo jeito que antes
 - 1 () Um pouco menos do que antes
 - 2 () Bem menos do que antes
 - 3 () Quase nunca
- 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
- 3 () A quase todo momento
 - 2 () Várias vezes
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Não sinto isso
- 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:
- 0 () Quase sempre
 - 1 () Várias vezes
 - 2 () Poucas vezes
 - 3 () Quase nunca

ANEXO H –Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (*Short Form Health Survey 36-item (SF – 36)*)

Função exercida no trabalho: _____
 Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada

questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada á um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito Nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

esgotado?

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? 1 2 3 4 5 6

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? 1 2 3 4 5 6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5