Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

2018

Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária: estudo transversal

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
REABILITAÇÃO E DESEMPENHO FUNCIONAL
FMRP-USP**

Leticia Maciel de Freitas

Dissertação

LETICIA MACIEL DE FREITAS

Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária: estudo transversal

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: Reabilitação e Desempenho Funcional

Orientadora: Prof. Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira

Versão Corrigida

Ribeirão Preto

2018

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.

Freitas, Leticia Maciel de

Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária: estudo transversal. Ribeirão Preto, 2018.

60 p. : il. ; 30cm

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.

1. Assoalho pélvico. 2. Conhecimento. 3. Fisioterapia. 4. Incontinência Urinária. 5. Função.

FREITAS, L. M. Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária: estudo transversal. 2018. 60 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

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 à minha mãe Joana Darc Maciel.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado esta oportunidade, me guiado e orientado durante esta trajetória. Senhor, obrigada por mais uma etapa vencida, por não me deixar fraquejar diante das adversidades e me fazer mais forte há cada etapa vencida.

Aos meus pais, Joana e Valmir, em especial, à minha mãe. Mãe, a senhora foi meu apoio, minha inspiração, meu porto seguro. Foi por seu amor incondicional, sua força, sua garra, determinação, por sempre ter acreditado no meu potencial e nos meus sonhos que juntas sonhamos, vivemos e finalizamos mais uma etapa da minha vida. Sem sua força e orientação não teria conseguido. Obrigada, mãe.

A minha irmã Marisa, pela compreensão, por acreditar que conseguiria e pelo apoio durante esta caminhada.

A minha avó Cidinha e ao meu tio Lucas. Vó, a senhora foi uma das peças fundamentais para que conseguisse alcançar mais este objetivo.

Ao meu namorado Daniel Ricci, pelo apoio, incentivo, por todos os momentos que estive ausente, pela compreensão, paciência e por ter vivido esse momento ao meu lado.

Ao meu querido e amado tio Odair (*in memória*) e sua esposa tia Isabel, meu muito obrigada. Tio, o senhor continua sendo e sempre será minha força para seguir em frente e tentar ser uma pessoa melhor.

A minha amiga Kasseane Morgallo pelo apoio, conselhos, por estar do meu lado em todos os momentos e acreditar que conseguiria finalizar este projeto. Obrigada por tudo.

Ao meu amigo Rafael Elói pela motivação, por sempre acreditar que conseguiria, por sempre ter uma palavra de incentivo e por todos esses anos de amizade.

As minhas professoras da graduação, Dra. Ligia de Sousa e Dra. Roberta Leopoldino de Andrade Batista. Obrigada por terem disseminado a paixão pela Saúde da Mulher, a vontade de seguir carreira acadêmica e por serem meu exemplo de profissionais a seguir.

A minha companheira de projeto de pesquisa e de vida Natalia Uechi, por deixar meus dias mais alegres, nossas manhãs de avaliações mais animadas, por dividir os fardos, medos, angústias e alegrias durante este período. Natalia, você foi essencial nesta caminhada.

As meninas da pós-graduação do LAFAP Marília, Maíra, Roberta, Flávia e Carol Pena, e para as alunas de iniciação científica que fizeram parte do meu projeto Grazi, Claudinha, Mari, Ana Paula, Sabrina, Mayra e Amanda. E em especial para as alunas Carol Nociti e Thaiana Duarte, meninas muito obrigada por toda ajuda, por todas as conversas, por esclarecer minhas dúvidas e estarem ao meu lado.

A minha companheira de PAE Livia Pimenta, por dividir as experiências da disciplina, pelas conversas, conselhos, cafés e por sempre ter uma palavra amiga, de conforto e incentivo.

Ao meu grande amigo e incentivador Thiago Almeida, você me ajudou, orientou, acreditou e esteve ao meu lado apesar da distância física durante toda essa caminhada. Thiago, meu muito obrigada.

As professoras Dra. Elaine Caldeira de Oliveira Guirro e a Dra. Patricia Driusso, obrigada por todas as colocações e orientações no exame de qualificação. Vocês foram importantíssimas para a conclusão dessa pesquisa.

Ao Samuel, funcionário do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional e a Marília, funcionária da Faculdade de Medicina.

As fisioterapeutas Dra. Elaine Cristine Lemes Mateus de Vasconcelos e Michele Mataruco Baranauskas, obrigada por sempre terem uma palavra amiga e de incentivo, e por dividir o conhecimento da fisioterapia na Saúde da mulher.

As professoras que participaram da banca de defesa, Dra. Elaine Caldeira de Oliveira Guirro, Dra. Ligia de Sousa e Dra. Marislei Sanches Panobianco, muito obrigada por terem me provocado, por todas as orientações e por terem participado desse momento tão importante. Professora Dra. Marislei, foi um prazer conhecê-la e muito obrigada pelas lindas palavras.

A todas as mulheres que colaboraram com a minha pesquisa.

E por fim, mas não menos importante à minha orientadora Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira por ter me dado a oportunidade que tanto desejei, pelos conselhos, orientações, paciência, cobranças, por ter mostrado o amor pela fisioterapia na saúde da mulher, pela docência, pela família, pela profissão e a Deus. Cris, meu muito obrigada e que nossa trajetória continue e nos dê muitos frutos.

“...Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás, portanto, plante seu jardim e decore sua alma ao invés de esperar que alguém lhe traga flores, e você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais...”

(Veronica A. Shoffstall)

RESUMO

FREITAS, L. M. **Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária**: estudo transversal. 2018. 60 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O conhecimento acerca dos músculos do assoalho pélvico (MAP) entre mulheres é baixo e muitos motivos podem acarretar essa falta de conhecimento, como falta de acesso aos fóruns de saúde e educacionais, constrangimento ao falar sobre o assunto e preocupação com o estigma social. Essas mulheres ainda convivem com o sofrimento físico e emocional, como depressão, perda da autoestima e isolamento social desencadeado pelas disfunções dos MAP, sendo a incontinência urinária (IU) a mais prevalente entre as disfunções. Além disso, as mulheres também não apresentam boa função dos MAP. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento sobre os MAP e sua relação com a capacidade de contrair estes músculos e do conhecimento com os relatos de IU. Trata-se de um estudo observacional transversal. Para verificar os objetivos foram utilizados o questionário de conhecimento sobre os MAP, a palpação e a manometria vaginal e o questionário ICIQ-IU-SF. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software estatístico SAS 9.4 *Software*. As variáveis foram apresentadas em forma descritivas. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para testar a associação entre o conhecimentos sobre os MAP e idade, IMC, paridade, pico, média e resistência dos MAP e escore do ICIQ-UI-SF. O teste exato de Fisher foi utilizado para comparar o conhecimento dos MAP com as variáveis qualitativas. Os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Foram recrutadas 160 mulheres da cidade de Ribeirão Preto, destas 27 não comparecem para avaliação e 133 foram incluídas na pesquisa. A média de idade das mulheres foi de 53,3 ($\pm 13,82$), 73 (54,9%) eram casadas, 84 (63,2%) brancas, 65 (48,8%) com menos de 8 anos de escolaridade, 107 (80,5%) multíparas, 83 (62,4%) apresentam queixas de sintomas de IU e 123 (92,5%) não realizaram o treinamento dos MAP. As mulheres apresentaram um baixo conhecimento sobre os MAP. A média do escore do questionário de conhecimento sobre os MAP foi de 0,48 ($\pm 0,97$). Observou-se que 23,3% da amostra não foi capaz de contrair voluntariamente os MAP. Os valores de pico, média e duração da manometria vaginal foram 39,1 cmH₂O ($\pm 23,7$), 25,5 cmH₂O ($\pm 16,1$) e 21,1 segundos ($\pm 20,8$), respectivamente. A média do escore do ICIQ-IU-SF foi de 7.1 ($\pm 6,8$). Entre as 40,6% de mulheres que demonstraram a capacidade de contrair os MAP, nenhuma possuía conhecimento sobre os MAP. Não foi encontrada relação entre o conhecimento e a capacidade de contração dos MAP e entre o conhecimento e os sintomas de IU. Porém foi encontrado uma correlação entre o conhecimento sobre os MAP e idade ($r: -0,2044/ p: 0,01$), entre conhecimento e paridade ($r: -0.19568/ p: 0.02$) e uma associação entre o conhecimento e anos de escolaridade ($p: 0,0012$) e entre conhecimento e o treinamento dos músculos do assoalho pélvico prévio ($p: <0,001$).

Palavras-chave: Assoalho pélvico. Conhecimento. Fisioterapia. Incontinência urinária. Função.

ABSTRACT

FREITAS, L. M. **Women's knowledge about pelvi floor muscle its association with ability to contract and urinary incontinence symptoms: a cross-sectional study**. 2018. 60 p. Thesis (Master degree) – Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Knowledge about pelvic floor muscles (PFM) among women is low and many reasons can lead to this lack of knowledge, such as lack of access to health and educational forums, embarrassment in talking about this topic and concern with social stigma. These women still live with physical and emotional suffering, such as depression, loss of self-esteem and social isolation triggered by PFM dysfunctions, with urinary incontinence (UI) being the most prevalent among dysfunctions. In addition, women also lack good function of the PFM. This study aims to evaluate the knowledge about the PFM and its relation with the capacity to contract these muscles, and of the relation of knowledge with UI reports. This is an observational cross-sectional study. To verify the objectives, the knowledge questionnaire related to PFM, palpation and vaginal manometry and the ICIQ-UI-SF questionnaire were used. Statistical analyzes were performed using statistical software SAS 9.4 Software. The variables were presented in descriptive form. The Pearson correlation coefficient was used to test the association between knowledge on PFM and age, BMI, parity, peak, mean and resistance of PFM and ICIQ-UI-SF score. Fisher's exact test was used to compare knowledge of the PFM with qualitative variables. Values of $p \leq 0.05$ were considered statistically significant. A total of 160 women were recruited from the city of Ribeirão Preto, of whom 27 did not attend the evaluation and 133 were included in the study. The mean age of the women was 53.3 (± 13.82), 73 (54.9%) were married, 84 (63.2%) were white, 65 (48.8%) attended school less than 8 years, 107 (80.5%) were multiparous, 83 (62.4%) presented complaints of UI symptoms and 123 (92.5%) had never performed PFM training. The women showed a low level of knowledge about the PFM. The mean score of the PFM knowledge questionnaire was 0.48 (± 0.97). It was observed that 23.3% of the sample was not able to voluntarily contract their PFM. The values of peak, mean and duration of vaginal manometry were 39.1 cmH₂O (± 23.7), 25.5 cmH₂O (± 16.1) and 21.1 seconds (± 20.8), respectively. The mean ICIQ-UI-SF score was 7.1 (± 6.8). Among 40.6% of women who demonstrated the ability to contract their PFM, none had knowledge about it. No relationship was found between the knowledge and the contraction capacity of the PFM and between the knowledge and symptoms of UI. However, a correlation was found between knowledge about the PFM and age ($r: -0.2044/ p: 0.01$), between knowledge and parity ($r: -0.19568/ p: 0.02$) and an association was found between knowledge and years of education ($p: 0.0012$), and between knowledge and previous pelvic floor muscle training ($p: <0.001$).

Keywords: Pelvic floor. Knowledge. Physiotherapy. Urinary incontinence. Function.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diafragma pélvico e urogenital.....	21
Figura 2 – Compartimento anatômico da pelve.....	22
Figura 3 – Perineômetro Peritron®.....	31
Figura 4 – Fluxograma das participantes inseridas no estudo.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra do estudo apresentada com média, desvio padrão (DP) e números com porcentagem (%).....	34
Tabela 2 – Conhecimento das participantes ou não conhecimento da localização dos músculos do assoalho pélvico, funções, disfunções relacionadas a esta musculatura, opções de tratamento e a quantificação do conhecimento apresentado em cada questão e escore total.....	36
Tabela 3 – Número de participantes avaliadas pela palpação vaginal bidigital e classificadas pelas Escala de Oxford Modificada com e sem capacidade de contração.....	36
Tabela 4 – Número e porcentagem de mulheres com ou sem conhecimento dos músculos do assoalho pélvico, que apresentam ou não capacidade para contraí-los, presença ou ausência de incontinência urinária.....	37
Tabela 5 – Correção entre o escore de conhecimento sobre os músculos do assoalho pélvico e idade, manometria vaginal, ICIQ-UI-SF e paridade.....	38
Tabela 6 – Resultados obtidos pela teste Exato de Fisher considerando variáveis e o conhecimentos sobre os músculos do assoalho pélvico.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Questões e possíveis respostas referentes ao questionário de conhecimento sobre os músculos do assoalho pélvico.....	29
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
CSE	Centro Saúde Escola
CVM	Contração Voluntária Máxima
DP	Desvio Padrão
EOM	Escala de Oxford Modificada
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
ICIQ-UI-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary Incontinence - Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	Incontinência Urinária Mista
LAFAP	Laboratório de Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
N	Número
Q	Questão
SP	São Paulo
TMAP	Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

cm	Centímetros
cmH ₂ O	Centímetros de água
Kg	Quilogramas
m	Metros
%	Porcentagem
<	Menor
>	Maior
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual
±	Desvio padrão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. HÍPOTESE.....	19
4. OBJETIVOS.....	20
4.1 Objetivos primários.....	20
4.2 Objetivos secundários.....	20
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
5.1 Anatomia básica do assoalho pélvico.....	21
5.2 Conhecimento sobre os músculos do assoalho pélvico.....	22
5.3 Capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico.....	23
5.4 Incontinência urinária.....	24
6. MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
6.1 Delineamento do estudo.....	27
6.2 População e participantes.....	27
6.3 Critérios de inclusão.....	27
6.4 Critérios de exclusão.....	27
6.5 Aspectos éticos.....	27
6.6 Recrutamento.....	28
6.7 Instrumentos utilizados para a avaliação.....	28
6.8 Procedimentos.....	32
6.9 Cálculo amostral.....	32
6.10 Análise estatística.....	32
7. RESULTADOS.....	34
8. DISCUSSÃO.....	40
9. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	53
ANEXOS	58

1. INTRODUÇÃO

As funções dos músculos do assoalho pélvico (MAP) incluem a manutenção da continência urinária e fecal, a sustentação dos órgãos pélvicos, envolvendo também aspectos relacionados a atividade sexual e ao parto (CONSTANTINO, 2009; PEDRAZA et al., 2014). Apesar da reconhecida importância do MAP para a saúde da mulher, pouco é o conhecimento dessa população sobre essa musculatura, assim como suas disfunções e opções de tratamento (HATCHETT et al., 2011; MANDIMIKA et al., 2014; NEELS et al., 2016a, 2016b).

A literatura tem evidenciado uma alta prevalência de disfunções relacionadas ao MAP (ALMOUSA; VAN LOON, 2017; BORTOLAMI et al., 2015; LI-YUN-FONG et al., 2017) sendo a incontinência urinária (IU) a mais prevalente (ALMOUSA; VAN LOON, 2017; CARLS, 2007; SHAW et al., 2006). A IU acomete mulheres de várias idades, gerando impacto na qualidade de vida e ainda é vista como um “tabu” por essa população (ALMOUSA; VAN LOON, 2017; CARLS, 2007; SHAW et al., 2006). Apesar da alta prevalência poucas mulheres buscam ajuda para o problema e ainda assim, o diagnóstico e tratamento da IU causam altos custos financeiro para o sistema de saúde (DIETER; WILKINS; WU, 2015; HERBRUCK, 2008).

Dentre as opções de tratamento disponíveis para IU feminina, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) deve ser a primeira opção de escolha (HAY-SMITH et al., 2015). O TMAP é definido como uma contração voluntária seletiva e relaxamento repetitivos dos MAP (ABRAMS et al., 2002) e possui como objetivo melhorar a estrutura de suporte dos órgãos pélvico através da hipertrofia muscular e melhora da função dos MAP (APONTE; ROSENBLUM, 2014).

Uma etapa básica do TMAP, é o oferecimento de instruções adequadas sobre função, localização e correta contração dos MAP (BØ, 2004; DOSHANI et al., 2007; SMITH et al., 2011). Alguns estudos na literatura demonstram um baixo conhecimento acerca dos MAP entre mulheres (BATISTA, 2017; BERZUK; SHAY, 2015; CAAGBAY et al., 2017; JACKSON et al., 2017; NEELS et al., 2016a, 2016b). Outros autores já demonstraram que de modo geral a função dos MAP não é boa entre as mulheres (VASCONCELOS, 2017; TALASZ et al., 2005, 2008; TIBAEK; DEHLENDORFF, 2014). Entretanto a literatura acerca do tema é bastante escassa, especialmente em nosso meio.

A aquisição do conhecimento sobre os MAP também parece estar associada à redução dos sintomas de disfunções dos MAP e melhora da qualidade de vida (BERZUK; SHAY, 2015).

Uma busca nas principais bases de dados científicas da área da saúde não revelou estudos que tenham avaliado o conhecimento de mulheres brasileiras acerca dos MAP e sua relação com a capacidade de contração muscular e a queixa de IU (BERZUK; SHAY, 2015; NEELS et al., 2016a, 2016b). O presente estudo parece ser o primeiro que busca estabelecer a relação entre o nível de conhecimento com capacidade de contração do MAP e sintomas de trato urinário inferior.

2. JUSTIFICATIVA

O conhecimento entre mulheres sobre os MAP, suas funções, disfunções e opções de tratamentos é escasso (BERZUK; SHAY, 2015; LIAO et al., 2006; TALASZ et al., 2005, 2008; NEELS et al., 2016a, 2016b; TIBAEK, DEHLENDORFF, 2014). A falta de conhecimento e a naturalização de sintomas de disfunções dos MAP, gera incertezas quanto a possibilidade de busca por tratamento (KIYOSAKI et al., 2012; SHAH et al., 2008). O desconhecimento parece também influenciar negativamente os resultados dos tratamentos conservadores e conduzem a insatisfação com os mesmos (KIYOSAKI et al., 2012; SHAH et al., 2008).

Informação e motivação são essenciais para que as mulheres obtenham resultados satisfatórios com o tratamento fisioterapêutico (LIAO et al., 2006). Ensaio clínico randomizado e controlado que tiveram como intervenção o TMAP, utilizam antes de iniciarem o tratamento instruções sobre anatomia, função e contração correta dos MAP (ASKLUND et al., 2017; FITZ et al., 2017; KO et al., 2011; MARTINHO et al., 2016; PELAEZ et al., 2014). Alguns estudos evidenciaram que após uma atividade educativa, há um aumento no conhecimento sobre as funções e disfunções dos MAP, entretanto os resultados são controversos a respeito da relação entre conhecimento e disfunções dos MAP (BATISTA, 2017; BERZUK; SHAY, 2015).

3. HIPÓTESE

Mulheres com maior conhecimento sobre os MAP possuem melhor capacidade de contração muscular, contração voluntária máxima de maior intensidade e menos queixas de IU.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo primário

Avaliar o nível de conhecimento sobre os MAP de mulheres.

4.2. Objetivos secundários

Avaliar:

- ✓ Relação entre o conhecimento e a capacidade de contrair os MAP;
- ✓ Relação entre o conhecimento e relatos de sintomas de IU;
- ✓ Relação entre o conhecimento e força dos MAP.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Anatomia básica do Assoalho Pélvico

O assoalho pélvico (AP) possui entre seus componentes fáscias, ligamentos, duas camadas musculares, uma mais superficial, chamada de diafragma urogenital e uma mais profunda, chamada de diafragma pélvico (BØ, 2005; CARTON, 2009; EICKMEYER, 2017; LALWANI et al., 2013) conforme ilustrada na figura 1.

O diafragma urogenital compreende os músculos transverso superficial e profundo do períneo, bulbocavernoso e isquiocavernoso. O diafragma pélvico é composto pelos músculos levantador do ânus e coccígeo, sendo que o levantador do ânus é subdividido em três músculos, o pubococígeo, o isquiococígeo e o puborretal (BØ, 2005; CARTON, 2009; EICKMEYER, 2017; LALWANI et al., 2013).

Figura 1 – Diafragma pélvico e urogenital

Perineal View

(NETTER, 2000)

O AP fecha e controla a saída pélvica, proporciona o fechamento ativo do hiato urogenital (BITTI et al., 2014), sendo atravessado pela uretra, esfíncter anal e pelo canal vaginal nas mulheres (STOKER, 2009). É subdividido em três compartimentos, um compartimento anterior contendo a bexiga e a uretra, um do meio contendo vagina e útero e um posterior contendo o reto, podendo ser verificado na figura 2 (GARCÍA DEL SALTO et al., 2014).

Figura 2 – Compartimento anatômico da pelve

(GARCÍA DEL SALTO et al., 2014)

Devido à localização na pelve, os MAP contraem simultaneamente, quando contraídos de forma consciente e voluntária proporcionando os movimentos de oclusão e elevação interna ao redor da uretra, vagina e ânus (BØ, 2004; BØ et al., 2001) além das funções relacionadas ao suporte dos órgãos pélvicos, à continência urinária e fecal, função sexual e formação do canal de parto (BØ, 2004; BITTI et al., 2014; CONSTANTINOU, 2009; PEDRAZA et al., 2014).

5.2. Conhecimento sobre os Músculos do Assoalho Pélvico

Os MAP possuem grande importância para a mulher devido as suas funções (BØ, 2004; BITTI et al., 2014; CONSTANTINOU, 2009; PEDRAZA et al., 2014), no entanto alguns autores relatam que as mulheres não conhecem este grupo muscular, bem como suas funções e disfunções (BERZUK; SHAY, 2015; MANDIMIKA et al., 2014; NEELS et al., 2016a, 2016b).

Diversos motivos podem acarretar essa falta de conhecimento, como falta de acesso aos fóruns de saúde e educacionais, constrangimento ao falar sobre o assunto e preocupação com o estigma social (PRATHER; SPITZNAGLE; DUGAN, 2007; WASHINGTON, 2013). Muitas mulheres convivem com o sofrimento físico e emocional, como depressão, perda da autoestima e isolamento social desencadeado pelas disfunções dos MAP (FARAGE et al., 2008).

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América por Mandimika et al. (2014), incluiu 431 mulheres com média de idade de 49 anos, sendo 77% graduadas e pós-graduadas, concluíram que 71,2% dessas mulheres não possuíam conhecimento sobre IU e 48,1% sobre prolapso de órgãos pélvicos.

Um outro estudo conduzido na China por Yuan e Williams (2010) revelou que a idade mostrou-se um fator importante para o conhecimento sobre os fatores de risco, sintomas, impacto, prevenção e tratamento da IU. Esses autores verificaram que os idosos com idade média de 65 anos possuem pouco conhecimento sobre esses fatores e ainda consideram a IU como parte do processo natural de envelhecimento.

Hill et al. (2017) realizaram um estudo na Austrália com 633 gestantes com média de idade gestacional de 28 semanas e média de idade de 29,2 anos, sendo que a maioria concluíram um curso técnico ou a graduação. Foi encontrado que na amostra estudada pelos autores o nível de conhecimento sobre os MAP foi limitado, 17,4% das mulheres não conheciam e 20,7% não souberam identificar nenhuma função dos MAP.

5.3. Capacidade de contração dos Músculos do Assoalho Pélvico

Há diversos instrumentos para avaliar as funções dos MAP. Os aspectos das funções dos MAP frequentemente avaliados são: contração voluntária máxima (CVM), força, resistência muscular e coordenação (BØ et al., 2017).

A CVM é uma das variáveis da função dos MAP mais utilizadas como medida de desfecho (BØ, 2005).

A mensuração da capacidade de contração dos MAP pode ser feita pela observação clínica, palpação vaginal, ultra-som, ressonância magnética e eletromiografia, já a mensuração

da CVM e de outras variáveis da função muscular podem ser mensuradas por meio da palpação vaginal, dinamometria ou uso de cones vaginais (BØ, 2005; MESSELINK et al., 2005).

Poucos estudos avaliaram o conhecimento das mulheres a respeito dos MAP e sua função. Segundo Talasz et al. (2008) há uma falta de dados sobre o conhecimento das mulheres adultas em relação ao papel fisiológico do assoalho pélvico e a capacidade de contrair os MAP de forma voluntária.

No estudo realizado por Talasz et al. (2008) 15,2% das mulheres eram incapazes de realizar uma contração voluntária dos MAP, ou seja, apresentaram força 0 ou 1 segundo a Escala de Oxford Modificada (EOM), e ainda 44,9% das mulheres não foi capaz de realizar voluntariamente uma contração correta dos MAP. Em um segundo estudo realizado por Talasz et al. (2005) mais de 87% das mulheres eram incapazes de realizar qualquer contração voluntária dos MAP, assim como no estudo realizado por Tibaek e Dehlendorff (2014) onde 70% das voluntárias eram incapazes de realizar a contração correta dos MAP.

Segundo Moen et al. (2009) o conhecimento prévio dos MAP não faz com que as mulheres sejam capazes de realizar a contração correta desta musculatura sem orientações. No entanto, Vermandel et al. (2015) conduziram um estudo na Bélgica com 958 mulheres, onde os autores observaram que 48,7% das mulheres não conheciam os MAP ou TMAP e que 52,2% eram incapazes de realizar a contração deste grupo muscular. Após o encorajamento para que as mulheres conseguissem contrair os MAP proporcionando os movimentos de deslocamento ventral e para dentro do períneo, os autores concluíram que houve um efeito positivo na contração dos MAP, pois 73,6% das mulheres conseguiram contrair esta musculatura.

O ensaio clínico randomizado e controlado conduzido por Vasconcelos (2017) investigou três diferentes intervenções que objetivam promover a contração voluntária dos MAP em mulheres com disfunções dos MAP incapazes de realiza-las. O grupo controle incluiu apenas uma sessão de orientação sobre a maneira correta de contrair os MAP e instruções para as mulheres realizarem o protocolo de TMAP domiciliar. Apesar das três intervenções estudadas terem tido um efeito maior que o grupo controle, 19,18% das mulheres que receberam apenas uma sessão de orientação passaram a contrair os MAP voluntariamente na reavaliação após oito semanas. Desse modo parece que o conhecimento específico adquirido por meio de informações sobre a maneira correta de contrair os MAP pode beneficiar um percentual de mulheres incapazes de contrair esta musculatura.

5.4. Incontinência Urinária

Segundo a Sociedade Internacional de Continência, a incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina.

Os tipos de IU mais prevalentes em mulheres são a incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM) (NITTI, 2011). A IUE é caracterizada pela perda de urina em situações de exacerbação física ou durante a tosse ou espirro, já a IUU pela perda de urina associada a uma sensação repentina e incontrolável de desejo miccional e IUM que associa as queixas de IUE e IUU (HAYLEN et al., 2010).

Outros tipos são a incontinência urinária postural quando a perda ocorre a partir de mudanças do corpo, por exemplo, quando está levando de um assento, no entanto o mecanismo de ação é incerto e pode ter relação com IUE ou IUU; incontinência urinária coital onde a perda de urina ocorre no coito, podendo ocorrer o durante a penetração ou orgasmo; incontinência urinária contínua quando a perda é constante; e incontinência urinária insensível quando a forma da perda é desconhecida (HAYLEN et al., 2010).

A prevalência de IU pode variar entre 24 e 41% em mulheres de 65 anos (BRESEE et al., 2014; GOODE et al., 2008), já em um estudo nacional, foi verificado uma prevalência de 27% em mulheres com idade média de 51 anos (AMARO et al., 2009). Em um segundo estudo nacional conduzido por Silva e Lopes (2009) que incluiu 213 mulheres com idade média de 44,3 anos a prevalência de IU foi de 16,4%, sendo que 65,7% delas não receberam nenhum tipo de tratamento para esta disfunção e os motivos mais alegados para tal fato foram achar normal ter perdas urinárias, não dar a devida importância para o problema e não serem incentivadas pelo médico a tratar este problema.

Há inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento da IU, incluindo o sobrepeso, a idade, o baixo nível de escolaridade e a paridade entre outros (SAADIA, 2015). A fisiopatologia é multifatorial, mas está definido na literatura a relação entre a IU e função deficiente dos MAP (LAYCOCK; JERWOOD, 2001).

Os MAP possuem influência na manutenção da continência urinária, no entanto, a literatura indica que este não seria o único fator envolvido na origem do problema (DELANCEY et al., 2008). Em estudo realizado por Delancey et al. (2008) foi constatado que a pressão de fechamento uretral foi o parâmetro com maior associação a causa da IUE.

A IUE é a mais prevalente entre os tipos de IU (TIBAEK; DEHLENDORFF, 2014). A IU afeta negativamente a qualidade de vida devido a sentimentos de constrangimento, vergonha, medo do odor proveniente da perda urinária levando ao isolamento de atividades

sociais e recreativas, tais fatos fazem com que estas mulheres criem uma barreira para buscar cuidados de saúde (LUO et al., 2017; SINCLAIR; RAMSAY, 2011; TEUNISSEN et al., 2006).

Estudos realizados em diversos países, como França, Índia, Taiwan, Singapura, Emirados Árabes Unidos e Sri Lanka também verificam que o constrangimento, a vergonha ou timidez são barreiras para que as mulheres que sofrem com a IU não procurem por cuidados de saúde (ELBISS; OSMAN; HAMMAD, 2013; HSIEH et al., 2008; LASSERRE et al., 2009; LUO et al., 2017; PRABHU; SHANBHAG, 2013; PERERA et al., 2014).

O conhecimento das mulheres sobre a IU parece ser escasso (LIAPIS et al., 2010; MANDOMBWE et al., 2010). Em uma pesquisa realizada na Grécia por Liapis et al. (2010) incluindo 2000 mulheres com idade entre 20 e 80 anos, 27% delas apresentaram relatos de IU e a maior prevalência ocorreu entre 60 a 80 anos. Os autores também concluíram que as mulheres apresentam um nível baixo de conhecimento sobre a natureza da disfunção e os possíveis tratamentos.

Mandombwe et al., (2010) realizaram um estudo na África do Sul com 99 mulheres entre 21 e 76 anos, a prevalência de IU foi de 35,4%, e apenas 31,4% delas já tinham ouvido falar do TMAP. Os autores também constataram que, embora a prevalência da IU seja alta, o conhecimento sobre tal disfunção é baixo.

6. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, sendo seguido as normas do STROBE.

6.2. População e participantes

Participaram do estudo mulheres residentes na cidade de Ribeirão Preto / SP. Todas as participantes do estudo foram esclarecidas a respeito da pesquisa, incluídas as que preencheram os critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

6.3. Critérios de inclusão

- ✓ Mulheres alfabetizadas;
- ✓ Maiores de 18 anos;
- ✓ Moradoras da cidade de Ribeirão Preto;
- ✓ Não grávidas

6.4. Critérios de exclusão

- ✓ Intolerância a utilização do manômetro vaginal;
- ✓ Alergia ao preservativo;
- ✓ Desconforto e ou/ intolerância ao exame funcional dos MAP.

6.5. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP) em 05/07/2016 com número de aprovação 043/2016 (ANEXO A).

6.6. Recrutamento

As mulheres foram recrutadas de Agosto de 2016 a Outubro de 2017 no CSE-FMRP-USP localizado na cidade de Ribeirão Preto / SP e estavam nos corredores do local buscando por atendimento médico em diversas áreas, na área de coleta de sangue ou estavam acompanhando pacientes do local. Foi tomado o cuidado de evitar o recrutamento na área da ginecologia e obstetrícia para evitar possíveis vieses.

A pesquisadora 1 fez o convite para mulheres que preenchiam os critérios de inclusão.

6.7. Instrumentos utilizados para avaliação

Para avaliação do desfecho primário, foi desenvolvido um questionário (APÊNDICE B) pelo Grupo de Pesquisa do Laboratório de Avaliação Funcional do AssoalhoPélvico Feminino (LAFAP). Este instrumento vem sendo utilizado nos projetos de pesquisa do grupo de pesquisa do LAFAP, foi utilizado em um ensaio clínico randomizado e controlado (BATISTA, 2017) e apresenta aceitação e fácil compreensão para as mulheres que fazem parte das atividades do referido grupo de pesquisa. O questionário não é validado, porém já foi iniciado o processo de validação.

O questionário compreende 5 perguntas, primeiramente as mulheres eram questionadas se tinham ouvido falar dos MAP, esta pergunta não possui pontuação e em caso de resposta positiva o questionário é prosseguido, ou seja, o questionário é respondido apenas por mulheres que já ouviram falar sobre os MAP. Em seguida respondiam a quatro perguntas abertas relacionadas ao conhecimento sobre os MAP, incluindo:

- 1- Onde estão localizados os MAP?
- 2- Quais são as funções dos MAP?
- 3- Quais são as principais disfunções do AP?
- 4- Quais são as opções de tratamento para disfunções do AP?

O questionário foi aplicado em forma de entrevista. Um único entrevistador tomava nota das respostas. A pontuação total do questionário varia de 0 a 4, sendo que o valor de cada

questão varia de 0 a 1. O quadro 1 apresenta a classificação dos critérios para a correção do questionário seguindo as diretrizes do consenso do *International Continence Society* (ICS) (BØ et al., 2017). O consenso do ICS é um relatório com as terminologias do tratamento conservador das disfunções do AP feminino e foi desenvolvido a com a contribuição de membros da Associação Internacional de Uroginecologia e a ICS.

Quanto mais próximo da pontuação máxima, melhor o conhecimento sobre os MAP.

No quadro 1 é exposto as questões do questionário e as respostas esperadas com as devidas pontuações. A pontuação de cada questão era dada de acordo com as respostas que as voluntárias davam para cada questão.

Para a correção do questionário pode-se adotar dois tipos de correções. A primeira correção será realizada tendo em vista respostas positivas ou negativas. Será contabilizada apenas se houver resposta e não a quantidade de respostas corretas. Já a segunda forma será realizada através da média do escore total de cada questão que será realizado de acordo com o número de acertos de cada questão.

Quadro 1 – Questões e possíveis respostas referentes ao questionário de conhecimento sobre os músculos do assoalho pélvico

Questões	Possíveis respostas	Escore
1. Onde estão localizados os MAP?	Está localizado no pelve ou músculos que circundam a vagina ou algo localizado aqui embaixo (apontando para a parte inferior da pelve)	1,0
2. Quais as funções dos MAP?	Contração voluntária e involuntária gerando movimento interno do períneo Suporte de órgãos pélvicos Manutenção da continência urinária e anal Relação com a função sexual Permite o parto	Cada 0,2
3. Quais as disfunções do AP?	Sintomas do trato urinário inferior Sintomas sensoriais do trato urinário inferior Sintomas de prolapso dos órgãos pélvico Disfunções sexuais Sintomas anorretais	Cada 0,2
4. Quais as opções de tratamento para as disfunções do AP?	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico Tratamento farmacológico Tratamento cirúrgico	Cada 0,33
Escore total		4

Para avaliação dos desfechos secundários foram utilizados os seguintes instrumentos:

A capacidade de contração dos MAP e a CVM foram avaliadas por meio da palpação vaginal bidigital e pela manometria vaginal.

Primeiro as mulheres recebiam instruções individuais detalhadas sobre como contrair os músculos adequadamente utilizando figuras e um modelo pélvico. A correta contração dos MAP era explicada como o fechamento em torno da abertura vaginal juntamente com o movimento de elevação do períneo. A avaliação era realizada com a mulher em posição supina com joelhos e quadris flexionados e abduzidos e com os pés apoiados na maca. Para quantificar a força dos MAP era utilizado a EOM (LAYCOCK; JERWOOD, 2001). As participantes realizaram três tentativas de contrações máximas. A reprodutibilidade intra-examinador da EOM varia de moderada a boa (κ 0,69 e 0,78) (NAVARRO BRAZÁLEZ et al., 2017; FRAWLEY et al, 2006).

A EOM foi utilizada para avaliar a função dos MAP durante a palpação vaginal bidigital classificando-a em 5 categorias (ANEXO B): 0 - ausência de contração, 1 – esboço de contração e sem sustentação, 2 – fraca, contração com pouca intensidade, porém com sustentação, 3 – moderada, é sentida um aumento da pressão intravaginal, ocorrendo a compressão dos dedos do examinador e uma pequena elevação sentido cranial, 4 – boa, ocorre a compressão e elevação dos dedos do examinador no sentido da sínfise púbica, 5 – forte, sentida com uma compressão vigorosa e elevação dos dedos do examinador em direção a sínfise púbica (LAYCOCK; JERWOOD, 2001).

Além disso, a manometria vaginal (Peritron™, Cardio-Design, Austrália) foi utilizada para quantificar a CVM e a resistência dos MAP, exceto nas participantes que apresentaram categoria 0 ou 1 pela classificação da EOM. O equipamento registra as contrações dos MAP em cmH₂O em uma escala que varia 0 a 300. E até o momento não existe nenhuma escala na literatura que classifica a contração dos MAP em cmH₂O segundo a manometria vaginal.

Foi utilizado o perineômetro Peritron® (Peritron™ Cardiodesign, Australia) devidamente aferido. A avaliação usando o Peritron™ mostrou um valor de correlação intra-classe na posição supina de 0,91 na avaliação da CVM e de apenas 0,42 para a resistência dos MAP (FRAWLEY et al, 2006). O examinador inseria a sonda com um preservativo não lubrificado com gel à base de água na vagina da participante. Apenas 1 cm da sonda vaginal foi deixada para fora da vagina. As mulheres eram instruídas para realizarem as contrações dos MAP com a maior força possível. Três CVM eram solicitadas com intervalos de descanso de 30 segundos entre as contrações. Foi utilizado a média das CVM. Os valores máximos e médios

eram registrados em cmH₂O e duração em segundos. Apenas as contrações com movimento interno da sonda eram registradas como contrações corretas (BØ et al., 1990).

Figura 3 - Perineômetro Peritron®

Fonte: <http://www.medicalexpo.es/prod/laborie/product-69078-695009.html>. Acesso em: dez. 2017

Os sintomas de IU foram avaliados por meio do *International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary Incontinence - Short Form (ICIQ-UI-SF)*. Este é um questionário traduzido e validado para a língua portuguesa e tem como objetivo avaliar os sintomas, a severidade e o impacto da IU na qualidade de vida (TAMANINI et al., 2008). É composto por seis questões, as questões (Q) 1 e 2 são relacionadas a idade e sexo respectivamente, Q3 está relacionada a frequência das perdas urinárias, Q4 estima a quantidade de urina que a participante perde, Q5 estima o quanto que perder urina interfere na vida, considerando uma escala de 0 a 10, em que 0 representa incômodo algum e 10 o máximo de incômodo e Q6 que corresponde as ocasiões em que a perda ocorre. O escore é calculado com a somatória das respostas das questões Q3, Q4 e Q5 e pode variar de 0 - quando não há relato de perda urinária e 21 - maior severidade da IU e máximo impacto na qualidade de vida (ANEXO C).

6.8. Procedimentos

As participantes do estudo foram avaliadas uma única vez pela mesma examinadora.

Primeiramente foram convidadas a passar por uma entrevista e questionadas se eram capazes de assinar o seu nome e ler, em seguida responderam a um questionário (APÊNDICE C) contendo questões sobre dados pessoais, informações antropométricos, hábitos de vida, história obstétrica e uroginecológicas. As mulheres que relataram qualquer atividade física, como caminhar, correr, nadar durante 30 minutos pelo menos três vezes por semana, foram classificadas como fisicamente ativas.

Após as participantes respondiam aos questionários de avaliação do conhecimento sobre os MAP e o ICIQ-UI-SF. A pesquisadora que entregava os questionários não tinha contato com os resultados dos demais exames relacionados aos MAP. Em seguida era realizado o exame para verificar a capacidade de contração dos MAP por uma segunda pesquisadora, por meio da palpação vaginal bidigital, e força e resistência dos MAP através da manometria vaginal.

6.9. Cálculo amostral

Um estudo piloto com 21 mulheres foi conduzido a fim de determinar o tamanho da amostra. Com base em uma diferença estimada na CVM dos MAP de 6,5 cmH₂O avaliada por meio na manometria vaginal e um desvio padrão de 15,6 cmH₂O, um nível de significância de 0,05 e poder estatístico de 80% , chegou-se a uma amostra mínima estimada de 122 participantes.

6.10. Análise estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software estatístico SAS 9.4 *Software*. As variáveis foram apresentadas como médias, desvio padrão (DP) ou frequências e porcentagens.

Em relação a análise do questionário sobre o conhecimento dos MAP optou-se por conduzir-se adicionalmente uma análise se as mulheres tinham algum conhecimento ou nenhum conhecimento a respeito dos MAP, além da análise dos escores total e por questão.

O coeficiente de correlação de Pearson (PAGANO; GAUVREAU, 2004) foi utilizado para testar a associação entre conhecimentos dos MAP e idade, IMC, paridade, pico, média e resistência dos MAP e pontuação ICIQ-UI-SF total.

O teste exato de Fisher (FISHER, 1935) foi usado para comparar o conhecimento dos MAP das mulheres em relação ao estado civil, etnia, nível educacional, paridade, tipo de parto, prevalência de IU e se as mulheres estavam ou não fazendo TMAP.

Os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

7. RESULTADOS

O fluxograma das participantes está apresentado na figura 4.

Figura 4 – Fluxograma das participantes inseridas no estudo

Um total de 133 mulheres foram incluídas no estudo. A Tabela 1 apresenta as características da amostra. A maioria das mulheres eram brancas, casadas, com mais de 10 anos de estudo, empregadas, múltíparas com mais de dois partos vaginais. A maioria delas com queixas de IU, mas nunca realizaram o TMAP.

Tabela 1 – Caracterização da amostra do estudo apresentada com média, desvio padrão e números com porcentagens

Variáveis		(N= 133)
Média de idade (DP)		53,3 ($\pm$ 13,82)
Média de peso em kg (DP)		71,5 ($\pm$ 16,08)
Média de altura em m (DP)		1,6 ($\pm$ 0,07)
Média de IMC (DP) (Kg/m²)		28,6 ($\pm$ 6,31)
Estado Civil N (%)	Casada	73 (54,9%)
	Solteira	23 (17,3%)
	Divorciada	16 (12%)
	Viúva	21 (15,8%)
Raça N (%)	Branca	84 (63,2%)
	Pardas	34 (25,6%)
	Negra	15 (11,3%)
Escolaridade em anos N (%)	< 8 anos	65 (48,8%)
	8 - 11 anos	49 (36,8%)
	> 12 anos	19 (14,3%)

Continua

Conclusão

Variáveis	(N= 133)	
Ocupação	Desempregada	4 (3%)
	Empregada	58 (43,6%)
	Aposentada	15 (11,3%)
	Estudante	5 (3,7%)
	Do lar	51 (38,3%)
Fisicamente Ativas ≥ 30 min, ≥ 3 dias por semana N (%)	Sim	50 (37,6%)
	Não	83 (62,4%)
Paridade N (%)	Nulíparas	14 (10,5%)
	Primíparas	12 (9%)
	Multíparas	107 (80,5%)
Tipos de Partos N (%)	Cesária	51 (38,3%)
	Vaginal	82 (61,6%)
Partos Vaginais N (%)	0	51 (38,4%)
	1	18 (13,5%)
	≥ 2	64 (48,1%)
Incontinência Urinária N (%)	Ausente	50 (37,6%)
	Presente	83 (62,4%)
Mulheres que ouviram falar sobre os MAP N (%)	Sim	56 (41,1%)
	Não	77 (57,9%)
Mulheres que realizaram o TMAP N (%)	Sim	10 (7,5%)
	Não	123 (92,5%)

DP = Desvio padrão

IMC = Índice de massa corporal

MAP = Músculos do assoalho pélvico

N = Número

TMAP = Treinamento dos músculos do assoalho pélvico

% = Porcentagem

$\pm$ = Desvio padrão

$\geq$ = Maior ou igual

$>$ = Maior

$<$ = Menor

$p \leq 0,05$

A Tabela 2 apresenta o número de mulheres com conhecimentos dos MAP e sem conhecimento dos MAP em cada questão do questionário e a pontuação do conhecimento MAP por questão. A maioria das mulheres não apresentou nenhum conhecimento sobre os MAP e aquelas com algum conhecimento dos MAP apresentaram escores gerais baixos.

Tabela 2 – Conhecimento das participantes ou não conhecimento da localização dos músculos do assoalho pélvico, funções, disfunções, opções de tratamento e o escore do conhecimento apresentado em cada questão

Questões (N=133)	Conhecimento sobre os MAP (N/%)		Escore total (média/DP)
	Sim	Não	
Onde estão localizados os MAP?	32 (24,1%)	101 (75,9%)	0,24 ($\pm 0,42$)
Quais as funções dos MAP?	27 (20,3%)	106 (79,7%)	0,07 ($\pm 0,18$)
Quais as disfunções do AP?	34 (25,6 %)	99 (74,4%)	0,07 ($\pm 0,13$)
Quais as opções de tratamento para as disfunções do AP?	31 (23,3 %)	102 (76,7%)	0,1 ($\pm 0,21$)
Total	60 (45,1%)	73 (55%)	0,48 ($\pm 0,97$)

AP = Assoalho Pélvico

DP = Desvio Padrão

MAP = Músculos do Assoalho Pélvico

N = Número

% = Porcentagem

$\pm$ = Desvio Padrão

A maioria das mulheres apresentou categoria 2 de acordo com a EOM (Tabela 3). É possível notar que 23,3% da amostra não foi capaz de contrair voluntariamente os MAP (categoria 0 e 1). A contração correta dos MAP (categoria 3) foi observada em apenas 21,8% da amostra, entretanto 41,3% apresentaram categoria igual ou acima de 3.

Tabela 3 – Número de participantes avaliadas pela palpação bidigital e classificadas pela Escala de Oxford Modificada com e sem capacidade de contração

Categorias	(N/%)
EOM	
0	12 (9%)
1	19 (14,3%)
2	47 (35,3%)
3	29 (21,8%)
4	18 (13,5%)
5	8 (6%)

EOM = Escala de Oxford Modificada

N = Número

% = Porcentagem

Os valores de pico, média e duração da manometria vaginal foram 39,1 cmH₂O ($\pm 23,7$), 25,5 cmH₂O ($\pm 16,1$) e 21,1 segundos ($\pm 20,8$), respectivamente.

A média do escore do ICIQ-UI-SF foi de 7,1 ($\pm 6,8$). Ainda segundo o questionário ICIQ-UI-SF, pode-se observar que das 133 mulheres 83 (62,4%) relataram ter IU, das quais 16 (19,3%) relataram incontinência urinária de urgência, 26 (31,3%) incontinência urinária de esforço, 32 (38,5%) incontinência urinária mista, 2 (2,4%) incontinência urinária insensível e 2 (2,4%) incontinência urinária contínua. Das 83 mulheres, 12 (14,5%) relataram enurese noturna e 20 (24,1%) de esvaziamento vesical incompleto.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos participantes que conhecem e que não conhecem os MAP em relação à capacidade de contração e 40,6% das mulheres que foram capazes de contrair os MAP, não possuíam nenhum conhecimento sobre esta musculatura, e 34,59% das que sofriam de IU não possuíam conhecimento sobre os MAP.

Tabela 4 – Número e porcentagem de mulheres com ou sem conhecimento dos músculos do assoalho pélvico, que apresentam ou não capacidade para contraí-los, presença ou ausência de incontinência urinária

N=133	Conhecimento sobre os MAP	
	Não	Sim
Capacidade de contração (N/%)		
Não	19 (14,29%)	12 (9,02%)
Sim	54 (40,60%)	48 (36,09%)
IU (N/%)		
Não	27 (20,30%)	23 (17,29%)
Sim	46 (34,59%)	37 (27,82%)

IU = Incontinência Urinária

MAP = Músculos do assoalho pélvico

N = Número

% = Porcentagem

A Tabela 5 apresenta dados sobre a correlação do escore do conhecimento sobre os MAP com a idade, a CVM, a duração da contração dos MAP, a pontuação total do ICIQ-UI-SF e a paridade. Houve uma correlação negativa fraca estatisticamente significativa entre o conhecimento dos MAP e a idade, e a paridade.

Tabela 5 – Correlação entre o escore de conhecimento sobre os músculos do assoalho pélvico e idade, manometria vaginal, ICIQ-UI-SF e paridade

Variáveis	Coefficiente de correlação de Pearson (p-valor)
Idade	-0.20414 (0.0184)
Manometria vaginal	
Pico	0.03977 (0.6814)
Duração	-0.02196 (0.8207)
Média	0.05001 (0.6056)
Escore do ICIQ-UI-SF	0.03067 (0.7260)
Paridade	-0.19568 (0.0240)

(ICIQ-UI-SF) = International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary Incontinence - Short Form

A Tabela 6 apresenta a avaliação da associação entre o conhecimento MAP com as seguintes variáveis categóricas: estado civil, escolaridade, partos, atividade física, TMAP prévio, capacidade de contração dos MAP e sintomas de IU. Foi encontrada uma associação positiva entre o conhecimento dos MAP e escolaridade e a realização do TMAP.

Tabela 6 – Resultados obtidos pelo teste Exato de Fisher considerando variáveis e o conhecimento sobre os músculos o assoalho pélvico

Associação das variáveis com conhecimento sobre os MAP		Conhecimento sobre os MAP N (%)		P-valor
		Não	Sim	
Estado civil				
	Casada	41 (30,8%)	32 (24,1%)	0.2335
	Solteira	10 (7,5%)	13 (9,8%)	
	Divorciada	7 (5,3%)	9 (6,8%)	
	Viúva	15 (11,3%)	6 (4,5%)	
Escolaridade em anos				
	< 8 anos	44 (33,1%)	21 (15,8%)	0,0012
	8-11 anos	25 (18,8%)	24 (18,1%)	
	>11 anos	4 (3%)	15 (11,3%)	
Partos				
	Com parto vaginal	49 (36,8%)	33 (24,8%)	0,2095
	Sem parto vaginal	24 (18,1%)	27 (20,3%)	

Continua

Conclusão				
Associação das variáveis com conhecimento sobre os MAP		Conhecimento sobre os MAP N (%)		P-valor
		Não	Sim	
Fisicamente ativas ≥ 30 min, ≥ 3 dias por semana				
	Sim	23 (17,3%)	27 (20,3%)	0,1499
	Não	50 (37,6%)	33 (24,8%)	
Realizou TMAP prévio				
	Sim	0 (0)	10 (7,5%)	<0,001
	Não	73 (54,9%)	50 (57,6%)	
Capacidade de contração dos MAP				
		54 (40,6%)	48 (36,1%)	0,5369
	Sim	19 (14,3%)	12 (9%)	
	Não			
IU				
	Sim	46 (34,6%)	37 (27,8%)	1,0000
	Não	27 (20,3%)	23 (17,3%)	

IU = Incontinência Urinária

MAP = Músculos do Assoalho Pélvico

TMAP = Treinamento do Músculos do Assoalho Pélvico

% = Porcentagem

$\geq$ = Maior ou igual

$>$ = Maior

$<$ = Menor

8. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento e sua relação com a capacidade de contrair os MAP e relatos de sintomas de IU em mulheres.

Verificou-se que a população estudada apresenta algum conhecimento sobre os MAP. Embora não tenha mostrado relação entre o conhecimento dos MAP, sintomas de IU e força dos MAP, foi encontrado uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o conhecimento dos MAP, a idade e a paridade, e uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento dos MAP, os anos de escolaridade e o TMAP previamente.

Estudos que avaliaram o conhecimento sobre os MAP e as disfunções relacionadas, apresentam heterogeneidade metodológicas e populacionais (BERZUK; SHAY, 2015; CAAGBAY et al., 2017, JACKSON et al., 2017; NEELS et al., 2016a, 2016b).

Estudos que incluíram mulheres com baixo nível de escolaridade verificaram entre as mesmas um baixo nível de conhecimento sobre os MAP (CAAGBAY et al., 2017; JACKSON et al., 2017), corroborando os achados da presente pesquisa, onde quase 50% das participantes possuem menos de 8 anos de estudos. Ainda no estudo conduzido por Jackson et al. (2017) foi destacado que apesar das mulheres já terem ouvido falar sobre os MAP, este conhecimento é confuso e superficial, especialmente em relação a disfunções, pois relatam a crença de que o desenvolvimento da incontinência urinária está associado a longos intervalos entre as micções.

Apesar de estudos que incluíram amostras com níveis mais altos de escolaridade, terem concluído que há necessidade de uma maior disseminação do conhecimento acerca dos MAP, seus resultados demonstraram que as mulheres apresentam um nível razoável de conhecimento sobre o tema (NEELS et al., 2016a, 2016b). A maioria das mulheres pós-menopausais, nulíparas e primigestas dos estudos acima referenciados conheciam a composição do músculo estriado-esqueleto do AP e conseguiam localizá-lo em uma imagem do corpo humano feminino. Quase três quartos das participantes destes estudos sabiam pelo menos uma função dos MAP e um quarto mais do que uma função, sendo a função de oclusão e suporte dos órgãos pélvicos a mais citada.

Em um ensaio clínico randomizado e controlado realizado no Canadá por Berzuk e Shay (2015) foi verificado que as mulheres apresentam baixo nível de conhecimento, porém após uma intervenção educativa sobre saúde do AP e MAP, houve um aumento do nível de conhecimento e diminuição dos sintomas de disfunções do AP, sugerindo que atividade educativa, ou seja, promover o conhecimento, melhora o nível de conhecimento e diminui as queixas de disfunções sobre os MAP. Também foi demonstrado pelos autores que naquela

amostra o baixo nível de conhecimento sobre os MAP estava associado a uma alta prevalência de disfunções desta musculatura, uma vez que 81% das participantes apresentaram relatos de sintomas urinários, 77% intestinais e 59% de prolapso de órgãos pélvicos.

Em nosso estudo verificou-se uma prevalência alta de 62,4% de IU e um baixo nível de conhecimento dos MAP, entretanto não observou-se uma relação entre o conhecimento e a IU. A ausência de relação pode ser decorrente do baixo conhecimento geral sobre os MAP observado em nossa amostra. Estudos futuros devem avaliar tal relação em amostras mais heterogêneas. Outro fato que deve ser levado em consideração é que essas mulheres foram recrutadas na comunidade e não por encaminhamento médico e diagnóstico de IU.

Diversos fatores podem influenciar na prevalência de IU, segundo a literatura fatores como idade avançada, multiparidade, partos vaginais e sobressão são fatores de risco para as disfunções dos MAP, fatores estes que são características da amostra do presente estudo (BROWN et al., 1996; LASSERRE et al., 2009; LUO et al., 2017; NYGAARD; BARBER, 2008; ROGERS, 2008).

Segundo Delarmelindo et al. (2013), apesar das evoluções científicas e técnicas acerca da IU, as mulheres ainda não usufruem desses avanços, pois o Brasil apresenta limitação de acesso aos programas de reabilitação e prevenção, longos períodos de espera para conseguir uma consulta e ainda conta com o despreparo dos sistemas de saúde para atender essas disfunções. Os autores também recomendam que seja elaborado estratégias para melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a IU.

Segundo Silva e Lopes (2009), a população brasileira e os profissionais de saúde apresentam baixo conhecimento a respeito do tema, fazendo-se essenciais estratégias educativas sobre os MAP onde os profissionais da saúde e a população em geral estejam envolvidas, pois o conhecimento dos MAP para a população em geral pode gerar melhora da qualidade de vida desta população e ainda reduzir os gastos dos sistemas de saúde com tratamento cirúrgico.

Um ensaio clínico randomizado e controlado nacional que incluiu 99 mulheres com idade média de 57 anos, maioria multíparas e menos de 8 anos de escolaridade, verificou que um programa educativo sobre os MAP foi eficiente para promover a aquisição de conhecimento sobre o tema entre as mulheres participantes (BATISTA, 2017). A amostra desse estudo apresenta semelhança com a amostra estudada, e verificou que 44,4% das mulheres já tinham ouvido falar dos MAP. Além disso o programa educativo mostrou-se eficaz em promover o conhecimento acerca dos MAP quatro semanas após a intervenção.

Segundo Saadia (2015) a paridade, o aumento do IMC e o baixo nível de escolaridade podem intensificar os sintomas de disfunções dos MAP. O baixo nível de escolaridade pode

influenciar o acesso das mulheres a informações. A amostra incluída no presente estudo foi constituída justamente por uma maioria de mulheres multíparas, com IMC alto, baixo nível de escolaridade e pouco conhecimento sobre os MAP.

Um levantamento nas principais bases de dados não revelou outros estudos que avaliassem a correlação e / ou associação do conhecimento dos MAP com variáveis como a capacidade de contrair os MAP, sintomas do trato urinário inferior, idade, escolaridade e paridade.

Em relação a capacidade de contração dos MAP, foi encontrado que 23,31% da amostra estudada não era capaz de contrair os MAP, semelhante aos achados de Neels et al. (2017) e Kandadai, O'dell e Saini (2015), onde 23% e 18% respectivamente das amostras eram incapazes de contrair os MAP.

Em relação a CVM, Angelo et al. (2017) realizaram um estudo para desenvolver uma escala de classificação para manometria vaginal dos MAP. A população estudada pelos pesquisadores apresentou média de idade de 52,8 anos, média de IMC de 28,70Kg/m² e média da CVM de 35,1 cmH₂O. No presente estudo a média da CVM foi de 39,1 cmH₂O e de acordo com a classificação de Angelo et al. (2017) 6,8% apresentou uma CVM muito fraca, 22,5% fraca, 35,2% moderada, 18,7% boa e 16,7% forte.

Uma limitação deste estudo é o fato do questionário utilizado para avaliar o conhecimento sobre os MAP não ser validado, entretanto não existe atualmente no Brasil nenhum questionário validado destinado a avaliação do conhecimento de mulheres acerca dos MAP. Pretende-se a partir deste estudo realizar a validação do questionário utilizado. Uma outra limitação do estudo refere-se a homogeneidade da amostra em relação ao nível de escolaridade média e baixa. Estudos futuros devem incluir amostras mais diversificadas que incluam também mulheres com um nível de escolaridade mais alta. Em relação a validade externa, os achados deste estudo possivelmente podem ser extrapolados para mulheres brasileiras e de outros países com nível socioeconômico e cultural semelhante. Os pontos fortes do estudos incluem o uso de questionários para IU traduzido e validado para o português, e exame de físico das participantes realizado por uma única pesquisadora.

9. CONCLUSÃO

As mulheres apresentam um conhecimento muito limitado sobre os MAP. Não foi encontrado relação entre o conhecimento sobre os MAP e sua capacidade de contração ou entre o conhecimento dos MAP e os sintomas de IU. Porém foi encontrada uma correlação entre o conhecimento sobre os MAP, e a idade, e entre o conhecimento dos MAP e a paridade. Também observou-se uma associação entre o conhecimento sobre os MAP e a escolaridade das mulheres e entre o conhecimento e a realização de TMAP prévio.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U.; KERREBROECK, P.; VICTOR, A.; WEIN, A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 187, n. 1, p. 116-126, 2002.

ALMOUSA, S.; VAN LOON, A. B. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. **Maturitas**, Limerick, v. 107, p. 78-83, 2017.

AMARO, J. L.; MACHARELLI, C. A.; YAMAMOTO, H.; KAWANO, P.R.; PADOVANI, C. R.; AGOSTINHO, A. D. Prevalence and Risk Factors for Urinary and Fecal Incontinence in Brazilian Women. **International Brazilian Journal Of Urology**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 592- 598, 2009.

ANGELO, P. H.; VARELLA, L. R. D.; DE OLIVEIRA, M. C. E.; MATIAS, M. G. L.; DE AZEVEDO, M. A. R.; DE ALMEIDA, L. M; MICUSSI, M. T. A manometry classification to assess pelvic floor muscle function in women. **PloS One**, San Francisco, v. 12, n. 10, p. e0187045, 2017.

APONTE, M. M.; ROSENBLUM, N. Repair of pelvic organ prolapse: what is the goal?. **Current urology reports**, Philadelphia, v. 15, n. 2, p. 385, 2014.

ASKLUND, I.; NYSTRÖM, E.; SJÖSTRÖM, M.; UMEFJORD, G.; STENLUND, H.; SAMUELSSON, E. Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial, **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 36, n. 5, p. 1369-76, 2017.

BATISTA, R. A. L. **Efeito de uma atividade educativa na função dos músculos do assoalho pélvico em mulheres: ensaio clínico randomizado e controlado**. 2017. 81 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

BERZUK, K.; SHAY, B. Effect on increasing of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. **International Urogynecology Journal**, London, v. 26, n. 6, p. 837-44, 2015.

BITTI, G. T.; ARGOLAS, G. M.; BALLICU, N.; CADDEO, E.; CECCONI, M.; DEMURTAS, G.; MATTA, G.; PELTZ, M. T.; SECCI, S.; SIOTTO P. Pelvic floor failure:

MR imaging evaluation of anatomic and functional abnormalities. **Radiographics**, Philadelphia, v. 34, n. 2, p. 429-448, 2014.

BØ, K.; HAGEN, R. H.; KVARSTEIN, B.; LARSEN, S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence. II. Validity of vaginal pressure measurements of pelvic muscle strength- The necessity of supplementary methods for control of correct contraction. **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 9, p. 479–87, 1990.

BØ, K.; FINCKENHAGEN, H. B. Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal squeeze pressure. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 80, n. 10, p. 883-7, 2001.

BØ, K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. **International Urogynecology Journal**, London, v. 15, n. 2, p. 76-84, 2004.

BØ, K.; SHERBURN, M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. **Physical Therapy**, Alexandria, v. 85, n.3, p. 269-82, 2005.

BØ, K.; FRAWLEY, H. C.; HAYLEN, B. T.; ABRAMOV, Y.; ALMEIDA, F. G.; BERGHMANS, B.; BORTOLINI, M.; DUMOULIN, C.; GOMES, M.; MCCLURG, D.; MEIJLINK, J.; SHELLY, E.; TRABUCO, E.; WALKER, C.; WELLS, A. 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**, London, v. 36, n. 2, p. 221-244, 2017.

BORTOLAMI, A.; VANTI, C.; BANCHELLI, F.; GUCCIONE, A. A.; PILLASTRINI, P. Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: an observational study. **The Journal of Sexual Medicine**, Amsterdam, v. 12, n. 5, p. 1233-1241, 2015.

BRESEE, C.; DUBINA, E. D.; KHAN, A. A.; SEVILLA, C.; GRANT, D.; EILBER, K. S.; ANGER, J. T. Prevalence and correlates of urinary incontinence among older community-dwelling women. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, Hagerstown, v. 20, n. 6, p. 328-33, 2014.

BROWN, J. S.; SEELEY, D. G.; FONG, J.; BLACK, D. M.; ENSRUD, K. E.; GRADY, D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. **Obstetrics Gynecology**, New York, v. 87, n. 5, p. 715-21, 1996.

CAAGBAY, D. M.; BLACK, K.; DANGAL, G.; RAYNES-GREENOW, C. Can a Leaflet with Brief Verbal Instruction Teach Nepali Women How to Correctly Contract Their Pelvic Floor Muscles? **Journal of Nepal Health Research Council**, Kathmandu, v. 5, n. 2, p. 105-109, 2017.

CARLS, C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the midwest: implications for education and prevention. **Urologic Nursing**, Portland, v. 27, n. 1, p. 21, 2007.

CONSTANTINOU, C. E. Dynamics of female pelvic floor function using urodynamics, ultrasound and Magnetic Resonance Imaging (MRI). **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 144, n. 1, p. 159-165, 2009.

CARTON, M. M. Anatomy of pelvic floor dysfunction. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 36, n. 3, p. 401-419, 2009.

DELANCEY, J. O.; LOW, L. K.; MILLER, J. M.; PATEL, D. A.; TUMBARELLO, J. A. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 199, n. 6, p. 610, 2008.

DELARMELINDO, R. C. A.; PARADA, C. M. G. L.; RODRIGUES, R. A. P.; BOCCHI, S. C. M. Between suffering and hope: rehabilitation from urinary incontinence as an intervening component. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.7, p. 1981-91, 2013.

DIETER, A. A.; WILKINS, M. F.; WU, J. M. Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, Philadelphia, v. 27, n. 5, p. 380-84, 2015.

DOSHANI, A.; PITCHFORTH, E.; MAYNE, J.C.; TINCELLO, G.D. Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester. **Family Practice**, Oxford, v. 24, n. 6, p. 585-93, 2007.

EICKMEYER, S. M. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, Philadelphia, v. 28, n. 3, p. 455-460, 2017.

ELBISS, H. M.; OSMAN, N; HAMMAD, F. T. Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, New York, v. 122, n. 2, p. 136-139, 2013.

FARAGE, M. A.; MILLER, K. W.; BERARDESCA, E.; MAIBACH, H. I. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Berlin, v. 277, n. 4, p. 285-290, 2008.

FITZ, F. F.; STÜPP, L.; DA COSTA, T. F.; BORTOLINI, M. A. T.; GIRÃO, M. J. B. C.; CASTRO, R. A. Outpatient biofeedback in addition to home pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. **Neurourology and urodynamics**, New York, V. 36, n. 8, p. 2034-2043, 2017.

FISHER, RA. The logic of inductive inference. *J. R. Statist. Soc.*, v. 98 n.1 pp. 39-82, 1935

FRAWLEY, H. C.; GALEA, M. P.; PHILLIPS, A.; SHERBURN, M; BO, M. Reliability of pelvic floor muscle strength assessment using different test positions and tools. **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 25, n. 3, p. 236-42, 2006.

GARCÍA DEL SALTO, L.; DE MIGUEL CRIADO, J.; AGUILERA DEL HOYO, L. F.; GUTIÉRREZ VELASCO, L.; FRAGA RIVAS, P.; MANZANO PARADELA, M.; DÍEZ PÉREZ DE LAS VACAS, M. I.; MARCO SANZ, A. G.; FRAILE MORENO E. MR Imaging–based Assessment of the Female Pelvic Floor. **Radiographics**, Easton, v. 34, n. 5, p. 1417-1439, 2014.

GOODE, P. S.; BURGIO, K. L.; REDDEN, D. T.; MARKLAND, A.; RICHTER, H. E.; SAWYER, P.; ALLMAN, R.M. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. **The Journal of urology**, Baltimore, v. 179, n. 4, p. 1449-53, 2008.

HATCHETT, L.; HEBBERT-BEIRNE, J.; TENFELDE, S.; LAVENDER, D.; BRUBAKER, L. Knowledge and perceptions of pelvic floor disorders among African American and latina women. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, Hagerstown, v. 17, n. 4, p. 190-94, 2011.

HAYLEN, B. T.; RIDDER, D.; FREEMAN, R. M.; SWIFT, S. E.; BERGHMANS, B.; LEE, J.; MONGA, A.; PETRI, E.; RIZK, D. E.; SAND, P. K.; SCHAER, G. N. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, New York, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

HAY-SMITH, J.; HERDERSCHEE, R.; DUMOULIN, C.; HERBISON, P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, Torino, v. 48, n. 4, p. 689-705, 2012.

HERBRUCK, L. F. Stress urinary incontinence: prevention, management, and provider education. **Urologic Nursing**, Portland, v. 28, n. 3, p. 200-6, 2008.

HILL, A. M.; MCPHAIL, S. M.; WILSON, J. M.; BERLACH, R. G. Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. **International Urogynecology Journal**, London, v. 28, n. 10, p. 1557-65, 2017.

HSIEH, C. H.; SU, T. H.; CHANG, S. T.; LIN, S. H.; LEE, M. C.; LEE, M. Y. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, New York, v. 100, n. 2, p. 171-174, 2008.

JACKSON, E.; HERNANDEZ, L.; MALLETT, V. T.; MONTOYA, T. I. Knowledge, perceptions, and attitudes toward pelvic organ prolapse and urinary incontinence in Spanish-speaking Latinas. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, Hagerstown, v. 23, n. 5, p. 324-328, 2017.

KANDADAI, I.; O'DELL, K. SAINI, J. Correct performance of pelvic muscle exercises in women reporting prior knowledge. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, Hagerstown, v. 21, n. 3, p. 135-40, 2015.

KIYOSAKI, K.; CKERMAN, A. L.; HISTED, S.; SEVILLA, C.; EILBER, K.; MALISKI, S.; ROGERS, R. G.; ANGER, J. Patients' understanding of pelvic floor disorders: what women want to know. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, Hagerstown, v. 18, n. 3, p. 137-42, 2012.

KO, P. C.; LIANG, C. C.; CHANG, S. D.; LEE, J. T.; CHAO, A. S.; CHENG, P. J. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. **International Urogynecology Journal**, London, v. 22, n. 1, p. 17-22.

LALWANI, N.; MOSHIRI, M.; LEE, J. H.; BHARGAVA, P.; DIGHE, M. K. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction. **Radiologic Clinics of North America**, Philadelphia, v. 51, n. 6, p. 1127-1139, 2013.

LASSERRE, A.; PELAT, C.; GUÉROULT, V.; HANSLIK, T.; CHARTIER-KASTLER, E.; BLANCHON, T.; CIOFU, C.; MONTEFIORE, E. D.; ALVAREZ, F. P.; BLOCH, J. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. **European Urology**, Amsterdam, v. 56, n. 1, p. 177-183, 2009.

LAYCOCK, J.; JERWOOD, D. Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. **Physiotherapy**, London, v. 87, n. 12, p. 631-642, 2001.

LIAPIS, A.; BAKAS, P.; LIAPI, S.; SIOUTIS, D.; CREATSAS, G. Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. **International Urogynecology Journal**, London, v. 21, n. 2, p. 217-222, 2010.

LIAO, Y. M.; DOUGHERTY, M. C.; LIOU, Y. S.; TSENG, J. Pelvic floor muscle training effect on urinary incontinence knowledge, attitudes, and severity: An experimental study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 43, n. 1, p. 29-37, 2006.

LI-YUN-FONG, R. J.; LAROUCHE, M.; HYAKUTAKE, M.; KOENIG, N.; LOVATT, C.; GEOFFRION, R.; CUNDIFF, G. W. Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, Amsterdam, v. 14, n. 2, p. 226-237, 2017.

LUO, R.; DAI, W.; TAY, L. H.; NG, F. C.; KOH, L. T. Urinary incontinence in female outpatients in Singapore. **International Urogynecology Journal**, London, p. 1-6, 2017.

MADOMBWE, J. P.; KNIGHT, S. High prevalence of urinary incontinence and poor knowledge of pelvic floor exercises among women in Ladysmith. **South African Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Cape Town, v. 16, n. 1, p. 18-21, 2010.

MANDIMIKA, C. L.; MURK, W.; MCPENCOW, A. M.; LAKE, A.; WEDDERBURN, T.; COLLIER, C. H.; CONNELL, K. A.; GUESS, M. K. Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. **American journal of obstetrics and gynecology**, St. Louis, v. 210, n. 2, p. 165, 2014.

MARTINHO, N. M.; SILVA, V. R.; MARQUES, J.; CARVALHO, L. C.; IUNES, D. H.; BOTELHO, S. The effects of training by virtual reality or gym ball on pelvic floor muscle strength in postmenopausal women: a randomized controlled trial. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 248-57, 2016.

MESSELINK, B.; BENSON, T.; BERGHMANS, B.; BØ, K.; CORCOS, J.; FOWLER, C.; LAYCOCK, J.; LIM, P. H.; VAN LUNSEN, R.; Á NIJEHOLT, G. L.; PEMBERTON, J.; WANG, A.; WATIER, A.; VAN KERREBROECK, P. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 24, n. 4, p. 374-80, 2005.

MOEN, M. D.; NOONE, M. B.; VASSALLO, B. J.; ELSER, D. M. Pelvic floor muscle function in women presenting with pelvic floor disorders. **International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction**, Surrey, v. 20, n. 7, p. 843-6, 2009.

NAVARRO BRAZÁLEZ, B., TORRES LACOMBA, M., DE LA VILLA, P., SÁNCHEZ SÁNCHEZ, B., PRIETO GÓMEZ, V., ASÚNSOLO DEL BARCO, Á., MCLEAN, L. The evaluation of pelvic floor muscle strength in women with pelvic floor dysfunction: A reliability and correlation study. **Neurourology and Urodynamics**, New York, p. 1-9, 2017.

NEELS, H.; WYNDAELE, J. J.; TJALMA, W. A.; DE WACHTER, S.; WYNDAELE, M.; VERMANDEL, A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. **Journal of Physical Therapy Science**, Moroyama, v. 28, n. 5, p. 1524-1533, 2016a.

NEELS, H.; TJALMA, W. A.; WYNDAELE, J. J.; DE WACHTER, S.; WYNDAELE, M.; VERMANDEL, A. Knowledge of the pelvic floor in menopausal women and in peripartum women. **Journal of Physical Therapy Science**, Moroyama, v. 28, n. 11, p. 3020-3029, 2016b.

NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NITTI, V. W. The prevalence urinary incontinence. **Reviews in urology**, Mercer Island, v. 3, n. suppl 1, p. 52-6, 2001.

NYGAARD, I.; BARBER, M. D.; BURGIO, K. L.; KENTON, K.; MEIKLE, S.; SCHAFFER, J.; SPINO, C.; WHITEHEAD, W. E; WU, J.; BRODY, D. J. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA**, Chicago, v. 300, n. 11, p. 1311-6, 2008.

PAGANO, M; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PEDRAZA, R., J.; IBARRA, S.; HAAS, E. M. Pelvic muscle rehabilitation: a standardized protocol for pelvic floor dysfunction. **Advances in Urology**, Cairo, v. 2014, 2014.

PELAEZ, M.; GONZALEZ-CERRON, S.; MONTEJO, R.; BARAKAT, R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. **Neurourology and urodynamics**, New York, v. 33, n. 1, p. 67-71, 2016.

PERERA, J.; KIRTHINANDA, D. S.; WIJERATNE, S.; WICKRAMARACHCHI, T. K. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. **BMC Women's Health**, London, v. 14, n. 1, p. 78, 2014.

PRABHU, S. A.; SHANBHAG, S. S. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in women residing in a tribal area in Maharashtra, India. **Journal of Research in Health Sciences**, Hamadãn, v. 13, n. 2, p. 125-130, 2013.

PRATHER, H.; SPITZNAGLE, M. T.; DUGAN, S. A. Recognizing and treating pelvic pain and pelvic floor dysfunction. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, Philadelphia, v. 18, n. 3, p. 477-96, 2007.

ROGERS, R. G. Urinary stress incontinence in women. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 358, n. 10, p. 1029-1036, 2008.

SAADIA, Z. Effect of age, educational status, parity and bmi on development of urinary incontinence - a cross sectional study in saudi population. **Materia Socio medica**, Sarajevo, v. 27, n. 4, p. 251-254, 2015.

SHAH, A. D.; MASSAGLI, M. P.; KOHLI, N.; RAJAN, S. S.; BRAATEN, K. P.; HOYTE, L. A reliable, valid instrument to assess patient knowledge about urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, Surrey, v. 19, n. 9, p. 1283-89, 2008.

SHAW, C.; GUPTA, R. D.; BUSHNELL, D. M.; ASSASSA, R. P.; ABRAMS, P.; WAGG, A.; MAYNE, C.; HARDWICK, C.; MARTIN, M. The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. **Family Practice**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 497-506, 2006.

SILVA L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da escola de enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-78; 2009.

SINCLAIR, A. J.; RAMSAY, I. N. The psychosocial impact of urinary incontinence in women. **The Obstetrician & Gynaecologist**, v. 13, n. 3, p. 143-148, 2011.

SMITH, A.L.; NISSIM, H.A.; LE, T.X.; KHAN, A.; MALISKI, S.L.; LITWIN, M. S.; SARKISIAN, C. A.; RAZ, S.; RODRÍGUEZ, L. V.; ANGER, J.T. Misconceptions and miscommunication among aging women with overactive bladder symptoms. **Urology**, Ridgewood, v.77, n. 1 p. 55-9, 2011.

STOKER, J. Anorectal and pelvic floor anatomy. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, Amsterdam, v. 23, n. 4, p. 463-475, 2009.

TALASZ, H.; GOSCH, M.; ENZELSBERGER, H.; RHOMBERG, H. P. Female geriatric patients with urinary incontinence symptoms and their control over pelvic floor muscles. **Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie**, Darmstadt, v. 38, n. 6, p. 424-430, 2005.

TALASZ, H.; HIMMER-PERSCHAK, G.; MARTH, E.; FISCHER-COLBRIE, J.; HOEFNER, E.; LECHLEITNER, M. Evaluation of pelvic floor muscle function in a random group of adult women in Austria. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, Surrey, v. 19, n. 1, p. 131-135, 2008.

TAMANINI, J. T.; ALMEIDA, F. G.; GIROTTI, M. E.; RICCETTO, C. L.; PALMA, P. C.; RIOS, L. A. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, Surrey, v. 19, n. 10, p. 1385-91, 2008.

TIBAEK, S.; DEHLENDORFF, C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction: a retrospective chart review, 1992-2008. **International Urogynecology Journal**, London, v. 25, n. 5, p. 663-9.

TEUNISSEN, D.; VAN DEN BOSCH, W.; VAN WEEL, C.; LAGRO-JANSSEN, T. "It can always happen": the impact of urinary incontinence on elderly men and women. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Philadelphia, v. 24, n. 3, p. 166-173, 2006.

VASCONCELOS, E. C.M. **Efeito de três intervenções fisioterapêuticas na facilitação da contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico em mulheres: ensaio clínico randomizado e controlado**. 2017. 102 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

VERMANDEL, A.; DE WACHTER, S.; BEYLTJENS, T.; D'HONDT, D.; JACQUEMYN, Y.; WYNDAELE, J. J. Pelvic floor awareness and the positive effect of verbal instructions in 958 women early postdelivery. **International Urogynecology Journal**, London, v. 26, n. 2, p. 223-28, 2015.

WASHINGTON, B. B.; RAKER, C. A.; MISHRA, K.; SUNG, V. W. Variables impacting care-seeking for pelvic floor disorders among African American Women. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, Hagerstown, v. 19, p. 98-112, 2013.

YUAN, H.; WILLIAMS, B. A. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 18, n. 1, p. 82-90, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa que se chama “Conhecimento, percepção e estimativa da contração dos músculos do assoalho pélvico por mulheres” e serão convidadas para participar mulheres que, como você, frequentarão o grupo de educação do assoalho pélvico, que ocorre semanalmente no CSE e no LAFAP-FMRP-USP.

Gostaríamos de convidá-la a participar, mas, para que você possa decidir se aceita ou não, vamos te explicar os detalhes relacionados à pesquisa e como esta será realizada! Se surgir alguma dúvida fique à vontade para perguntar a qualquer momento.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o quanto você conhece sobre os músculos do assoalho pélvico e como eles funcionam, o quanto você acha que consegue contrai-los e se você tem algum sintoma de problemas relacionados a esses músculos, como “bexiga caída”, perda de urina e fezes sem querer e problemas na relação sexual se for o caso de você ter atualmente uma vida sexual ativa e o quanto o grupo educativo é capaz de influenciar em tudo isso. Iremos analisar se esses problemas têm relação com o quanto você contrai esses músculos e isso será avaliado e reavaliado pelo fisioterapeuta. Também queremos saber o quanto você acha que consegue contrair esses músculos.

Se você concordar em participar da pesquisa, você será entrevistada por uma pesquisadora dentro de uma sala reservada aqui da Clínica de Fisioterapia do CSE ou no Laboratório de Avaliação funcional dos Músculos do assoalho pélvico (LAFAP). Esta pesquisadora irá te questionar a respeito de alguns dados pessoais e te entregará seis questionários para serem preenchidos. Esses questionários vão avaliar se você tem algum sintoma de disfunção do assoalho pélvico. Esta entrevista terá a duração de aproximadamente 30 minutos e o entrevistador manterá sigilo absoluto sobre todas as informações.

Após a entrevista, você vai receber informações sobre a musculatura do assoalho pélvico e como contrair essa musculatura de maneira correta. Para isso serão utilizadas algumas figuras. Este exame será realizado antes e após o grupo educativo por uma fisioterapeuta. Será solicitado que você vista uma camisola em uma sala reservada e deite de barriga para cima em posição ginecológica (com os joelhos dobrados e as pernas afastadas sem calcinha). Em um primeiro momento, a fisioterapeuta, irá introduzir o dedo indicador na sua vagina, utilizando luva lubrificada com vaselina e durante esse exame será solicitado que você contraia com a maior força possível a musculatura do assoalho pélvico como se quisesse segurar a urina ou evitar eliminar gases. Após você ter realizado esse exame, a fisioterapeuta sairá da sala e entrará uma segunda fisioterapeuta que pedirá para você classificar a força que você fez utilizando uma escala de 0 a 5 (escala de Oxford) que será detalhadamente explicada para você. Após a classificação da contração muscular a segunda fisioterapeuta sairá para que a primeira retorne e realize o segundo exame, chamado perineômetria, que será realizado utilizando um equipamento que se chama perineômetro (um equipamento como este que eu estou te mostrando). O perineômetro mede a pressão dentro da vaginal durante a contração dos músculos do assoalho pélvico e indica a sua força muscular. Para isso é utilizada uma sonda vaginal que será inserida na sua vagina coberta com preservativo e lubrificada com vaselina. Será solicitado que você contraia a musculatura do assoalho pélvico 3 vezes com a maior força possível. Depois da avaliação você irá participar de um grupo educativo sobre o assoalho pélvico. O grupo acontecerá no CSE e no LAFAP-FMRP-USP, em quatro encontros, com a duração de uma hora e acontecerá uma vez por semana, na quarta-feira. No quarto encontro será agendada a reavaliação, que é realizada da mesma forma da avaliação inicial, composta de questionários e avaliação física.

O risco envolvido nesta pesquisa é que você sinta algum desconforto, dor ou constrangimento durante o exame. Em relação a possíveis desconfortos ocasionados por esse exame é importante esclarecer que a palpação vaginal e o exame com o perineômetro não levará mais do que poucos minutos, e geralmente não causa desconforto ou dor, entretanto se ocorrer, por favor, nos informe que interromperemos imediatamente o exame. Não existem casos registrados de ocorrência de danos relacionados a este tipo de procedimento, mas conforme a legislação vigente, caso venha a ocorrer algum dano causado comprovadamente relacionado a pesquisa, você será indenizada pelas pesquisadoras responsáveis por esse projeto.

A sua participação neste estudo é voluntária e você tem todo o direito de desistir de participar a qualquer momento sem que isso cause penalidade ou prejuízo a sua pessoa e a sua participação no grupo educativo do assoalho pélvico ou qualquer outro tipo de assistência que você esteja recebendo ou venha a receber no CSE. Ressaltando que a sua identidade e todos os seus dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo.

Como benefício de sua participação nesta pesquisa você receberá informações a respeito de sua função dos MAP e encaminhamento para consulta uroginecológica caso relate algum problema. Você não receberá nenhum tipo de recompensa financeira por participar da pesquisa, mas seu transporte para realização do exame será custeado pela pesquisa. Tendo recebido as informações acima e ciente dos meus direitos abaixo relacionados.

Eu, _____,
RG no _____, abaixo assinada, concordo em participar do estudo.

As participantes 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 a 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. Receber informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
 5. Que se existirem gastos adicionais, estes serão custeados pelo orçamento da pesquisa.
 6. Não haverá recompensa financeira pela participação no estudo;
 7. Que o meu transporte será custeado para participação no projeto
 6. Que receberei um via deste termo de consentimento assinada pelo pesquisador
- Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do projeto de pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Para maiores informações e esclarecimentos, entre em contato com a pesquisadora principal Letícia Maciel de Freitas (17992532207), com a Professora Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira (pesquisadora responsável e orientadora): 33150741 ou com o Centro de saúde escola (CSE) (016) 3315-0009.

APÊNDICE B – Questionário de Conhecimentos sobre os músculos do assoalho pélvico

Já ouviu falar sobre os músculos do assoalho pélvico (MAP)? () sim () não

Em caso de resposta positiva.

Aonde esses músculos se localizam?

Quais são as funções dos MAP?

Sabe quais as disfunções dos MAPs?

Tem conhecimento das opções de tratamento para essas disfunções?

() sim () não

Especificar:

APÊNCIDE C – Ficha de avaliação

Identificação

Data: __/__/__

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

G__P__A__ IG: _____ DUM: _____

Nulípara () 10,11,12 semanas () 18,19,20 semanas () 36 semanas ()

Múltiparas () Número da pte: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefones: _____ Profissão: _____

Estado Civil: () Casada () Solteira () Amigada () Separada

Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Atividade Física? _____

Cor: () Branca () Parda () Negra

Escolaridade: _____

IU Prévia: () Sim () Não TMAP Prévio: () Sim () Não

Sabia do TMAP previamente: () Sim () Não

Usa Anticoncepcional: () Sim () Não

Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA)

AFA () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Perineomêtria

PICO	1ª coleta _____
	2ª coleta _____
	3ª coleta _____
	Média coletas _____
MÉDIA	1ª coleta _____
	2ª coleta _____
	3ª coleta _____
	Média coletas _____
DURAÇÃO	1ª coleta _____
	2ª coleta _____
	3ª coleta _____
	Média coletas _____

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

<p>CENTRO DE SAÚDE ESCOLA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p>
--	--

OF. 043/2016-CEP/CSE-FMRP-USP Ribeirão Preto, 16 de junho de 2016.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 2.0 de 15 de junho de 2016 foram analisados e **APROVADOS** ("ad referendum") pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CAAE: 56420016.9.0000.5414

Projeto de pesquisa: Conhecimento, percepção e estimativa da contração dos músculos do assoalho pélvico por mulheres.

Pesquisador: Leticia Maciel de Freitas

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Cristine Homs Jorge Ferreira
 Docente do Departamento de Biomecânica, Medicina e Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

RUA TEREZINA, Nº 690 – SUMARÉZINHO – CEP 14055-580 – RIBEIRÃO PRETO – SP FONE: (16) 3315-0000/0001 FAX: (16) 3315-0029
EMAIL: CSECUBA@FMRP-USP.BR

ANEXO B – Escala de Oxford Modificada

GRAU DE FORÇA	ESCALA DE OXFORD MODIFICADA
0	Ausência de resposta muscular
1	Esboço de contração não-sustentada
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
3	Contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

ANEXO C - International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary Incontinence - Short Form

ICIQ - SF																							
Nome do Paciente: _____ 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) <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td>☐</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma vez por semana ou menos</td> <td>☐</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Duas ou três vezes por semana</td> <td>☐</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma vez ao dia</td> <td>☐</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Diversas vezes ao dia</td> <td>☐</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>O tempo todo</td> <td>☐</td> <td>5</td> </tr> </table>		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				
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) <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>Nenhuma</td> <td>☐</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma pequena quantidade</td> <td>☐</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma moderada quantidade</td> <td>☐</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uma grande quantidade</td> <td>☐</td> <td>6</td> </tr> </table>		Nenhuma	☐	0	Uma pequena quantidade	☐	2	Uma moderada quantidade	☐	4	Uma grande quantidade	☐	6										
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) <table style="width: 100%; margin-top: 10px; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6">Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere					Interfere muito					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Não interfere					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) <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perco quando tosse ou espiro</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou dormindo</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perco sem razão óbvia</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perco o tempo todo</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Nunca	☐	Perco antes de chegar ao banheiro	☐	Perco quando tosse ou espiro	☐	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	☐						
Nunca	☐																						
Perco antes de chegar ao banheiro	☐																						
Perco quando tosse ou espiro	☐																						
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	☐																						

"Obrigado por você ter respondido às questões"