**Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**

2018

**Auto-percepção de contração dos músculos do
assoalho pélvico por mulheres: estudo
transversal**

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

Natalia Uechi

Dissertação

NATALIA UECHI

**Auto-percepção de contração dos músculos do assoalho pélvico por mulheres:
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

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.

Uechi, Natalia

Auto-percepção de contração dos músculos do assoalho pélvico por mulheres: estudo transversal. Ribeirão Preto, 2018.

51 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. Auto-percepção. 3. Fisioterapia. 4. Contração muscular. 5. Avaliação.

UECHI, N. **Auto-percepção de contração dos músculos do assoalho pélvico por mulheres:** estudo transversal. 2018. 51 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 a minha família, que é minha base e motivação.

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre me abençoou, guiou meu caminho e colocou as pessoas mais incríveis do mundo na minha vida. Obrigada Deus, por me fazer chegar aqui e por sempre me dar forças.

Aos meus pais, Celso e Elaine, que são a minha base, meu porto seguro e todo o amor que existe em mim. Obrigada por toda a educação, a dedicação, o exemplo de força, determinação e respeito, sem o amor incondicional de vocês nada disso seria possível. Agradeço de todo o coração por confiarem e sempre acreditarem em mim, por lutarem do meu lado independente do caminho e da dificuldade. O apoio e amor de vocês foi essencial para que eu chegasse até aqui, muito obrigada.

Ao meu irmão Gabriel, que é o maior presente da minha vida, que me apoia e me aconselha de todas as formas, que me deu forças e motivação para seguir essa caminhada e lutar todos os dias para que esse trabalho se concretizasse. Obrigada por sempre estar do meu lado, você é mais que essencial na minha vida.

A Gabrielle, que esteve do meu lado em todos os momentos, que nunca me deixou desanimar, que foi a minha força nos dias difíceis e que ajudou a passar por todos os desafios e vence-los. Obrigada por acreditar em mim, por lutar pelos meus sonhos e por sempre estar ao meu lado. Você foi essencial durante essa jornada, obrigada por me ajudar a chegar até aqui.

A minha avó Gessilda (*in memória*), que sempre apoiou, incentivou e rezou por mim em todos os dias difíceis no início desse projeto e que por motivos maiores não conseguiu estar presente até o fim, mas de onde estiver, sabe de todo o meu amor e gratidão. Vó, você foi peça essencial para eu chegar até aqui, obrigada.

A minha parceira de projeto de pesquisa e querida amiga, Letícia Maciel, que foi um enorme presente que esse estudo me trouxe, que esteve comigo em todas as coletas, dificuldades e etapas. Obrigada Le por toda ajuda, apoio e dedicação, você foi essencial para a finalização desse estudo e não tenho dúvidas de que levarei sua amizade para o resto da vida.

As meninas do LAFAP, que são uma grande família e que estão sempre dispostas a ajudar. Em especial a Carol Nocitti, Thaiana Duarte, Aura e Carol Penna, que me deram apoio e compartilharam seus conhecimentos comigo, agregando ainda mais nesse estudo. Meninas, obrigada por toda a ajuda, dedicação e por estarem ao meu lado.

E por fim, a peça essencial para esta pesquisa ter acontecido, a minha orientadora Prof. Dra. Cristine, obrigada por todo ensinamento e apoio, obrigada por acreditar no meu potencial e dedicar todo o seu tempo para me ajudar, você é um grande exemplo de profissional.

Esse estudo é fruto de uma longa caminhada e ele só foi possível pela ajuda de pessoas incríveis. O resultado final desse estudo tem um pedacinho de cada um de vocês que fizeram parte dessa caminhada, e eu agradeço imensamente por isso. Sem vocês nada disso seria possível.

RESUMO

UECHI, N. **Auto-percepção de contração dos músculos do assoalho pélvico por mulheres**: estudo transversal. 2018. 51 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP) está diretamente relacionada a viabilidade de realizar o seu treinamento. A literatura até hoje não traz informações a respeito da capacidade das mulheres estimarem sua própria contração dos músculos do assoalho pélvico. Os objetivos deste estudo foram avaliar a auto-percepção de mulheres da contração dos MAP e de sua intensidade, os relatos de sintomas de disfunções dos MAP, e avaliar a correlação entre os relatos de sintomas de disfunção dos MAP e a auto-percepção da contração muscular. Trata-se de um estudo observacional transversal conduzido no Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado de agosto de 2016 a abril de 2018. Foram recrutadas mulheres residentes em Ribeirão Preto com idades acima de 18 anos. A escala de Oxford modificada (EOM) foi utilizada como medida de desfecho para avaliar a percepção da contração dos MAP pelas mulheres. Uma avaliadora cega em relação a percepção da contração pelas participantes realizou o exame da função dos MAP utilizando o mesmo instrumento. Os sintomas de disfunção dos MAP foram avaliados por meio dos questionários validados International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary- Short Form (ICIQ-SF), Pelvic Organ Prolaps/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12), Pelvic Organ Prolaps Impact Questionnaire (PFIQ-7) e Pelvic Organ Prolaps Distress Inventory (PFDI-20). Os seguintes testes foram utilizados na análise estatística: coeficiente de correlação de concordância de kappa ponderado, o coeficiente de correlação de Pearson e o teste exato de Fisher. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software estatístico SPSS 22. Os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Foram recrutadas 163 mulheres da cidade de Ribeirão Preto, destas 81 não comparecem para avaliação e 82 foram incluídas na pesquisa. A média de idade das mulheres foi de 46,83 ($\pm 17,94$), 34 (41,5%) eram casadas, 59 (71,9%) brancas, 38 (46,4%) com 8 á 11 anos de escolaridade, múltíparas com uma média de 2,17 gestações, 45 (54,9%) não apresentavam sintomas de IU e 77 (93,9%) nunca realizaram o treinamento dos MAP. As mulheres apresentaram uma baixa auto-percepção de contração dos MAP, somente 33% acertou corretamente a intensidade da sua contração. A avaliação da contração dos MAP por meio da palpação vaginal não apresentou uma concordância mínima com a auto percepção

($p=0,087/\kappa=0,139$). A auto-percepção não apresentou correlação com os sintomas de disfunções através dos questionários PFDI-20, PFIQ-7, ICIQ-SF e PISQ-12. A avaliação da contração muscular apresentou uma correlação fraca negativa com o questionário PFDI-20 nos domínios IU ($r_s=-0,315/p=0,004$), POP ($r_s=-0,330/p=0,002$) e escore total ($r_s=0,387/p=0,000$), uma correlação fraca negativa com o questionário PFIQ-7 nos domínios IU ($r_s=-0,320/p=0,003$), POP ($r_s=-0,244/p=0,027$) e escore total ($r_s=-0,329/p=0,003$). Uma correlação fraca positiva com o questionário de função sexual PISQ-12 ($r_s=0,360/p=0,008$) e uma correlação negativa moderada com o questionário ICIQ-SF de sintomas de incontinência urinária ($r_s=-0,406/p=0,000$). Concluiu-se que as mulheres dessa amostra apresentaram uma baixa auto-percepção da contração dos MAP, somente 33% estimou corretamente a sua contração muscular.

Palavras-chaves: Auto-Percepção. Assoalho pélvico. Fisioterapia. Contração muscular. Avaliação.

ABSTRACT

UECHI, N. **Woman's self-perception of pelvic floor muscle contraction.** 2018.51 p. Thesis (Master degree) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The ability to perform a pelvic floor muscles (PFM) contraction is directly related to the feasibility of performing their training. To date the literature does not provide information regarding to women's ability to estimate their own PFM contraction. This study aims to assess women's self-perception of PFM contraction and its intensity, the prevalence of PFM dysfunction symptoms, and to analyse the relation between these symptoms and self-perception of muscle contraction. This is a cross-sectional observational study conducted at Dr. Joel Domingos Machado School Health Center from August, 2016 to April, 2018. Women living in Ribeirão Preto aged above 18 years were recruited. The modified Oxford scale was used as an outcome measure to assess women's perception of PFM contraction. A blind evaluator regarding to women's self-perception of PFM contraction assessed PFM function using vaginal palpation to classify it with same instrument. PFM dysfunction symptoms were assessed using the following validated questionnaires International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary- Short Form (ICIQ-SF), Pelvic Organ Prolaps/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12), Pelvic Organ Prolaps Impact Questionnaire (PFIQ-7) e Pelvic Organ Prolaps Distress Inventory (PFDI-20). Weighted kappa concordance correlation coefficient, Pearson's correlation coefficient and Fisher's exact test were used in the statistical analysis. SPSS 22 statistical software was used and values of $p \leq 0.05$ were considered statistically significant. A total of 163 women were recruited, 81 did not attend for evaluation and 82 were included in the study. The mean age of the participants was 46.83 (± 17.94), 34 (41.5%) were married, 59 (71.9%) were white, 38 (46.4%) have from 8 to 11 years of formal education. Most of them were multiparous with an average of 2.17 pregnancies, 45 (54.9%) had no symptoms of urinary incontinence, and 77 (93.9%) had never performed PFM training. The participants had a low self-perception of PFM contraction, only 33% hit correctly the intensity of their contraction. PFM contraction assessed by vaginal palpation did not show a minimum agreement with self-perception ($p = 0.087$ / $\kappa = 0,139$). Self-perception did not correlate with dysfunctions symptoms evaluated by the questionnaires PFDI-20, PFIQ-7, ICIQ-SF and PISQ-12. The PFM

function presented a weak negative correlation with the PFDI-20 questionnaire in the domains of UI symptoms ($r_s = -0.315 / p = 0.004$), POP ($r_s = -0.330 / p = 0.002$) and total score ($r_s = 0.387 / p = 0.0002$), with PFIQ-7 questionnaire in the IU domains ($r_s = -0.320 / p = 0.003$), POP ($r_s = -0.224 / p = 0.027$) and total score 0.003). A weak positive correlation was found between self-perception and PISQ-12 questionnaire ($r_s = 0.360 / p = 0.008$) and a moderate negative correlation with the ICIQ-SF ($r_s = -0.406 / p = 0.000$). In conclusion women of this sample had a low self-perception of PFM contraction, only 33% correctly estimated their muscle contraction.

Keywords: Self-Perception. Pelvic floor. Physiotherapy. Muscular contraction. Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização socio-demográfica da amostra do estudo apresentada com mediana, valor mínimo e máximo ou frequência e porcentagens.....	27
Tabela 2. Caracterização clínica da amostra do estudo apresentada com mediana, mínimo e máximo ou frequência e porcentagens.....	28
Tabela 3. Escores dos questionários de sintomas de disfunções dos músculos do assoalho pélvico.....	29
Tabela 4. Distribuição das voluntárias de acordo com a função muscular avaliada pela palpação vaginal e classificada segundo a escala de Oxford modificada e auto-percepção da contração pela mulher segundo a mesma escala.....	29
Tabela 5. Correlação dos sintomas de disfunção dos MAP com a avaliação da contração muscular.....	31
Tabela 6. Correlação da auto-percepção de contração, capacidade de contração segundo a EOM e sintomas de disfunção dos MAP com idade, IMC e paridade.....	32
Tabela 7. Percentual de acerto das voluntárias de acordo com a função muscular avaliada pela palpação vaginal e sua auto percepção utilizando a EOM e sendo subdivididas entre 0 e 2 e entre 3 e 5.....	33
Tabela 8. Distribuição das voluntárias de acordo com a função muscular avaliada pela palpação vaginal e sua auto percepção utilizando a EOM e sendo subdivididas entre 0 e 2 e entre 3 e 5.....	33
Tabela 9. Distribuição por categoria de escore da avaliação da contração dos MAP com frequência e porcentagem das mulheres que tiveram auto-percepção exata correspondente a palpação vaginal.....	34

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Concordância entre a auto-percepção e a avaliação de contração dos MAP através da palpação vaginal utilizando escala de Oxford modificada.....	30
---	----

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Fluxograma das participantes inseridas no estudo.....	27
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
CSE	Centro de Saúde Escola
CVM	Contração Voluntária Máxima
CRAD-8	<i>Colorectal - Anal Distress</i>
CRAIQ	<i>Colorectal - Anal Impact Questionnaire</i>
EOM	Escala de Oxford Modificada
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IA	Incontinência Anal
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary - Short Form</i>
IMC	Índice de Massa corporal
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
LAFAP	Laboratório de Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
N	Número
PFDI-20	<i>Pelvic Floor Distress Inventory</i>
PFIQ-7	<i>Pelvic Floor Impact Questionnaire</i>
POP	Prolapso dos Órgãos Pélvicos
POPDI-20	<i>Pelvic Organ Prolaps Distress Inventory</i>
POPIQ	<i>Pelvic Organ Prolaps Impact Questionnaire</i>
PISQ-12	<i>Pelvic Organ Prolaps / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire</i>
RM	Repetição Máxima
SP	São Paulo
TMAP	Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
UDI-6	<i>Urinary Distress Inventory</i>
UIQ-7	<i>Urinary Impact Questionnaire</i>
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

Cm	Centímetros
Kg	Quilogramas
M	Metros
%	Porcentagem
<	Menor
>	Maior
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual
±	Desvio padrão
r_s	Correlação de Spearman
p	P valor
k	Kappa ponderado

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	17
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. HIPÓTESE.....	20
4. OBJETIVOS.....	21
4.1 Objetivos primários	21
4.2 Objetivos secundários.....	21
5. MATERIAS E MÉTODOS.....	22
5.1 Delineamento do estudo.....	22
5.2 População e participantes.....	22
5.3 Critérios de inclusão.....	22
5.4 Critérios de exclusão.....	22
5.5 Aspectos éticos.....	22
5.6 Recrutamento.....	23
5.7 Instrumentos utilizados para a avaliação.....	23
5.8 Procedimentos.....	24
5.9 Cálculo Amostral.....	25
5.10 Análise estatística.....	26
6. RESULTADOS.....	27
7. DISCUSSÃO.....	35
8. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	43
ANEXOS.....	46

1. INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP) é dividido em três compartimentos: o compartimento anterior que contém a bexiga e a uretra, o compartimento médio contém o útero e a vagina, e o compartimento posterior contém o reto e o ânus (BØ, 2005; KOBİ et al., 2018; Parther et al., 2009). Essa musculatura tem como principais funções estabelecer o suporte dos órgãos pélvicos, manter a continência urinária e anal, formar o canal de parto e a função sexual (DELANCEY et al., 2015; BO et al., 2005).

As disfunções dos músculos do assoalho pélvico (MAP) levam a diversos sintomas com alta prevalência na população feminina (KEPENEKCI et al, 2011). Os sintomas de disfunções dos MAP incluem a incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), prolapso de órgãos pélvicos (POP), disfunções sexuais e dor pélvica (BØ, 2017). A literatura relata uma prevalência de IU entre 24 e 41% em mulheres de 65 anos (BRESEE et al., 2014), sendo definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como qualquer perda involuntária de urina.

O treinamento dos MAP (TMAP) deve ser a primeira opção para tratar a IU (HAY-SMITH et al., 2015), apresentando o mais alto nível de evidência científico no tratamento da IU feminina. (DUMOULIN et al., 2014). A avaliação da capacidade de contração dos MAP e classificação de sua função é considerada essencial não só para o estabelecimento do programa de treinamento adequado como também na monitorização dos resultados (BO et al., 2017).

Existem diversos métodos de avaliação da função dos MAP, entretanto na prática clínica do fisioterapeuta destaca-se o uso da palpação vaginal por ser um método acessível e de baixo custo (BO et al., 2009). Existem mais de trinta escalas de avaliação da função dos MAP utilizadas por meio da palpação vaginal. A escala de Oxford modificada é uma das mais utilizadas por fisioterapeutas constituindo-se em um instrumento válido na avaliação, pois considera o componente de oclusão e elevação do dedo do examinador durante a contração dos MAP e apresenta uma boa reprodutibilidade intra-examinador (FRAWLEY, 2006). Algumas desvantagens no uso das escalas que utilizam a palpação vaginal são: possível desconforto causado pela palpação vaginal; a necessidade de um ambiente e de mobiliário adequado para realização do exame; a impossibilidade de realizar o exame durante o período menstrual; e a necessidade de ter um profissional treinado para realizar o exame (STENSGAARD et al., 2014).

Além da capacidade de contrair os MAP, a realização da contração voluntária máxima (CVM) percebida pelas mulheres é utilizada como referência nos programas de TMAP, que visam o fortalecimento muscular e subsequente melhora do suporte pélvico visceral (BO et al., 2015). De acordo com BO et al. (2015) a não visualização dos MAP durante o exercício dificulta sua monitorização. Diferente de programas de treinamento de força muscular globais que utilizam o cálculo de 1 repetição máxima (RM) para determinar a intensidade de treino, os programas de TMAP costumam orientar o uso da CVM, uma vez que a determinação do percentual de contração muscular dos MAP em relação a CVM é de difícil monitorização.

Um aspecto essencial para a eficácia do TMAP é a adesão (HAY-SMITH et al., 2011). Programas de treinamento de força muscular intensivos praticados com intensidade de contração submáxima poderiam melhorar o conforto e a adesão das participantes, e para isso a monitorização da intensidade da contração muscular dos MAP baseada na auto-percepção e estimativa da contração muscular seria essencial.

Na literatura não foram encontrados estudos que avaliassem a auto-percepção e a estimativa da contração dos MAP durante a contração voluntária, uma vez que a auto-percepção poderia ser utilizada para melhorar o conforto, adesão e a eficácia do TMAP.

2. JUSTIFICATIVA

A realização da CVM percebida pelas mulheres é utilizada como referência nos programas de TMAP, apesar disso não existem estudos na literatura que indiquem uma capacidade satisfatória das mulheres em estimar sua própria contração dos MAP. A auto-percepção dos MAP por mulheres poderia ser utilizada tanto na prática clínica para monitorização de programas de treinamento dos MAP, como para auto-avaliação em ações de saúde pública onde seja inviável a realização do exame por meio da palpação vaginal.

Parece essencial elucidar a acurácia da auto-percepção da contração dos MAP e de sua intensidade por mulheres.

3. HIPÓTESE

As mulheres apresentam uma boa auto-percepção da contração dos MAP.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Primário

Avaliar a auto-percepção da contração dos MAP e de sua intensidade por mulheres.

4.2. Objetivo Secundário

- Avaliar os relatos de sintomas de disfunção dos MAP;
- Correlacionar os relatos de sintomas de disfunção dos MAP com a capacidade e auto-percepção de contração.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal.

5.2 População e Participantes

As mulheres que participaram do estudo são residentes da cidade de Ribeirão Preto/SP. As participantes receberam todos os esclarecimentos acerca da pesquisa por uma pesquisadora da equipe, foram incluídas apenas as que preencheram os critérios de inclusão e após sua concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5.3 Critérios de inclusão

- Mulheres alfabetizadas;
- Maiores de 18 anos;
- Moradoras da cidade de Ribeirão preto.

5.4 Critérios de exclusão

- Alergia ao preservativo;
- Desconforto e/ou intolerância ao exame funcional dos MAP.

5.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada 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).

5.6 Recrutamento

As mulheres foram recrutadas na cidade de Ribeirão Preto, de agosto de 2016 a abril de 2018, através de propagandas na internet, rádio USP e no CSE-FMRP-USP, onde houve todo o cuidado para evitar recrutamento na área da ginecologia para não ocorrer um viés na pesquisa. Uma pesquisadora fez o convite para as mulheres que preencheram os critérios de inclusão para participarem do estudo.

5.7 Instrumentos utilizados para a avaliação

O desfecho primário foi avaliado por meio da palpação vaginal bidigital associada com a Escala de Oxford Modificada (EOM) para avaliar a contração da musculatura do assoalho pélvico e a avaliação da auto-percepção subjetiva da mulher sobre sua capacidade de contração dos MAP também foi avaliada através da EOM. A EOM classificou a contração e a auto percepção subjetiva dos MAP 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 sentida da sínfise púbica, 5 – forte, sentida com uma compressão vigorosa e elevação dos dedos do examinador em direção a sínfise púbica (LAYCOCK; JERWOOD, 2001).

Para a avaliação dos desfechos secundários foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF) (ANEXO B) (TAMANINI et al., 2008) – para avaliar relatos de IU;
- 2) *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) (ANEXO C) (AROUCA et al., 2016) – Para avaliar os sintomas dos MAP relacionado a atividades de vida diária;
- 3) *Pelvic Organ Prolaps / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12) (ANEXO D) (SANTANA; AOKI; AUGÉ, 2012) – para avaliar a função sexual das voluntárias;
- 4) *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) (ANEXO E) (AROUCA et al., 2016) – avaliar os sintomas de disfunção dos MAP.

O ICIQ- SF é um questionário validado em português, que tem como objetivo avaliar a gravidade, a frequência e o impacto da IU na qualidade de vida das participantes. Ele é composto por 4 questões e seu escore pode variar de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maior a severidade e impacto da IU na qualidade de vida da mulher (TAMANINI et al., 2008).

O questionário PISQ-12 foi traduzido e validado em português, e é um questionário composto por 12 perguntas, que avaliam a função sexual da mulher com disfunções dos MAP. O escore pode variar de 0 a 48, sendo que quanto maior a pontuação melhor é considerada a função sexual. Ele só é aplicado em participantes que tenham mantido relação sexual com penetração pênis-vagina nos últimos 6 meses (SANTANA; AOKI; AUGÉ, 2012).

O questionário PFIQ-7 é subdividido em três domínios: vesicais (UIQ-7), intestinais (CRAIQ-7) e vaginais (POPIQ-7), tendo como objetivo avaliar o impacto dos sintomas nas atividades de vida diária. Ele é composto por 7 questões em cada um dos domínios, cada domínio pode variar de 0 a 100, somando um total máximo de 300 pontos. Quanto maior o escore somado, pior o impacto das disfunções nas atividades diárias. É um questionário validado em português (AROUCA et al., 2016).

O questionário PFDI-20, assim como o PFIQ-7 é dividido nos domínios vesicais (UDI-6), intestinais (CRAD-8) e vaginais (POPDI-20), porém ele é específico para os sintomas dessas disfunções. É composto por 20 questões e a pontuação subdividida de 0 a 100 por domínio e o escore total pode variar de 0 a 300. O questionário é validado em português e quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de disfunção. (AROUCA et al., 2016).

5.8 Procedimentos

As participantes do estudo foram avaliadas uma única vez. Duas pesquisadoras participaram do estudo, a primeira pesquisadora foi responsável pela aplicação dos questionários validados e pelo questionamento a respeito da auto-percepção da contração dos MAP, e a segunda pesquisadora realizou o exame físico. Ambas pesquisadoras tinham experiência de três anos e foram treinadas para realizar a sua tarefa.

Primeiramente as mulheres participantes responderam um questionário (APÊNDICE C) por meio de uma entrevista, que foi realizada pela primeira pesquisadora, onde responderam questões pessoais como dados antropométricos (peso, altura e IMC),

história obstétrica, hábitos de vida e informações uroginecológicas. Foram consideradas alfabetizadas as mulheres que responderam que eram capazes de assinar o seu nome e ler, e classificadas como fisicamente ativas as que relataram qualquer tipo de atividade física pelo menos três vezes por semana, durante 30 minutos.

Após o primeiro momento, as participantes respondiam os questionários de avaliação: ICIQ- SF, PISQ-12, PFIQ-7 e PFDI-20. Em seguida, a segunda pesquisadora realizava a avaliação para verificar a capacidade de contração dos MAP.

Antes de iniciar o exame físico, a segunda pesquisadora oferecia instruções individuais para as participantes a respeito dos músculos do assoalho pélvico e maneira correta de contrai-los, a explicação dessa contração adequada era descrita como o fechamento em torno da abertura vaginal, associada ao movimento de elevação do períneo. Posteriormente as instruções, a mulher era colocada em posição supina com os joelhos e quadris flexionados e abduzidos e os pés apoiados na maca para realização do exame físico. O exame físico era realizado através da palpação vaginal bidigital, e para quantificar a força de contração dos MAP era utilizada a EOM (LAYCOCK; JERWOOD, 2001). A EOM apresenta boa reprodutibilidade intra-examinador e validade na avaliação do componente de oclusão da contração dos MAP(FRAWLEY et al, 2006).

A pesquisadora que realizou a palpação vaginal se retirava da sala de avaliação e retornava a primeira pesquisadora, que executava a avaliação da auto-percepção subjetiva da mulher sobre sua capacidade de contrair os MAP e sobre a intensidade da contração. A pesquisadora apresentava a EOM (LAYCOCK; JERWOOD, 2001) em um papel para as participantes, explicando que a escala possui seis pontos e cada ponto representa um grau de contração, 0-sem contração, 1- esboço, 2- fraca, 3- moderada, 4- boa, e 5- forte. Após permitir que a participante se familiarizasse com as categorias da escala, solicitava que a mesma classificasse sua contração muscular elegendo uma das categorias da escala.

5.9 Cálculo Amostral

A partir de uma amostra piloto constituída por 20 mulheres foi realizado o cálculo amostral utilizando uma regressão linear por meio do programa Gpower. Com base na avaliação da contração dos MAP e na auto-percepção, utilizando o ajuste de valores através da variável idade, T crítico de 1,67, desvio padrão residual de 0,920, correlação de 0,310 e poder estatístico de 90% , chegou-se a uma amostra estimada de 82 participantes.

5.10 Análise Estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software estatístico SPSS 22. As variáveis foram apresentadas como medianas, mínimos e máximos ou como frequências e porcentagens.

A análise da concordância entre a auto-percepção e a avaliação da contração dos MAP pela palpação vaginal realizada pela avaliadora foi realizado pelo coeficiente de correlação de concordância de Kappa Ponderado.

O coeficiente de correlação de Pearson (PAGANO; GAUVREAU, 2004) foi utilizado para correlacionar os relatos de sintomas de disfunção dos MAP através dos questionários ICIQ-SF, PISQ-12, PFIQ-7 e PFDI-20 com a capacidade de contração dos MAP e a auto-percepção de contração.

A associação entre os sintomas de incontinência urinária e a concordância exata da auto-percepção com a contração dos MAP foi realizado através do teste exato de Fisher.

Os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos (MUKAKA, 2012).

6. RESULTADOS

O fluxograma das participantes está apresentado na figura 1. Foram convidadas 163 mulheres para participar do estudo. Destas, 82 foram incluídas no estudo, as demais não compareceram na avaliação.

Figura 1 – Fluxograma das participantes inseridas no estudo

Um total de 82 mulheres participaram deste estudo. A maioria das participantes eram brancas, casadas, com 8 a 11 anos de estudo e exerciam uma atividade remunerada, a média de idade é de 46,83. A Tabela 1 apresenta as características socio-demográficas da amostra.

Tabela 1 – Caracterização socio-demográfica da amostra do estudo apresentada com mediana, valor mínimo e máximo ou frequência e porcentagens (%)

Variável	Média	Desvio Padrão
Idade	46,83	17,94
Peso	70,92	16,76
Altura	1,61	0,07
IMC	27,10	6,25
Frequência		Porcentagem (%)
Idade		
<30	21	25,6%
30-45	15	18,3%
45-60	24	29,3%
>60	22	26,8%
Ocupação		
Atividade Remunerada	38	46,3%
Atividade não remunerada	27	32,9%
Aposentada	6	7,3%
Estudante	11	13,4%

Continua

Estado Civil			
	Casada/ Amigada	34	41,5%
	Solteira	27	32,9%
	Separada	9	11,0%
	Viúva	12	14,6%
Cor da Pele			
	Branca	59	71,9%
	Parda	16	19,5%
	Negra	7	8,5%
Nível de Escolaridade em anos			
	< 8 anos	21	25,6%
	8 - 11 anos	38	46,4%
	> 12 anos	23	28%

IMC = Índice de massa corporal; % = Porcentagem; > = Maior; < = Menor.

A maioria das participantes eram multíparas, com uma média de 2,17 gestações, não eram fisicamente ativas, estavam em idade reprodutiva, não tinham queixa de IU e nunca realizaram o treinamento dos MAP.

Tabela 2 – Caracterização clínica da amostra do estudo apresentada com mediana, mínimo e máximo ou frequência e porcentagens

Variável		Média	Desvio Padrão
Nº de gestação		2,17	2,13
Paridade		1,68	1,57
Aborto		0,43	0,93
Parto Normal		1,02	1,37
Parto Cesária		0,68	0,98
Fisicamente Ativas		Frequência	Porcentagem
	Sim	34	41,5%
	Não	48	58,5%
Idade reprodutiva			
	Sim	44	53,7%
	Não	38	46,3%
IU			
	Sim	37	45,1%
	Não	45	54,9%
Mulheres que já realizaram o TMAP			
	Sim	5	6,1%
	Não	77	93,9%

Continua

Conclusão

Uso de concepção

Sim	19	23,2%
Não	63	76,8%

IU= Incontinência Urinária; TMAP = Treinamento dos músculos do assoalho pélvico; N°= Número; % = Porcentagem.

A função sexual do questionário PISQ-12 apresentou uma média de escore 37,94, e o total do questionário PFDI-20 apresentou uma média de escore 44,97, enquanto os sintomas de IU dos questionários PFDI-20 e PFIQ-7 apresentaram as maiores médias dos domínios, sendo de 23,14 e 17,51, podendo ser verificada na tabela 3.

Tabela 3 – Escores dos questionários de sintomas de disfunções dos músculos do assoalho pélvico

Questionário	Média	Desvio Padrão
PFDI-20 Total	44,47	52,37
Domínios PFDI-20	POPDI-20 12,99	18,06
	CRAD-8 8,33	15,70
	UDI-6 23,14	29,07
PFIQ-7 Total	29,29	52,53
Domínios PFIQ-7	IUQ-7 17,51	29,53
	CRAIQ-7 4,75	16,71
	POPIQ-7 7,07	20,93
PISQ-12	37,94	7,04
ICIQ-SF	5,33	6,88

PFDI-20 – Pelvic Floor Distress Inventory; POPDI-20- Pelvic Organ Prolaps Distress Inventory; CRAD-8- Colorectal Anal Distress; UDI-6- Urinary Distress Inventory; PFIQ-7- Pelvic Floor Impact Questionnaire; IUQ-7 Urinary Impact Questionnaire; CRAIQ-7 Colorectal Anal Impact Questionnaire; POPIQ-7 Pelvic Organ Prolaps Impact Questionnaire; PISQ-12- Pelvic Organ Prolaps/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire; ICIQ-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form.

A avaliação da função dos MAP pela palpação vaginal, revelou uma predominância de mulheres com escore 3 segundo a escala de Oxford modificada, seguida de 4 e 2. Enquanto que pela auto-percepção das mulheres utilizando-se a mesma escala houve predominância de escore 4, seguida de 3 e 5. Conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das voluntárias de acordo com a função muscular avaliada pela palpação vaginal e classificada segundo a escala de Oxford modificada e auto-percepção da contração pela mulher segundo a mesma escala

Categorias EOM	N= 82 f (%)	
	Palpação Vaginal	Auto-percepção
0	7 (8,5%)	0 (0%)
1	6 (7,3%)	1 (1,2%)
2	19 (23,2%)	9 (11%)
3	24 (29,3%)	27 (32,9%)
4	22 (26,8%)	34 (41,5%)
5	4 (4,9%)	11 (13,4%)

EOM= Escala de Oxford Modificada

Na análise da correlação entre palpação vaginal e auto-percepção de contração, considerando os valores obtidos segundo a EOM, pelo coeficiente de correlação de concordância de Kappa ponderado, apresentou o valor de 0,139 e concordância mínima entre as variáveis ($p=0,087$). No quadro 1 está representado a relação de acerto por categoria.

Quadro 1. Concordância entre a auto-percepção e a avaliação de contração dos MAP através da palpação vaginal utilizando escala de Oxford modificada

		Avaliação da contração do MAP (palpação vaginal)						
		0	1	2	3	4	5	Total
Auto-percepção	0	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	1	0 0,0%	1 1,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,2%
	2	1 1,2%	1 1,2%	1 1,2%	4 4,9%	2 2,4%	0 0,0%	9 11,0%
	3	2 2,4%	2 2,4%	7 8,5%	9 11,0%	6 7,3%	1 1,2%	27 32,9%
	4	4 4,9%	2 2,4%	9 11,0%	6 7,3%	13 15,9%	0 0,0%	34 41,5%
	5	0 0,0%	0 0,0%	2 2,4%	5 6,1%	1 1,2%	3 3,7%	11 13,4%
Total da Avaliação da contração do MAP		7 8,5%	6 7,3%	19 23,2%	24 29,3%	22 26,8%	4 4,9%	82 100,0%

A auto percepção de contração não apresentou correlação com POPDI-6 (r_s : -0,060; p : 0,595), CRAD-8 (r_s : 0,034; p : 0,763), UDI-6 (r_s : -0,106; p : 0,342), PFDI-20T (r_s : 0,077; p : 0,490), IUQ-7 (r_s : -0,001; p : 0,993), CRAIQ-7 (r_s : 0,073; p : 0,514), POPQ-7 (r_s : -0,046; p : 0,682), PFIQ7T (r_s : -0,028; p : 0,803), PISQ-12 (r_s : 0,003; p : 0,983) e ICIQSF (r_s : 0,011; p : 0,922).

A avaliação da contração muscular apresentou uma correlação fraca negativa com os escores totais dos questionários PFDI-20 e PIFQ-7, e nos domínios dos sintomas de

POP e IU destes mesmo questionários. Uma correlação fraca positiva com o questionário de função sexual PISQ-12 e uma correlação negativa moderada com o questionário ICIQ-SF de sintomas de IU (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação dos sintomas de disfunção dos MAP com a avaliação da contração muscular

Variável	POPDI-6	CRAD-8	UDI-6	PFDI-20 T	IUQ-7	CRAI Q-7	POPQ-7	PIFQ7T	PISQ-12	ICIQ-SF
r_s	-0,330 *	-0,208	-0,315*	-0,387*	-0,320*	-0,172	-0,244*	-0,329 *	0,360 *	-0,406*
P	0,002	0,061	0,004	0,000	0,003	0,123	0,027	0,003	0,008	0,000

PFDI-20 – Pelvic Floor Distress Inventory; POPDI-20- Pelvic Organ Prolaps Distress Inventory; CRAD-8- Colorectal Anal Distress; UDI-6- Urinary Distress Inventory; PFIQ-7- Pelvic Floor Impact Questionnaire; IUQ-7 Urinary Impact Questionnaire; CRAIQ-7 Colorectal Anal Impact Questionnaire; POPIQ-7 Pelvic Organ Prolaps Impact Questionnaire; PISQ-12- Pelvic Organ Prolaps/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire; ICIQ-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form.

A variável idade apresentou uma correlação negativa moderada com a avaliação da função muscular através da palpação vaginal, uma correlação moderada positiva com o questionário PFDI total e o questionário de sexualidade PISQ-12, e uma correlação positiva fraca com os sintomas de IU dos questionários ICIQ-SF, PFIQ-7 e PFDI-20, com os sintomas de POP dos questionários PFIQ-7 e PFDI-20, com os sintomas intestinais do questionário PFDI-20 e com o escore total do questionário PFIQ-7. O IMC apresentou uma correlação fraca negativa com a avaliação da função muscular e o questionário de sexualidade PISQ-12, e uma correlação fraca positiva com os sintomas de IU dos questionários ICIQ-SF, PFIQ-7 e PFDI-20, com os sintomas de POP do questionário PFDI-20, com os sintomas intestinais do questionário PFDI-20 e PFIQ-7 e com o escore total dos questionários PFIQ-7 e PFDI-20. A variável paridade apresentou uma correlação negativa moderada com o questionário de sexualidade PISQ-12, uma correlação negativa fraca com a avaliação da função dos MAP utilizando a palpação vaginal, e uma correlação positiva fraca com os sintomas de IU dos questionários ICIQ-SF, PFIQ-7 e PFDI-20, com o escore total dos questionários PFDI-20 e PFIQ-7 e os sintomas intestinais e de POP do questionário PFDI-20 (Tabela 6).

Tabela 6. Correlação da auto-percepção de contração, capacidade de contração segundo a EOM e sintomas de disfunção dos MAP com idade, IMC e paridade

Variáveis	Idade	IMC	Paridade
Auto-percepção			
r_s	0,148	0,051	0,106
P	0,183	0,647	0,343
Capacidade de contração			
r_s	-0,512 *	-0,280*	-0,357*
P	0,00	0,011	0,001
POPDI-6			
r_s	0,363*	0,327*	0,373*
P	0,001	0,003	0,001
CRAD-8			
r_s	0,264*	0,230*	0,268*
P	0,017	0,037	0,015
UDI-6			
r_s	0,497*	0,454*	0,436*
P	0,00	0,00	0,00
PFDI-20 T			
r_s	0,515*	0,456*	0,477*
P	0,00	0,00	0,00
IUQ-7			
r_s	0,370*	0,423*	0,419*
P	0,001	0,00	0,00
CRAIQ-7			
r_s	0,091	0,255*	0,125
P	0,416	0,021	0,261
POPQ-7			
r_s	0,226*	0,164	0,202
P	0,042	0,142	0,069
PFIQ-7 T			
r_s	0,410*	0,451*	0,428*
P	0,00	0,00	0,00
PISQ-12			
r_s	0,536*	-0,299*	-0,500*
Conclusão	0,00	0,028	0,00
ICIQ-SF	0,444*	0,305*	0,380*
r_s	0,00	0,005	0,00
P			

IMC= Índice de massa corporal; PFDI-20 – Pelvic Floor Distress Inventory; POPDI-20- Pelvic Organ Prolaps Distress Inventory; CRAD-8- Colorectal Anal Distress; UDI-6- Urinary Distress Inventory; PFIQ-7- Pelvic Floor Impact Questionnaire; IUQ-7 Urinary Impact Questionnaire; CRAIQ-7 Colorectal Anal Impact Questionnaire; POPIQ-7 Pelvic Organ Prolaps Impact Questionnaire; PISQ-12- Pelvic Organ Prolaps/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire; ICIQ-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form.

A associação entre os sintomas de IU e a concordância exata da auto-percepção com a contração dos MAP apresentou o valor de 0,767 no teste exato de Fisher e não apresentou significância ($p=0,641$).

Das mulheres que tinham o escore entre 3 á 5 segundo a EOM na avaliação da função dos MAP pela palpação vaginal bidigital, 88% destas mulheres classificaram a sua auto-percepção de contração entre 3 á 5. Já as mulheres que tinham o escore entre 0 á 2 segundo a EOM na avaliação da função dos MAP pela palpação vaginal, somente 12,5% disseram que sua contração era entre 0 á 2 (Tabela 7).

Tabela 7. Percentual de acerto das voluntárias de acordo com a função muscular avaliada pela palpação vaginal e sua auto percepção utilizando a EOM e sendo subdivididas entre 0 e 2 e entre 3 e 5

Avaliação pela palpação vaginal	N /% de mulheres		N/% auto-percepção aproximada a categoria da EOM	
0-2	32	100	4	12,5%
3-5	50	100%	44	88%

Na tabela 8 é possível verificar que as mulheres que na avaliação da contração dos MAP pela palpação vaginal tinham escore de 3 á 5 segundo a EOM apresentaram uma melhor auto-percepção, enquanto as mulheres que tinham escore de 0 á 2 segundo a EOM apresentaram uma auto-percepção super-estimada de sua contração.

Tabela 8. Distribuição das voluntárias de acordo com a função muscular avaliada pela palpação vaginal e sua auto percepção utilizando a EOM e sendo subdivididas entre 0 e 2 e entre 3 e 5

		Categorias da EOM			
N=82		0-2 N(%)		3-5 N(%)	
Auto-percepção	0-2 N (%)	4	4,8%	6	7,3%
	3-5 N (%)	28	34,1%	44	53,6%

N= Número; %= Porcentagem.

A distribuição com frequência e a porcentagem da relação das mulheres que tiveram a percepção exata correspondente a palpação vaginal reajustada por categoria, apresentando um resultado crescente do escore 2 ao escore 5, e uma melhor

auto-percepção quando maior o seu escore na avaliação da função dos MAP pela palpação vaginal, está representado na tabela 9.

Tabela 9. Distribuição por categoria de escore da avaliação da contração dos MAP com frequência e porcentagem das mulheres que tiveram auto-percepção exata correspondente a palpação vaginal.

	0	1	2	3	4	5
N/% total da amostra	7 (100%)	6 (100%)	19 (100%)	24 (100%)	22 (100%)	4 (100%)
N/% da equivalência entre a EOM e a auto percepção	0 (0%)	1 (16,6%)	1 (5,2%)	9 (37,5%)	13 (59%)	3 (75%)

EOM= Escala de Oxford Modificada ; N= Número.

7. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a auto-percepção da contração dos MAP e de sua intensidade por mulheres, além dos relatos de sintomas de disfunção dos MAP. A correlação entre a capacidade de contração muscular e a auto-percepção de contração também foi investigada.

Verificou-se que a população estudada é heterogênea em relação a idade, escolaridade, e paridade e de modo geral apresentou uma baixa auto-percepção de contração da musculatura do assoalho pélvico. Uma minoria de mulheres dessa amostra (33%) apresentaram uma auto-percepção correta da sua intensidade de contração. A maioria das mulheres que indicaram a intensidade da sua contração muscular concordante com a avaliadora, apresentaram categorias mais altas da função dos MAP segundo a EOM. Não foi encontrado uma correlação estatisticamente significativa entre a auto-percepção e os sintomas de disfunções do assoalho pélvico através dos questionários ICIQ-SF, PFDI-20, PFIQ-7 e PISQ-12, porém em relação a avaliação da função de contração dos músculos do assoalho pélvico, houve uma correlação estatisticamente significativa negativa fraca com os questionários PFDI-20 e PFIQ-7 nos sintomas de prolapso dos órgãos pélvicos, incontinência urinária e escore total, uma correlação fraca positiva com o questionário de função sexual PISQ-12 e uma correlação negativa moderada com o questionário ICIQ-SF de sintomas de incontinência urinária.

Na literatura o número de estudos que avaliam a auto-percepção e/ou propriocepção e/ou consciência de contração voluntária dos MAP é limitado. O estudo de Vermandel et al. (2015), verificou a concordância entre a percepção das mulheres sobre sua capacidade de realizar a contração dos MAP com o que a observação visual do períneo por um fisioterapeuta treinado. Os resultados revelaram que as mulheres superestimaram a verdadeira capacidade de realizar a contração corretamente, pois somente 55% das que estavam convencidas de que poderiam realizar uma contração do MAP corretamente tiveram sua estimativa confirmada pela inspeção visual da fisioterapeuta. Esses dados corroboram os achados do presente estudo, onde somente 33% das mulheres indicaram a mesma categoria da EOM atribuída pela fisioterapeuta. Da mesma maneira, este estudo demonstra que as mulheres que foram classificadas em categorias mais baixas da EOM (≤ 2) apresentavam maior tendência a superestimar a sua contração. Entretanto, enquanto o estudo de Vermandel et al. (2015) incluiu mulheres no período pós parto e utilizou somente a inspeção visual para avaliar a contração dos MAP, o presente estudo incluiu

uma amostra heterogênea composta por mulheres na meia idade e utilizou uma avaliação direta da função dos MAP por meio da palpação vaginal.

A auto-percepção muscular parece ser essencial para uma função muscular adequada, entretanto não é possível afirmar se as mulheres apresentam melhor percepção por ter uma função muscular melhor ou se a melhor função muscular é obtida por uma melhor percepção. Algumas teorias que propõe o treinamento funcional dos MAP hipotetizam que a autopercepção pode ser utilizada ativamente para promover a contração dos MAP nos momentos em que ocorre qualquer aumento da pressão intra-abdominal, podendo deste modo, ser utilizado para tratar a incontinência urinária de esforço feminina (MILLER,1998). De fato alguns estudos indicam melhora da incontinência urinária antes que ocorram mudanças morfológicas nos músculos do assoalho pélvico feminino (DEL VESCOVO, et al., 2014).

Os achados do presente estudo abrem a perspectiva de uma linha de pesquisa voltada a avaliação da percepção da função dos MAP por mulheres. A ideia de utilizar-se a auto-percepção da contração como forma de avaliação indireta da função dos MAP não foi respaldada pelos achados do presente estudo, nem tão pouco a utilização da auto-percepção utilizando esta escala como forma de automonitorização da contração muscular durante o treinamento dos MAP. A escala de Oxford Modificada apresenta uma reprodutibilidade intraexaminador considerada de moderada a muito boa (FRAWLEY, 2006), e uma correlação positiva com a ultrassonografia para avaliar a função dos MAP (VOLLØYHAUG et al.,2016). Apesar disso, é importante destacar que a EOM destina-se a avaliar a contração dos MAP por meio da palpação vaginal, não tendo sido desenvolvida especificamente para auto-percepção da contração muscular, o que constitui uma das limitações deste estudo. Outras limitações que merecem ser destacadas incluem o pequeno tamanho amostral considerando-se o número de categorias da escala de avaliação dos MAP e a heterogeneidade da amostra incluída.

Apesar das limitações apontadas este parece ser o primeiro estudo que avalia a auto-percepção da capacidade de contração dos MAP, além disso todas as mulheres foram avaliadas por uma única avaliadora treinada e cega em relação aos sintomas de disfunções dos MAP e auto-percepção da contração muscular das participantes. Todos os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo foram devidamente validados.

Estudos futuros mais amplos devem ser realizados com estratificação da amostra para uma melhor compreensão das diversas variáveis que podem influenciar a percepção

dos MAP, bem como a utilização de outras escalas disponíveis na literatura ou especificamente elaboradas e validadas para este fim.

8. CONCLUSÃO

Apenas 33% das mulheres que participaram deste estudo tiveram uma auto-percepção exata da sua própria função muscular dos MAP. A prevalência de relatos de disfunção dos MAP foi alta nessa amostra. A avaliação da contração muscular apresentou uma correlação fraca negativa com os escores totais e os domínios dos sintomas de POP e IU dos questionários PFDI-20 e PIFQ-7. Uma correlação fraca positiva com o questionário de função sexual PISQ-12 e uma correlação negativa moderada com o questionário ICIQ-SF de sintomas de incontinência urinária. Não foi encontrada nenhuma correlação significativa dos sintomas de disfunções dos MAP com a auto-percepção. A hipótese deste estudo foi refutada.

REFERÊNCIAS

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

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.

BO, K.; BERGHMANS, B.; MORKVED, S.; KAMPEN, M. V. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice, 2015.

BO, 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. **International Urogynecology Journal**, London, v. 28, n. 2, p.191–213, 2017.

BØ, K.; FLETEN, C.; NYSTAD, W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. **Obstetrics and gynecology**, New York, v.113, n. 6, p.1279-1284, 2009.

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

DEL VESCOVO, R.; PICCOLO, C. L.; DELLA VECCHIA, N.; GIURAZZA, F.; CAZZATO, R.L.; GRASSO, R. F.; ZOBEL, B.B. MRI role in morphological and functional assessment of the levator ani muscle: use in patients affected by stress urinary incontinence (SUI) before and after pelvic floor rehabilitation. **European Journal of Radiology**, New York, v.83, n. 3, p.479-86, 2014.

DELANCEY, J.O. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? **Current opinion in obstetrics & gynecology**, London, v. 28, n. 5 p. 420-429, 2016.

DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 20, n. 1, p. CD005654, 2010.

DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, E.J.; MAC HABÉE-SÉGUIN, G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v.14, n. 5, p. CD005654, 2014.

ESPUÑA, P. M.; PUIG, C. M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, London, v. 19, n. 5, p. 621-25, 2008.

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.

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.

HAY-SMITH, E. J.; HERDERSCHEE, R.; DUMOULIN, C.; HERBISON, G.P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, v. 7, n.12, p. CD009508, 2011.

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.

ISHERWOOD, P.J.; RANE, A. Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination. **BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology**, Oxford, v.107, n.8 ,p.1007-1011, 2000.

KEPENEKCI, I.; KESKINKILIC, B.; AKINSU, F.; CAKIR, P.; ELHAN, A.H; ERKEK, A.B.; KUZU, M.A. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. **Diseases of the colon and rectum**, Philadelphia, v.54, n.1, p.85-94.

KOBI,M; FLUSBERG,M; PARODER, V; CHERNYAK,V. Practical guide dynamic pelvic floor MRI. **Journal of magnetic resonance imaging:JMRI**, Chicago, v.47, n.5, p. 1155-1170, 2018.

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

MILLER, J.M; ASHTON-MILLER, J.A.; DELANCEY, J.O. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 46, n.7, p. 870-874, 1998.

MUKAKA, M.M.A Guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. **Malawi medical journal : The journal of Medical Association of Malawi**, Lilongwe,, v.24, n. 3, p. 69-71, 2012.

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

PARTHER, H.; DUGAN, S.; FITZGERALD, C; HUNT, D. Review of anatomy, evaluation, and treatment of musculoskeletal pelvic floor pain in women. **PM & R : The journal of injury, function, and rehabilitation**, New York, v.1, n. 4, p.346-358, 2009.

SANTANA, G. W. R. M.; AOKI, T.; AUGÉ, A. P. F. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). **International Urogynecol Journal**, v. 23, n.1, p. 117-21, 2012.

STENSGAARD, S. H.; BEK, K.M. ; ISMAIL, K. M.K. Coccygeal Movement Test: An Objective, Non-Invasive Test for Localization of the Pelvic Floor Muscles in Healthy Women. **Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre**, Basel, v.23, n. 4, p.318-322, 2014.

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.

VERMANDEL, A.; WACHTER, S. D.; 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.223-228, 2015.

VOLLØYHAUG, I.; MØRKVED, S.; SALVESEN, Ø.; SALVESEN, K.A. Evaluation of the contraction of the pelvic floor muscle with palpation, perineometry and transperineal ultrasonography: a cross-sectional study. **Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, Carnforth, v.47, n. 6, p. 768-773, 2016.

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 contrair-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 Natalia Uechi (16- 98875-8373), com a Professora Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira (pesquisadora responsável e orientadora): 33150741 ou com o Centro de saúde escola (CSE) (016) 3315-0009.

APÊNCIDE B – Ficha de avaliação

Identificação

Data: __/__/__

G __ P __ A __ IG: _____ DUM: _____

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

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

Múltiparas () Número da pcte: _____

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

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

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 650 – SUMARÉZINHO – CEP 14055-380 – RIBEIRÃO PRETO – SP FONE: (16) 3315-0000/0001 FAX: (16) 3315-0029
EMAIL: CSECUABA@FMRP.USP.BR

ANEXO B – Escala de Oxford Modificada

<hr/>	
<i>Grau</i>	Significado
<hr/>	
0	Ausente
1	Esboço
2	Fraca
3	Moderada
4	Boa
5	Forte
<hr/>	

ANEXO C - International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary Incontinence - Short Form (ICIQ-SF)

Nome do Paciente: _____ n° Prontuário: _____

Data de Hoje: ____/____/____

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

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino () Masculino ()

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

Nunca () 0

Uma vez por semana ou menos () 1

Duas ou três vezes por semana () 2

Uma vez ao dia () 3

Diversas vezes ao dia () 4

O tempo todo () 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde

(assinale uma resposta)

Nenhuma () 0

Uma pequena quantidade () 2

Uma moderada quantidade () 4

Uma grande quantidade () 6

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

Não interfere

Interfere muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Nunca ()

Perco antes de chegar ao banheiro ()

Perco quando tusso ou 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 ()

ANEXO D –Pelvic Organ Prolaps/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire**(PISQ-12)**

Nome do Paciente: _____

Data: ____/____/____

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

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

- ☐ Diariamente ☐ Semanalmente
☐ Mensalmente ☐ Menos de uma vez por mês ☐ Nunca

2 – Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro)

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

3 – Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

4 – Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

5 – Você tem dor durante o ato sexual?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

6 – Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

7 – O medo da incontinência (perda de fezes ou urina) dificulta a sua atividade sexual?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

8 – Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída)

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

9 – Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

10 – Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

11 – Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes
☐ Raramente ☐ Nunca

12 – Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses?

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

ANEXO E – Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)

Nome: _____ Data ____/____/____

() Pré () 3 meses () 6 meses () 9 meses () 12 meses () 24 meses () 36 meses () 60 meses

PELVIC FLOOR IMPACT QUESTIONNAIRE – 7

Instruções: Algumas mulheres acham que sintomas vesicais, intestinais e vaginais afetam suas atividades, relacionamentos e sentimento. Para cada questão, marque uma resposta que melhor descreve o quanto suas atividades, relacionamentos e sentimentos estão sendo afetados por seus sintomas ou condições vesicais, intestinais e vaginais nos **últimos 3 meses**. Por favor, certifique-se de que você marcou uma resposta em todas as **3 colunas** relativas a cada pergunta.

Omo os sintomas ou condições a seguir afetam seu (s)/sua (s):	Bexiga ou urina	Intestino ou reto	Vagina ou pélvis
1 - Capacidade de fazer atividades domésticas (cozinhar, lavar, limpar a casa)?	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante
2 - Capacidade para fazer atividades físicas como caminhada, natação ou outros exercícios?	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante
3 – Atividades de entretenimento como ir ao cinema ou ao teatro?	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante
4 – Capacidade de viajar de carro ou ônibus por distâncias mas longe que 30 minutos de sua casa?	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante
5 – Participação em atividades fora de casa?	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante
6 – Saúde emocional (nervosismo, depressão, outras)?	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante
7 – Sentimento de frustração?	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante	() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante
TOTAL	X 100	X 100	X 100

PFIQ – 7 SCORE: _____

Score do PFIQ-7:

Todos os itens utilizam a seguinte escala de resposta:

0 – Nada, 1 – Um pouco, 2 – Moderadamente, 3 – Bastante

Escalas:

Urinary Impact Questionnaire (UIQ -7): 7 itens relacionados à coluna intitulada “Bexiga e urina”.

Colorectal-Anal Impact Questionnaire (CRAIQ – 7): 7 itens relacionados à coluna intitulada “Intestino e reto”.

Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ - 7): itens relacionados à coluna “Pélvis e vagina”.

Escala de Scores: Obtém-se a média de todos os itens respondidos na escala correspondente (valores possíveis: 0 a 3) e então multiplica-se por (100/3) para obter para obter o score da escala (0 a 100).

Itens não marcados são tratados utilizando-se a média apenas dos itens respondidos.

PFIQ – 7 Resumo do Score: Soma-se os scores das três escalas para obter-se o resumo do score (0 a 300).

ANEXO F - Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)

INSTRUÇÕES

Por favor, responda a todas as perguntas do seguinte questionário. Essas questões serão para saber se você tem alguns sintomas intestinais, vesicais ou pélvicos e o quanto eles incomodam você. Responda cada quesito com um X no local apropriado. Se você não tem certeza como responder a questão, dê a melhor resposta que você puder. Enquanto responde as questões, por favor, considere os sintomas dos **últimos** 3 meses.

NOME _____

DATA ____/____/____

1 – Você geralmente sente uma pressão na parte de baixo do abdômen?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

2 – Você geralmente sente peso na região pélvica?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

3 – Você geralmente vê ou sente algo saindo pela vagina?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

4 – Você geralmente tem de empurrar a vagina ou ao redor do reto para defecar completamente?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

5 – Você geralmente sente que sua bexiga não esvaziou completamente após urinar?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

6 – Você já teve de empurrar a região da bexiga com seus dedos para começar ou completar o ato urinário?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

7 – Você sente que precisa fazer muita força para defecar?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

8 – Você sente que seu intestino não esvazia completamente ao final da defecação?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

9 – Você geralmente perde fezes sem controle quando tem vontade de defecar?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

() 1 () 2 () 3 () 4

Nada Um pouco Moderadamente Bastante

10 – Você geralmente perde fezes sem controle quando suas fezes estão líquidas ou ralas?

() Sim () Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

11 – Você geralmente perde gases pelo reto sem seu controle?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

12 – Você geralmente sente dor ao defecar?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

13 – Você geralmente tem uma forte sensação de urgência e tem de sair correndo para ir ao banheiro para defecar?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

14 – Alguma parte do seu intestino passa pelo reto e se exterioriza durante ou após defecar?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

15 – Você geralmente tem micções frequente?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

16 – Você geralmente tem perda de urina associada com a sensação de urgência: isto é, uma forte necessidade de ir ao banheiro?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Nada Um pouco Moderadamente Bastante

17 – Você geralmente perde urina durante a tosse, espirro ou risada?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

18 – Você geralmente perde pequenas quantidade de urina (gotas)?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

19 – Você geralmente tem dificuldade para esvaziar bexiga?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

20 – Você geralmente sente dor ou desconforto na parte de baixo do abdômen ou região genital?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o quanto isso incomoda você?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Nada Um pouco Moderadamente Bastante

Obrigado por dedicar seu tempo para responder este questionário.