THAIS VILLELA PETERSON AMBAR PINTO

**Validação em português de questionário de
avaliação global de sintomas relacionados às
disfunções do assoalho pélvico**

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

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Dr. Jorge Milhem Haddad

São Paulo

2017

Ficha catalográfica

Dedicatória

*A meu querido marido **Rodrigo**,
meu companheiro de todas as horas e
meu maior incentivador.*

*As minhas amadas filhas **Gabriela e Beatriz**,
minhas razões de viver.*

*A meus pais, **Maria Christina e José Carlos**,
meus maiores exemplos e que me permitiram
trilhar esses caminhos e chegar até aqui.*

*A meus irmãos **Patrícia e Thales**
e sobrinhos **Ariella, Stefano e Alessandro**,
por estarem sempre a meu lado e
fazerem minha vida mais leve e feliz.*

Agradecimientos

A Deus.

Aos pacientes.

Ao Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas, pelo inestimável carinho e contribuição no desenvolvimento desta tese.

Ao Dr. G. Willy Davila, meu mentor na Uroginecologia.

A meu orientador Dr. Jorge Milhem Haddad, pela oportunidade desde o início e confiança em todos os momentos.

À Dra. Aparecida Maria Pacetta, por auxiliar o início de minha caminhada na Uroginecologia e ser um grande exemplo para mim.

Ao Professor Edmund Chada Baracat, pela oportunidade e valiosas sugestões para a tese.

À amiga Lucília Carvalho, grande exemplo de perseverança e fidelidade.

À amiga Luciana Pistelli Gomes Freitas, por dividir conhecimentos e dedicação.

Aos amigos do grupo de Uroginecologia Sílvia Alvarinho, Priscila Matsuoka, Thais Regina, Débora Oriá, Cilmário Leite e Thaise, pelo companheirismo.

Aos funcionários do ambulatório de Uroginecologia e Fisiologia Anorretal, por todo auxílio e dedicação.

À amiga Maria Teresa Roncaglia, pelo companheirismo desde a residência e preceptoria da Ginecologia.

Aos Doutores Eduardo Vieira da Motta e Diana Vanni, pela convivência e aprendizado.

"A mente que se abre a uma nova ideia
nunca mais volta ao seu tamanho original."

Albert Einstein

"Somos aquilo que fazemos de forma repetida.
Por isso, a excelência não é um ato, mas um hábito"

Aristóteles

*"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível."*

Charles Chaplin

Normatização Adotada

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de siglas, abreviaturas e símbolos

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Desenvolvimento e validação de instrumentos que avaliam resultados relatados pelos pacientes (RRP).....	7
1.2 Questionários utilizados para avaliação das disfunções do assoalho pélvico.....	11
2 OBJETIVOS	21
3 MÉTODOS	23
3.1 Processo de tradução e adaptação cultural.....	24
3.2 Validação do “ <i>Pelvic Floor Bother Questionnaire</i> ”.....	27
3.3 Delineamento do estudo	29
3.4 Cálculo da amostra	36
3.5 Análises estatísticas.....	36
4 RESULTADOS.....	39
5 DISCUSSÃO	56
6 CONCLUSÕES	68
7 ANEXOS	70
Anexo A – Termo de Aprovação da CAPPesq	71
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	72
Anexo C – Diário miccional.....	75
Anexo D – Diário defecatório.....	77
Anexo E – Interpretação do alfa de Cronbach (α)	78
Anexo F – Interpretação do índice de correlação intraclasse (CIC)	79
Anexo G – Interpretação do índice de correlação de Kappa (k).....	80
8 REFERÊNCIAS	81
9 APÊNDICES	95

Listas

Siglas e abreviaturas

CAPPesq	Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa
CCF	<i>Cleveland Clinic Florida</i>
CIC	Correlação intraclasse
cm	Centímetros
CVT ou TVL	Comprimento vaginal total
DAP	Disfunções do assoalho pélvico
EO	Evacuação obstruída
gh ou hg	Hiato genital
IC	Intervalo de confiança
ICS	<i>International Continence Society</i>
IF	Incontinência fecal
IMC	Índice de massa corpórea
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
kg	Quilogramas
m	Metro
n	Número
pb ou cp	Corpo perineal
PFBQ	<i>Pelvic Floor Bother Questionnaire</i>
POP	Prolapso de órgãos pélvicos
POP-Q	<i>Pelvic organ prolapse quantification</i>
RRP	Resultados relatados pelos pacientes

Símbolos

$>$	maior que
$<$	menor
$=$	igual a
$\pm$	mais ou menos
$\%$	porcentagem
α	alfa de Cronbach
ρ	letra grega “rho” utilizada no teste de Spearman

Figuras

Figura 1 -	Processo de desenvolvimento e modificação de um instrumento de resultados relatados pelo paciente (RRP)	9
Figura 2 -	“ <i>Pelvic Floor Bother Questionnaire</i> ” em inglês	26
Figura 3 -	Processo de tradução para o português do “ <i>Pelvic Floor Bother Questionnaire</i> ”	27
Figura 4 -	Delineamento do estudo	31
Figura 5 -	Avaliação do prolapso através do “ <i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i> ” (POP-Q)	34
Figura 6 -	“ <i>Pelvic Floor Bother Questionnaire</i> ” em português	41
Figura 7 -	Número de pacientes nas diversas etapas do estudo e tipos de tratamentos realizados	54

Tabelas

Tabela 1 -	Principais questionários genéricos que avaliam a qualidade de vida	13
Tabela 2 -	Principais questionários que avaliam a qualidade de vida relacionada à incontinência urinária	14
Tabela 3 -	Principais questionários que avaliam a qualidade de vida relacionada à incontinência fecal.....	14
Tabela 4 -	Principal questionário que avalia a qualidade de vida relacionada ao prolapso de órgãos pélvicos	15
Tabela 5 -	Principais questionários que avaliam a qualidade de vida relacionada às disfunções do assoalho pélvico.....	15
Tabela 6 -	Principais questionários que avaliam a função sexual relacionada às disfunções do assoalho pélvico.....	16
Tabela 7 -	Principais questionários utilizados para avaliação do incômodo relacionado aos sintomas de incontinência urinária.....	17
Tabela 8 -	Principais questionários utilizados para avaliação do incômodo relacionado aos sintomas de incontinência fecal....	18
Tabela 9 -	Principais questionários utilizados para avaliação do incômodo relacionado aos sintomas das disfunções do assoalho pélvico	18
Tabela 10 -	Propriedades psicométricas avaliadas na validação em língua portuguesa do PFBQ	28
Tabela 11 -	Descrição das características quantitativas avaliadas nas pacientes	42
Tabela 12 -	Descrição das características qualitativas avaliadas nas pacientes	44
Tabela 13 -	Descrição da consistência interna do questionário PFBQ.....	45
Tabela 14 -	Descrição dos escores basal do PFBQ e 1 semana após e resultado da concordância.....	46
Tabela 15 -	Descrição de cada item do questionário PFBQ a cada avaliação e resultado da concordância	47

Tabela 16 - Descrição de cada item do questionário PFBQ no basal e na entrevista e resultado da concordância	48
Tabela 17 - Resultado das correlações entre os escores do questionário PFBQ e as frequências dos sintomas no relato diário	49
Tabela 18 - Frequência do diagnóstico final urinário, segundo as questões relacionadas a esse sintoma no PFBQ e o resultado dos testes de associação.....	50
Tabela 19 - Frequência de prolapso no PFBQ e no diagnóstico final e o resultado do teste de associação	51
Tabela 20 - Frequência de evacuação obstruída no PFBQ e no diagnóstico final e o resultado do teste de associação	51
Tabela 21 - Frequência de incontinência fecal no PFBQ e no diagnóstico final e o resultado do teste de associação	52
Tabela 22 - Frequência do diagnóstico final de dispareunia no PFBQ e resultado do teste de associação	52
Tabela 23 - Correlação entre o estadiamento do prolapso de órgãos pélvicos, de acordo com o POP-Q e os escores do PFBQ	53
Tabela 24 - Descrição das questões basal e pós-tratamento e do PFBQ nas pacientes tratadas e resultados dos testes comparativos	55
Tabela 25 - Reprodutibilidade teste-reteste do PFBQ nos países onde foi validado.....	62

Resumo

Pinto TVPA. *Validação em português de questionário de avaliação global de sintomas relacionados às disfunções do assoalho pélvico* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

INTRODUÇÃO: Disfunções do assoalho pélvico incluem uma variedade de condições interrelacionadas, tais como prolapso de órgãos pélvicos (POP) e distúrbios urinários e defecatórios. Comumente, tais afecções são concomitantes, o que pode causar incômodo de forma significativa. Inúmeros questionários com foco nessas disfunções têm sido desenvolvidos e estão sendo utilizados em pesquisas, fornecendo informações importantes; porém, como geralmente possuem múltiplos itens, são muito complexos para serem utilizados na prática clínica. O “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” (PFBQ) foi delineado de forma a simplificar a identificação e o grau de incômodo relacionados a problemas comuns do assoalho pélvico, podendo ser usado na prática diária e para fins de pesquisa. Trata-se de um questionário de nove itens que avalia sintomas relacionados à incontinência urinária, urgência e frequência urinárias, dificuldade miccional, prolapso de órgãos pélvicos, evacuação obstruída, incontinência fecal e dispareunia.

OBJETIVOS: Os objetivos foram validar uma versão do PFBQ adaptada para o português, assim como adapta-lo culturalmente para a língua portuguesa brasileira, atualizá-lo, e avaliar suas propriedades: confiabilidade, validade e capacidade de detectar mudanças. **MÉTODOS:** O PFBQ foi traduzido para o português (“*Forward Translation*”) por dois tradutores independentes (sendo um deles um tradutor juramentado). Após consenso, essa versão foi traduzida para o inglês (“*Backward Translation*”) por um terceiro tradutor independente. O questionário foi então testado por profissionais da saúde e em uma amostragem de 10 pacientes. Após estas etapas, a versão final do questionário foi obtida. Testes de validade foram então aplicados: confiabilidade interna, confiabilidade teste-reteste, validade dos itens e capacidade de resposta às mudanças. O PFBQ foi correlacionado com dados obtidos durante a anamnese, diários miccional e defecatório e exame pélvico, incluindo o “*Pelvic Organ Prolapse Quantification*” (POP-Q). Para avaliar a confiabilidade teste-reteste, cada paciente respondeu o PFBQ dentro de 1 semana a 10 dias. A capacidade de resposta às mudanças foi avaliada nas pacientes que completaram o questionário antes e após o tratamento. **RESULTADOS:** Entre fevereiro de 2014 e agosto de 2015, foram incluídas no estudo 147 pacientes com média de idade de 60,49 anos. As principais queixas foram: 12,2% incontinência urinária de esforço, 19% incontinência urinária mista, 6,1% perda urinária por urgência, 26,5% incontinência fecal, 18,4% evacuação obstruída e 17,7% POP (estádio 3 ou 4). O PFBQ demonstrou boa confiabilidade ($\alpha = 0,625$, ICC = 0,981). Cada item do questionário apresentou concordância quase perfeita entre as avaliações ($k = 0,895-1,00$). O PFBQ correlacionou-se com o estadiamento do prolapso ($p < 0,01$), número de episódios de incontinência urinária e fecal ($p = 0,791$, $p < 0,001$; $p = 0,780$, $p < 0,001$) e evacuação obstruída ($p = 0,875$, $p < 0,001$). **CONCLUSÕES** O “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” em português é uma ferramenta confiável e válida que pode ser utilizada para a identificação e avaliação da gravidade/incômodo de vários sintomas do assoalho pélvico.

DESCRITORES: validação de dados, inquéritos e questionários, qualidade de vida, distúrbios do assoalho pélvico, incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso de órgãos pélvicos, evacuação obstruída.

Summary

Pinto TVPA. *Portuguese validation of a global pelvic floor symptom bother questionnaire* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

INTRODUCTION Pelvic floor disorders include a variety of interrelated conditions, such as pelvic organ prolapse (POP), and urinary and defecatory dysfunction. Commonly, patients have concomitant pelvic disorders, which can significantly cause distress. Numerous surveys focusing on pelvic floor abnormalities have been developed and are being used, mainly in research settings. These instruments are mostly multi-item, and despite providing a rich source of information, are thus difficult to use in a clinical setting. Shorter questionnaires have been also validated, although most of them are specific for each disorder. Pelvic Floor Bother Questionnaire (PFBQ) was designed to identify the presence and degree of bother related to common pelvic floor problems, and can be used in clinical practice and for research purposes. It is a nine-item questionnaire that includes symptoms and bother related to urinary incontinence, urinary urgency and frequency, dysuria, pelvic organ prolapse, obstructed defecation, fecal incontinence, and dyspareunia.

OBJECTIVE We aimed to update and validate a cross-culturally adapted version of the PFBQ in Portuguese. **METHODS** Translation and validation of the PFBQ was performed as follows: After conceptual analysis of the original questionnaire in English, the PFBQ was translated into Portuguese ("Forward Translation") by two independent translators (one certified translator). After a consensus was obtained, this version of the questionnaire was translated back into English ("Backward Translation") by an independent translator. The questionnaire was pilot tested on health care professionals and on 10 patients who were questioned about form and clarity of the questions. The final version of the questionnaire was obtained. Validity tests were then applied and included internal reliability, test-retest reliability, validity of the items and responsiveness to change. PFBQ was correlated with a structured clinical interview, bladder and fecal diaries and pelvic exam, including "Pelvic Organ Prolapse Quantification" (POP-Q) examination. To assess test-retest reliability, each patient fulfilled a second copy of the PFBQ within 7 to 10 days. Responsiveness to change was accessed in patients who completed the questionnaire before and after treatment. **RESULTS** A total of 147 patients of a mean age 60,49 years were enrolled in the study between February 2014 and August 2015. Chief complains were as follows: 12,2% of patients had stress urinary incontinence, 19% mixed urinary incontinence, 6,1% detrusor instability, 26,5% fecal incontinence, 18,4% obstructed defecation and 17,7% had POP (stage 3 or 4). PFBQ demonstrated good reliability ($\alpha = 0,625$; ICC = 0,981). There was a strong agreement beyond chance observed for each question ($k = 0,895-1,00$). PFBQ correlated with stage of prolapse ($p < 0,01$), number of urinary and fecal incontinence episodes ($p = 0,791$, $p < 0,001$; $p = 0,780$, $p < 0,001$), and obstructed defecation ($p = 0,875$, $p < 0,001$). **CONCLUSIONS** The PFBQ is a reliable and valid tool that can be easily used for the identification and severity/bother assessment of various pelvic floor symptoms.

DESCRIPTORS: data validation, surveys and questionnaires, quality of life, pelvic floor disorders, urinary incontinence, fecal incontinence, pelvic organ prolapse, obstructed defecation

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

As disfunções do assoalho pélvico (DAP) incluem uma variedade de condições inter-relacionadas, tais como prolapso de órgãos pélvicos e distúrbios urinários e defecatórios ¹.

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é definido como o deslocamento permanente das vísceras pélvicas de sua posição habitual. A “*International Continence Society*” (ICS) define-o como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior, ou do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal em pacientes histerectomizadas) ². É uma condição extremamente comum, podendo ser vista ao exame físico entre 40% e 60% de pacientes multíparas ³.

Clinicamente, pacientes com POP podem ser assintomáticas ou apresentar sintomas, como abaulamento vaginal ou sensação de pressão pélvica. Sintomas urinários, intestinais e sexuais podem estar associados. Os sintomas urinários podem ser relacionados à incontinência, urgência, frequência e noctúria; ou serem obstrutivos, com hesitação, intermitência, sensação de esvaziamento vesical incompleto ou, até mesmo, retenção urinária ⁴.

Cerca de 55% das pacientes com prolapso de parede vaginal anterior estágio II do “*Pelvic Organ Prolapse Quantification*” (POP-Q) ⁵ relatam incontinência urinária de esforço (IUE) concomitante. A incidência dessa associação vai diminuindo à medida que o prolapso acentua-se, e os sintomas urinários obstrutivos tornam-se mais frequentes. Isso se deve,

sobretudo, ao acotovelamento da uretra que ocorre com a progressão do prolapso ⁶. Dentre pacientes com prolapso estágio IV do POP-Q, 33% referem ter IUE ³.

Em relação aos sintomas intestinais, a sensação de esvaziamento incompleto, obstipação, urgência ou necessidade de redução manual do prolapso para auxiliar na evacuação podem estar presentes ⁴.

Dentre as pacientes sexualmente ativas, cerca de um terço refere que o POP interfere negativamente na função sexual ⁴.

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina. Seus subtipos mais comuns são a incontinência urinária de esforço (IUE), a incontinência urinária de urgência (IUU) e a incontinência urinária mista (IUM) ⁷.

A IUE é definida como toda perda de urina decorrente de algum esforço físico como pular, correr, espirrar e tossir. É a forma de IU mais prevalente em pacientes mais jovens, com pico de incidência entre os 45 e 49 anos ^{8, 9, 10}. A hipermobilidade da uretra e o defeito esfíncteriano intrínseco são seus principais mecanismos desencadeantes.

Pacientes com IUU apresentam perda de urina imediatamente precedida ou acompanhada de desejo súbito de urinar. O termo “bexiga hiperativa” refere-se a uma síndrome caracterizada por urgência com ou sem incontinência, geralmente, acompanhada de noctúria e aumento da frequência miccional ^{11; 12}. Usualmente, os termos IUU e bexiga hiperativa com incontinência são utilizados como sinônimos. Quando sintomas de IUE e IUU coexistem, denominamos incontinência urinária mista ¹².

A queixa de IU é muito frequente; estima-se que entre 26% e 61% das mulheres procurem atendimento médico por queixas relacionadas a esses sintomas ^{13; 14; 15}. Tais números, entretanto, podem estar subestimados, pois muitas mulheres deixam de reportar esse sintoma por medo ou vergonha ^{16; 17; 18}. A prevalência da IU depende da idade da paciente e do instrumento de avaliação utilizado. Em um grande estudo populacional realizado nos Estados Unidos da América incluindo pacientes entre 25 e 84 anos, a IUE e a IUU foram citadas por 15% e 13% das mulheres respectivamente ¹⁹.

Incontinência fecal (IF) pode ser definida como a perda involuntária de gases, fezes sólidas e/ou líquidas pelo ânus ²⁰. Sua prevalência varia entre 5% e 15%, de acordo com a idade e o sexo do paciente. Esta prevalência, assim como a de outros distúrbios do assoalho pélvico, pode estar subestimada, também por constrangimento da paciente relatar tais ocorrências. Estima-se que apenas 25% dos pacientes com IF reportem esse sintoma ao médico ²¹. Há inúmeros fatores etiológicos associados a essa afecção, tais como trauma obstétrico e/ou cirúrgico, afecções anorretais benignas ou malignas, doença inflamatória intestinal, alterações neurológicas centrais ou periféricas da inervação pélvica, medicamentos, intolerância a grupos alimentares, prolapso retal, anormalidades congênitas e retite actínica, dentre outros ²². A IF de causa obstétrica é a mais comum ²².

A evacuação obstruída (EO) refere-se à incapacidade de esvaziar adequadamente o reto ²². Esta condição pode resultar de alterações

funcionais, metabólicas, mecânicas ou anatômicas que envolvam o mecanismo evacuatório. O POP, sobretudo a retocele, sigmoidocele ou enterocele, como citados anteriormente, podem estar relacionados à EO. As pacientes relatam sensação de evacuação incompleta e obstrução retal, fezes endurecidas, necessidade de digitação vaginal ou retal e grande esforço evacuatório ²². Outra causa de EO é a contração paradoxal do puborretal, também denominada pelos coloproctologistas de anismus, dissinergia do assoalho pélvico, síndrome de não relaxamento do puborretal ou disquezia ²².

A anatomia e a função adequadas das vísceras pélvicas dependem da interação entre o suporte anatômico das estruturas e a integridade neurológica dos órgãos e sistemas de sustentação ²³. Traumas mecânicos às estruturas de suporte, denervação, isquemia e alterações do tecido conectivo são alguns dos mecanismos que levam às DAP ²⁴. Inúmeras condições podem estar associadas a tais mecanismos, como a idade ¹, a menopausa, a gestação e o tipo de parto ²⁵, obesidade ^{26; 27; 28}, doenças do tecido conectivo ²⁹ e alterações neurológicas ²⁴.

Como as DAP apresentam mecanismos fisiopatológicos semelhantes e compartilham os mesmos fatores de risco, não é incomum que pacientes apresentem múltiplas afecções ³⁰.

As DAP são extremamente comuns. Estudo observacional ¹ realizado nos Estados Unidos da América com 1.961 mulheres, entre 2005 e 2006, demonstrou prevalência global de 23,7% (IC 95%; 21,2%–26,2%) para, pelo menos, uma disfunção. Destas, 15,7% (IC 95%; 13,2%–18,2%)

apresentavam incontinência urinária, 9,0% (IC 95%; 7,3%–10,7%) incontinência fecal e 2,9% (IC 95%; 2,1%–3,7%) prolapso genital sintomático. A proporção de pacientes que apresentava, pelo menos, uma disfunção de assoalho pélvico aumentou com a idade, sendo 9,7% [IC 95%; 7,8%–11,7%] em mulheres entre 20 e 39 anos, 26,5% [IC 95%; 23,0%–29,9%] em pacientes entre 40 e 59 anos, 36,8% [IC 95%; 32,0%–41,6%] em mulheres entre 60 e 79 anos e 49,7% [IC 95%; 40,3%–59,1%; $p < 0,01$] em pacientes com idade igual ou superior a 80 anos ¹.

Em 2014, Wu et al. publicaram uma atualização desse estudo ³¹ com a participação de 7.924 mulheres e descreveram a prevalência de 25% de, pelo menos, uma DAP (IC 95%; 23,6% – 26,3%). De acordo com esses dados, atualmente, cerca de um quarto da população apresenta pelo menos uma DAP ³¹. Desse modo, podemos considerá-las um problema de saúde pública ³¹.

Considerando-se o aumento da expectativa de vida da população, e a epidemia de obesidade que vivemos atualmente, supomos que essa incidência deva aumentar consideravelmente nos próximos anos. Estima-se que a população norte-americana com pelo menos uma DAP, por exemplo, aumente de 28,1 milhões em 2010 para 43,8 milhões em 2050 ³².

Em 2013, Kirby et al. ³³ reportaram um aumento de 116% de pacientes novas por ano em clínica uroginecológica em 2010 comparado ao ano de 2000.

Raramente, as DAP associam-se a grave morbidade ou mortalidade, porém, podem alterar expressivamente a qualidade de vida das pacientes

acometidas ³⁰. Os sintomas relacionados a esses distúrbios podem impactar significativamente as condições físicas e emocionais das pacientes, além de estarem relacionados a altos custos para o sistema de saúde ³³.

Para se ter instrumentos de medida objetiva da qualidade de vida e da gravidade do incômodo dessas pacientes, questionários de avaliação vêm sendo propostos na literatura médica.

1.1 Desenvolvimento e validação de instrumentos que avaliam resultados relatados pelos pacientes (RRP)

Instrumentos que descrevem resultados relatados pelos pacientes (RRP) correspondem a um método de avaliação de qualquer aspecto do estado de saúde obtido diretamente do paciente, isto é, sem a interpretação das respostas por um médico ou outra pessoa. Tais instrumentos podem ser utilizados para avaliar o impacto de uma intervenção sobre um ou mais aspectos do estado de saúde dos doentes; desde a avaliação de um sintoma até conceitos mais complexos (como por exemplo, a capacidade de realizar atividades da vida diária), ou a qualidade de vida. Para que os dados fornecidos por esses instrumentos sejam significativos, deve haver evidência de que eles avaliam efetivamente o conceito particular que é estudado ³⁴.

Questionários podem ser aplicados por um observador ou serem autoadministrados. Os autoadministrados têm o potencial benefício de reportar a condição percebida do paciente sem a interpretação de um terceiro. Desse modo, podem ser mais confiáveis do que as medidas

relatadas pelo observador, porque não são afetadas pela variabilidade inter-observador. Por outro lado, as medidas RRP podem ser afetadas pela variabilidade inter-paciente se o instrumento não for facilmente compreendido e corretamente preenchido pelos pacientes. Desse modo, é de extrema importância que os instrumentos de RRP sejam adequadamente desenvolvidos e validados ³⁴.

A concepção e desenvolvimento de um questionário RRP não é um processo simples. Seu desenvolvimento requer um processo estruturado, de vários estágios, que incorpore a psicologia cognitiva, a teoria psicométrica e a avaliação subjetiva do paciente e do clínico. O processo inicia determinando-se a intenção e finalidade do instrumento RRP e culmina em estudos que demonstrem sua validade, confiabilidade e capacidade de resposta às mudanças, conforme ilustrado na Figura 1 ³⁴.

Fonte: traduzido e adaptado de *U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research.*; *U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research.*; *U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health*, 2006³⁴.

Figura 1 - Processo de desenvolvimento e modificação de um instrumento de resultados relatados pelo paciente (RRP)

O primeiro passo para a criação de um questionário é a determinação de seu objetivo. Dada a existência de inúmeros instrumentos para a avaliação de DAP, é importante definir seu propósito e necessidade³⁴.

A criação de seus itens corresponde a uma parte também essencial, devendo envolver mais do que apenas desenvolver uma série de perguntas. Além do ponto de vista do médico e da revisão da literatura, os itens do questionário devem representar a linguagem do paciente. Isto pode ser obtido por entrevistas em grupos ou individuais com pacientes para identificar as palavras que melhor descrevam seus sintomas ou impacto da

doença. Após seu esboço, o questionário deve ser aplicado em outros pacientes e por diferentes especialistas para garantir sua legibilidade e validade de conteúdo.

Após seu desenvolvimento, o instrumento RRP deve testar e demonstrar as seguintes propriedades psicométricas: validade, confiabilidade, e capacidade de resposta às mudanças ³⁴.

Confiabilidade refere-se à capacidade de uma medida produzir resultados semelhantes quando as avaliações são repetidas. A confiabilidade é fundamental para garantir que uma alteração em sua medida seja em razão de um tratamento ou intervenção e não de um erro de avaliação ³⁵. A consistência interna representa uma medida de confiabilidade de um questionário que indica quão bem os itens individuais dentro do mesmo domínio (ou subescala) correlacionam-se. A confiabilidade teste-reteste ou reprodutibilidade indica se os resultados podem ser reproduzidos com a repetição de um teste. O mesmo paciente deve completar o questionário mais de uma vez, no início e após um período de tempo durante o qual é improvável que o impacto dos sintomas tenha se alterado, como alguns dias ou semanas ^{35; 36}.

Validade refere-se à capacidade de um instrumento avaliar o que se propôs a fazer. Validade de conteúdo, convergente, divergente e de critério são avaliadas. A validade do conteúdo é uma avaliação qualitativa de se o questionário capta a amplitude do conceito que se pretende avaliar ^{35; 36}. Para sua obtenção, os pacientes revisam as questões e opinam sobre sua clareza e abrangência. Validade convergente indica se um questionário tem

relações mais fortes com conceitos ou variáveis semelhantes. A validade discriminante indica se o questionário pode diferenciar entre diferentes grupos de pacientes (por exemplo, aqueles com doença leve, moderada ou grave). Validade de critério refere-se à correlação do novo questionário com um de referência, o padrão ouro ^{35; 36}.

A **capacidade de resposta às mudanças** indica se a medida pode detectar alterações (para melhor ou pior) na condição de um paciente. Um importante aspecto dessa propriedade é que a avaliação não deve somente detectar mudanças de uma medida, mas se a mudança é significativa ao paciente ³⁷.

Na uroginecologia, esses instrumentos são, geralmente, empregados para avaliar a presença e a gravidade dos sintomas urinários e intestinais, bem como seu impacto nas atividades cotidianas e qualidade de vida relacionada à saúde; sexualidade e satisfação com os tratamentos realizados.

1.2 Questionários utilizados para avaliação das disfunções do assoalho pélvico

Embora existam inúmeros questionários disponíveis, geralmente, eles são instrumentos específicos para cada DAP. O “*King’s Health Questionnaire*” ³⁸ e “*ICIQ – International Consultation on Incontinence Questionnaire*” ³⁹ são exemplos de questionários desenvolvidos e validados para pacientes com incontinência urinária. Para avaliação do prolapso

genital, o “*P-QOL – Prolapse quality of Life Questionnaire*”⁴⁰ pode ser utilizado. “*Fecal Incontinence Score - Cleveland Clinic Florida (Wexner Scale)*”⁴¹ e “*FIQL- Fecal Incontinence Quallity of Life*”⁴² são instrumentos de avaliação de pacientes com incontinência fecal.

Dada a coexistência e interação complexa dos distúrbios do assoalho pélvico, um instrumento para avaliar a percepção global da paciente em relação às suas condições é de grande utilidade. A percepção do incômodo de uma disfunção pode variar entre diferentes mulheres, e uma paciente com mais de um distúrbio pode se sentir profundamente incomodada com uma alteração e bem menos ou nada com outra⁴³.

Nos últimos anos, questionários globais foram desenvolvidos, como “*Pelvic Floor Distress Inventory*” (PFDI) e o “*Pelvic Floor Impact Questionnaire*” (PFIQ)^{30; 44}. Eles foram delineados para serem usados conjuntamente e podem trazer informações importantes sobre a qualidade de vida e incômodo das pacientes, e vêm sendo amplamente utilizados em pesquisas científicas. Seu emprego em um ambiente clínico, porém, é mais restrito, já que são relativamente longos e difíceis de interpretar rapidamente³⁰.

Alguns questionários breves vêm sendo desenvolvidos para avaliar a percepção da paciente em relação a uma condição como, por exemplo, o “*Patient Perception of Bladder Condition*” (PPBC), concebido para pacientes com bexiga hiperativa⁴⁵. Este tipo de questionário pode ser mais facilmente utilizado na prática clínica, em razão de sua brevidade e da facilidade de utilização e interpretação⁴⁵.

A seguir, as tabelas representam os principais questionários genéricos e específicos para avaliação das DAP. Os questionários genéricos que avaliam qualidade de vida encontram-se na Tabela 1. As Tabelas 2 a 5 sumarizam os principais instrumentos utilizados para pesquisa de qualidade de vida relacionadas às DAP.

Tabela 1 - Principais questionários genéricos que avaliam a qualidade de vida

QUALIDADE DE VIDA – QUESTIONÁRIOS GENÉRICOS			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
The Short Form Health Survey (SF-36) ⁴⁶	Avaliar a saúde do paciente	36	Sim ⁴⁷
EuroQoI EQ-5D ⁴⁸	Avaliar a saúde do paciente. Dividido em duas partes, a primeira com cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão	25 escala analógica	Sim ⁴⁹

Tabela 2 - Principais questionários que avaliam a qualidade de vida relacionada à incontinência urinária

QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire (BFLUTS) ^{50; 51}	Acessar impacto da IU na qualidade de vida	34	não
Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) ⁵²	Acessar impacto da IU na qualidade de vida	30	não
Incontinence Impact Questionnaire short form (IIQ-7) ⁵³	Acessar impacto da IU na qualidade de vida	7	Sim ⁵⁴
Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL) ⁵⁵	Acessar impacto da IU na qualidade de vida	22	Sim ⁵⁶
Kings Health Questionnaire ³⁸	Acessar impacto da IU na qualidade de vida	21	Sim ⁵⁷
Urge Incontinence Impact Questionnaire (Urge IIQ) ⁵⁸	Acessar interferência da perda de urina e condição da bexiga	32	não

Tabela 3 - Principais questionários que avaliam a qualidade de vida relacionada à incontinência fecal

QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA FECAL			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Fecal Incontinence QOL Scale (FIQL) ⁴²	Avaliar qualidade de vida em pacientes com incontinência fecal	29	sim ⁵⁹
Manchester Health Questionnaire ⁶⁰	Acessa qualidade de vida relacionada à incontinência fecal	31	não

Tabela 4 - Principal questionário que avalia a qualidade de vida relacionada ao prolapso de órgãos pélvicos

QUALIDADE DE VIDA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Prolapse quality of Life Questionnaire (P-QoL) ⁴⁰	Acessa a gravidade dos sintomas e a qualidade de vida relacionada ao POP	20	sim ^{61; 62; 63}

Tabela 5 - Principais questionários que avaliam a qualidade de vida relacionada a disfunções do assoalho pélvico

QUALIDADE DE VIDA E DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO (POP, IU, IF)			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ) ³⁰	Acessa presença de DAP e qualidade de vida relacionada a elas. Possui três escalas (urinária, colorretal, prolapso)	31 urinária 31 colorretal 31 prolapso Total - 93	não
Pelvic Floor Impact Questionnaire short form (PFIQ-7) ⁴⁴	Acessa presença de DAP e qualidade de vida relacionada a elas. Possui três escalas (urinária, colorretal, prolapso)	7 urinária 7 colorretal 7 prolapso Total - 21	sim ⁶⁴

Os dados da Tabela 6 representam os principais questionários que avaliam a função sexual relacionada às DAP.

Tabela 6 - Principais questionários que avaliam a função sexual relacionada às disfunções do assoalho pélvico

FUNÇÃO SEXUAL E DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO (POP, IU, IF)			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Female Sexual Function Index (FSFI) ⁶⁵	Avalia os efeitos da IU na sexualidade	19	sim ^{66; 67}
Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ) ⁶⁸	Avalia a função sexual após cirurgias para DAP	31	não
Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire short form (PISQ-12) ⁶⁹	Avalia a função sexual em pacientes com DAP	12	sim ⁷⁰
International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) ⁷¹	Avalia sintomas vaginais e sexuais, sobretudo, relacionados ao POP	27	sim ⁷²

Os principais instrumentos de pesquisa validados para avaliar o incômodo relacionados às DAP estão apresentados nos dados das Tabelas 7 a 9.

Tabela 7 - Principais questionários utilizados para avaliação do incômodo relacionado aos sintomas de incontinência urinária

QUESTIONÁRIOS DE SINTOMAS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Incontinence Severity Index (ISI) ⁷³	Avalia gravidade de sintomas do trato urinário inferior. Recomendado pela OMS	2	sim ⁷⁴
International Consultation on Incontinence Questionnaire short form (ICIQ-short form) ^{39; 75}	Avalia o impacto dos sintomas relacionados a IU	4	sim ⁷⁵
Urogenital Distress Inventory (UDI) ⁵²	Avalia incômodo dos sintomas da IU	19	não
Urogenital Distress Inventory short form (UDI-6) ⁵³	Avalia incômodo dos sintomas da IU	6	sim ⁵⁴
King's Health Questionnaire ³⁸	Acessar impacto da IU na qualidade de vida	21	sim ⁵⁷
Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom questionnaire (BFLUTS) ^{50; 51}	Acessar gravidade dos sintomas, o impacto da IU na qualidade de vida e avaliar resposta a tratamento	34	não
Patient Perception of Bladder Condition (PPBC) ⁴⁵	Avaliação global da condição da bexiga	1	não

Tabela 8 - Principais questionários utilizados para avaliação do incômodo relacionado aos sintomas de incontinência fecal

QUESTIONÁRIOS DE SINTOMAS E INCONTINÊNCIA FECAL			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Cleveland Clinic Florida Score (Wexner Scale) ⁴¹	Avalia presença de IF (fezes sólidas, líquidas e gases)	5	sim ⁷⁶
Fecal Incontinence Severity Index (FISI) ⁷⁷	Avalia presença de IF (fezes sólidas, líquidas, gases e muco)	4	não

Tabela 9 - Principais questionários utilizados para avaliação do incômodo relacionado aos sintomas das disfunções do assoalho pélvico

QUESTIONÁRIOS DE SINTOMAS E DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO (POP, IU, IF)			
Questionário	Objetivo/Descrição	Número de questões	Validação para a língua portuguesa
Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) ³⁰	Avalia presença de sintomas e qualidade de vida. Possui três escalas: urinária, colorretal e prolapso	28 urinária 17 colorretal 16 prolapso Total - 46	não
Pelvic Floor Distress Inventory short form (PFDI 20) ⁴⁴	Avalia presença de sintomas e qualidade de vida. Possui três escalas: urinária, colorretal e prolapso	6 urinária 8 colorretal 6 prolapso Total - 20	sim ⁶⁴
Australian Pelvic Floor Questionnaire ^{78; 79}	Acessa sintomas urinários, intestinais e sexuais. Dividido em quatro domínios	15 urinária 12 intestinal 5 prolapso 10 sexual Total - 42	não
Pelvic Floor Symptom Bother Questionnaire (PFBQ) ⁴³	Avalia sintomas de IU, urgência, frequência, POP, evacuação obstruída e IF	9	presente estudo

A idealização de um questionário global mais conciso, que pudesse ser utilizado tanto em ambiente de pesquisa como na prática clínica, surgiu em 2008 na Cleveland Clinic Florida (CCF), centro conhecido mundialmente nos setores de uroginecologia e fisiologia anorretal. Chefiado pelo Dr. G. Willy Davila, renomado uroginecologista, seu serviço recebe pacientes de diversas regiões dos Estados Unidos da América e de outros países, com diferentes culturas. Nessa ocasião, a autora desta tese realizava um estágio (*“research fellowship”*) nesse hospital, e atendendo pacientes com DAP, notou-se a necessidade de um instrumento de avaliação mais objetivo, que fosse capaz de identificar os sintomas nas pacientes atendidas e que pudesse também escalonar o grau de incômodo das diversas disfunções. Além disso, na CCF, a pesquisa científica é bastante realizada e, por isso, todas as pacientes são orientadas a preencher questionários específicos em sua visita inicial. Entretanto, a maior parte das pacientes achava as perguntas redundantes, e cansavam-se de completar algumas partes das pesquisas, deixando inúmeras lacunas. Surgiu, então, o desejo de um instrumento simples que pudesse identificar a presença e avaliar o grau de incômodo dos sintomas mais prevalentes relacionados ao assoalho pélvico. Dessa maneira, o **“Pelvic Floor Bother Questionnaire”**⁴³ foi desenvolvido pela autora da presente tese e validado pelo Dr. Willy Davila e, em 2010, publicado em língua inglesa. O instrumento, desde então, vem sendo utilizado rotineiramente na prática diária tendo se mostrado de grande valia nos setores de uroginecologia e coloproctologia daquela instituição. Foi

também traduzido para outros idiomas e é usado na prática clínica e em pesquisas em outros países^{80; 81; 82; 83; 84}.

No Brasil, a área da uroginecologia encontra-se em um momento muito importante, com crescentes avanços na parte assistencial, além de um grande interesse na realização de pesquisas científicas. Como a maior parte de sua população não é bilíngue, instrumentos de avaliação em língua portuguesa que possam ser utilizados pela comunidade médica brasileira são de grande utilidade. No Brasil, há carência de um questionário simples para a uma ampla avaliação de distúrbios do assoalho pélvico. Além disso, após ter contribuído para o desenvolvimento do “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” em língua inglesa, e frente às demandas da prática médica diária em nosso meio e a necessidade da aplicação desse questionário, gostaríamos de viabilizar agora sua tradução e validação para a língua portuguesa.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Traduzir e validar o “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” para o idioma português.

2.2 Específicos

- Adaptar culturalmente o questionário “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” para a língua portuguesa brasileira;
- Atualizar o questionário “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*”;
- Avaliar as propriedades: confiabilidade, validade e capacidade de detectar mudanças do questionário “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*”.

3 Métodos

3 MÉTODOS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq) (Anexo A). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Pós-informado (Anexo B).

3.1 Processo de tradução e adaptação cultural

Para tradução e adaptação cultural do questionário de sintomas relacionados ao assoalho pélvico em português, foram seguidas as seguintes etapas:

1. Análise conceitual do questionário “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” (PFBQ) original em inglês (Figura 2) para garantir perfeito entendimento dos itens;
2. Tradução do questionário para a língua portuguesa (“*Forward Translation*”): realizada por dois tradutores independentes, sendo um deles tradutor juramentado. Após cada tradução, um consenso foi realizado para que se obtivesse uma versão única do questionário em língua portuguesa;
3. Tradução da versão em português para o inglês (“*Backward Translation*”): a tradução do questionário novamente para o inglês foi realizada por um tradutor independente para garantir o controle de

qualidade do questionário. Comparou-se, então, esse novo questionário com o original para possível aprimoramento da tradução;

4. Teste piloto:

4.1. O questionário foi avaliado por profissionais especializados no tratamento das disfunções do assoalho pélvico para opinarem sobre a relevância dos termos, sendo três uroginecologistas, dois estagiários em uroginecologia e três coloproctologistas especializados em DAP de nossa instituição; e

4.2. O questionário foi testado em 10 pacientes escolhidas ao acaso no ambulatório de ginecologia que foram perguntadas sobre a forma e a clareza das questões.

PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE		Date: ____/____/____
Instructions: The following is a questionnaire about your pelvic health. All information is strictly confidential. Please mark (X) in the box that best describes your symptoms in the last month		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">MR#:</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
1. Do you experience urine leakage (incontinence) related to physical activity, such as coughing, sneezing, laughing, lifting or changing position? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
2. Do you experience frequent urination (needing to urinate more often than usual; including the need to get up two or more times during the night because of a need to urinate)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
3. Do you experience an abnormal strong feeling of urgency to urinate (sudden, compelling urge to void)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
4. Do you experience urine leakage associated with the feeling of urgency (involuntary loss of urine occurring while suddenly having a strong urge to urinate)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
5. Do you experience difficulty or discomfort in passing your urine? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
6. Do you experience the feeling of a bulge in the vagina (either the bladder, uterus, vagina or rectum)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
7. Do you experience difficulty in completely emptying your bowels, such as needing to press near your vagina or rectum with your fingers to complete a bowel movement? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
8. Do you experience accidental leakage of fecal matter or gas? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		
9. Are you sexually active? ☐ Yes ☐ No If yes, does pain or discomfort curtail your ability to enjoy sex? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot		

Figura 2 - “Pelvic Floor Bother Questionnaire” em inglês ⁴³

O processo de tradução para a língua portuguesa do “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*”, descrito anteriormente, encontra-se representado nos dados da Figura 3.

Figura 3 - Processo de tradução para a língua portuguesa do “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*”

3.2 Validação do “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*”

Após estas etapas, obteve-se a versão final do questionário, sendo aplicados testes psicométricos.

A população do estudo foi composta por pacientes com DAP avaliadas no setor de Uroginecologia da Disciplina de Ginecologia e no setor de Fisiologia Anorretal da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A validação do PFBQ incluiu avaliação das propriedades: confiabilidade, validade e capacidade de resposta às mudanças.

Os dados da Tabela 10 resumem as características das propriedades psicométricas analisadas ⁸⁵.

Tabela 10 - Propriedades psicométricas avaliadas na validação em língua portuguesa do PFBQ

Propriedade Psicométrica	Descrição
Validade de face	Avaliação subjetiva por um painel de especialistas se o instrumento mede o que se propõe a fazer
Validade de conteúdo	Avaliação subjetiva por um painel de especialistas se o instrumento considera todos os componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno
Validade de construto	Avalia se o instrumento apresenta relações apropriadas com outras variáveis e medidas. Em outras palavras, se as medidas do instrumento correlacionam-se ou estão de acordo com outros testes ou medidas do mesmo construto (validade convergente) e, ainda, se tem pouca ou nenhuma relação com diferentes construtos (validade discriminante ou divergente)
Consistência Interna	Avalia a correlação dos itens do questionário entre si
Reprodutibilidade teste-reteste	Avalia a reprodutibilidade do questionário em momentos distintos. Deve ser avaliada em um intervalo de tempo suficiente para que as respostas anteriores sejam esquecidas, mas não tão grande a ponto de haver mudanças no quadro clínico que alterem as respostas
Resposta às mudança	Avalia se o instrumento é capaz de detectar mudanças clinicamente significativas, como a alteração do escore após um tratamento

3.3 Delineamento do estudo

Crítérios de Inclusão

No estudo, 147 pacientes foram incluídas, eram maiores de 18 anos, não gestantes, que apresentavam qualquer sintoma relacionado às DAP: urgência miccional, frequência, incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, incontinência fecal e/ou evacuação obstruída.

Crítérios de Não Inclusão

Pacientes incapazes de preencher um questionário autoadministrado, ou incapazes de ler em língua portuguesa (não alfabetizadas) não foram incluídas no estudo.

As pacientes que compareceram para primeira consulta médica por sintomas relacionados ao assoalho pélvico nos ambulatórios de Uroginecologia e Fisiologia Anorretal, no período entre fevereiro de 2014 e agosto de 2015, foram convidadas a participar do estudo.

As participantes foram atendidas conforme a rotina do serviço, com anamnese e exame físico completos, incluindo a classificação do prolapso genital pelo POP-Q. Como o exame ginecológico completo não é realizado rotineiramente no serviço de coloproctologia, estes exames, incluindo o POP-Q, foram realizados pela autora da tese. Além disso, as pacientes eram orientadas a preencher em casa dois diários, sendo um miccional e o outro referente a seu hábito intestinal (diário defecatório) (Anexos C e D). Exames complementares, como estudo urodinâmico, defecografia, manometria

anorretal e ultrassonografia endorectal foram realizados, conforme indicados pelo médico responsável pela paciente, sem influência do pesquisador do presente estudo, para os diagnósticos definitivos.

As participantes eram também orientadas a completar o “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” durante sua visita inicial. O instrumento foi autoaplicado, porém o pesquisador permanecia disponível para esclarecer eventuais dúvidas. Instruções sobre o correto preenchimento dos diários relacionados à micção e evacuação também foram fornecidas pelo pesquisador. Para avaliar a confiabilidade teste-reteste, cada paciente era orientada a retornar em consulta, agendada em intervalo de tempo que variou entre 7 e 10 dias, conforme a disponibilidade da paciente. Na segunda visita, a paciente preenchia novamente o PFBQ e entregava os diários preenchidos. As pacientes encaminhadas à terapêutica eram orientadas a retornar em consulta para completar novamente o PFBQ pós-tratamento. Os dados da Figura 4 representam o delineamento do estudo.

Figura 4 - Delineamento do estudo

O estudo contou com a participação de 147 mulheres que foram avaliadas quanto a: idade, escolaridade, raça, paridade, número de partos vaginais, status pós-menopausa e Índice de Massa Corpórea (IMC).

Definições e critérios diagnósticos da função do trato urinário inferior e prolapso de órgãos pélvicos foram determinados em conformidade com as normas recomendadas pela Sociedade Internacional de Continência (ICS).

O POP foi avaliado por meio do estadiamento obtido pelo POP-Q ⁵, conforme ilustrado na Figura 5 ⁸⁶. Este sistema de avaliação do POP proposto pela ICS avalia separadamente os compartimentos vaginais anterior, apical e posterior, de acordo com sua posição em relação ao anel

himenal, que é um ponto anatômico fixo de fácil identificação. A partir desse ponto, as posições são descritas por seis pontos definidos e as medidas expressas em centímetros (cm). Os valores positivos referem-se a posições abaixo ou distais ao hímen, os valores negativos acima ou proximais ao hímen, e se a localização for no nível do hímen, denomina-se como zero.

Os seis pontos são localizados, originalmente, com referência ao plano himenal e são avaliados durante a manobra de valsalva, sendo dois na parede anterior da vagina (pontos Aa e Ba), dois na parte vaginal superior (pontos C e D) e dois na parede vaginal posterior (Pontos Ap e Bp). Medidas estáticas também são avaliadas e incluem o hiato genital (gh ou hg), que é a medida do ponto médio do meato uretral até o ponto posterior da fúrcula vaginal e o corpo perineal (pb ou cp), que é a medida da margem posterior do hiato genital até a metade da abertura anal. O comprimento vaginal total (TVL ou CVT) estende-se do hímen até o ponto mais alto da vagina, no fundo do saco posterior, quando há colo do útero; ou na cicatriz da cúpula vaginal, quando este está ausente.

Os pontos avaliados estão representados na Figura 5, e são:

- Ponto Aa (ponto A da parede vaginal anterior): localizado na linha média da parede anterior da vagina. Sua posição varia de -3 cm a +3 cm;
- Ponto Ba (ponto B da parede vaginal anterior): representa o ponto de maior prolapso na parede vaginal anterior. Para sua determinação, utiliza-se espéculo de Sims para afastar a parede vaginal posterior e pede-se à paciente fazer esforço, e o ponto que mais exteriorizou será o ponto Ba;

- Ponto C: ponto mais distal do colo uterino ou da cúpula vaginal pós-histerectomia em relação ao anel himenal;
- Ponto D: localizado no fórnice vaginal posterior, no nível de inserção dos ligamentos útero-sacros. Na ausência do útero, esse ponto é omitido;
- Ponto Ap: localizado na linha média da parede vaginal posterior, análogo ao ponto Aa;
- Ponto Bp: representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior, análogo ao ponto Ba;
- Comprimento vaginal total (TVL ou CVT): medida da maior profundidade vaginal. Avaliado ao repouso;
- Hiato genital (GH ou HG): medida do meato uretral externo até a linha posterior do hímen ou fúrcula; e
- Corpo perineal (PB ou CP): medida da fúrcula até o centro do orifício anal.

Utilizando o sistema de avaliação descrito acima, os estádios são determinados:

Estádio 0: ausência de prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão em -3 cm, e os pontos C e D estão entre o CVT e o CVT -2 cm;

Estádio I: ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm para dentro da carúncula himenal (-1 cm);

Estádio II: o ponto de maior prolapso está localizado entre -1 cm e +1 cm (entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen);

Estádio III: o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total; e

Estádio IV: eversão total do órgão prolapsado. O ponto de maior prolapso fica, no mínimo, no comprimento vaginal menos 2 cm.

Figura 5 - Avaliação do prolapso por meio do “*Pelvic Organ Prolapse Quantification*” (POP-Q) ⁸⁶

Incontinência fecal foi definida como a perda acidental de fezes sólidas, líquidas ou gases. Pacientes com menos de três evacuações por semana; necessidade de esforço evacuatório em mais de 75% do tempo; necessidade de comprimir a vagina ou períneo para completar evacuação; auxílio digital no reto para completar a evacuação, ou sensação frequente de evacuação incompleta foram considerados com evacuação obstruída ⁸⁷.

Prolapso retal foi avaliado no exame físico durante o esforço evacuatório com a paciente em posição sentada em cadeira semelhante a vaso sanitário.

O questionário PFBQ contém nove itens, incluindo questões sobre incontinência urinária de esforço, frequência, urgência miccional, incontinência urinária de urgência, disúria, prolapso genital, disfunção defecatória e dispareunia.

Para cada questão, a pontuação varia de 0 a 5. A pontuação total do questionário, portanto, varia de 0 a 45, com escores mais altos indicando desconforto mais acentuado. Para facilitar a representação dos escores em uma pontuação que varia de 0 a 100, a média do valor das questões respondidas do questionário pode ser multiplicada por 20.

A confiabilidade foi avaliada pela validade interna e confiabilidade teste-reteste. Para validação do questionário, as respostas das questões foram comparadas aos dados obtidos pela anamnese e exame pélvico, incluindo o POP-Q; com a frequência de sintomas relatados nos diários miccional e defecatório; e com os diagnósticos finais específicos das pacientes.

A capacidade de resposta às mudanças foi avaliada nas pacientes que foram da visita inicial encaminhadas diretamente ao tratamento, e que retornaram após seu término e responderam novamente ao PFBQ. Para as que foram submetidas a tratamento cirúrgico, esta avaliação deu-se em 90 dias pós-operatórios; e a avaliação após tratamento fisioterápico foi realizada em cerca de 60 dias. Na consulta pós-tratamento, as pacientes

completavam o PFBQ e este era comparado à sua impressão subjetiva em relação ao tratamento efetuado, como a seguir: a) piora/sem melhora; b) inalterada; c) melhorada. Exame físico detalhado também era realizado, avaliando-se POP-Q; perda urinária à manobra de valsalva e exame proctológico nas pacientes do grupo de fisiologia anorretal.

3.4 Cálculo da amostra

Uma análise do poder foi realizada para determinar o tamanho da amostra necessária para demonstrar a confiabilidade teste-reteste para o questionário, utilizando o método descrito por Walter et al.⁸⁸. Considerando que a correlação intraclass (CIC) no teste-reteste deve ser superior a 0,7 (nula) e supondo que nossa alternativa é $CIC = 0,80$, 118 indivíduos seriam necessários para detectar essa diferença com poder de 80% e $\alpha = 0,05$.

3.5 Análises estatísticas

As características das participantes do estudo foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas para as medidas qualitativas e medidas-resumo (média com desvio-padrão e mediana com mínimo e máximo) para as medidas quantitativas.

A consistência interna foi medida por meio de α de Cronbach, retirando-se cada item do questionário e para o total⁸⁹. Este coeficiente mede a correlação entre respostas em um questionário pela análise das

respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição. Valores acima de 0,7 demonstram consistência interna aceitável (Anexo E) ⁸⁵.

Confiabilidade teste-reteste foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclass (C/C). Este coeficiente é uma estimativa da fração da variabilidade total de medidas em razão das variações entre os indivíduos. O CIC pode variar de 0 a 1, sendo que valores mais próximos a 1 indicam melhor reprodutibilidade ⁹⁰ (Anexo F). Os escores basais e na avaliação após 7 a 10 dias foram descritos com uso de média e desvio padrão e a concordância entre eles com uso do coeficiente de correlação intraclass com o respectivo intervalo com 95% de confiança ⁹¹. A concordância de cada item do questionário entre as avaliações foi avaliada com uso do coeficiente Kappa com os respectivos intervalos com 95% de confiança ⁹¹.

O coeficiente Kappa também foi utilizado para correlacionar a resposta de cada item do questionário com a respectiva resposta na entrevista.

O coeficiente de concordância Kappa apresenta variação de -1 a 1; valores próximos de 1 indicam melhor concordância entre duas variáveis. Os valores menores que zero indicam pobre concordância entre duas variáveis estudadas; por outro lado, os valores entre 0,81 e 1 indicam concordância

quase perfeita, entre 0,61 e 0,8 indicam concordância substancial e entre 0,41 e 0,6, concordância moderada (Anexo G).

A correlação entre as frequências dos sintomas intestinais e urinários reportados no relato diário com o escore do respectivo sintoma no questionário foi avaliada com a correlação de Spearman ⁹², um teste não paramétrico representado pela letra grega “ ρ ” (rho). Este coeficiente varia de -1 a 1, e quanto mais próximo estiver desses extremos maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo desta correlação indica que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas de outra variável.

A associação de cada item do questionário com os respectivos diagnósticos finais foi verificada com uso de Teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher ⁹².

Cada questão do questionário foi descrita no basal e após o tratamento, e foi verificada a alteração nos sintomas com uso do Teste McNemar ⁹². O escore total do questionário foi descrito conforme os momentos e comparado com uso do Teste Wilcoxon pareado ⁹².

As análises foram realizadas com uso do *software* IBM-SPSS *for Windows* versão 20.0 e as tabelas foram elaboradas com uso do *software* Microsoft-Excel 2011. Os testes foram realizados com nível de significância de 5%

4 Resultados

4 RESULTADOS

Durante o processo de tradução e adaptação cultural, as versões obtidas pelos tradutores foram muito semelhantes, e o consenso facilmente obtido entre duas versões. O tradutor juramentado traduziu “*pelvic floor*” como “base pélvica”, porém, optamos pelo termo “assoalho pélvico”, utilizado com maior frequência no Brasil. O teste piloto foi realizado por três uroginecologistas, três coloproctologistas e dois pós-graduandos em uroginecologia de nossa instituição. Dez pacientes escolhidas ao acaso no ambulatório de uroginecologia foram perguntadas sobre a forma e a clareza das questões. Todas tinham nível de escolaridade fundamental ou médio, e não tiveram dificuldade para entender as perguntas.

A questão número 2, referente ao aumento da frequência miccional e noctúria foi modificada do questionário original, de modo a seguir as definições atuais propostas pela ICS ². A questão em inglês referia-se à noctúria como “a necessidade de levantar da cama mais que duas vezes durante a noite para urinar”; porém, como a terminologia da ICS define esse problema como a necessidade de levantar uma ou mais vezes durante a noite, a questão foi alterada para “você apresenta frequência miccional aumentada (necessidade de urinar mais vezes que o usual, incluindo ter que levantar da cama uma ou mais vezes para urinar?)”.

Os dados da Figura 6 apresentam a versão final do PFBQ em língua portuguesa, após sua tradução e adaptação cultural.

Figura 6 - “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” em português

A participação no estudo foi oferecida a 161 pacientes com DAP atendidas em primeira consulta nos ambulatórios de Uroginecologia e Fisiologia anorretal entre fevereiro de 2014 e agosto de 2015. Pelo fato de não saberem ler, 14 pacientes não foram incluídas no estudo. O total de 147 pacientes com média de idade de 60,49 anos foram incluídas; 125 participantes (85%) encontravam-se na pós-menopausa. A maior parte da amostra (71,5%) tinha nível de escolaridade fundamental, e 9% estudo superior completo. As principais características quantitativas das pacientes encontram-se nos dados da Tabela 11.

Tabela 11 - Descrição das características quantitativas avaliadas nas pacientes

Variável	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	60,49	12,02	61	27	87
Peso (kg)	70,98	14,83	68,5	42	123
Número de gestações	3,23	2,35	3	0	15
Paridade	2,60	2,09	2	0	15
Número de partos vaginais	2,04	2,08	2	0	15
Número de diagnósticos por paciente	2,03	1,04	2	1	5
IMC (kg/m ²)	28,29	4,89	27,47	16,90	44,06

IMC – Índice de Massa Corpórea

A média de diagnósticos por paciente na visita inicial foi 2,03; 77 pacientes (52,4%) foram incluídas no estudo no ambulatório de uroginecologia e 70 (47,6%) no ambulatório de fisiologia anorretal. A queixa principal mais comum no ambulatório de uroginecologia foi incontinência urinária mista (36,36%), seguida por prolapso de órgãos pélvicos (28,57%), IUE (23,37%) e perda urinária por urgência (11,68%). No ambulatório de coloproctologia (fisiologia anorretal), a queixa de incontinência fecal foi a principal, vista em 55,71% dos casos, seguida por evacuação obstruída (38,57%) e prolapso retal (5,71%). As principais características qualitativas estão resumidas na Tabela 12.

Tabela 12 - Descrição das características qualitativas avaliadas nas pacientes

Variável	Frequência	Porcentagem válida (%)
Raça		
Branca	128	87,1
Negra	7	4,8
Asiática	2	1,4
Miscigenado	5	3,4
Não informado	5	3,4
Escolaridade		
Fundamental incompleto	58	39,5
Fundamental completo	47	32
Ensino médio incompleto	1	0,7
Ensino médio completo	32	21,8
Superior incompleto	1	0,7
Superior completo	8	5,4
Queixa principal		
Incontinência urinária de esforço	18	12,2
Incontinência urinária de urgência	9	6,1
Incontinência urinária mista	28	19
Prolapso (de órgãos pélvicos e retal)	26	17,7
Evacuação obstruída	27	18,4
Incontinência fecal	39	26,5
Número de diagnósticos por paciente		
1	36	24,5
2	54	36,7
3	41	27,9
4	14	9,5
5	2	1,4

O tempo médio para o preenchimento do questionário foi 3 minutos. Não houve questões em branco.

A avaliação da consistência interna do questionário, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach foi 0,625. Os dados da Tabela 13 representam o valor desse coeficiente em cada questão.

Tabela 13 - Descrição da consistência interna do questionário PFBQ

Questão	Alfa de Cronbach se o item for retirado
Incontinência urinária de esforço	0,568
Frequência	0,512
Urgência	0,491
Perda por urgência	0,508
Disúria	0,601
Prolapso	0,641
Evacuação obstruída	0,647
Incontinência fecal	0,673
Dispareunia	0,660
Total	0,625

Esta tabela demonstra que as questões que compõem o PFBQ contribuem de modo semelhante para o total do questionário, visto que os valores do alfa de Cronbach são bastante próximos, variando entre 0,491 e 0,673, porém, a consistência interna das questões na montagem do questionário não é alta ($\alpha > 0,7$) para nenhum item do questionário.

A confiabilidade do teste-reteste foi avaliada em 137 pacientes que retornaram após 7 a 10 dias da visita inicial para completar o estudo (Tabela 14).

Tabela 14 - Descrição dos escores basal do PFBQ e 1 semana após e resultado da concordância

PFBQ	Média	Desvio-padrão	CIC	Intervalo de confiança 95%	
				Mínimo	Máximo
Primeira entrevista	39,85	21,55	0,981	0,974	0,986
Após uma semana	39,76	21,22			

Esta tabela mostra que a reprodutibilidade do questionário é alta, pois o valor do coeficiente de correlação intraclasse foi muito próximo de 1 (CIC = 0,986).

A concordância para cada item do questionário respondido durante a visita inicial e após 7 a 10 dias está representada na Tabela 15.

Tabela 15 - Descrição de cada item do questionário PFBQ a cada avaliação e resultado da concordância

Questão	Categoria	Basal		Após uma semana		Kappa	IC 95%	
		n	%	n	%		Mínimo	Máximo
IUE	Não	47	34,3	47	34,3	0,968	0,923	1,00
	Sim	90	65,7	90	65,7			
Frequência	Não	50	36,5	45	32,8	0,920	0,851	0,989
	Sim	87	63,5	92	67,2			
Urgência	Não	48	35,0	45	32,8	0,951	0,896	1,00
	Sim	89	65,0	92	67,2			
IUU	Não	59	43,1	57	41,6	0,970	0,929	1,00
	Sim	78	56,9	80	58,4			
Disúria	Não	114	83,2	114	83,2	0,895	0,795	0,995
	Sim	23	16,8	23	16,8			
Prolapso	Não	91	66,4	92	67,2	0,984	0,953	1,00
	Sim	46	33,6	45	32,8			
EO	Não	76	55,5	76	55,5	0,970	0,929	1,00
	Sim	61	44,5	61	44,5			
IF	Não	64	46,7	64	46,7	0,971	0,930	1,00
	Sim	73	53,3	73	53,3			
Dispareunia	Não	82	59,9	82	59,9	1,00	1,00	1,00
	Sim	55	40,1	55	40,1			

IC – Intervalo de confiança; IUE – incontinência urinária de esforço; IUU - incontinência urinária de urgência; EO – Evacuação obstruída; IF – Incontinência fecal

Assim como o escore final do questionário mostrou-se reprodutível, os dados da Tabela 15 mostram que cada item que compõe o questionário também apresentou concordância quase perfeita entre as avaliações (Kappa > 0,8).

A validade do questionário foi avaliada de acordo com a concordância entre o instrumento, a anamnese e o exame físico, diários miccional e defecatório; e o diagnóstico final das pacientes.

Os dados da Tabela 16 demonstram que a concordância de cada item do questionário com o respectivo argumento na entrevista foi quase perfeita para a maioria dos itens do questionário ($Kappa > 0,8$), exceção apenas de disúria, incontinência fecal e dispareunia, cujas concordâncias foram consideradas substanciais ($Kappa$ entre 0,61 e 0,8).

Tabela 16 - Descrição de cada item do questionário PFBQ no basal e na entrevista e resultado da concordância

Questão	Categoria	PFBQ		Entrevista		Kappa	IC 95%	
		n	%	n	%		Mínimo	Máximo
IUE	Não	51	37,2	53	38,7	0,940	0,883	0,997
	Sim	96	70,1	94	68,6			
Frequência	Não	51	37,2	52	38,0	0,806	0,706	0,906
	Sim	96	70,1	95	69,3			
Urgência	Não	53	38,7	52	38,0	0,896	0,822	0,970
	Sim	94	68,6	95	69,3			
IUU	Não	63	46,0	66	48,2	0,876	0,798	0,954
	Sim	84	61,3	81	59,1			
Disúria	Não	124	90,5	136	99,3	0,607	0,411	0,803
	Sim	23	16,8	11	8,0			
Prolapso	Não	99	72,3	102	74,5	0,859	0,769	0,949
	Sim	48	35	45	32,8			
EO	Não	81	59,1	83	60,6	0,917	0,852	0,982
	Sim	66	48,2	64	46,7			
IF	Não	69	50,4	85	62,0	0,757	0,655	0,859
	Sim	78	56,9	62	45,3			
Dispareunia	Não	90	65,7	111	81,0	0,616	0,487	0,745
	Sim	57	41,6	36	26,3			

PFBQ – Respostas ao questionário PFBQ; IC – Intervalo de confiança; IUE – incontinência urinária de esforço; IUU - incontinência urinária de urgência; EO – Evacuação obstruída; IF – Incontinência fecal

Os dados da Tabela 17 mostram que as correlações entre os escores do questionário e as frequências de seus respectivos sintomas no relato diário foram próximas de 1, sendo a mais baixa em relação ao número de micções ($\rho = 0,660$) e a mais alta no esforço ao evacuar ($\rho = 0,875$).

Tabela 17 - Resultado das correlações entre os escores do questionário PFBQ e as frequências dos sintomas no relato diário

Diários miccional e defecatório	Correlação	n	p
Episódios de IUE	0,791	137	<0,001
Número de micções	0,660	137	<0,001
Episódios de urgência	0,828	137	<0,001
Episódios de IUU	0,809	137	<0,001
Episódios de EO (força para evacuar, digitação)	0,875	137	<0,001
Episódios de IF	0,780	137	<0,001

IUE – incontinência urinária de esforço; IUU - incontinência urinária de urgência; EO – Evacuação obstruída; IF – Incontinência fecal

Os dados das Tabelas 18 a 21 mostram que todas as questões do PFBQ foram associadas aos respectivos diagnósticos finais das pacientes, e as pacientes que responderam no questionário sobre a presença dos sintomas apresentaram maior frequência do diagnóstico final obtido pelo médico assistente do caso ($p < 0,05$).

Tabela 18 - Frequência do diagnóstico final urinário, conforme as questões relacionadas a esse sintoma no PFBQ e o resultado dos testes de associação

Questão do PFBQ	Diagnóstico urinário final				Total	p
	não		sim			
	n	%	n	%		
IUE						<0,001
Não	31	60,8	20	39,2	51	
Sim	0	0	96	100	96	
Frequência						<0,001
Não	23	45,1	28	54,9	53	
Sim	8	8,3	88	91,7	94	
Urgência						<0,001
Não	30	56,6	23	43,4	46	
Sim	1	1,1	93	98,9	76	
IUU						<0,001
Não	30	47,6	33	52,4	63	
Sim	1	1,2	83	98,8	84	
Disúria						0,046*
Não	29	23,4	95	76,6	124	
Sim	1	4,4	22	95,6	23	
Total	30	21,1	117	78,9	147	

Teste Qui-quadrado, * Teste Exato de Fisher

Os dados da Tabela 18 demonstram que todas as questões do PFBQ relacionadas às alterações urinárias associaram-se aos diagnósticos finais obtidos por meio de anamnese, exame físico e exames complementares das pacientes com queixas urinárias.

Tabela 19 - Frequência de prolapso no PFBQ e no diagnóstico final e o resultado do teste de associação

Diagnóstico final de prolapso						
Prolapso	não		sim		Total	p
	n	%	n	%		
Não	88	88,9	11	11,1	99	<0,001
Sim	8	16,7	40	83,3	48	
Total	96	65,3	51	34,7	147	

Nesta tabela, observamos que as pacientes que reportaram prolapso de órgãos pélvicos no PFBQ tiveram esse diagnóstico, obtido pelo POP-Q.

Tabela 20 - Frequência de evacuação obstruída no PFBQ e no diagnóstico final e o resultado do teste de associação

Evacuação Obstruída	Diagnóstico final de evacuação obstruída				Total	p
	não		sim			
	n	%	n	%		
Não	78	96,3	3	3,7	81	<0,001
Sim	6	9,1	60	90,9	66	
Total	84	57,1	63	42,9	147	

Tabela 21 - Frequência de incontinência fecal no PFBQ e no diagnóstico final e o resultado do teste de associação

Incontinência Fecal	Diagnóstico final de incontinência fecal				Total	p
	não		sim			
	n	%	n	%		
Não	68	98,6	1	1,4	69	<0,001
Sim	12	15,4	66	84,6	78	
Total	80	54,4	67	45,6	147	

Os dados das Tabelas 20 e 21 demonstram que as pacientes que relataram no PFBQ a presença de sintomas relacionados à evacuação obstruída e incontinência fecal apresentaram estes diagnósticos obtidos pelo médico assistente por meio da história clínica, exame físico, diário defecatório e outros exames complementares quando indicados.

Tabela 22 - Frequência de dispareunia no PFBQ e no diagnóstico final e o resultado do teste de associação

Dispareunia	Diagnóstico final de dispareunia				Total	p
	não		sim			
	n	%	n	%		
Não	90	100,0	0	0,0	90	<0,001
Sim	21	36,8	36	63,2	57	
Total	111	75,5	36	24,5	147	

Ao se avaliar a correlação entre o estadiamento do prolapso, de acordo com o POP-Q e os escores da questão 6 do PFBQ (que se refere ao POP), observa-se que pacientes com estadiamentos mais avançados do POP-Q apresentaram escores maiores, sendo a correlação entre os itens de 0,751 ($p < 0,001$) (Tabela 23).

Tabela 23 - Correlação entre o estadiamento do prolapso de órgãos pélvicos, de acordo com o POP-Q e os escores do PFBQ

POP-Q	PFBQ Questão 6											
	0		1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	74	74,7	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
1	13	13,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,8
2	12	12,1	1	50,0	3	75,0	2	50,0	3	75,0	6	17,6
3	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	16	47,1
4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0	6	17,6

Quarenta e quatro pacientes (30% da amostra inicial) retornaram após o tratamento proposto e responderam ao PFBQ. Os dados da Figura 7 representam o número de pacientes nas diversas etapas do estudo e tipos de tratamentos realizados.

Figura 7 - Número de pacientes nas diversas etapas do estudo e tipos de tratamentos realizados

Das pacientes cuja queixa principal na primeira consulta era incontinência urinária, seis realizaram fisioterapia, cinco foram submetidas a tratamento cirúrgico e duas receberam medicações anticolinérgicas. Quinze pacientes com prolapso de órgãos pélvicos foram submetidas à cirurgia; e duas colocaram pessários. Dentre as pacientes com incontinência fecal, a

fisioterapia foi feita em sete pacientes, e cinco foram submetidas à cirurgia. Duas pacientes com evacuação obstruída foram submetidas à correção cirúrgica. Na consulta pós-tratamento, todas as pacientes diziam estar melhoradas. Os dados da Tabela 24 mostram que todas as questões após tratamento e o total do questionário melhoraram estatisticamente ($p < 0,05$), exceção apenas da evacuação obstruída ($p = 0,070$).

Tabela 24 - Descrição das questões basal e pós-tratamento e do PFBQ nas pacientes tratadas e resultados dos testes comparativos

Questão	Categoria	Basal		Pós tratamento		p
		n	%	n	%	
IUE	Não	21	15,3	30	21,9	0,012
	Sim	23	16,8	14	10,2	
Frequência urinária	Não	15	10,9	28	20,4	0,011
	Sim	29	21,2	16	11,7	
Urgência urinária	Não	16	11,7	29	21,2	0,001
	Sim	28	20,4	15	10,9	
IUU	Não	20	14,6	34	24,8	0,001
	Sim	24	17,5	10	7,3	
Disúria	Não	35	25,5	44	32,1	0,003
	Sim	9	6,6	0	0	
Prolapso	Não	22	16,1	43	31,4	<0,001
	Sim	22	16,1	1	0,7	
EO	Não	27	19,7	33	24,1	0,070
	Sim	17	12,4	11	8,0	
IF	Não	21	15,3	30	21,9	0,004
	Sim	23	16,8	14	10,2	
Dispareunia	Não	31	22,6	39	28,5	0,021
	Sim	13	9,5	5	3,6	
PFBQ, mediana (mín.;máx.)		34,4 (6,7;95,6)		5,6 (0;46,7)		<0,001*

Teste McNemar, *Teste Wilcoxon pareado

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Com o aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento da população que vem ocorrendo nos últimos tempos, as disfunções do assoalho pélvico vêm se tornando cada vez mais frequentes. Como estão intimamente relacionadas, a coexistência de mais de um distúrbio do assoalho pélvico é extremamente comum. O tratamento de um problema pode auxiliar na resolução, agravar ou predispor a outro. A correção de prolapso de parede vaginal posterior, por exemplo, pode resolver um caso de evacuação obstruída; o tratamento da incontinência urinária de esforço pela técnica de Burch ⁹³ pode predispor ao prolapso, principalmente a uma enterocele; a correção de um prolapso de parede vaginal anterior pode evidenciar uma incontinência urinária de esforço oculta ⁴⁴. Desse modo, o conhecimento destas interações é importante para uma ampla avaliação e programação de tratamento que, muitas vezes, precisa ser multidisciplinar.

Assim, métodos que envolvam uma avaliação objetiva do reflexo dessas doenças entre diferentes mulheres são extremamente úteis. Seu emprego pode auxiliar tanto no diagnóstico correto como na programação de tratamentos que visem ao conforto das afecções que mais incomodam; além de serem importantes para a avaliação da eficácia dos tratamentos empregados.

Nas pesquisas científicas, questionários para essa finalidade vêm sendo amplamente utilizados. Questionários específicos para cada disfunção, ou questionários globais para as DAP têm sido validados.

Na prática clínica, em geral, apenas a impressão subjetiva do profissional da saúde é utilizada, já que os instrumentos de avaliação são, em geral, muito longos para serem utilizados. Uma avaliação objetiva seria útil, à medida que fatores como vergonha e dificuldade de expressão podem influenciar na descrição dos sintomas pela paciente.

O emprego de questionários previamente validados é de extrema importância para uma avaliação acurada de uma condição. O uso de instrumentos não validados pode fornecer informações inconsistentes ou falhar na detecção de importantes alterações clínicas.

Os questionários relacionados ao assoalho pélvico visam a analisar a qualidade de vida, a função sexual, a presença e gravidade dos sintomas, ou ainda serem índices globais, geralmente com um único item, que avalia a percepção de determinada doença ou a resposta ao tratamento de certa condição.

Os questionários que avaliam a presença e gravidade das DAP mais utilizados na literatura são as versões resumidas do PFDI e PFIQ ⁴⁴. Suas versões iniciais foram publicadas em 2001, e os questionários continham 61 e 93 questões, respectivamente ³⁰. Em 2005, os autores publicaram uma forma mais curta, com 20 e 21 itens, e propuseram que a forma mais longa fosse usada para pesquisas científicas, enquanto a mais curta poderia ser empregada em pesquisas em conjunto com outros questionários

específicos. Entretanto, notamos que a forma mais resumida desses questionários é a mais utilizada em pesquisas, e a forma mais longa não é citada. Isso sugere que a brevidade dos instrumentos de avaliação favoreça a adesão de participantes e aumente a responsividade desses questionários.

O projeto de desenvolvimento de um instrumento de avaliação mais simples e objetivo surgiu durante a realização de um estágio na *Cleveland Clinic Florida*. Sua criação representou um grande desafio para mim, pois idealizávamos um questionário que fosse conciso, de fácil interpretação mas abrangente, e pudesse contemplar a maior parte das disfunções relacionadas ao assoalho pélvico. Além disso, como sua concepção foi realizada em inglês, que não é minha língua-mãe, o emprego de um vocabulário que fosse significativo para pacientes norte-americanas foi um trabalho bastante árduo.

Validamos, então, um questionário curto, contendo nove questões que avaliam a presença e o grau de incômodo das principais doenças do assoalho pélvico. Desde então, esse instrumento vem se mostrando de significado clínico relevante, sendo empregado rotineiramente em grandes centros, como a *Cleveland Clinic Florida*.

Como autora do questionário PFBQ original em inglês, recebo inúmeros e-mails solicitando autorização para sua tradução e, em geral, o maior interesse na utilização desse instrumento é sua objetividade e brevidade, diferentemente de outros existentes.

Assim, como médica e pesquisadora brasileira, traduzimos, atualizamos e adaptamos o PFBQ para a língua portuguesa.

O presente estudo avaliou o incômodo causado pelas disfunções do assoalho pélvico mais comuns. Para que se tivesse uma população representativa das diversas disfunções do assoalho pélvico, 52,4% da amostra foram obtidas no setor de Uroginecologia e 47,6% no setor de Fisiologia Anorretal. A maior parte das pacientes apresentou múltiplas DAP (24,5% de nossa amostra apresentavam apenas uma queixa, 36,7% duas, e 38,8% três ou mais queixas relacionadas à DAP), o que corrobora a importância de se ter um questionário amplo.

O nível de escolaridade das participantes deste estudo foi baixo, e isso reflete uma grande parte da população brasileira que utiliza serviços públicos de saúde ⁹⁴. Para que houvesse uma perfeita compreensão, as questões foram traduzidas com palavras coloquiais que puderam ser entendidas pela população do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. O piloto do questionário aplicado em pacientes para aperfeiçoamento dos termos empregados até a obtenção da versão final do questionário foi muito importante para a validação das questões. A escolha desta amostragem foi realizada no ambulatório de ginecologia de forma aleatória, e as dez pacientes tinham nível de escolaridade fundamental ou médio. Participaram do estudo nove pacientes com estudo superior, e todas foram incluídas na fase de avaliação das propriedades psicométricas do questionário.

O emprego de um vocabulário na versão em língua portuguesa do PFBQ, que fosse representativo da mulher brasileira, foi muito importante para os autores, tendo em vista a grande diversidade de termos empregados nas diversas regiões do País e de diferentes condições culturais. Não houve dificuldade no entendimento das questões, e como o estudo foi realizado em um grande centro de referência para disfunções do assoalho pélvico no Brasil, com pacientes participantes procedentes das diversas regiões brasileiras que, mesmo com diferentes jargões de linguagem, puderam compreender e responder ao questionário, temos a convicção que o PFBQ em língua portuguesa pode ser utilizado em todo o País.

No presente estudo, o tempo médio para completar o questionário foi 3 minutos, e não houve itens não respondidos, o que reitera a conveniência de sua concisão e a facilidade de resposta às perguntas. Uma desvantagem teórica de um instrumento autoadministrado é poder conter itens em branco, com uma baixa taxa de respostas. O PFBQ não teve questões em branco, por ser curto e rápido de responder.

Os dados psicométricos avaliados demonstraram que o PFBQ em língua portuguesa é um questionário válido e confiável, assim como nos outros idiomas para os quais foi traduzido. Até o momento, o PFBQ foi traduzido para o árabe, turco e tailandês e vem sendo utilizado nos países dessas línguas^{80; 81; 83; 84}.

Em 2013, Bazi et al.⁸⁰ publicaram a validação do PFBQ para o árabe. Os autores incluíram 130 pacientes no estudo, sendo 65 com disfunções do

assoalho pélvico e 65 no grupo controle e demonstraram que o questionário apresentou propriedades psicométricas adequadas.

Em 2016, Dogan et al.⁸¹ realizaram a tradução e validação do PFBQ na Turquia. Avaliando 130 pacientes com DAP, os autores demonstraram que o PFBQ mostrou-se um instrumento válido e confiável, tendo tido uma excelente correlação com o PFDI e PFIQ.

No presente estudo, a propriedade teste-reteste do PFBQ foi avaliada em uma porcentagem significativa da amostra inicial (93,2%), e o índice de correlação intraclassa de 0,981 demonstrou uma excelente reprodutibilidade. A reprodutibilidade de cada questão também foi bastante alta. Resultados muito semelhantes foram observados em sua versão original em inglês, como nas outras línguas para as quais foi traduzido, como demonstrado nos dados da Tabela 25.

Tabela 25 - Reprodutibilidade teste-reteste do PFBQ nos países onde foi validado

Item	Correlação intraclassa			
	EUA	Brasil	Líbano	Turquia
IUE	0,897	0,968	0,812	0,981
Frequência urinária	0,837	0,920	0,962	0,985
Urgência urinária	0,765	0,951	0,774	0,993
Perda urinária por urgência	0,841	0,970	0,967	0,979
Dificuldade de micção	0,850	0,895	0,951	0,920
Prolapso de órgãos pélvicos	0,914	0,984	0,976	0,985
Evacuação obstruída	0,884	0,970	0,972	0,993

Incontinência fecal	0,889	0,971	0,900	0,990
Dispareunia	0,888	1,00	0,844	0,992
Total	0,941	0,981	-	0,996

A reprodutibilidade teste-reteste consiste em uma propriedade psicométrica que garante que uma alteração da resposta a uma questão do questionário reflita uma alteração clínica, e não seja um erro de avaliação. Por isso, o PFBQ foi desenvolvido para ser autoaplicado e, desse modo, optamos por não incluir pacientes que não soubessem ler. Além disso, visando a evitar dificuldade de compreensão das questões por telefone, preferimos que a segunda aplicação do questionário fosse presencial.

A comparação dos itens individuais do questionário com as respostas dadas durante a anamnese demonstrou uma relação quase perfeita para sete dos itens, com kappa maior que 0,8. Os menores valores, que evidenciaram uma relação substancial, com kappa entre 0,6 e 0,8, foram encontrados para a dificuldade de urinar, incontinência fecal e disfunção sexual. Mais pacientes reportaram estes sintomas quando responderam a um questionário autoaplicado do que quando perguntadas pelo médico. Este resultado pode confirmar a utilidade do instrumento, já que ele é capaz de revelar sintomas, muitas vezes, negligenciados por vergonha, medo de exposição ou até dificuldade de expressão.

A consistência interna avalia a concordância global entre os itens de uma escala ou subescala de um questionário, sendo uma propriedade muito importante para questionários que visem à avaliação de um conceito por meio de múltiplos itens. Em contraste, para questionários em que os itens

são apenas diferentes aspectos de um fenômeno clínico complexo que não têm de ser correlacionados, como na Escala de Apgar ⁹⁵, a consistência interna não é relevante. Desse modo, não é surpresa que a consistência interna do presente questionário, avaliada pelo alfa de Cronbach, não tenha demonstrado um índice alto, já que o questionário contém apenas nove questões que refletem diferentes doenças. Os autores do PFBQ julgaram que não seria adequado aumentar o número de questões apenas para aumentar a consistência interna, já que as principais características desejadas eram objetividade e concisão. Por esse motivo, na validação do PFBQ para o árabe, a consistência interna não foi calculada pelos autores.

A aplicabilidade do PFBQ vem sendo comprovada em alguns estudos publicados recentemente, como descritos a seguir.

Em 2015, Lipschuetz et al.⁸², em Israel, publicaram estudo que avaliou o grau de incômodo relacionado à DAP em mulheres 1 ano pós-parto utilizando o PFBQ. Os autores entrevistaram 198 mulheres no período entre 10 e 14 meses pós-parto e, por meio das respostas ao questionário, reportaram uma incidência de 64% de, pelo menos, uma disfunção do assoalho pélvico. Incontinência urinária foi referida por 9,1% a 12,1% das pacientes, incontinência fecal por 10,1% e dispareunia por 37,3% das mulheres entrevistadas.

O PFBQ foi utilizado para avaliar a prevalência e incômodo relacionados às DAP em centros de atenção primária à saúde e clínicas especializadas na Turquia. Em estudo publicado por Ghandour et al.⁸⁴, em 2017, as questões do PFBQ foram correlacionadas com comorbidades e

com o comportamento em relação à procura pelos serviços de saúde. O estudo incluiu 900 mulheres, e os autores reportaram maior incômodo relacionado à DAP em pacientes mais idosas, com menor escolaridade, e com atividades que envolviam carregamento de peso. Índice de Massa Corpórea maior que 25 kg/m² representou o maior fator de risco independente para a presença da DAP. A prevalência de incontinência urinária foi 42% e a disfunção que causou maior incômodo foi a incontinência fecal.

Outro estudo que utilizou o PFBQ, recentemente, avaliou a correlação entre sintomas relacionados ao assoalho pélvico e o estadiamento do prolapso de órgãos pélvicos por meio de comparação entre o PFBQ e o POP-Q. Manonai et al.⁸³, em 2016, compararam as respostas ao questionário e o exame físico realizados em 467 mulheres. Relataram uma correlação moderada entre o sintoma de “bola na vagina” e a progressão do prolapso avaliada pelo POP-Q em todos os compartimentos avaliados. Para o compartimento vaginal anterior, o incômodo relacionado à “bola na vagina” foi maior quando o ponto de maior prolapso (ponto Ba) estava a, pelo menos, 1 centímetro abaixo do anel himenal e, para o compartimento apical, o grau de incômodo foi maior quando o prolapso (ponto C) estava a 3 centímetros abaixo desse ponto de referência. No presente estudo, obtivemos resultados semelhantes. O grau de incômodo foi maior nas pacientes com prolapsos mais avançados.

Os resultados obtidos por esses autores são muito encorajadores, e comprovam a utilidade de um instrumento de avaliação simples e rápido como o PFBQ.

Em relação à capacidade de resposta às mudanças, representada pela avaliação do PFBQ antes e após os tratamentos, esta propriedade foi avaliada em 44 pacientes, o que representa 30% da amostra inicial. Isso se deve, sobretudo, às características de nossa instituição de ensino, um hospital que prioriza casos de alta complexidade. Muitas pacientes apresentam múltiplas comorbidades, o que dificulta a agilidade no início de determinados tratamentos, aumentando assim o tempo entre sua visita inicial e a terapêutica. Como essa demora poderia causar mudanças na presença e gravidade das disfunções do assoalho pélvico, causando um possível viés, optamos por não incluir as pacientes que não foram tratadas logo após a entrevista inicial.

Números semelhantes de pacientes utilizados para avaliação dessa propriedade psicométrica foram reportados em outros estudos. Arouca et al.⁶⁴ incluíram 22,7% da amostra inicial para essa avaliação na validação em língua portuguesa do PFDI 20 e PFIQ 7. Tamanini et al.⁷² utilizaram 40% da população inicial na análise de resposta às mudanças da versão brasileira do ICIQ-VS.

Após o término dos tratamentos instituídos, todas as pacientes diziam-se melhoradas e a diferença entre os escores do PFBQ antes e após a terapêutica demonstrou que o instrumento foi capaz de detectar essa alteração clínica.

É importante salientar que este é o primeiro estudo que avalia a resposta às mudanças do PFBQ, já que esta propriedade não havia sido testada em sua versão em inglês ou nos outros idiomas para os quais foi traduzido.

O PFBQ não foi comparado a outros questionários para avaliação da presença e incômodo causados por disfunções do assoalho pélvico pois, quando foi realizado, outros questionários semelhantes não eram validados para a língua portuguesa. Apesar disso, sua validade e confiabilidade demonstraram resultados adequados, muito semelhantes à sua versão original e às outras línguas para as quais foi validado.

As perspectivas ao presente estudo são a utilização rotineira na prática clínica diária do PFBQ traduzido para a língua portuguesa nos ambulatorios que avaliam as DAP, sobretudo nas áreas de uroginecologia e coloproctologia, assim como a utilização desse questionário na realização de estudos em nosso serviço. A partir de então, a difusão do PFBQ em nosso País poderá facilitar o entendimento e uma visão mais ampla da associação e níveis de gravidade de incômodo de diferentes DAP em uma mesma paciente.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

O “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” traduzido, atualizado, e adaptado culturalmente para a língua portuguesa demonstrou ser um instrumento válido e confiável para avaliação da presença e gravidade dos sintomas relacionados às disfunções do assoalho pélvico. Foi capaz de detectar alterações de resposta às mudanças .

7 Anexos

7 ANEXOS

Anexo A - Termo de Aprovação da CAPPesq

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0870/11

Título: VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE SINTOMAS DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

Pesquisador Responsável: Jorge Milhem Haddad

Pesquisador Executante: Thais Villela Peterson

Co-autores: Edmund Chada Baracat

Departamento: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 21/03/2012, o protocolo acima.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 22 de Março de 2012

PROF. DR. LUIZ EUGÊNIO GARCEZ LEME
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP****MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: .M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA **VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE SINTOMAS DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO**
- PESQUISADOR: Thais Villela Peterson.....
- CARGO/FUNÇÃO: Médica colaboradora do setor de uroginecologia do Departamento de Ginecologia da FMUSP
- INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRM-SP104.592
- UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Ginecologia.....
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO ☒	RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐	RISCO MAIOR ☐
4. DURAÇÃO DA PESQUISA: ..12 meses.....

1 – O objetivo desse estudo é validar em português um questionário para avaliar quanto desconforto as doenças do assoalho pélvico (musculatura e tecidos próximos da vagina) podem causar. Distúrbios do assoalho pélvico incluem uma variedade de condições, tais como prolapso (o sentimento de bola na vagina), alterações urinária e fecal, que podem causar desconforto. O objetivo deste estudo é validar um questionário global para “medir” o incômodo que esses problemas podem causar. Isso pode ser útil para avaliar os resultados do tratamento destas condições.

2 – Se a senhora concordar em participar do estudo, vamos pedir-lhe para completar um questionário em sua primeira visita e um questionário uma semana após. Você também vai completar dois diários durante três dias (escrever os horários que vai ao banheiro): um diário dos hábitos urinários e um dos de evacuação;

3 – Além dos questionários, você será submetida a uma entrevista e exame ginecológico detalhado, de rotina, realizados por um ginecologista. Se o médico achar necessário, ele solicitará exames para esclarecer o seu diagnóstico

4 – Participando desse estudo, há um risco potencial de perda de confidencialidade. Todos os esforços serão feitos para manter suas informações confidenciais, no entanto, isso não pode ser garantida.

Algumas das questões que iremos perguntar como parte deste estudo podem fazer você se sentir desconfortável. Você pode se recusar a responder alguma das perguntas e você pode fazer uma pausa a qualquer momento durante o estudo. Você pode parar sua participação neste estudo a qualquer momento.

5 – Nesse estudo, não há benefícios diretos ao paciente. O conhecimento obtido com sua participação pode ajudar-nos a desenvolver uma ferramenta útil para avaliar os resultados do tratamento para as alterações do assoalho pélvico.

6 – Você pode optar por não participar deste estudo e receber o mesmo cuidado que oferecemos todos os nossos pacientes.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o **Dr. Jorge Haddad** que pode ser encontrado no endereço R. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 Telefone(s) 2661-6647. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappelq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos

Anexo C – Diário miccional

DIÁRIO MICCIONAL

Preencha uma folha por dia durante 7 dias seguidos. Por favor preencha o campo "Data" (próximo ao topo da página) com a data em que você completou cada página do diário miccional. Para cada período de tempo indicado na coluna "horário", indicar o número de vezes que você urinou em um banheiro, marcando uma caixa com um (X) em "micções no banheiro".

Cada vez que você sentir uma forte necessidade ou desejo súbito de urinar, marque um (X) na coluna "urgência".

Quando você acidentalmente perder urina, marcar um (X) na coluna "urgência" se o acidente foi causado por uma vontade forte e incontrolável de urinar; marque um (X) na coluna "esforço" se o acidente ocorreu enquanto você estava realizando algum tipo de atividade física, como levantar alguma coisa, espirrar, tossir, etc. Se a perda urinária não foi relacionada a esses eventos, marque um (X) na coluna "outros".

Finalmente, indicar a quantidade de líquido (café, água, chá, refrigerantes, sucos, etc.) que você ingeriu na coluna "ingestão de líquidos". Para cada período de tempo, marque (X) 1, se você bebeu o equivalente a uma xícara de chá, marque (X) 2 se você bebeu o equivalente a um copo de água ou uma lata de refrigerante, e marque (X) 3 se você bebeu o equivalente a uma garrafa de água (cerca de 500ml). Se você beber mais de uma bebida durante o mesmo período de tempo, como por exemplo uma xícara de café e um copo de água, marque um (X) no 1 e no 2.

Exemplo: Abaixo está uma parte de um diário miccional preenchido corretamente de acordo com o seguinte cenário. A mulher preenchendo esse diário acordou às 6h00 e, imediatamente urinou no banheiro. Em seguida, ela bebeu uma xícara de café e um copo de suco de laranja (às 6:15). Às 7:15, ela sentiu vontade de urinar e perdeu um pouco de urina. Ela imediatamente foi ao banheiro e urinou. Às 7:30 ela tomou outra xícara de café, às 7:45 ela urinou novamente no banheiro. Às 8:30 perdeu um pouco de urina quando espirrou. Às 09:45 teve uma vontade súbita (urgência) de urinar e conseguiu chegar ao no banheiro para urinar. Às 11:00 ela acidentalmente perdeu urina. Às 11:30 ela urinou no banheiro e bebeu uma lata de refrigerante durante o almoço.

Horário	Micções no banheiro	Urgência	Perda urinária acidental			Ingestão de líquidos 1=xícara 2=copo/lata 3=garrafa de água
			urgência	esforço	outros	
0h -2h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
2h-4h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
4h-6h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
6h-7h	☒ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☒ 1 ☒ 2 ☐ 3
7h-8h	☒ ☒ ☐ ☐	☐ ☐	☒	☐	☐	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3
8h-9h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☒	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
9h-10h	☒ ☐ ☐ ☐	☒ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
10h-11h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
11h-12h	☒ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☒	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3

Data: ____/____/____

DIÁRIO MICCIONAL

Instruções: Marque um (X) para cada evento durante as horas do dia. Preencha uma folha por dia por sete dias consecutivos.

Horário	Micções no banheiro	Urgência	Perda urinária acidental			Ingestão de líquidos 1= xícara 2=copo/lata 3=garrafa de água
			urgência	esforço	outros	
0h -2h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
2h-4h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
4h-6h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
6h-7h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
7h-8h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
8h-9h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
9h-10h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
10h-11h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
11h- 12h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
12h- 13h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
13h-14h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
14h-15h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
15h-16h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
16h-17h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
17h-18h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
18h-19h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
19h-20h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
20h-21h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
21h-22h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
22h-23h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
23h-0h	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐	☐	☐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Anexo D – Diário defecatório

DIÁRIO DEFECATÓRIO

RGHC#:

--	--	--	--	--	--	--	--

Instruções: Esse é um diário referente à suas evacuações que deve ser preenchido por sete dias seguidos. Assinale com um (X) para cada evento durante a evacuação.

	HORÁRIO		
DATA ____/____/____	Manhã	Tarde	Noite
Evacuação			
Força para evacuar			
Sensação de evacuação incompleta			
Manobra manual*			
Fezes endurecidas			
Incontinência fecal			
Fezes sólidas			
Fezes líquidas			
Gases			
DATA ____/____/____	Manhã	Tarde	Noite
Evacuação			
Força para evacuar			
Sensação de evacuação incompleta			
Manobra manual*			
Fezes endurecidas			
Incontinência fecal			
Fezes sólidas			
Fezes líquidas			
Gases			
DATA ____/____/____	Manhã	Tarde	Noite
Evacuação			
Força para evacuar			
Sensação de evacuação incompleta			
Manobra manual*			
Fezes endurecidas			
Incontinência fecal			
Fezes sólidas			
Fezes líquidas			
Gases			

* Como ter que pressionar com o dedo o períneo ou a vagina para evacuar

Anexo E – Interpretação do alfa de Cronbach (α)

Alfa de Cronbach	Consistência interna
$\alpha \geq 0,9$	Excelente
$0,9 > \alpha \geq 0,8$	Boa
$0,8 > \alpha \geq 0,7$	Aceitável
$0,7 > \alpha \geq 0,6$	Questionável
$0,6 > \alpha \geq 0,5$	Pobre
$0,5 > \alpha$	Inaceitável

Anexo F – Interpretação do índice de correlação intraclasse (CIC)

CIC	Interpretação
< 0,4	Correlação pobre
0,40 – 0,59	Correlação moderada
0,60 – 0,74	Correlação substancial
0,75 – 1,00	Correlação excelente

Anexo G – Interpretação do índice de correlação de Kappa (k)

K	Interpretação
< 0	Correlação pobre
0,01 – 0,20	Correlação fraca
0,21 – 0,40	Correlação razoável
0,41 – 0,60	Correlação moderada
0,61 – 0,80	Correlação substancial
0,81 – 1,00	Correlação quase perfeita

8 Referências

8 REFERÊNCIAS

1. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Whitehead WE, Wu J, Brody DJ; Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008;300(11):1311-6.
2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.
3. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(4):CD004014.
4. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007;369(9566):1027-38.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(1):10-7.
6. Matsuoka PK, Pacetta AM, Baracat EC, Haddad JM. Should prophylactic anti-incontinence procedures be performed at the time of prolapse repair? Systematic review. *Int Urogynecol J*. 2015;26(2):187-93.
7. Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA*. 2008;299(12):1446-56.

8. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol.* 2000; 53(11):1150-7.
9. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ.* 2014;349:g4531.
10. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. *Incontinence*, 4th ed. Paris: Health Publications H; 2009.
11. Nygaard I. Clinical practice. Idiopathic urgency urinary incontinence. *N Engl J Med.* 2010;363(12):1156-62.
12. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, Cottenden A, Davila W, de Ridder D, Dmochowski R, Drake M, Dubeau C, Fry C, Hanno P, Smith JH, Herschorn S, Hosker G, Kelleher C, Koelbl H, Khoury S, Madoff R, Milsom I, Moore K, Newman D, Nitti V, Norton C, Nygaard I, Payne C, Smith A, Staskin D, Tekgul S, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek D, Wein A, Wyndaele JJ Members of Committees; Fourth International Consultation on Incontinence. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):213-40.
13. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, Kusek JW, McKinlay JB. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol.* 2007;177(2):680-4.

14. Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Scand J Prim Health Care. 2002;20(2):102-7.
15. Morrill M, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Lubner KM. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(1):86.e1-6.
16. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002;21(2):167-78.
17. Mardon RE, Halim S, Pawlson LG, Haffer SC. Management of urinary incontinence in Medicare managed care beneficiaries: results from the 2004 Medicare Health Outcomes Survey. Arch Intern Med. 2006;166(10):1128-33.
18. Griffiths AN, Makam A, Edwards GJ. Should we actively screen for urinary and anal incontinence in the general gynaecology outpatients setting?-A prospective observational study. J Obstet Gynaecol. 2006;26(5):442-4.
19. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JWY, Lubner KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. Obstet Gynecol. 2008;111(3):678-85.
20. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. Gastroenterology. 2006;130(5):1510-8.

21. Faltin DL, Sangalli MR, Curtin F, Morabia A, Weil A. Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12(2):117-21.
22. Khaikin M, Wexner SD. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence. *World J Gastroenterol.* 2006;12(20):3168-73.
23. Corton MM. Anatomy of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):401-19.
24. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond).* 2013;9(3):265-77; quiz 76-7.
25. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG.* 2000;107(12):1460-70.
26. Neto IJFC, Pinto RA, Jorge JMN, Santo MA, Bustamante-Lopez LA, Cecconello I, Nahas SC. Are obese patients at an increased risk of pelvic floor dysfunction compared to non-obese patients? *Obes Surg.* 2017;27(7):1822-7.
27. Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2008;112(2 Pt 1):341-9.
28. Whitcomb EL, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Lubner KM. Prevalence and degree of bother from pelvic floor disorders in obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(3):289-94.
29. Chen B, Yeh J. Alterations in connective tissue metabolism in stress incontinence and prolapse. *J Urol.* 2011;186(5):1768-72.

30. Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(6):1388-95.
31. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U. S. women. *Obstet Gynecol.* 2014;123(1):141-8.
32. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* 2009;114(6):1278-83.
33. Kirby AC, Luber KM, Menefee SA. An update on the current and future demand for care of pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(6):5.
34. U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research, U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research, U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:79.
35. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use.* Oxford: Oxford University Press; 2015.
36. Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, Barofsky I, Berzon R, Leidy NK, Rothman M. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res.* 2000;9(8):887-900.

37. Murawski MM, Miederhoff PA. On the generalizability of statistical expressions of health related quality of life instrument responsiveness: a data synthesis. *Qual Life Res.* 1998;7(1):11-22.
38. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(12):1374-9.
39. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2004;23(4):322-30.
40. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(3):176-81; discussion 81.
41. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993;36(1):77-97.
42. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, Wexner SD, Bliss D, Lowry AC. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(1):9-16.
43. Peterson TV, Karp DR, Aguilar VC, Davila GW. Validation of a global pelvic floor symptom bother questionnaire. *Int Urogynecol J.* 2010;21(9):1129-35.
44. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(1):103-13.

45. Coyne KS, Matza LS, Kopp Z, Abrams P. The validation of the patient perception of bladder condition (PPBC): A single-item global measure for patients with overactive bladder. *Eur Urol.* 2006;49(6):1079-86.
46. Ware JE. SF-36 Health Status Questionnaire. Boston, MA: Institute for the Improvement of Medical Care and Health, New England Medical Center Hospital, Quality Quest Inc; 1989.
47. Mesquita CR, Bosi FM, Wilson S, Ivone M, Rodrigues QM. Tradução para a lingua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
48. EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208.
49. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664-75.
50. Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):73-82.
51. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol.* 1996;77(6):805-12.
52. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program in Women (CPW) Research Group. *Qual Life Res.* 1994;3(5):291-306.

53. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program for Women Research Group. *Neurourol Urodyn*. 1995;14(2):131-9.
54. Stievano LP, Olival GS, Silva RA, Toller VB, Carabetta EG, da Cunha ET, Moreira RJ, Eloi M, Tilbery CP. Validation survey of the impact of urinary incontinence (IIQ-7) and inventory of distress urogenital (UDI-6) - the short scales - in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015;73(1):46-51.
55. Bushnell DM, Martin ML, Summers KH, Svihra J, Lionis C, Patrick DL. Quality of life of women with urinary incontinence: cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Qual Life Res*. 2005;14(8):1901-13.
56. Souza CCC, Rodrigues AM, Ferreira CE, Fonseca ESM, di Bella Z, Girão M, Sartori MG, Castro RA. Portuguese validation of the Urinary Incontinence-Specific Quality-of-Life Instrument: I-QOL. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(10):1183-9.
57. Tamanini JT, D'Ancona CA, Botega NJ, Rodrigues Netto N. Validation of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire for urinary incontinent women. *Rev Saude Publica*. 2003;37(2):203-11.
58. Lubeck DP, Prebil LA, Peebles P, Brown JS. A health related quality of life measure for use in patients with urge urinary incontinence: a validation study. *Qual Life Res*. 1999;8(4):337-44.
59. Yusuf SA, Jorge JM, Habr-Gama A, Kiss DR, Gama Rodrigues J. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol*. 2004;41(3):202-8.

60. Bug GJ, Kiff ES, Hosker G. A new condition-specific health-related quality of life questionnaire for the assessment of women with anal incontinence. *BJOG*. 2001;108(10):1057-67.
61. Scarlato A, Fonseca ESM, Fonseca MCM, Muranaka AH, Sartori MGF, Girão M, Castro RA. The Brazilian portuguese validation of the prolapse - quality of life questionnaire - P-QOL. *Value in Health*. 2009;12(3):A167-8.
62. Scarlato A, Souza CCC, Fonseca ESM, Sartori MGF, Girao M, Castro RA. Validation, reliability, and responsiveness of Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QOL) in a Brazilian population. *Int Urogynecol J*. 2011;22(6):751-5.
63. de Oliveira MS, Tamanini JTN, Cavalcanti GD. Validation of the Prolapse Quality-of-Life Questionnaire (P-QoL) in Portuguese version in Brazilian women. *International Urogynecology Journal*. 2009;20(10):1191-202.
64. Arouca MAF, Duarte TB, Lott DAM, Magnani PS, Nogueira AA, Rosa-e-Silva JC, Brito LG. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J*. 2016;27(7):1097-106.
65. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino Jr R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
66. Pechorro PS, Vieira RX, Calvinho AM, Poiares C, Maroco J, Diniz A. Cross-validation of the Portuguese version of the Female Sexual Function Index (FSFI). *Rev Int Androl*. 2012;10(3):113-20.

67. Pacagnella RD, Martinez EZ, Vieira EM. Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. *Cad Saude Publica*. 2009;25(11):2333-44.
68. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(4):552-8.
69. Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003;14(3):164-8.
70. Santana G, Aoki T, Auge APF. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J*. 2012;23(1):117-21.
71. Price N, Jackson SR, Avery K, Brookes ST, Abrams P. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: the ICIQ-VS. *BJOG*. 2006;113(6):700-12.
72. Tamanini JTN, Almeida FG, Girotti ME, Riccetto CLZ, Palma PCR, Rios LAS. The Portuguese validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) for Brazilian women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2008;19(10):1385-91.
73. Murphy M, Culligan PJ, Arce CM, Graham CA, Blackwell L, Heit MH. Construct validity of the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn*. 2006;25(5):418-23.

74. Pereira VS, Santos JY, Correia GN, Driusso P. [Translation and validation into Portuguese of a questionnaire to evaluate the severity of urinary incontinence]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(4):182-7.
75. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto N. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):438-44.
76. Fonseca AM, Meinberg MF, Lucas DV, Monteiro MV, Figueiredo EM, Fonseca L, Filho AL. Cultural adaptation and validation of the Wexner scale in patients with anal incontinence in a Brazilian population. *Int Urogynecol J*. 2016;27(6):959-63.
77. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, Wexner SD, Bliss D, Lowry AC. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum*. 1999;42(12):1525-32.
78. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. Australian pelvic floor questionnaire: a validated interviewer-administered pelvic floor questionnaire for routine clinic and research. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(2):149-58.
79. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. A validated self-administered female pelvic floor questionnaire. *Int Urogynecol J*. 2010;21(2):163-72.
80. Bazi T, Kabakian-Khasholian T, Ezzeddine D, Ayoub H. Validation of an Arabic version of the global Pelvic Floor Bother Questionnaire. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;121(2):166-9.

81. Doğan H, Özengin N, Bakar Y, Duran B. Reliability and validity of a Turkish version of the Global Pelvic Floor Bother Questionnaire. *Int Urogynecol J*. 2016;27(10):1577-81.
82. Lipschuetz M, Cohen SM, Liebergall-Wischnitzer M, Zbedat K, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Yagel S. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;191:90-4.
83. Manonai J, Wattanayingcharoenchai R. Relationship between pelvic floor symptoms and POP-Q measurements. *Neurourol Urodyn*. 2016;35(6):724-7.
84. Ghandour L, Minassian V, Al-Badr A, Abou Ghaida R, Geagea S, Bazi T. Prevalence and degree of bother of pelvic floor disorder symptoms among women from primary care and specialty clinics in Lebanon: an exploratory study. *Int Urogynecol J*. 2017;28(1):105-18.
85. Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(4):461-5.
86. Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life*. 2011;4(1):75-81.
87. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016 Feb 19. pii: S0016-5085(16)00223-7.
88. Walter SD, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reliability studies. *Stat Med*. 1998;17(1):101-10.

89. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):197-333.
90. Cicchetti VD. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*. 1994;6(4):284-90.
91. Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. New York; Wiley; 1986.
92. Kirkwood BR, Sterne JAC. Essential medical statistics. Massachusetts, USA: Blackwell Science; 2006. p. 502.
93. Burch JC. Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. Nine years' experience - results, complications, technique. *Am J Obstet Gynecol*. 1968;100(6):764-74.
94. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saude Publica*. 2017;51(suppl 1):3s.
95. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg*. 1953;32(4):260-7.

9 Apêndices

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

PACIENTE	INICIAIS	GRUPO	ESCOLA- RIDADE	DATA NASCIMENTO	IDADE (anos)	RAÇA	ALTURA (m)	PESO (kg)	IMC	QUEIXA PRINCIPAL	POS MENOPAUSA
1	CSR	1	6	27/06/1958	56	1	1,5	62	27,56	3	1
2	IDO	1	4	05/10/1948	65	1	1,55	71	29,55	2	1
3	ISP	1	1	14/11/1943	70	1	1,44	70	33,76	2	1
4	LF	2	2	24/09/1942	71	1	1,6	70	27,34	6	1
5	MAAF	1	2	10/10/1937	76	1	1,5	65	28,89	3	1
6	MAS	1	2	29/12/1952	61	1	1,55	72	29,97	1	1
7	MBP	1	1	23/06/1947	68	1	1,48	62	28,31	4	1
8	AAO	1	1	04/02/1960	54	1	1,65	73	26,81	1	1
9	AAT	1	2	13/06/1955	59	1	1,6	88	34,38	1	1
10	ABM	2	6	10/10/2014	63	1	1,63	64,5	24,28	6	1
11	ACO	2	2	15/04/1946	68	1	1,6	50	19,53	6	1
12	AGS	1	4	22/04/1939	75	1	1,62	56	21,34	4	1
13	AJ	2	2	10/04/1939	75	3	1,6	50	19,53	6	1
14	AJPS	1	2	12/09/1962	52	1	1,5	70	31,11	1	1
15	AJS	1	1	10/03/1948	66	1	1,45	58	27,59	4	1
16	AL	1	1	04/12/1943	70	3	1,55	85,1	35,42	4	1
17	ALS	1	2	04/03/1964	50	1	1,55	53	22,06	2	1
18	AMG	1	2	01/05/1937	77	1	1,65	55	20,20	1	1
19	AMSC	2	1	06/08/1961	53	1	1,62	56	21,34	6	1
20	AMSS	2	2	18/08/1961	53	1	1,63	80	30,11	7	0
21	AMS	2	1	18/07/1950	64	1	1,6	73	28,52	6	1
22	ASA	1	4	01/03/1957	57	1	1,65	83	30,49	2	1
23	ASB	2	2	13/10/1952	61	1	1,57	65	26,37	6	1
24	ASC	1	4	15/08/1968	46	1	1,6	65	25,39	2	0
25	AVN	2	2	08/08/2014	84	1	1,5	60	26,67	6	1
26	AVN	1	2	29/10/1964	49	1	1,53	100	42,72	2	1
27	CBS	2	1	29/05/1963	51	3	1,63	75	28,23	6	1
28	CMC	2	1	06/03/1946	68	1	1,6	65	25,39	6	1
29	COR	2	1	02/09/1956	58	1	1,55	64	26,64	4	1
30	CP	2	6	11/02/1946	68	1	1,7	80	27,68	6	1
31	CPSP	1	1	11/09/1955	59	1	1,6	70	27,34	4	1
32	CRFP	1	4	22/09/1973	41	0	1,68	72	25,51	1	0
33	CRNL	1	4	20/07/1972	42	1	1,73	80	26,73	3	0
34	CRNO	1	1		41	1	1,5	65	28,89	1	0
35	DAC	1	1	03/10/1942	72	1	1,55	68	28,30	4	1
36	DMCG	1	4	15/11/1947	66	1	1,51	57	25,00	3	1
37	DPSM	2	2	16/07/1947	67	1	1,6	85	33,20	4	1
38	DSP	2	1	07/12/1953	40	1	1,53	56	23,92	6	0
39	DSS	2	4	04/08/1945	69	1	1,65	46	16,90	6	1
40	EAM	2	2	12/09/1960	54	1	1,6	90	35,16	7	1
41	EAT	2	4	18/01/1952	62	1	1,5	64	28,44	7	1
42	EBW	1	4	21/10/1936	77	1	1,53	60	25,63	4	1
43	ELG	1	2	09/02/1948	65	1	1,59	60	23,73	4	1
44	EMS	2	1	22/03/1946	68	1	1,55	56	23,31	6	1
45	EMS	2	6	22/03/1982	32	1	1,67	75	26,89	7	0
46	ENC	1	1	08/08/1937	76	1	1,65	70	25,71	4	1
47	ERO	2	1	11/01/1953	61	1	1,65	80	29,38	7	1
48	ERP	1	4	01/05/1956	58	1	1,6	70	27,34	2	1
49	ESM	1	6	27/02/1948	66	1	1,67	75	26,89	3	1
50	FBS	1	2	18/07/1951	63	1	1,58	63,3	25,36	2	1
51	FCBS	1	1	18/07/1951	62	1	1,5	73	32,44	3	1
52	FCO	1	2	02/04/1961	53	1	1,6	58	22,66	4	1
53	FRP	2	2	05/03/1961	53	1	1,62	84,5	32,20	4	1
54	FSF	2	1	04/04/1965	49	1	1,59	65	25,71	6	0
55	GAS	2	2	20/12/1960	51	1	1,56	67	27,53	7	1
56	GMP	2	1	25/06/1935	79	1	1,48	60	27,39	6	1
57	GRS	1	2	21/04/1971	43	1	1,53	63	26,91	2	0
58	GV	2	1	02/07/1931	83	1	1,58	68	27,24	6	1
59	IA	1	4	11/12/1938	75	1	1,56	65	26,71	4	1
60	IB	2	2	01/09/1937	77	1	1,67	88	31,55	6	1
61	IDS	2	1	02/06/1953	61	0	1,6	63	24,61	7	1
62	IMS	2	1	24/11/1944	69	1	1,45	62	29,49	6	1
63	IRSJ	1	2	23/01/1958	56	1	1,5	75	33,33	1	1
64	ISS	2	1	23/04/1957	57	1	1,51	73	32,02	6	1
65	JAF	1	2	25/12/1948	65	1	1,55	67	27,89	4	1
66	JBAA	2	4	29/03/1975	39	1	1,48	58	26,48	7	0
67	JCS	1	2	12/07/1941	73	1	1,52	75	32,46	4	1
68	JEOS	2	2	26/09/1936	77	1	1,56	67	27,53	6	1
69	JHS	2	4	06/05/1985	29	1	1,55	65	27,06	6	0
70	JJLF	1	1	12/03/1942	72	1	1,46	45	21,11	2	1
71	JLS	1	1	20/08/1943	70	1	1,66	85	30,85	2	1
72	LAS	2	1	21/02/1938	76	1	1,58	73	29,24	6	1
73	LFP	2	1	02/01/1955	59	1	1,55	67	27,89	7	1
74	LSR	1	0		67	0	1,56	49	20,13	4	1
75	MAF	2	2		77	0	1,65	65	23,88	6	1
76	MAG	1	4	22/10/1958	55	1	1,44	66	31,83	1	1

continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

PACIENTE	INICIAIS	GRUPO	ESCOLARIDADE	DATA NASCIMENTO	IDADE (anos)	RAÇA	ALTURA (m)	PESO (kg)	IMC	QUEIXA PRINCIPAL	POS MENOPAUSA
77	MAOM	1	2	09/08/1947	67	1	1,61	63	24,30	2	1
78	MASF	2	4		66	1	1,54	70	29,52	7	1
79	MASS	1	1	01/09/1963	51	1	1,66	93	33,75	1	1
80	MC	1	1	14/02/1949	64	5	1,69	104	36,41	3	1
81	MCA	1	1	19/06/1968	46	1	1,7	123	42,56	2	0
82	MCFR	1	0	25/08/1946	67	1	1,54	67	28,25	4	1
83	MCQ	2	1	01/08/1935	79	1	1,5	53	23,56	7	1
84	MCRS	2	1	09/10/1970	43	1	1,58	67	26,84	7	0
85	MCRS	2	1	02/07/1956	48	1	1,53	59	25,20	7	1
86	MDF	1	1	25/01/1964	50	1	1,4	58	29,59	4	1
87	MEJ	2	1	03/04/1954	60	5	1,6	65	25,39	6	1
88	MEO	1	4	10/08/1959	54	1	1,49	61	27,48	1	1
89	MER	2	5	30/03/1970	44	1	1,6	67	26,17	7	0
90	MFOS	1	2	13/10/1957	56	1	1,55	99,5	41,42	4	1
91	MFSM	1	1	03/09/1954	60	1	1,5	88	39,11	1	1
92	MGA	2	1	19/11/1930	83	1	1,48	52	23,74	6	1
93	MGC	1	1	04/08/1941	73	3	1,5	52	23,11	2	1
94	MGRPM	2	4	05/05/1949	65	1	1,56	58	23,83	7	1
95	MGS	1	4	10/04/1947	66	1	1,48	61	27,85	4	1
96	MH	1	4	21/06/1961	52	1	1,57	70	28,40	2	1
97	MJCJ	2	2		66	1	1,6	62	24,22	6	1
98	MJL	2	2		87	1	1,57	68	27,59	7	1
99	MJM	2	2		70	0	1,6	59	23,05	6	1
100	MKS	2	1	20/07/1946	67	1	1,49	76	34,23	7	1
101	MLBM	2	1	20/06/1932	82	1	1,5	77	34,22	6	1
102	MLO	1	1	09/09/1949	54	3	1,5	88	39,11	2	1
103	MLOB	1	4	04/07/1962	52	1	1,58	110	44,06	1	1
104	MLRD	1	4	05/03/1942	71	1	1,6	67	26,17	4	1
105	MMC	1	1	04/01/1938	75	5	1,4	65	33,16	4	1
106	MMFS	2	2	11/12/1957	56	1	1,62	108	41,15	6	1
107	MMO	2	2	15/09/1952	62	1	1,6	61	23,83	6	1
108	MMS	1	4	23/01/1955	59	1	1,55	68	28,30	1	1
109	MOCS	2	2		54	1	1,57	61	24,75	7	1
110	MP	1	6	14/05/1947	67	1	1,65	67,5	24,79	2	1
111	MPLG	1	2	22/09/1962	51	5	1,65	92	33,79	2	1
112	MR	1	6	17/04/1959	55	1	1,63	72	27,10	3	1
113	MROA	1	1	01/01/1958	56	1	1,58	69	27,64	2	1
114	MROM	2	3		47	1	1,61	58	22,38	7	0
115	MSO	2	2	02/05/1952	62	1	1,6	90	35,16	7	1
116	MSRS	2	1	20/10/1967	46	1	1,55	65	27,06	6	1
117	MSS	1	2	09/05/1955	59	1	1,5	60	26,67	2	1
118	MSXO	1	1		70	1	1,42	56	27,77	4	1
119	MU	2	6	02/11/1943	71	4	1,58	69	27,64	7	1
120	MXO	2	4	22/01/1958	56	1	1,61	60	23,15	6	1
121	NBS	2	1	30/10/1964	49	1	1,5	60	26,67	6	0
122	NLL	1	1	03/07/1950	64	1	1,55	64	26,64	2	1
123	NOS	2	1	29/07/1946	68	3	1,58	68	27,24	6	1
124	OAGS	1	2	08/08/1961	53	1	1,55	80	33,30	2	1
125	PSL	2	4	16/09/1979	34	1	1,57	78	31,64	7	0
126	RBA	2	4	12/09/1951	63	1	1,64	63	23,42	7	1
127	RCSF	1	1	30/04/1961	52	1	1,58	69	27,64	1	1
128	RDLM	1	4	04/06/1965	49	5	1,58	64	25,64	2	0
129	RMB	1	1	12/01/1952	63	1	1,57	75	30,61	2	1
130	RSE	2	4		58	1	1,49	74	33,33	4	1
131	SAM	2	2		57	1	1,6	70	27,34	7	1
132	SCS	1	2	01/06/1942	74	1	1,55	65	27,06	2	1
133	SD	2	1		29	1	1,49	74	33,33	6	0
134	SFB	2	1	08/03/1963	51	1	1,55	64	26,64	6	1
135	SLSS	1	2	07/09/1953	61	1	1,47	51	23,60	3	1
136	SMJ	2	1		58	3	1,65	65	23,88	6	1
137	SMS	1	1	28/02/1966	47	1	1,58	68	27,24	2	1
138	SMS	1	2	25/11/1943	70	1	1,53	63	26,91	4	1
139	SPBO	2	4		49	1	1,55	67	27,89	7	1
140	SRSS	1	1	20/03/1973	41	1	1,53	88	37,59	1	0
141	TDC	1	2	19/02/1949	65	1	1,58	90,2	36,13	2	1
142	TM	1	2	01/08/1945	69	4	1,5	42	18,67	1	1
143	TMS	1	2	29/01/1935	79	1	1,52	70,2	30,38	2	1
144	TNSR	1	4	04/07/1966	48	1	1,62	80	30,48	1	0
145	VLS	2	4	11/08/1947	67	1	1,64	75	27,89	7	1
146	VSHO	2	4	16/11/1986	27	1	1,54	69	29,09	7	0
147	WEAS	2	2	22/11/1949	64	1	1,54	90,7	38,24	6	1

GRUPO: 1= Gineco; 2= Coloprocto; ESCOLARIDADE: 1= Fundamental Incompleto; 2= Fundamental Completo 3= Ensino Médio Incompleto; 4= Ensino médio completo; 5= Superior Incompleto; 6= Superior Completo 0= não disponível; RAÇA: 1= Branca; 2= Miscigenada 3= Negra; 4= Asiática; 5= Não informado; QUEIXA PRINCIPAL: 1= IUE; 2= IUM; 3= BH; 4= Prolapso; 5= Disfunção Sexual; 6= Incontinência Fecal; 7= Evacuação Obstruída; PÓS-MENOPAUSA: 1=sim; 0= não.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	Nulípara	Gestações	Paridade	Partos normais	Histerectomia prévia	Terapia Hormonal	Diabetes	Tabagismo	Principal sintoma urinário	Principal sintoma urinário	IUE	IUU	IUM
1	0	2	2	2	0	0	0	0	3	1	1	1	1
2	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3
3	0	2	2	2	1	0	1	0	2	1	1	1	3
4	0	3	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
5	0	3	1	1	0	0	0	0	3	1	0	1	0
6	0	3	2	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0
7	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2
8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
9	0	2	2	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
10	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
11	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	8	8	7	0	0	0	0	4	0	0	0	0
13	0	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1	3
14	0	7	4	4	0	0	0	0	1	0	1	0	0
15	0	2	2	2	0	0	1	0	3	1	0	1	0
16	0	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	5	5	5	0	0	0	0	2	1	1	1	3
18	0	5	5	5	0	0	0	0	1	1	1	0	0
19	0	3	3	3	0	0	0	0	2	1	1	1	3
20	0	2	2	2	1	0	0	0	2	1	1	1	3
21	0	2	2	2	0	0	1	1	2	1	1	1	3
22	0	2	2	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1
23	0	6	2	2	1	0	0	0	2	1	1	1	1
24	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3
25	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
26	0	2	2	2	1	0	0	0	2	1	1	1	3
27	0	5	3	3	0	0	0	0	2	0	1	1	2
28	0	8	8	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0
29	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
30	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	0	2	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3
32	0	3	3	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0
33	0	3	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
34	0	3	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
35	0	12	9	8	0	0	0	0	3	1	0	1	0
36	0	3	2	2	0	0	1	0	3	1	0	1	0
37	0	1	1	1	0	0	1	0	2	1	1	1	3
38	0	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	0	5	4	4	0	0	0	0	3	1	0	1	0
40	0	5	3	3	0	0	0	0	2	0	1	1	3
41	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1
42	0	2	2	2	1	0	0	0	2	1	1	1	3
43	0	2	1	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0
44	0	2	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2
45	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	0	3	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0
47	0	4	2	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0
48	0	3	2	2	0	0	0	0	2	1	1	1	1
49	0	5	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0
50	0	8	8	6	1	0	0	0	2	1	1	1	1
51	0	6	4	3	1	0	0	0	3	1	1	1	3
52	0	3	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
53	0	2	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
54	0	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1
55	0	4	4	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0
56	0	4	4	4	0	0	0	0	2	1	1	1	3
57	0	3	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1	3
58	0	2	2	2	0	0	0	0	2	0	1	1	2
59	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0
60	0	5	5	5	1	0	0	0	2	1	1	1	2
61	0	4	3	3	0	0	0	0	3	1	0	1	0
62	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3
63	0	3	3	3	1	0	0	0	1	1	1	0	0
64	0	4	4	3	1	0	0	0	1	0	1	0	0
65	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
66	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
67	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
68	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	0	3	2	2	0	0	1	1	2	1	1	1	3
71	0	8	6	6	0	0	0	0	2	1	1	1	3
72	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1
73	0	3	2	1	0	0	0	0	4	1	0	0	0
74	0	10	6	6	0	0	1	0	1	1	1	0	0
75	0	6	6	6	0	0	0	0	2	0	1	1	2
76	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	1	3

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	Nulípara	Gestações	Paridade	Partos normais	Histerectomia prévia	Terapia Hormonal	Diabetes	Tabagismo	Principal sintoma urinário 1	Principal sintoma urinário 2	IUE	IUU	IUM
77	0	3	3	3	0	0	0	0	2	1	1	1	1
78	0	3	3	3	0	0	0	0	3	0	0	1	0
79	0	7	4	2	0	0	0	0	2	1	1	1	1
80	0	2	2	2	0	0	0	0	3	1	0	1	1
81	0	7	4	3	0	0	0	0	2	1	1	1	1
82	0	5	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	0	8	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
84	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85	0	4	4	4	0	0	0	0	2	1	1	1	2
86	0	7	7	6	0	0	0	0	4	1	0	0	0
87	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
88	0	3	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
89	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0	2	1	1	0	0	1	0	2	1	1	1	3
91	0	5	4	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0
92	0	4	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0
93	0	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1	2
94	0	1	1	0	1	0	0	0	2	1	1	1	2
95	0	4	1	1	1	0	0	0	3	1	0	1	0
96	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3
97	0	4	4	1	0	0	0	0	3	0	0	1	0
98	0	15	15	15	2	0	0	0	0	0	0	0	0
99	0	5	5	4	0	0	1	0	3	0	0	1	0
100	0	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
101	0	2	2	2	0	0	0	0	3	1	0	1	0
102	0	3	2	2	0	0	1	0	2	1	1	1	1
103	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
104	0	3	2	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0
105	0	7	7	4	0	0	1	0	2	1	1	1	3
106	0	3	2	0	1	0	1	0	3	1	1	1	1
107	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
108	0	2	2	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1
109	0	4	3	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1
110	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3
111	0	2	2	0	0	0	1	0	2	1	1	1	1
112	0	2	1	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0
113	0	4	3	2	0	0	1	0	1	1	1	1	1
114	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
115	0	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
116	0	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
117	0	3	3	1	2	0	0	0	2	1	1	1	1
118	0	3	3	2	0	0	0	0	3	1	0	1	0
119	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	2
120	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
121	0	3	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
122	0	4	4	3	0	0	1	0	2	1	1	1	1
123	0	8	8	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0
124	0	2	2	2	0	0	0	0	2	1	1	1	3
125	0	4	2	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0
126	0	2	2	2	1	0	0	0	2	0	1	1	3
127	0	7	5	4	0	0	1	0	1	0	1	0	0
128	0	2	2	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2
129	0	4	4	4	0	0	0	0	2	1	1	1	3
130	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
131	0	6	3	3	0	0	0	0	2	1	1	1	3
132	0	5	3	3	1	0	1	1	2	1	1	1	3
133	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
134	0	3	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2
135	0	3	1	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0
136	0	3	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	3
137	0	3	3	2	3	0	0	0	2	1	1	1	1
138	1	2	2	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0
139	0	3	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
140	0	2	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1
141	0	3	3	2	0	0	0	0	2	1	1	1	2
142	0	5	4	4	0	0	0	0	1	0	1	0	0
143	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3
144	0	3	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
145	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
146	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
147	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

NULÍPARA: 1= sim; 0= não; HISTERECTOMIA PRÉVIA: 0= Não, 1= Abdominal, 2= Vaginal, 3= Laparoscópica; TERAPIA HORMONAL: 1= sim; 0= não; DIABETES: 1= sim; 0= não; 2= insípido; TABAGISMO 1= sim; 0= não; PRINCIPAL SINTOMA URINÁRIO 1: 1= IUE; 2= IUM; 3= IUU; 4= Retenção; PRINCIPAL SINTOMA URINÁRIO 2: 1= Urgência e Frequência; IUE: 1= sim; 0= não; IUU: 1= sim; 0= não; IUM: 0= não, 1=E>U, 2=E=U, 3=U>E.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	Urgência	Disúria	Frequência	Micções /dia	Micções /noite	Episódios incontinência/dia	Medicações para BH	Fluxo urinário	Sintomas intestinais	Obstipação	N evacuações /semana
1	1	0	1	10	2	2	0	2	2	0	7
2	1	0	1	10	2	1	1	1	0	0	7
3	1	0	1	8	2	2	1	1	0	0	7
4	1	0	1	10	2	1	0	1	3	0	4
5	1	0	1	8	2	2	0	1	0	0	7
6	0	0	0	6	1	3	0	1	0	0	7
7	1	0	1	7	3	1	0	1	0	0	5
8	0	0	0	6	0	2	0	1	0	0	7
9	0	0	0	5	0	3	0	1	0	0	7
10	1	0	1	10	4	0	0	1	2	0	21
11	0	0	0	6	0	0	0	1	2	0	5
12	0	0	0	6	0	0	0	4	0	0	0
13	1	0	1	10	1	3	0	1	2	0	10
14	0	0	0	6	0	4	0	1	0	0	7
15	1	0	1	7	1	0	0	4	1	1	4
16	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	7
17	1	0	1	10	1	3	0	1	0	0	7
18	0	0	1	8	1	1	0	1	0	0	6
19	1	1	1	10	1	4	0	4	2	0	5
20	1	1	1	7	5	2	0	4	3	0	14
21	1	0	1	10	3	1	0	1	2	0	4
22	1	0	1	7	1	2	0	1	1	1	4
23	1	0	1	10	2	3	0	1	3	0	5
24	1	0	1	10	2	3	0	1	0	0	7
25	0	0	1	5	1	1	0	1	2	0	7
26	1	1	1	10	2	3	0	1	3	0	4
27	1	0	1	7	0	1	0	0	3	1	3
28	0	0	0	5	0	0	0	0	2	0	6
29	0	0	1	7	2	4	0	4	2	0	6
30	0	0	0	5	0	0	0	1	2	0	0
31	1	0	1	7	2	1	0	1	1	1	3
32	1	0	1	12	1	10	0	1	3	1	3
33	1	0	1	15	2	0	0	1	1	0	6
34	0	0	0	6	0	2	0	1	0	0	7
35	1	0	1	20	5	3	0	1	0	0	0
36	1	0	1	8	2	1	0	1	0	0	0
37	1	0	1	6	10	5	1	1	3	1	4
38	0	0	0	5	0	0	0	1	2	0	10
39	1	0	1	10	2	0	0	1	2	0	4
40	1	0	0	7	1	1	0	1	1	0	4
41	1	0	1	7	1	1	0	1	3	1	4
42	1	0	1	10	2	1	0	1	2	0	5
43	1	0	0	7	1	1	0	1	2	0	6
44	1	0	1	7	1	2	0	1	2	0	3
45	0	0	0	6	0	0	0	1	1	0	5
46	0	0	1	15	2	0	0	0	0	0	5
47	1	0	1	10	0	0	0	1	1	0	5
48	1	0	1	7	1	1	0	1	0	0	5
49	1	0	0	6	3	1	0	1	0	0	0
50	1	0	1	8	2	1	0	1	0	0	0
51	1	0	1	8	2	1	0	1	2	0	5
52	0	0	1	5	0	0	0	1	0	0	0
53	0	0	0	6	0	1	0	1	1	0	7
54	1	1	1	8	2	1	0	4	2	0	5
55	0	0	1	7	1	0	0	1	1	0	5
56	1	0	1	8	2	1	0	1	2	0	5
57	1	1	1	10	3	1	0	2	0	0	6
58	1	0	0	5	1	1	0	1	2	0	7
59	1	0	1	7	2	1	0	1	0	0	6
60	1	0	1	8	2	4	0	1	2	0	10
61	1	0	1	10	3	1	0	1	1	1	2
62	1	0	1	8	3	1	0	1	2	1	3
63	1	0	0	10	2	3	0	1	0	0	7
64	0	0	0	10	0	0	0	1	2	0	21
65	0	0	1	10	2	0	0	2	0	0	6
66	0	0	1	10	0	0	0	1	1	1	3
67	1	0	0	8	1	0	0	1	0	0	6
68	0	0	0	5	0	0	0	1	2	0	7
69	0	0	0	5	0	0	0	1	2	0	6
70	1	0	1	10	2	1	1	1	2	0	5
71	1	0	1	8	2	1	0	1	2	0	4
72	1	0	1	10	2	1	0	1	3	0	5
73	1	0	0	7	1	0	0	5	1	1	4
74	1	0	1	7	1	1	0	1	1	1	3
75	1	0	0	6	0	1	0	1	2	0	7
76	1	1	1	18	10	5	0	1	3	0	8

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	Urgência	Disúria	Frequência	Micções /dia	Micções /noite	Episódios incontinência/dia	Medicações para BH	Fluxo urinário	Sintomas intestinais	Obstipação	N evacuações /semana
77	1	0	1	10	1	3	0	1	1	1	3
78	1	0	0	6	0	1	0	1	3	1	4
79	1	0	0	8	0	2	0	1	1	1	3
80	1	0	1	7	2	2	0	1	1	1	3
81	1	1	1	9	3	2	0	1	3	1	3
82	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0
83	0	0	1	5	3	0	0	2	1	1	3
84	0	0	0	5	0	0	0	1	1	1	3
85	1	0	1	8	2	3	0	1	1	1	2
86	1	0	0	5	2	0	0	4	1	1	4
87	0	0	0	5	0	2	0	1	2	0	0
88	1	0	0	6	1	2	0	1	0	0	7
89	0	0	0	6	0	0	0	1	4	1	1
90	1	0	1	8	2	1	0	1	0	0	7
91	0	0	0	7	0	2	0	1	0	0	7
92	0	0	1	3	1	0	0	2	2	0	7
93	1	1	1	15	2	2	0	1	1	1	4
94	1	0	1	8	1	1	0	1	1	1	0
95	1	0	1	10	3	3	0	4	1	1	3
96	1	0	1	8	2	2	0	1	2	2	6
97	1	0	0	7	1	1	0	1	2	0	7
98	0	1	0	7	1	0	0	2	1	1	2
99	1	0	1	8	2	1	0	2	2	1	4
100	0	0	1	5	2	0	0	4	1	1	1
101	1	0	1	7	1	2	0	0	2	0	7
102	1	0	1	7	2	3	0	1	0	0	7
103	0	0	1	10	2	1	0	1	1	1	3
104	0	0	0	7	0	4	0	1	1	1	4
105	1	0	1	8	2	3	0	1	4	1	2
106	1	0	1	15	4	6	0	1	2	0	7
107	0	0	0	5	0	0	0	1	3	1	4
108	1	0	1	8	1	1	0	1	0	0	6
109	1	1	1	8	4	2	0	1	1	0	6
110	1	0	1	8	2	1	0	1	0	0	7
111	1	0	1	8	1	3	0	1	0	0	7
112	1	0	1	18	2	0	0	1	0	0	7
113	1	0	1	8	1	2	0	1	0	0	7
114	0	0	0	5	0	0	0	1	1	1	1
115	1	0	1	9	1	1	0	1	1	1	3
116	0	0	0	6	0	0	0	1	2	0	7
117	1	0	1	9	2	1	0	1	0	0	7
118	1	1	1	10	3	2	0	4	1	1	4
119	1	0	1	9	1	1	0	1	3	0	6
120	0	0	0	6	0	0	0	1	2	0	7
121	0	0	1	7	1	0	0	1	2	0	5
122	1	0	1	6	0	1	0	1	0	0	0
123	0	0	0	5	0	0	0	1	2	0	7
124	1	0	1	9	2	2	0	1	1	1	4
125	0	0	0	5	0	1	0	1	1	1	4
126	1	0	1	8	2	1	0	1	1	1	2
127	0	0	0	5	0	1	0	1	0	0	6
128	1	0	1	7	2	5	0	1	2	0	7
129	1	0	1	10	3	1	0	1	1	1	2
130	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	6
131	1	0	1	8	1	2	0	1	1	1	2
132	1	0	1	7	2	2	0	1	0	0	6
133	0	0	0	5	0	1	0	1	2	0	7
134	1	0	1	12	2	1	0	1	3	1	4
135	1	0	1	9	2	3	0	1	0	0	0
136	1	0	0	7	1	1	0	1	2	0	6
137	1	0	1	8	1	1	0	1	1	1	4
138	0	0	0	5	1	0	0	1	0	0	7
139	0	0	0	5	0	1	0	1	1	1	3
140	1	0	1	6	2	3	0	1	2	0	7
141	1	0	1	10	2	1	0	1	0	0	7
142	0	0	0	5	0	3	0	1	2	0	8
143	1	0	1	10	2	1	0	1	0	0	7
144	0	0	0	5	0	1	0	1	3	0	3
145	0	0	1	3	3	0	0	1	1	1	1
146	0	0	0	5	0	0	0	1	1	1	3
147	0	0	0	6	0	0	0	1	3	0	7

URGÊNCIA: 1= sim; 0= não; DISÚRIA: 1= sim; 0= não; FREQUÊNCIA: 1= sim; 0= não; MEDICAÇÕES PARA BH: 1= sim; 0= não; FLUXO URINÁRIO: 1= normal, 2= lento, 3= interrompido, 4= lento e interrompido, micção em dois tempos; SINTOMAS INTESTINAIS: 1= evacuação obstruída; 2= incontinência fecal; 3= ambas; 4= obstipação; OBSTIPAÇÃO: 1= sim; 0= não.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	Incon- tinência fecal	IF sólidos	FI líquidos	FI gás	Evacuação obstruída	Digitação	Sexual- mente ativa	Dispa- reunia	Problema relacionado Ao parceiro	Prolapso	Procedi- mentos para incontinência	Procedi- mentos para prolapso
1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
11	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
13	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
19	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
20	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	2
21	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
23	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2
24	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
25	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
26	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
27	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
28	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
29	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0
30	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
31	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
32	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0
33	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1
34	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
38	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
39	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
40	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
41	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
42	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1
43	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	6
44	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
45	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
47	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
48	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
51	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
53	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
54	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	2
55	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
56	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
57	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
58	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
59	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
60	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
61	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2
62	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
63	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
64	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
65	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
66	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
67	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
68	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
69	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
70	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
71	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
72	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
73	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2
74	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
75	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
76	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	Incon- tinência fecal	IF sólidos	IF líquidos	IF gás	Evacuação obstruída	Digitação	Sexual- mente ativa	Dispa- reunia	Problema relacionado Ao parceiro	Prolapso	Procedi- mentos para incontinência	Procedi- mentos para prolapso
77	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
78	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
79	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
80	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
81	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1
82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
83	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
84	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
85	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
86	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
87	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
88	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
89	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
90	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
91	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
92	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
93	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
94	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1
95	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0
96	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
97	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
98	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
99	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
100	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
101	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
103	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
104	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0
105	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
106	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
107	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
108	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
109	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0
110	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
111	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
112	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
113	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
114	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
115	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
116	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
118	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
119	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
120	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
121	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
122	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
123	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
124	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1
125	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
126	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
127	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
128	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
129	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
130	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
131	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
132	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
133	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
134	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
135	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
136	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
137	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1
138	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
139	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
140	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
141	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
142	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
144	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
145	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
146	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
147	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0

INCONTINÊNCIA FECAL: 1= sim; 0= não; IF SÓLIDOS: 1= sim; 0= não; IF LÍQUIDOS: 1= sim; 0= não; IF GAS: 1= sim; 0= não; EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA: 1= sim; 0= não; DIGITAÇÃO: 1= sim; 0= não; SEXUALMENTE ATIVA: 1= sim; 0= não; DISPAREUNIA: 1= sim; 0= não; PROBLEMA RELACIONADO AO PARCEIRO: 1= sim; 0= não; PROLAPSO: 1= sim; 0= não; PROCEDIMENTOS PARA INCONTINÊNCIA: 0= não, 1= suporte colo vesical; 2= sling de uretra média; PROCEDIMENTOS PARA PROLAPSO: 0= não; 1= reparo anterior; 2= reparo posterior; 3= suspensão apical abdominal; 4= suspensão apical vaginal; 5= pessário; 6= reparo anterior e posterior; 7= A+P+apical.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	Procedimentos colorretais	Cistocele	Enterocoele posterior	Retocoele	Cúpula	Uterino	PFBQ 1 basal	PFBQ 2 basal	PFBQ 3 basal	PFBQ 4 basal
1	0	0	0	0	0	0	5	4	3	4
2	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
3	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
4	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0
5	0	0	0	0	0	0	5	4	5	5
6	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
7	0	2	0	2	0	0	5	5	5	5
8	0	0	0	0	0	0	5	0	4	0
9	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	3	0	1	3	3	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
14	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
15	0	4	0	1	3	3	0	5	5	0
16	0	2	0	1	1	1	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
18	0	1	0	2	0	0	2	1	0	0
19	0	3	0	3	0	4	5	5	5	5
20	0	0	0	1	0	0	5	5	4	4
21	0	0	0	2	0	0	2	5	5	5
22	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
23	0	1	0	2	0	0	5	4	5	5
24	0	1	0	0	0	1	5	2	5	5
25	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0
26	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
27	1	0	0	0	0	0	2	0	0	2
28	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
29	0	3	0	1	2	2	5	5	0	0
30	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	0	3	0	0	0	0	5	5	5	5
32	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0
33	0	0	0	2	0	0	0	5	1	0
34	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
35	0	3	1	1	2	2	0	5	5	5
36	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5
37	1	2	1	1	2	2	5	5	5	5
38	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	0	2	0	0	0	0	0	2	4	3
40	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
41	1	1	0	2	0	0	5	0	3	3
42	0	3	1	1	1	1	5	3	3	3
43	0	0	3	3	1	0	0	0	3	3
44	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	0	3	2	2	4	4	0	1	0	0
47	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0
48	0	0	0	0	0	0	5	2	2	0
49	0	0	0	0	0	0	0	3	5	5
50	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
51	0	0	0	0	0	0	2	0	5	5
52	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0
53	0	1	2	2	1	0	2	0	0	0
54	1	0	0	0	0	0	5	5	5	5
55	0	1	0	2	0	0	3	2	0	0
56	0	1	0	1	0	0	5	5	5	5
57	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
58	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
59	0	4	4	4	4	4	0	2	5	5
60	1	1	0	1	0	0	5	5	5	5
61	0	0	0	0	0	0	0	5	2	4
62	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4
63	0	1	0	0	0	0	5	2	2	0
64	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
65	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0
66	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
67	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0
68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
71	0	0	0	0	0	0	4	5	5	5
72	0	0	0	Prolapso retal		0	5	3	5	0
73	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
74	0	2	0	0	0	0	5	3	3	0
75	0	0	0	0	0	0	3	0	2	3
76	0	1	0	1	0	0	5	5	5	5

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	Procedimentos colorretais	Cistocele	Enterocele posterior	Retocele	Cúpula	Uterino	PFBQ 1 basal	PFBQ 2 basal	PFBQ 3 basal	PFBQ 4 basal
77	0	1	0	1	0	0	5	5	5	5
78	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2
79	0	1	0	1	0	0	5	0	5	5
80	0	0	0	0	0	0	0	2	5	5
81	0	2	0	0	0	0	5	5	5	4
82	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
83	0	2	0	1	0	0	0	2	0	2
84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85	0	1	0	1	0	0	0	5	5	5
86	0	3	2	2	3	3	0	0	0	0
87	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
88	0	1	0	0	0	0	2	2	2	2
89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0	3	0	3	1	1	3	5	5	5
91	0	2	0	2	0	0	5	0	0	0
92	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0
93	0	3	0	0	0	0	5	5	5	5
94	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
95	0	2	0	3	1	0	4	5	4	5
96	0	0	0	2	0	0	5	5	5	5
97	0	0	0	1	0	0	0	0	5	5
98	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
99	0	3	0	1	0	0	0	3	4	2
100	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0
101	0-3	0	0	0	0	0	0	4	4	4
102	0	1	0	3	1	1	5	5	5	5
103	0	1	0	0	0	0	5	5	0	0
104	0	1	3	3	1	1	1	2	0	0
105	0	3	0	3	1	1	2	4	3	3
106	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
108	0	1	0	1	0	0	5	4	5	5
109	0	1	0	2	0	0	5	5	5	5
110	0	0	0	0	0	0	3	4	1	3
111	0	2	0	0	0	0	5	4	5	5
112	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
113	0	0	0	2	0	0	5	5	5	5
114	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
115	0	1	0	1	0	0	5	5	5	5
116	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
117	0	0	0	0	0	0	4	4	3	3
118	0	3	0	1	4	4	0	2	2	5
119	0	1	0	2	0	0	5	4	4	5
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
121	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0
122	1	0	0	0	0	0	2	2	3	4
123	0	0	0	Prolapso retal	0	0	0	0	0	0
124	0	1	0	0	0	0	5	4	4	4
125	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
126	0	1	0	0	0	0	2	0	3	4
127	0	2	0	0	0	0	5	0	5	5
128	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
129	0	1	0	0	0	0	5	5	4	5
130	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
131	0	2	0	1	0	0	4	5	5	5
132	0	2	2	2	1	0	5	5	5	5
133	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
134	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5
135	0	0	0	0	0	0	2	5	5	5
136	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
137	0	0	0	1	0	0	2	2	3	2
138	0	3	0	0	1	1	2	1	2	2
139	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0
140	0	0	0	0	0	0	5	4	5	5
141	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
142	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
143	0	0	0	0	0	0	5	3	5	5
144	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
145	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
146	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
147	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PROCEDIMENTOS COLORRETAIS: 0= não; 1= correção de prolapso retal; 2= colectomia; 3=esfincteroplastia; CISTOCELE: 0= estadiamento 0; 1= estadiamento 1; 2= estadiamento 2, 3= estadiamento 3; 4= estadiamento 4; ENTEROCELE POSTERIOR: 0= estadiamento 0; 1= estadiamento 1; 2= estadiamento 2; 3= estadiamento 3; 4= estadiamento 4; RETOCELE: 0= estadiamento 0; 1= estadiamento 1; 2= estadiamento 2; 3= estadiamento 3; 4= estadiamento 4; CÚPULA: 0= estadiamento 0; 1= estadiamento 1; 2= estadiamento 2, 3= estadiamento 3; 4= estadiamento 4; UTERINO: 0= estadiamento 0; 1= estadiamento 1; 2= estadiamento 2; 3= estadiamento 3; 4= estadiamento 4.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	PFBQ 5 basal	PFBQ 6 basal	PFBQ 7 basal	PFBQ 8 basal	PFBQ 9 basal	Diagnóstico urodinâmico 1	Diagnóstico urodinâmico 2	Diagnóstico urodinâmico 3	Diagnóstico urodinâmico 4
1	0	2	0	3	0				
2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	0	1	0	0
4	0	0	5	5	0	0	0	0	0
5	2	0	3	0	2				
6	0	0	0	5	0				
7	0	5	5	4	0	0	1	0	0
8	0	0	0	0	1	1	0	0	0
9	0	0	0	0	1	1	0	0	0
10	0	0	0	5	4	0	0	0	0
11	0	0	0	5	1	0	0	0	0
12	5	5	0	0	0	0	0	0	1
13	0	0	0	5	0	0	0	1	0
14	0	0	0	0	5	1	0	0	0
15	5	5	2	0	0	0	1	0	0
16	0	2	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18	0	0	0	0	1	1	0	0	0
19	5	5	0	5	0	0	0	0	1
20	5	5	4	2	0	0	1	0	0
21	0	2	2	5	0	0	1	0	0
22	0	0	5	0	5	0	0	1	0
23	5	5	5	5	4	0	1	0	0
24	0	0	0	0	1	0	1	0	0
25	0	0	0	5	0	1	0	0	0
26	5	0	5	5	0	0	0	1	0
27	0	0	2	2	0	0	0	0	0
28	0	2	0	5	0	0	0	0	0
29	0	5	0	5	5	0	0	0	0
30	0	0	0	4	0	0	0	0	0
31	0	5	5	0	0	0	1	0	0
32	0	0	2	2	2	1	0	0	0
33	2	5	5	5	0	0	0	1	0
34	0	0	0	0	1	1	0	0	0
35	5	5	0	0	0	0	0	1	0
36	0	0	0	0	0	0	0	1	0
37	0	5	5	2	0	0	0	2	0
38	0	0	0	5	5	0	0	0	0
39	0	0	0	3	0	0	0	1	0
40	0	0	5	5	0	0	0	0	0
41	0	3	5	5	0	2	2	2	2
42	0	5	0	5	0	0	0	1	0
43	0	5	0	5	0	0	0	1	0
44	0	0	0	5	0	0	0	0	0
45	0	0	4	0	2	0	0	0	0
46	0	5	0	0	0	0	0	0	0
47	0	0	5	0	0	0	0	0	0
48	0	0	0	0	1	0	0	0	0
49	0	0	0	0	0	0	0	1	0
50	0	0	0	0	0	0	1	0	0
51	0	0	0	5	0	0	2	0	0
52	0	5	0	0	0	0	0	0	0
53	0	5	5	0	0	1	0	0	0
54	5	0	0	5	5	1	0	0	0
55	3	0	3	0	0	0	0	0	0
56	0	0	0	5	0	0	0	0	0
57	5	0	0	0	1	0	0	0	0
58	0	0	3	5	0	0	0	0	0
59	0	5	0	5	0	1	0	0	0
60	0	0	0	5	0	0	0	1	0
61	0	0	5	2	5	0	0	0	0
62	0	0	0	4	0	0	0	0	0
63	0	0	0	0	1	1	0	0	0
64	0	0	0	2	5	0	0	0	0
65	0	3	0	0	5	0	0	0	0
66	0	0	5	0	1	0	0	0	0
67	0	5	0	0	4	0	0	0	0
68	0	0	0	5	0	0	0	0	0
69	0	0	0	5	2	0	0	0	0
70	0	0	0	5	0	0	0	0	0
71	0	0	0	5	0	0	0	0	0
72	0	5	4	5	0	0	1	0	0
73	4	4	5	0	0	0	0	0	0
74	3	4	4	0	0	0	0	0	0
75	0	0	0	5	0	0	0	0	0
76	5	5	5	5	0	0	1	0	0

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	PFBQ 5 basal	PFBQ 6 basal	PFBQ 7 basal	PFBQ 8 basal	PFBQ 9 basal	Diagnóstico urodinâmico 1	Diagnóstico urodinâmico 2	Diagnóstico urodinâmico 3	Diagnóstico urodinâmico 4
77	0	0	4	0	2	0	1	0	0
78	0	0	5	5	0	0	0	0	0
79	0	0	5	0	5	0	0	1	0
80	0	0	4	0	0				
81	5	5	4	4	4				
82	0	5	0	0	0				
83	0	0	2	2	0				
84	0	0	5	0	5	0	0	0	0
85	0	5	5	0	5				
86	5	5	5	5	0				
87	0	0	0	5	0	0	0	0	0
88	2	0	0	0	2				
89	0	0	5	3	2	0	0	0	0
90	0	5	0	0	3				
91	0	0	0	0	0				
92	0	0	0	2	0				
93	5	5	5	0	0				
94	0	0	5	0	1	0	0	0	0
95	2	5	5	0	4	x	x	x	x
96	0	0	0	5	0	0	2	0	0
97	0	0	0	5	0	0	0	0	0
98	1	0	5	0	0	0	0	0	0
99	0	4	0	2	0	0	0	0	0
100	0	5	5	2	0	0	0	0	0
101	0	0	0	5	0	0	0	0	0
102	0	1	2	0	0				
103	0	0	5	0	0				
104	0	5	5	4	1				
105	0	5	0	5	0				
106	0	0	0	2	0				
107	0	0	5	5	0	0	0	0	0
108	0	5	0	0	5	0	1	0	0
109	5	0	5	5	5	0	0	0	0
110	0	0	0	0	2	0	1	0	0
111	0	0	0	4	2				
112	0	0	0	0	0	0	0	1	0
113	0	0	0	0	0				
114	0	0	5	3	0	0	0	0	0
115	0	0	5	0	0				
116	0	0	0	5	1	0	0	0	0
117	0	0	0	0	0	0	1	0	0
118	2	3	2	0	0				
119	0	3	4	3	0	0	0	0	0
120	0	0	0	5	0	0	0	0	0
121	0	0	0	2	1	0	0	0	0
122	0	0	0	3	4				
123	0	5	0	5	0	0	0	0	0
124	0	0	5	5	0				
125	0	0	5	0	3				
126	0	0	5	0	1	0	0	0	0
127	0	0	5	5	0				
128	0	5	0	5	0				
129	0	0	5	0	0				
130	0	1	0	0	1	0	0	0	0
131	0	4	5	0	0	0	1	0	0
132	0	0	0	0	1				
133	0	0	0	0	2	5	1	0	0
134	0	0	5	5	5	0	0	0	0
135	0	0	0	0	5				
136	0	0	3	5	0	0	0	0	0
137	0	0	2	0	1				
138	0	5	1	1	1	0	0	0	0
139	0	0	5	0	1	0	0	0	0
140	0	0	0	5	2				
141	0	0	0	0	0	0	0	0	0
142	0	0	0	4	0	0	0	0	0
143	0	0	0	0	0	0	0	0	0
144	0	0	3	3	1	0	0	0	0
145	0	0	5	0	0	0			
146	0	0	2	0	3	0	0	0	0
147	0	0	5	5	5	0	0	0	0

DIAGNÓSTICO URODINÂMICO 1: 1 IUE 2= não realizado 3=IUM; DIAGNÓSTICO URODINÂMICO 2: 1 IUM 2= não realizado; DIAGNÓSTICO URODINÂMICO 3: 1= BH 2= não realizado; DIAGNÓSTICO URODINÂMICO 4: 1= obstrução vesical; 2= não realizado.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	PFBQ 1	PFBQ 2	PFBQ 3	PFBQ 4	PFBQ 5	PFBQ 6	PFBQ 7	PFBQ 8	PFBQ 9	DD n evacuações	DD força para evacuar	DD manobras manuais
1												
2	5	5	5	5	0	0	0	0	0	3	0	0
3												
4	5	4	5	0	0	0	4	5	0	1	1	0
5	3	4	5	4	0	0	2	0	2	2	1	0
6	5	0	0	0	0	0	0	5	0	3	0	0
7	5	5	5	5	0	5	4	5	0	2	0	0
8	5	0	4	4	0	0	0	0	1	3	0	0
9	5	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
10	0	5	5	0	0	0	0	5	4	15	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	5	1	2	0	0
12	0	0	0	0	5	5	0	0	0	3	0	0
13	5	5	5	5	0	0	0	5	0	5	0	0
14	2	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0
15	0	5	5	0	5	5	2	0	0	2	1	0
16	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0
17	5	5	5	5	0	0	0	0	0	3	0	0
18	2	1	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
19	5	5	5	5	5	5	0	5	0	2	0	0
20	5	5	4	4	5	5	4	3	0	8	1	1
21	2	5	5	5	0	2	2	5	0	1	1	1
22	5	5	5	5	0	0	5	0	5	2	1	0
23	5	4	5	5	5	5	5	5	4	2	1	0
24	5	3	5	5	0	0	0	0	1	3	0	0
25	2	1	0	0	0	0	0	5	0	3	0	0
26	5	5	5	5	5	0	5	5	0	3	1	1
27	2	1	2	2	0	0	2	2	0	3	1	0
28	0	0	0	0	0	3	0	5	0	3	0	0
29	5	5	0	0	0	5	0	5	5	3	0	0
30	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0
31	5	5	5	5	0	5	5	0	0	2	1	0
32	5	5	5	0	0	0	3	2	2	2	0	1
33	0	5	1	0	2	5	5	5	0	3	1	1
34	5	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
35	0	5	5	5	5	5	0	0	0	5	1	1
36	0	5	5	5	0	0	0	0	0	3	0	0
37	5	5	5	5	0	5	5	3	0	4	1	0
38	0	0	0	0	0	0	0	5	5	10	0	0
39	0	3	3	3	0	0	0	3	0	2	0	0
40	5	4	5	5	0	0	5	5	0	2	1	1
41	5	0	3	3	0	3	5	5	0	4	1	1
42	5	3	4	4	0	5	0	5	0	2	0	0
43	0	0	2	3	0	5	0	5	0	3	0	0
44	5	5	5	5	0	0	0	5	0	2	0	0
45	0	0	0	0	0	0	5	0	2	3	1	1
46	0	1	0	0	0	5	0	0	0	4	0	0
47	3	2	0	0	0	0	5	0	0	4	1	1
48	5	2	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0
49	0	4	5	5	0	0	0	0	0	3	0	0
50	5	5	5	5	0	0	0	0	0	3	0	0
51	1	0	5	5	0	0	0	5	0	3	0	0
52	0	1	0	0	0	5	0	0	0	3	0	0
53	2	0	0	0	0	5	5	0	0	3	1	0
54	5	5	5	5	5	0	0	5	5	3	0	0
55	3	3	0	0	3	0	4	0	0	2	1	0
56	5	5	5	5	0	0	0	5	0	3	0	0
57	0	5	5	5	4	0	0	0	1	4	0	0
58	2	0	2	3	0	0	3	5	0	3	0	0
59	0	2	5	5	0	5	0	5	0	3	0	0
60	5	5	5	5	0	0	0	5	0	3	0	0
61	0	2	2	4	0	0	5	2	5	1	1	1
62	4	4	4	4	0	0	0	4	0	2	0	0
63	5	3	3	0	0	0	0	0	1	3	0	0
64	2	2	0	0	0	0	0	2	5	6	0	0
65	0	1	0	0	0	4	0	0	5	2	1	0
66	0	2	0	0	0	0	5	0	1	1	1	1
67	0	0	1	0	0	5	0	0	3	3	0	0
68	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0
69	0	0	0	0	0	0	0	5	2	2	0	0
70	5	5	5	5	0	0	0	5	0	2	0	0
71	3	2	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
72	5	3	5	0	0	5	0	5	0	2	1	0
73	0	0	3	4	2	5	5	0	0	1	1	0
74	5	4	4	0	2	4	4	0	0	5	1	0
75	2	0	2	3	0	0	0	5	0	3	0	0
76	5	5	5	5	5	5	5	5	0	4	1	0

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	PFBQ 1	PFBQ 2	PFBQ 3	PFBQ 4	PFBQ 5	PFBQ 6	PFBQ 7	PFBQ 8	PFBQ 9	DD n evacuações	DD força para evacuar	DD manobras manuais
77	5	5	5	5	0	0	3	0	2	1	1	0
78	0	0	1	2	0	0	5	5	0	1	1	1
79	5	0	5	5	0	0	5	0	5	1	1	0
80	0	1	5	5	0	0	3	0	0	2	1	0
81	5	5	5	5	5	5	4	4	4	1	1	1
82	0	0	0	0	0	5	0	0	0	3	0	0
83												
84	0	0	0	0	0	0	5	0	5	1	1	1
85	5	5	5	5	0	0	5	0	5	6	1	1
86	0	0	2	0	4	5	5	5	0	4	1	1
87	5	0	0	0	0	0	0	5	0	3	0	0
88	2	2	2	2	0	0	0	0	2	4	0	0
89	0	0	0	0	0	0	5	2	2	1	1	0
90	3	4	5	5	0	5	0	0	2	6	0	0
91	5	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0
92	0	2	0	0	0	0	0	5	0	3	0	0
93	5	5	5	5	5	5	5	0	0	2	1	0
94	5	5	5	5	0	0	5	0	1	1	1	1
95	4	5	5	5	3	5	5	0	5	2	1	1
96	5	5	5	5	0	0	0	5	0	3	0	0
97	0	0	5	5	0	0	0	5	0	3	0	0
98	0	0	0	0	2	0	5	0	0	1	1	1
99	0	3	4	3	0	4	0	2	0	2	0	0
100												
101	0	3	2	4	0	0	0	5	0	3	0	0
102	5	4	4	4	0	2	2	0	0	6	1	0
103	5	5	0	0	0	0	5	0	0	3	1	0
104	2	1	0	0	0	5	5	2	1	6	1	1
105	1	2	3	3	0	5	5	0	0	2	1	1
106	5	5	5	5	0	0	0	3	0	6	0	0
107	0	0	0	0	0	0	5	5	0	2	1	0
108	5	4	5	5	0	5	0	0	5	3	0	0
109	5	5	5	5	5	0	5	5	5	2	1	1
110	4	4	1	3	0	0	0	0	2	3	0	0
111	5	4	4	4	0	0	0	5	3	6	0	0
112	0	3	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0
113	5	5	5	5	0	0	0	0	0	7	0	0
114	0	0	0	0	0	0	4	3	0	1	1	0
115												
116	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3	0	0
117	4	4	4	3	0	0	0	0	0	3	0	0
118	0	3	2	5	3	3	2	0	0	1	1	0
119	5	4	4	5	0	4	4	5	0	2	1	0
120	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0
121												
122	2	3	3	4	4	0	0	4	2	0	0	0
123	0	0	0	0	0	5	0	5	0	3	0	0
124	5	5	5	5	0	0	5	5	0	2	1	1
125	5	0	0	0	0	0	5	0	3	3	1	1
126	2	1	3	3	0	0	5	0	1	1	1	1
127	5	3	3	3	0	0	5	5	0	6	1	1
128	5	5	5	5	0	5	0	5	0	3	0	0
129	5	4	5	4	0	0	5	0	0	1	1	0
130	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0
131	3	5	5	5	0	4	5	0	0	1	1	1
132	5	5	5	5	0	0	0	0	1	3	0	0
133	2	0	0	0	0	0	0	2	5	3	0	0
134	1	1	5	5	0	0	5	5	5	2	1	0
135	2	4	5	5	0	0	0	0	2	3	0	0
136	2	0	3	2	0	0	3	5	0	3	1	0
137	2	3	3	2	0	0	2	0	1	3	1	0
138	1	1	2	2	0	5	1	1	1	1	1	0
139	2	0	0	0	0	0	5	0	1	1	1	1
140	5	5	5	5	0	0	0	5	2	4	1	0
141												
142	3	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0	0
143												
144												
145												
146	0	0	0	0	0	0	2	0	4	1	1	0
147	0	0	0	0	0	0	5	5	5	2	1	1

DD = Diário Defecatório.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	DD Incontinência fecal	DD Incontinência fecal sólidos	DD Incontinência fecal líquidos	DD Incontinência fecal gases	DD Evacuação obstruída	DM n de micções	DM n de micções durante dia	DM n de micções durante noite	DM Urgência
1									
2	0	0	0	0	0	35	28	7	1
3									
4	1	0	0	1	1	30	20	10	1
5	0	0	0	0	1	32	25	7	1
6	1	0	0	1	0	20	20	0	0
7	1	0	0	1	1	26	23	3	1
8	0	0	0	0	0	18	18	0	0
9	0	0	0	0	0	15	14	1	0
10	1	1	0	0	0	25	19	6	1
11	1	1	0	1	0	18	18	0	0
12	0	0	0	0	0	15	15	1	0
13	1	0	1	0	0	32	26	6	1
14	0	0	0	0	0	18	18	0	0
15	0	0	0	0	1	20	18	2	1
16	0	0	0	0	0	21	21	0	0
17	0	0	0	0	0	28	28	3	1
18	0	0	0	0	0	2	125	1	0
19	1	1	0	0	0	27	23	4	1
20	1	0	1	1	1	55	42	13	1
21	1	1	0	0	1	39	25	14	1
22	0	0	0	0	1	25	21	4	1
23	1	1	0	0	0	31	25	6	1
24	0	0	0	0	0	40	10	2	1
25	1	0	1	0	0	16	15	1	0
26	1	1	1	1	1	33	23	10	1
27	1	0	0	1	1	20	19	1	1
28	1	1	0	0	0	15	14	1	0
29	0	0	0	0	0	27	24	3	0
30	1	1	0	0	0	15	15	0	0
31	0	0	0	0	1	22	18	4	1
32	1	0	0	1	0	36	30	6	1
33	1	0	1	0	1	34	34	7	1
34	0	0	0	0	0	17	17	0	0
35	0	0	0	0	1	138	111	27	1
36	0	0	0	0	0	30	24	6	1
37	1	0	1	0	1	135	100	35	1
38	1	0	1	0	0	15	15	0	0
39	1	1	0	0	0	36	30	6	1
40	1	0	1	0	1	26	22	4	1
41	1	0	1	0	1	16	15	1	1
42	1	0	1	0	0	30	26	4	1
43	1	1	0	1	0	25	21	4	1
44	1	1	0	0	0	25	21	4	1
45	0	0	0	0	1	18	17	1	0
46	0	0	0	0	0	45	38	7	0
47	0	0	0	0	1	16	16	0	1
48	0	0	0	0	0	32	26	6	1
49	0	0	0	0	0	26	22	4	1
50	0	0	0	0	0	26	23	3	1
51	1	0	1	0	0	21	18	3	1
52	0	0	0	0	0	21	21	0	0
53	0	0	0	0	1	18	18	0	0
54	1	0	0	1	0	24	21	3	1
55	0	0	0	0	1	20	17	3	0
56	1	1	0	0	0	30	27	3	1
57	0	0	0	0	0	70	63	7	1
58	1	1	0	0	1	35	30	5	1
59	0	0	0	0	0	41	41	0	1
60	1	1	0	0	0	30	26	4	1
61	0	0	0	0	1	38	26	12	1
62	1	1	0	0	0	38	30	8	1
63	0	0	0	0	0	50	45	5	1
64	1	0	1	0	0	30	27	3	0
65	0	0	0	0	0	22	17	5	0
66	0	0	0	0	1	30	30	0	0
67	0	0	0	0	0	17	16	1	1
68	1	0	1	0	0	12	12	1	0
69	1	0	2	0	0	17	17	0	0
70	1	0	0	1	0	35	30	5	1
71	1	1	0	0	0	37	31	8	1
72	1	1	0	0	0	38	35	3	1
73	0	0	0	0	1	16	12	4	0
74	0	0	0	0	1	21	18	3	1
75	1	0	1	1	0	26	22	4	1
76	1	0	0	1	1	60	39	21	1

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	DD Incontinência fecal	DD Incontinência fecal sólidos	DD Incontinência fecal líquidos	DD Incontinência fecal gases	DD Evacuação obstruída	DM n de micções	DM n de micções durante dia	DM n de micções durante noite	DM Urgência
77	0	0	0	0	1	28	25	3	1
78	0	0	1	0	0	15	14	1	1
79	0	0	0	0	1	21	20	1	1
80	0	0	0	0	2	30	27	3	1
81	1	0	0	1	1	35	27	8	1
82	0	0	0	0	0	16	15	1	0
83									
84	0	0	0	0	1	15	14	1	0
85	0	0	0	0	1	15	12	3	1
86	1	0	0	1	1	10	9	1	0
87	1	1	0	1	0	15	15	0	0
88	0	0	0	0	0	27	21	6	0
89	1	0	0	1	1	18	18	0	0
90	0	0	0	0	0	30	26	4	1
91	0	0	0	0	0	15	14	1	0
92	1	0	0	1	0	25	22	3	0
93	0	0	0	0	1	40	35	5	1
94	0	0	0	0	1	24	20	3	1
95	0	0	0	0	1	25	20	5	1
96	1	0	1	0	0	30	27	3	1
97	1	1	0	1	0	20	19	1	1
98	0	0	0	0	1	28	26	2	1
99	1	0	1	0	0	15	12	3	1
100									
101	1	1	0	0	0	15	12	3	1
102	0	0	0	0	0	20	18	2	1
103	0	0	0	0	0	28	22	6	0
104	1	0	0	0	1	18	17	1	0
105	0	0	0	0	1	25	21	4	1
106	1	0	1	1	0	30	23	7	1
107	0	0	0	0	1	18	18	0	0
108	0	0	0	0	0	27	24	3	1
109	0	0	0	0	1	36	25	11	1
110	0	0	0	0	0	36	30	6	1
111	1	0	0	1	0	30	27	3	1
112	0	0	0	0	0	68	66	2	1
113	0	0	0	0	0	40	35	5	1
114	0	0	0	0	1	12	12	0	0
115									
116	1	1	0	0	0	18	18	0	0
117	0	0	0	0	0	25	20	5	1
118	0	0	0	0	1	16	13	3	1
119	1	0	0	1	1	23	20	3	1
120	1	1	0	0	0	18	17	1	0
121									
122	0	0	0	0	0	17	16	1	1
123	1	1	0	0	0	15	14	1	0
124	0	0	0	0	1	40	34	6	1
125	0	0	0	0	1	15	15	0	0
126	0	0	0	0	1	18	15	3	1
127	0	0	0	0	0	15	13	2	1
128	1	0	0	1	0	36	32	4	1
129	0	0	0	0	0	30	21	9	1
130	0	0	0	0	0	15	15	0	0
131	0	0	0	0	1	24	21	3	1
132	0	0	0	0	0	114	89	25	1
133	1	0	1	0	0	21	20	1	0
134	1	0	0	1	1	30	25	5	1
135	0	0	0	0	0	35	29	6	1
136	1	0	0	1	0	15	12	3	1
137	0	0	0	0	0	18	17	1	1
138	1	1	0	0	1	18	15	3	1
139	0	0	0	0	1	15	15	0	0
140	1	0	1	1	0	33	27	6	1
141									
142	1	1	0	0	0	16	15	1	0
143									
144									
145									
146	0	0	0	0	1	10	10	0	0
147	1	1	0	0	1	17	16	1	0

DIÁRIO DEFECATÓRIO- INCONTINÊNCIA FECAL: 1= sim; 0= não; DIÁRIO DEFECATÓRIO- INCONTINÊNCIA FECAL SÓLIDOS: 1= sim; 0= não; DIÁRIO DEFECATÓRIO- INCONTINÊNCIA FECAL LÍQUIDOS: 1= sim; 0= não; DIÁRIO DEFECATÓRIO- INCONTINÊNCIA FECAL GASES: 1= sim; 0= não; DIÁRIO DEFECATÓRIO- EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA: 1= sim; 0= não; DIÁRIO MICCIONAL – URGÊNCIA: 1= sim; 0= não.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	DM IUU	DM IUE	Diagnóstico final prolapso	Diagnóstico final urinário	Diagnóstico final defecação obstruída	Diagnóstico final incontinência fecal	Diagnóstico final dispareunia
1			0	1	0	1	0
2	1	1	0	1	0	0	0
3			0	1	0	0	0
4	0	1	0	1	1	1	0
5	1	0	0	1	0	0	1
6	0	0	0	1	0	1	0
7	1	1	1	1	0	1	0
8	0	1	0	1	0	0	0
9	0	0	0	1	0	0	0
10	0	0	0	1	0	1	1
11	0	0	0	0	0	1	0
12	0	0	1	1	0	0	0
13	1	1	0	1	0	1	0
14	0	0	0	1	0	0	1
15	0	0	1	1	1	0	0
16	0	0	1	0	0	0	0
17	1	1	0	1	0	0	0
18	0	0	1	1	0	0	0
19	1	1	1	1	0	1	0
20	1	1	0	1	1	1	0
21	1	1	1	1	1	1	0
22	1	1	0	1	1	0	1
23	1	1	1	1	1	1	1
24	1	1	0	1	0	0	0
25	0	1	0	1	0	1	0
26	1	1	0	1	1	1	0
27	0	1	0	1	1	1	0
28	0	0	1	0	0	1	0
29	0	1	1	1	0	1	1
30	0	0	0	0	0	1	0
31	1	1	1	1	1	0	0
32	0	1	0	1	1	1	1
33	0	0	1	1	1	0	0
34	0	0	0	1	0	0	0
35	1	0	1	1	1	0	0
36	1	0	0	1	0	0	0
37	1	1	1	1	1	1	0
38	0	0	0	0	0	1	1
39	1	0	1	1	0	1	0
40	1	1	0	1	1	0	0
41	1	1	1	1	1	1	0
42	1	1	1	1	0	1	0
43	1	0	1	1	0	1	0
44	1	1	0	1	0	1	0
45	0	0	0	0	1	0	1
46	0	0	1	0	0	0	0
47	0	1	0	1	1	0	0
48	1	1	0	1	0	0	0
49	0	0	0	1	0	0	0
50	1	1	0	1	0	0	0
51	1	1	0	1	0	1	0
52	0	0	1	0	0	0	0
53	0	1	1	1	1	0	0
54	0	1	0	1	0	1	1
55	0	1	1	1	1	0	0
56	1	1	0	1	0	1	0
57	1	1	0	1	0	0	0
58	1	1	0	1	1	1	0
59	1	0	1	1	0	1	0
60	1	1	0	1	0	1	0
61	1	0	0	1	1	1	1
62	1	1	0	1	0	1	0
63	1	1	0	1	0	0	0
64	0	1	0	1	0	1	1
65	0	0	1	0	0	0	1
66	0	0	0	0	1	0	0
67	0	0	1	0	0	0	1
68	0	0	0	0	0	1	0
69	0	0	0	0	0	1	1
70	1	1	0	1	0	1	0
71	1	1	0	1	0	1	0
72	0	1	1	1	1	1	0
73	0	0	1	1	1	0	0
74	0	1	1	1	1	0	0
75	0	1	0	1	0	1	0
76	1	1	0	1	1	1	0

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	DM IUU	DM IUE	Diagnóstico final prolapso	Diagnóstico final urinário	Diagnóstico final defecação obstruída	Diagnóstico final incontinência fecal	Diagnóstico final dispareunia
77	1	1	0	1	1	0	1
78	1	0	0	1	1	1	0
79	0	1	0	1	1	0	1
80	1	0	0	1	1	0	0
81	1	1	0	1	1	1	1
82	0	0	1	0	0	0	0
83			1	0	1	0	0
84	0	0	0	0	1	0	1
85	1	1	0	1	0	0	0
86	0	0	1	1	1	1	0
87	0	1	0	1	0	1	0
88	0	1	0	1	0	0	0
89	0	0	0	0	1	0	1
90	1	1	1	1	0	0	1
91	0	1	1	1	0	0	0
92	0	0	1	0	0	1	0
93	1	1	1	1	1	0	0
94	1	1	0	1	1	0	0
95	1	1	1	1	1	0	1
96	1	1	1	1	0	1	0
97	1	0	0	1	0	1	0
98	0	0	1	0	1	0	0
99	1	0	1	1	1	0	0
100			0	0	1	0	0
101	1	0	0	1	0	1	0
102	1	1	1	1	0	0	0
103	0	1	0	1	1	0	0
104	0	1	1	1	1	0	1
105	1	1	1	1	1	0	0
106	1	1	0	1	0	1	0
107	0	0	0	0	1	1	0
108	0	1	0	1	0	0	1
109	1	1	1	1	1	0	1
110	1	1	0	1	0	0	1
111	1	1	1	1	0	1	1
112	0	0	0	1	0	0	0
113	1	1	1	1	0	0	0
114	0	0	0	0	1	1	0
115			0	1	0	0	0
116	0	0	0	0	0	1	1
117	1	1	0	1	0	0	0
118	1	0	1	1	1	0	0
119	1	1	1	1	1	1	0
120	0	0	0	0	0	1	0
121			0	0	0	1	0
122	1	1	0	1	0	0	1
123	0	0	1	0	0	1	0
124	1	1	0	1	0	0	0
125	0	1	0	1	1	0	1
126	0	1	0	1	1	0	0
127	1	1	0	1	1	0	0
128	1	1	0	1	0	1	0
129	0	1	0	1	1	0	0
130	0	0	1	0	0	0	0
131	1	1	1	1	1	0	0
132	1	1	0	1	0	0	0
133	0	1	0	1	0	1	1
134	1	1	0	1	1	1	1
135	1	0	0	1	0	0	0
136	0	0	0	1	1	1	0
137	0	1	0	1	1	0	0
138	0	1	1	1	1	1	1
139	0	1	0	1	1	0	0
140	1	1	0	1	0	1	1
141			0	1	0	0	0
142	0	1	0	1	0	1	0
143			0	1	0	0	0
144			0	1	1	1	0
145			0	0	1	0	0
146	0	0	0	0	1	0	1
147	0	0	0	0	1	1	1

DIÁRIO MICCIONAL – IUU: 1= sim; 0= não; DIÁRIO MICCIONAL – IUE: 1= sim; 0= não; DIAGNÓSTICO FINAL PROLAPSO: 1= sim; 0= não; DIAGNÓSTICO FINAL URINÁRIO: 1= sim; 0= não; DIAGNÓSTICO FINAL DEFECAÇÃO OBSTRUÍDA: 1= sim; 0= não; DIAGNÓSTICO FINAL INCONTINÊNCIA FECAL: 1= sim; 0= não; DIAGNÓSTICO FINAL DISPAREUNIA: 1= sim; 0= não.

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa

Paciente	PFBQ1 - APOS TTO	PFBQ2 - APOS TTO	PFBQ3 - APOS TTO	PFBQ4 - APOS TTO	PFBQ5 - APOS TTO	PFBQ6 - APOS TTO	PFBQ7 - APOS TTO	PFBQ8 - APOS TTO	PFB9 - APOS TTO	TTO realizado
1										
2										
3										
4	1	1	0	0	0	0	3	0	0	5
5										
6										
7										
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9										
10										
11										
12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
13										
14										
15	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
16										
17	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
18	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
20										
21										
22										
23	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2
24										
25										
26										
27										
28										
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
30	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6
31										
32										
33										
34										
35	0	0	2	0	0	0	5	0	0	2
36										
37	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2
38										
39										
40										
41										
42	5	5	5	5	0	0	0	0	0	2
43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
44										
45										
46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
47										
48										
49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
50										
51										
52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
53										
54										
55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
56										
57										
58										
59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
60										
61										
62										
63										
64										
65	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4
66										
67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
68	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5
69										
70	2	2	2	2	0	0	0	2	0	3
71										
72										
73										
74										
75										
76	0	4	4	4	0	0	4	4	1	2

Continua

Apêndice - Base de dados utilizada na pesquisa (continuação)

Paciente	PFBQ1 - APOS TTO	PFBQ2 - APOS TTO	PFBQ3 - APOS TTO	PFBQ4 - APOS TTO	PFBQ5 - APOS TTO	PFBQ6 - APOS TTO	PFBQ7 - APOS TTO	PFBQ8 - APOS TTO	PFB9 - APOS TTO	TTO realizado
77	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
78										
79										
80	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1
81										
82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
83										
84	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2
85										
86	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
87										
88										
89										
90	0	3	3	0	0	0	0	0	0	2
91	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
92	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1
93	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
94										
95										
96	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
97	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
98										
99	0	2	2	2	0	2	0	2	0	1
100										
101	0	1	1	1	0	0	0	2	0	5
102										
103										
104	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2
105										
106										
107	0	1	2	2	0	0	0	2	0	2
108										
109										
110										
111										
112										
113										
114										
115										
116										
117	3	1	1	1	0	0	0	0	0	2
118										
119										
120										
121										
122										
123										
124										
125										
126										
127										
128										
129										
130										
131										
132										
133										
134	1	1	1	1	0	0	1	1	0	2
135										
136	1	1	1	1	0	0	0	1	0	5
137	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1
138	2	1	0	0	0	0	2	5	1	4
139										
140										
141										
142										
143										
144										
145										
146										
147										

TTO REALIZADO: 1= fisioterapia; 2= cirurgia; 3= medicação anti-colinérgica; 4= pessário; 5= fisio e biofeedback; 6= cirurgia.