ADRIANA BOMBONATO OLIVEIRA ROCHA

**Perfil socioeconômico e qualidade de vida em
mulheres na pós-menopausa com e sem
disfunção do assoalho pélvico**

Versão corrigida e definitiva de acordo
com a Resolução CoPGr 6018
de 13/10/2011.

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo requisito para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Jorge Milhem
Haddad

**São Paulo
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Rocha, Adriana Bombonato Oliveira

Perfil socioeconômico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico / Adriana Bombonato Oliveira Rocha. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientador: Jorge Milhem Haddad.

Descritores: 1.Incontinência urinária 2.Diafragma da pelve 3.Qualidade de vida 4.Classe social 5.Fatores socioeconômicos 6.Menopausa 7.Mulheres

USP/FM/DBD-126/16

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me permitido concluir mais uma etapa da minha vida acadêmica e, por nesta jornada, tão árdua ter me mostrado o que é ter determinação.

A minha filha querida Clara, meu maior motivo para crescer como pessoa e profissionalmente, por me dar ânimo para superar e querer ser uma pessoa melhor. Obrigada por entender minha ausência nos muitos momentos desde que ingressei no mestrado.

Ao Bernard, por todo amor, carinho e atenção dedicados. Muito obrigada pela ajuda e por me aguentar nos momentos de ansiedade e estresse nesses anos.

A minha mãe Cristina e minha avó Inah (eterna em meu coração) por nunca medirem esforços e fundamentarem esta conquista com toda a dedicação, incentivo, ensinamentos e cuidados que me ofertaram, por vibrarem com as minhas conquistas. Pelo apoio incondicional às minhas escolhas, e pelo colo diante das adversidades.

Ao meu pai José Clemente, hoje em outro plano, mas sei que sempre perto, meu muito obrigado por me ensinar determinação e a correr atrás dos meus sonhos. Às minhas irmãs Ariana, Viviana e Isabella, que me auxiliaram direta ou indiretamente para realizar este sonho.

Ao Dr. Leonardo Bezerra, por ter acreditado em mim e ter me mostrado que eu era capaz de realizar sonhos antes tão distantes. Pela sua disponibilidade em sempre ajudar nas incansáveis correções e treinos de apresentações, quanto por crer na interdisciplinaridade e pela defesa incansável da Fisioterapia. Pela sua dedicação na elaboração desse projeto e pela orientação.

À Margareth e a minha prima Mariana, que tão bem me acolheram, abrindo-me não apenas suas casas, mas seus corações, obrigada pelo carinho e amizade.

Ao Prof. Dr. Edmund Chada Baracatt e ao meu orientador Dr Jorge Milhem Haddad pelo tempo dedicado, pelas valiosas colaborações, sugestões e correções e por estar sempre presente, mesmo tão distante. Serei eternamente grata pela oportunidade que me foi dada.

Aos colegas do Grupo Cearense Interdisciplinar de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho pélvico, em especial a Camila Vasconcelos e Sarah Arcanjo, pelas análises, pela ajuda na coleta de dados, pelo incentivo, pelas reflexões e críticas.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.*

Cora Coralina

NORMALIZAÇÃO ADOPTADA

Esta dissertação 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 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 edição. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

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

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	2
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo Geral.....	8
2.2 Objetivos Específicos.....	8
3 MÉTODOS.....	10
3.1 Situação ética.....	10
3.2 Tipo de estudo e casuística	10
3.2.1 Critérios de inclusão.....	11
3.2.2 Critérios de não-inclusão	11
3.3 Cálculo amostral	11
3.3.1 Variáveis	11
3.4 Local.....	12
3.5 Casuística	13
3.5.1 Ficha de Avaliação Padronizada do Serviço de Uroginecologia	13
3.5.2 Questionário socioeconômico	14
3.5.3 Questionário de Qualidade de Vida Geral –SF 36	15
3.6 Procedimentos	15
3.6.1 Encaminhamento	15
3.6.2 Triagem.....	16
3.6.3 Coleta de dados	16
3.7 Análise dos dados	16
4 RESULTADOS	19
5 DISCUSSÃO.....	27
6 CONCLUSÃO	35

7 ANEXOS.....	37
7.1 ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP	37
7.2 ANEXO B - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. Cesar Cals- HGCC.....	38
7.3 ANEXO C - Termo de Consentimento Livre E Esclarecido	39
7.4 ANEXO D - Questionário de Qualidade de Vida Geral SF-36	41
8 REFERÊNCIAS	46
9 APÊNDICES	
9.1 APÊNDICE A – Ficha de avaliação padronizada do serviço de Ginecologia-HGCC e HGF e Questionário Socioeconômico	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAP	Disfunção do Assoalho Pélvico
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
QV	Qualidade de Vida
SF-36	<i>Short Form Health Survey- 36</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das mulheres com e sem DAP de acordo com variáveis sócio demográficas	19
Tabela 2	Teste de Mann-Whitney para comparação das mulheres com e sem DAP por Classe econômica com e sem DAP. Fortaleza-CE, 2014	20
Tabela 3	Teste de Mann-Whitney para comparação das características socioeconômicas do grupo com DAP e grupo sem DAP	21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos nas variáveis de qualidade de vida para SF-36	22
Gráfico 2	Teste de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para a comparação da diferença entre os as classes econômicas no grupo sem DAP (n=94) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36	22
Gráfico 3	Teste de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para a comparação da diferença entre os as classes econômicas no grupo com DAP (n=136) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36	23
Gráfico 4	Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos da mesma classe econômica (Classe B) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36	24
Gráfico 5	Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos da mesma classe econômica (Classe C) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36	24
Gráfico 6	Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos da mesma classe econômica (Classe D) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36	25

RESUMO

Rocha ABO. *Perfil socioeconômico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

A Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP) é uma condição ginecológica comum que afeta a confiança e auto-estima da mulher. A alteração é frequentemente encontrada no período pós menopausa e parece ter uma influência negativa na qualidade de vida (QV). A falta de acesso a bens materiais tem fortes associações com o conhecimento e o conceito das mulheres sobre saúde e bem-estar, bem como o impacto destas patologias na sua qualidade de vida. Muitas evidências demonstram que, em classes sociais mais baixas, há maior mortalidade e morbidade. Não existem estudos que correlacionam a classe econômica e sua interferência na qualidade de vida de mulheres com DAP. O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre classe socioeconômica e qualidade geral de vida (QV) em mulheres pós-menopausa com ou sem disfunção do assoalho pélvico (DAP). A pesquisa foi realizada no Departamento de Ginecologia de um hospital de referência no estado do Ceará, Brasil, no período outubro de 2011 a julho de 2012. As mulheres foram encaminhadas da Atenção Básica de Saúde para avaliação no setor de Uroginecologia do Hospital Geral Dr. Cesar Cals, do Departamento de Saúde do Estado do Ceará. Durante o período do estudo 230 pacientes foram incluídas, divididas em 2 grupos, Caso (com Disfunção do assoalho pélvico) e Controle (sem disfunção do Assoalho Pélvico). Utilizou-se como critérios de inclusão mulheres na pós-menopausa, sem uso de terapia hormonal nos últimos seis meses e que não apresentassem contração não inibida do detrusor comprovada pelo estudo urodinâmico. Foram comparados com mulheres sem DAP confirmado pela história clínica e exame ginecológico com as mesmas características em relação ao estado pós-menopausa. Foram utilizados para a coleta de dados socioeconômicos o questionário Critério de Classificação Econômica Brasil -

2011 (CCEB), proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) Pelo CCEB, são avaliados a escolaridade e os demais pontos são fornecidos pela quantidade de bens de consumo duráveis que a família possui (automóvel, televisão em cores, rádio, geladeira, freezer, máquina de lavar roupa, etc), pela quantidade de cômodos da casa, com ênfase no número de banheiros, e pela quantidade de empregados domésticos mensalistas que trabalham na casa. A soma desses indicadores, ou seja, o número de pontos obtidos, permite distribuir a população em classes, sendo “Classe A (30 a 34 pontos)” a mais favorecida e a “Classe E (de 0 a 5 pontos)” menos favorecida. Para avaliar a qualidade de vida nas DAP's foi utilizado o questionário da qualidade de vida geral SF-36. Foram estudadas as variáveis socioeconômicas (idade, escolaridade, classe econômica e renda), variáveis de percepção de saúde (o impacto da incontinência / prolapso, as limitações de tarefas de desempenho, limitação física, a limitação social, relações pessoais, as emoções, sono e energia e medições de gravidade). Os dados coletados foram tabulados por meio do SPSS 17.0 e analisados estatisticamente através do teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. Foram avaliadas 230 mulheres com 136 DAP e 94 sem DAP. As mulheres deste estudo pertenciam às classes B, C ou D. Comparando entre os grupos com e sem DAP, observamos que a maioria das variáveis epidemiológicas foram semelhantes, com exceção de índice de massa corporal e paridade na classe B, e para a paridade, o parto vaginal e idade em classes C e D. Quase todos os domínios do SF-36 foram estatisticamente diferentes entre os grupos com e sem DAP ($p < 0,05$), com exceção do domínio Aspectos Sociais ($p < 0,06$). Por isso as mulheres com DAP tem uma qualidade de vida geral pior do que aqueles sem DAP. No entanto, comparando mulheres com e sem DAP em cada classe socioeconômica, encontramos resultados diferentes. Mulheres de classe B com DAP tiveram piores escores do SF-36 em cinco domínios: capacidade funcional ($p < 0,05$), limitação física ($p < 0,05$), dor ($p < 0,05$), estado geral de saúde ($p < 0,05$) e aspectos emocionais ($p < 0,05$). Não houve diferenças na classe B para os domínios, vitalidade ($p = 0,08$), aspectos sociais ($p = 0,28$) e saúde mental ($p = 0,5$). As mulheres da classe C com DAP tiveram piores escores do SF-36 em todos os oito domínios do questionário ($p < 0,05$). As

mulheres da classe D com DAP tiveram piores escores do SF-36 em apenas um domínio: capacidade funcional ($p < 0,05$). Mulheres com DAP tem uma qualidade de vida em geral pior do que aqueles sem. Esses resultados foram semelhantes nas mulheres das classes B e C. No entanto, as mulheres de classe D tiveram pouca diferença entre domínios do SF-36. Estratificar as mulheres de acordo com a classe socioeconômica, possibilitou verificar que a condição socioeconômica têm um grande impacto na sua qualidade de vida, independentemente da presença de DAP. No entanto, a classe econômica não parece alterar a qualidade de vida geral em mulheres na pós-menopausa brasileiros.

Descritores: Incontinência Urinária, Assoalho Pélvico, Qualidade de vida, Classe Social, Fatores socioeconômicos; menopausa

ABSTRACT

Rocha ABO. Socioeconomic profile and quality of life in women in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

Introduction: Pelvic floor dysfunction (PFD) is a common gynecologic condition that affects patient's confidence and self-esteem. Such disturbance is frequently encountered around the menopause and have a negative influence on quality of life (QoL). Lack of access to material goods has strong associations with the women concept of health and wellness, and the impact of these pathologies in their QoL. Many evidences demonstrate that in lower social classes there are higher mortality and morbidity. There are no studies that correlate the economic class and socioeconomic factors and its interference in QoL of women with PFD. **Aims of study:** To evaluate and compare the relationship between socioeconomic class and general quality of life (QoL) in post menopausal Brazilian women with or without pelvic floor dysfunction (PFD). **Materials and Methods:** The research was conducted in two referral hospitals in the state of Ceara, Brazil in the period from October 2011 to July 2013. The Ethics Committee of the local Hospitals approved the present study. Written informed consent was obtained from the patients. Only postmenopausal women were included in the study. Women who were taking hormone therapy in the last six months or who had non-inhibited contraction of the detrusor in urodynamic were excluded from the study. They were divided in two groups: with or without complaints of pelvic floor dysfunction (urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse). The group of women without pelvic floor dysfunction was confirmed by clinical history and gynecological examination, all from the general gynecology outpatient clinic. Medical Outcomes Study 36-item short-form (SF-36), a generic QoL questionnaire, was applied to all women. The Criterion of Brazilian Economic Classification (CCEB) was used for the economic stratification of the population, according to schooling (school graduation) and possession of itens as television, car, bathroom, etc. This classification stratifies in classes from A to E, so that class A is the best social status and class E is the worst. Statistical analysis were performed with the *Statistical Package Social Science* (SPSS), version 20.0. Non-parametric Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H test and Spearman correlation coefficient were used to evaluate the statistical significance considering $p < 0.05$. Sample size calculation was performed to determine the number of women in each group and it was established that 94 women would be needed in each group to evaluate the quality of their lives. **Results:** We evaluated 230 women 136 with PFD and 94 without PFD. Women from this study belonged to classes B, C or D. Comparing between groups with and without PFD, we found that most

epidemiological variables were similar, except for body mass index and parity in class B, and for parity, vaginal delivery and age in classes C and D. Scores of almost all SF-36 domains were statistically different between groups with and without PFD ($p < 0.000$), except to social aspects ($p < 0.06$). Therefore women with PFD have a worse general QoL than those without it. However, comparing women with and without PFD in each socioeconomic class, we found different results. Women from class B with PFD had worse SF-36 scores in five domains: functional capacity ($p < 0.000$), physical limitation ($p < 0.000$), pain ($p < 0.000$), general health status ($p < 0.000$) and emotional aspects ($p < 0.000$). They did not have differences in class B for vitality ($p = 0.08$), social aspects ($p = 0.28$) and mental health ($p = 0.5$). Women from class C with PFD had worse SF-36 scores in all eight domains ($p < 0.000$). Women from class D with PFD had worse SF-36 scores in only one domain: functional capacity ($p < 0.000$). Conclusion: Women with PFD showed worse QOL in all domains of the SF-36 questionnaire compared to women without PFD. Women of pelvic floor dysfunction group included in the socioeconomic profile D class had less interference in QOL compared with women of the classes of groups B and C.

Descritores: Urinary incontinence; Pelvic Floor; Quality of life; Social class; socioeconomic factors, menopause

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A disfunção do assoalho pélvico (DAP), incluindo incontinência urinária (IU), incontinência fecal, incontinência anal e prolapso dos órgãos pélvicos (POP), é condição ginecológica comum, que acomete aproximadamente um terço das mulheres adultas. Afeta a autoconfiança e autoestima e, gera impactos negativos na qualidade de vida (QV) (Jelovsck, 2006; Espuña *et al.*, 2008; Vasconcelos *et al.*, 2013). A DAP é percebida de maneiras diferentes pelas mulheres e, pode variar de acordo com características pessoais e culturais (Seshan, 2014).

A Incontinência Urinária é uma condição na qual há perda involuntária da urina (Haylen *et al.*, 2010). Seus sintomas podem gerar impacto negativo significativo na QV ou no bem estar emocional e pode ser socialmente devastador. Observa-se ainda, considerável variedade de percepções e respostas sobre a QV entre os indivíduos acometidos (Swithbank, 1999; Abrams *et al.*, 2002).

A apresentação clínica da IU é muito diversa e pode manifestar-se de várias formas. Quando ocorre perda associada aos esforços físicos denominamos incontinência urinária de esforço (IUE). Já a perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência miccional denomina-se incontinência urinária de urgência (IUU). Por último denomina-se incontinência urinária mista (IUM) quando ocorrem as duas condições anteriores juntas (Abrams *et al.*, 2002).

No tocante aos dados relativos a gastos financeiros relacionados à IU a literatura apresenta um grande desafio. De acordo com Grosse e Sengler (2002), os custos da IU são muito difíceis de serem quantificados, haja visto que o peso nas despesas individuais de saúde depende do nível socioeconômico. Estima-se que o gasto anual com protetores íntimos em mulheres incontinentes varia de 1,2 a 2 bilhões de dólares americanos; a internação hospitalar pelas complicações da incontinência representaria

4,5 bilhões; o custo com tratamentos específicos, cirurgias, medicamentos, reeducação seria de 1 bilhão. Contudo, essas estimativas apontadas estão baseadas em estatísticas norte-americanas. No Brasil, mulheres com IU despendem em média, do próprio bolso, R\$ 2.208,00, desde o início dos sintomas até o encaminhamento para tratamento. Verificou-se que o Sistema Único de Saúde tem um gasto médio de R\$ 256,36 por mulher, para o diagnóstico e tratamento da IU. Esses custos tendem a aumentar com o crescimento da população idosa e a predominância do sexo feminino (Marques, 2015)

Outra afecção que contempla a DAP é POP, definido como a descida de uma ou mais paredes vaginais anterior e/ou posterior, útero (cérvix) ou ápice da vagina (IUGA-ICS, 2010). Incide principalmente em mulheres idosas e multíparas, porém não constitui condição exclusiva dessa faixa etária (Mant; Painter; Vessey, 1997; Samuelssen, 1999). Em alguns trabalhos o ápice de incidência ocorre entre 60 e 69 anos de idade, havendo correlação da piora do prolapso com o aumento dos anos de vida, tipo de trabalho e renda (Woodman *et al.*, 2006).

O estado de pós-menopausa influencia o aparecimento de DAP em 74,2% das pacientes. Sabe-se que o estrogênio afeta o metabolismo do colágeno e que o hipoestrogenismo interfere negativamente no metabolismo do tecido conectivo (Martins *et al.*, 2008). Essas alterações anatômicas e funcionais levam a persistente morbidade que redunde, finalmente, em desordens sociais, psicológicas, físicas e sexuais. Observa-se, portanto, óbvias interferências na QV dessas mulheres (Santana, 2010).

A QV tem definição variável e um conceito subjetivo. Estando relacionada à percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde (Proto *et al.*, 2010). Abrange várias dimensões da vida do indivíduo como atividade física, bem estar psicológico, nível de independência e relacionamento social (Fonseca *et al.*, 2005). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), QV é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais

ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1994). Ainda segundo a OMS, mulheres de diferentes países ou até de diferentes regiões dentro de um mesmo país podem apresentar percepções diferentes sobre sua QV. No Brasil, por exemplo, são notórias as diferenças sociais, econômicas e culturais entre as regiões, que devem ser consideradas ao avaliar a QV dos sujeitos.

A maioria dos estudos levantados avalia a QV das mulheres com DAP de forma separada quanto as principais afecções, utilizando questionários específicos: mulheres com IU (King's Health Questionnaire) ou mulheres com POP (Prolapse Quality of Life). Não se avalia, portanto a DAP como um todo uma vez que a ocorrência simultânea de ambas é comum. Isso, certamente, se deve ao fato de existirem questionários específicos para cada uma dessas condições. Todavia a utilização desses questionários dificulta a compreensão global do impacto da DAP na QV, pois não permite compará-la com mulheres sem DAP

A mensuração da QV de mulheres com DAP vem sendo cada vez mais valorizada (Flores, 2012). Tem sido recomendada pela ICS desde 1997 como parâmetro de sucesso do tratamento, pois a percepção subjetiva de cura é atualmente considerada tão importante quanto à avaliação objetiva. Medidas de QV devem ser incluídas em todas as pesquisas clínicas através de questionários validados, como um complemento aos tradicionais parâmetros clínicos (Blaivas *et al.*, 1997). É relevante avaliar a QV das mulheres, valorizando assim sua opinião sobre a própria condição de saúde. Fatores de ordem cultural, social, econômica e histórica de determinada região são importantes na definição do impacto das doenças sobre a percepção da QV. Até mesmo a definição de sintomas clínicos (como dor, por exemplo) e do que propriamente seria QV, podem ser distintos entre diferentes origens étnicas e culturais (Oliveira *et al.*, 2009).

As características socioeconômicas como grau de escolaridade, renda e saneamento básico podem influenciar na diferença de percepção e interferem diretamente na QV da população (Tennstedt, 2007; Barentsen,

2012). Mulheres com níveis de renda mais elevados podem ter maior acesso a informações sobre saúde, buscam mais precocemente por tratamentos e, nesse caso, apresentam estados de saúde melhores (Yue Li *et al.*, 2007). Mulheres de classes socioeconômicas mais baixas tem maior chance de adoecer, pois estão expostas a trabalhos que apresentam maiores riscos à saúde, acesso limitado a cuidados de saúde adequado e talvez possuam uma percepção ou reconhecimento tardio da DAP (Noronha, 2002; Woodman *et al.*, 2006). Com relação a escolaridade, sua influência está associada à aquisição de informações organizadas e por consequência aos processos de conhecimento e conscientização relativos à saúde, incluindo a prevenção (Portnoi, 1992). Mulheres com maior grau de escolaridade tendem a procurar mais precocemente por tratamento e apresentar menor incidência de DAP enquanto mulheres com baixa escolaridade percebem a DAP como um problema inevitável (Avellanet *et al.*, 2003; Yue Li *et al.*, 2007).

Quanto a avaliação da QV de mulheres brasileiras com DAP iremos certamente nos deparar com esses mesmos desafios. O Brasil é um país de extensão continental onde toda população fala a língua portuguesa. Entretanto, devido a peculiaridades relativas à colonização e ao desenvolvimento socioeconômico de cada região encontramos algumas diferenças marcantes, sobretudo no âmbito sociocultural. Tais diferenças associam-se a estratificações sociais distintas de economia e educação. Ou seja, mesmo fazendo parte do mesmo país e falando a mesma língua, a mulher brasileira distingue-se significativamente dentre os estados da federação e de acordo com a condição socioeconômica. Características culturais, colonização, renda, educação, influências de outras culturas, tudo isto se mistura e se distingue no Brasil. Inferiu-se que este aspecto peculiar de nossa cultura deva produzir diversos perfis de interpretação do fenômeno saúde-doença e dos critérios de caracterização de bem estar e boa QV.

Existem vários instrumentos de avaliação socioeconômica, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) constitui importante instrumento oficial de avaliação socioeconômica no Brasil. No reino unido, por exemplo, utiliza-se o NS-SEC (*National Statistics Socio-Economic Classification*) que constitui uma medida validada de classe social baseada nas condições e relações de empregabilidade (Netuveli, 2012). Nos EUA utiliza-se o *The Nam Powers Boyd Occupational Status Scores* com base em requisitos educacionais e de salário (Tennstedt, 2007). Estes critérios, de maneira geral, aos moldes de cada realidade sociocultural, objetivam agrupar os sujeitos em distintas classes ou subgrupos. O CCEB especificamente tem a função de estimar o poder de compra das famílias, foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas (ABEP, 2012).

Até o momento não encontramos na literatura nenhum estudo que associe quaisquer critérios de classificação socioeconômica e QV geral nas mulheres com DAP. Por ser uma condição que pode afetar adversamente o cotidiano, torna-se relevante, então, analisar o impacto na QV de mulheres com sintomas de DAP, em populações diferentes, de culturas diferentes e de diferentes níveis socioeconômicos.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Comparar o perfil socioeconômico e a qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico do ambulatório de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico de dois hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Fortaleza.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar a qualidade de vida geral, por meio do questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Health Survey*), em mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico;
- b) Analisar a qualidade de vida geral, por meio do questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Health Survey*), em mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico de acordo com o perfil socioeconômico;

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 Situação ética

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob o nº 156/12 de 23/05/2012 (Anexo A) e pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Geral de Fortaleza (HGF) sob nº 499/2011 (Anexo B). As mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos e método do estudo, e uma vez em concordância com o mesmo, assinaram o TCLE (Anexo C), recebendo uma cópia do mesmo.

O projeto foi registrado no *Clinical Trials* (identificador: NCT01891162).

3.2 Tipo de estudo e casuística

Estudo exploratório-descritivo e transversal, que teve amostra final de 230 mulheres na pós menopausa, sem reposição hormonal há seis meses ou mais. As mulheres foram distribuídas em dois grupos de acordo com o estado clínico.

Foram incluídas 230 mulheres na pós menopausa, 136 mulheres no grupo com DAP avaliadas no serviço de Ginecologia do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e 94 mulheres no grupo sem DAP atendidas no ambulatório de Ginecologia Geral do HGCC. São hospitais terciários e de ensino, considerados centros de referência no Estado, fazem parte da Secretaria de Saúde do Ceará. Cada um dos hospitais possui seu próprio comitê de ética mas cancelam mutuamente os estudos.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Mulheres que se encontrassem no status de pós-menopausa;
- Mulheres que não estivessem utilizando terapia hormonal nos últimos 6 meses;
- Sem contração não-inibida do detrusor comprovada pelo Estudo Urodinâmico;
- Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela mulher.

3.2.2 Critérios de não-inclusão

- Mulheres com câncer ginecológico;
- Doença do colágeno;
- Déficit cognitivo;
- Mulheres em uso de terapia hormonal.

3.3 Cálculo amostral

O cálculo da amostra foi baseado em estudo piloto com 65 mulheres com e sem DAP. Foi utilizada a mesma metodologia, questionários e critérios de inclusão e de não inclusão do atual estudo.

Foi considerado como desfecho uma pior QV nas pacientes com DAP e de pior classe econômica. Com poder de 80% e confiança de 95%. A amostra total foi de 90 mulheres estabelecida por conveniência, sendo 45 no grupo com DAP e 45 no grupo sem DAP.

3.3.1 Variáveis

Variáveis para testar homogeneidade dos grupos:

- a. Idade: entre 36 e 89 anos
- b. IMC: 18,3 a 48,4 Kg/m²
- c. Gestações: entre 0 e 28 gestações
- d. Paridade: 0 a 26 partos
- e. Partos Cesáreas: 0 a 7
- f. Partos vaginais: 0 a 25
- g. Abortamento: 0 a 5

Variáveis dependentes:

- a. Qualidade de Vida: avaliada entre os grupos com e sem DAP
- b. Classe Econômica: avaliado a escolaridade em anos de estudo e da posse de itens domésticos como televisão em cores, radio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, DVD, geladeira e freezer ou geladeira duplex.
- c. Renda: valor recebido pelo provedor da família somado a qualquer outra renda que contribua com o ganho mensal familiar (pensão, trabalho autônomo como diarista, bombeiro, auxiliar de pedreiro, vendedora ambulante, sacoleira, etc).

3.4 Local

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico de dois hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC) e Hospital Geral de Fortaleza (HGF). São hospitais terciários e de ensino, considerados centros de referência no Estado. As mulheres são encaminhadas por livre demanda através das unidades básicas de saúde, no período de outubro de 2012 a outubro de 2013.

3.5 Casuística

3.5.1 Ficha de Avaliação Padronizada do Serviço de Uroginecologia

A Ficha de avaliação padronizada do serviço de Uroginecologia-HGCC e HGF (Apêndice A) contém questões para identificação da paciente (idade, paridade, IMC), para a coleta de dados clínicos e pessoais, exame físico padronizado para avaliação do POP (POP-Q) (Abrams *et al.*, 2002), além da história ginecológica, obstétrica e características das DAP como a IU e/ou POP.

As mulheres selecionadas para o grupo sem DAP não apresentavam nenhum sintoma clínico compatível com DAP (IU ou POP) e as mulheres do grupo estudo apresentavam sintomas clínicos compatíveis com DAP (IU ou POP). Foram considerados sintomas de POP o relato na anamnese de sensação de algo caindo ou descendo pela vagina ou a sensação de bola vaginal, pressão ou sensação de enchimento pélvico em ortostase ou em raros casos necessidade de compressão digital da vagina ou períneo para facilitar a micção ou evacuação. A caracterização do POP foi realizada pelo exame físico padronizado como citado acima (BUMP *et al.*, 1996).

Já o diagnóstico clínico da IU consistia da queixa de perda involuntária de urina associada ou não aos esforços físicos como tossir, espirrar (BUMP *et al.*, 1996). Todas as mulheres que apresentavam IU realizaram EUD para avaliação e diagnóstico objetivo. Aquelas que apresentavam CNI do detrusor durante enchimento vesical ou que apresentavam alterações neurológicas compatível com bexiga neurogênica foram excluídas do estudo.

Constam também áreas dedicadas ao preenchimento de dados referentes a ao questionário socioeconômico (Apêndice A) e questionários de qualidade de vida, incluindo o questionário de QV geral SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey) (Anexo D) utilizado nessa pesquisa. O questionário, tanto na sua publicação original quanto na sua versão validada para o português, é auto administrável. Entretanto, devido à alta taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional em nossa

população, optamos, após estudo piloto inicial, pela aplicação do questionário realizada pelo mesmo pesquisador. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, com discrição, seguindo absolutamente a mesma sequência de perguntas e entonações pelo pesquisador

3.5.2 Questionário socioeconômico

O questionário socioeconômico utilizado foi o CCEB (Apêndice A), um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento da posse de itens para diferenciar a população. Tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida é de classes econômicas. Foi o pioneiro no uso de critérios padronizados de classificação socioeconômica no Brasil (ABEP,2003).

O CCEB é baseado no Levantamento Sócio Econômico (LSE) do IBOPE. O mesmo é capaz de ajudar os profissionais dos mais diversos setores a estimar a capacidade de consumo dos domicílios, auxiliando a tomada de decisões e desenvolvimento de produtos de acordo a necessidade dos consumidores de cada classe econômica. Desde 1997 o mercado brasileiro se uniu com o CCEB, tornando-se padrão nacional. Pelo CCEB, a escolaridade do chefe da família vale de 0 a 5 pontos; os demais pontos são fornecidos pela quantidade de bens de consumo duráveis que a família possui (automóvel, televisão em cores, rádio, geladeira, freezer, máquina de lavar roupa, etc.), pela quantidade de cômodos da casa, com ênfase no número de banheiros, e pela quantidade de empregados domésticos mensalistas que trabalham na casa. A soma desses indicadores, ou seja, o número de pontos obtidos, permite distribuir a população em classes, sendo a “Classe A (de 30 a 34 pontos)” a mais favorecida e a “Classe E (de 0 a 5 pontos)”, a menos favorecida, ou seja, quanto maior pontuação melhor classe econômica.

3.5.3 Questionário de Qualidade de Vida Geral –SF 36

O Questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*) é um instrumento genérico de avaliação de QV, de fácil administração e compreensão, porém não tão extenso quanto os anteriores. Tal instrumento foi validado e traduzido no Brasil por Ciconelli *et al.* em 1999, é um questionário genérico que avalia aspectos da QV que estão diretamente relacionadas à saúde do indivíduo. O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens que avaliam oito conceitos (ou dimensões) de saúde: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. A pontuação é dada em cada um dos domínios separadamente, não há um escore geral, são atribuídos valores numéricos para todas as respostas, que são somadas e avaliadas por domínio. Os valores variam de zero a 100, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida referente àquele domínio.

3.6 Procedimentos

3.6.1 Encaminhamento

Todas pacientes na pós menopausa do Ambulatório de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico do HGCC e do HGF foram acompanhadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por médicos, fisioterapeutas e enfermeiras. Os médicos fizeram a avaliação inicial e exame físico e, as pacientes foram encaminhadas para fisioterapeutas e enfermeiras que faziam a aplicação dos questionários socioeconômico (CCEB) e de qualidade de vida geral (SF-36).

3.6.2 Triagem

Foi realizada uma triagem por meio da queixa clínica de DAP - IU e/ou POP e do ICIQ-SF (*International Consultation On Incontinence Questionnaire - Short Form*). Realizou-se exame físico com POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*) com intuito de constatar se as pacientes pré-selecionadas apresentavam as características para a sua inclusão em um dos grupos analisados.

3.6.3 Coleta de dados

Para diagnóstico da DAP, utilizou-se a queixa clínica da paciente de “bola na vagina” ou de “perda de xixi” e objetivamente utilizou-se o exame ginecológico com POP-Q e o estudo urodinâmico, feito pelo médico do setor, acompanhado da pesquisadora.

A avaliação incluiu o preenchimento de uma ficha de avaliação padronizada do serviço de Ginecologia-HGCC e HGF (Apêndice A) que contém questões para identificação da paciente, para a coleta de dados clínicos e pessoais como a história ginecológica e obstétrica, características da DAP como a IU e/ou POP. Constam também áreas dedicadas ao preenchimento de dados referentes ao questionário socioeconômico (Apêndice A) e o questionário de QV geral SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*) (Anexo D).

3.7 Análise dos dados

Os dados foram processados no programa *Statistical Package Social Science* (SPSS, versão 20.0). Para os dados quantitativos foi utilizado, inicialmente o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar se os dados a serem analisados estavam distribuídos de acordo com os padrões de normalidade.

Para verificar a associação entre os grupos estudados e os dados quantitativos, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney U*. Para as variáveis idade e IMC e para os domínios do SF-36: capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade aspectos sociais e saúde mental utilizou o teste *t*, por serem estas as variáveis com distribuição normal. O valor de significância *estatística* foi estabelecido em 5% ou $p < 0,05$. Para as variáveis com mais de dois grupos, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Na análise de descrição da amostra geral foram avaliadas 230 mulheres, sendo 94 do grupo com DAP e 136 do grupo sem DAP, assim distribuídas: Grupo com DAP, 18 (13,3%) mulheres pertenciam à Classe B, 69 (50,7%) à Classe C e 49 (36,0%) à Classe D. No Grupo sem DAP, 13 (13,8%) pertenciam à Classe B, 46 (48,9%) à Classe C e 35 (37,3%) à Classe D (Tabela1). Não houve mulheres das Classes “A” e “E” em ambos os grupos. Nota-se que a Classe dominante em ambos os grupos foi a Classe C, com 48,9%, no grupo com DAP e 50,7% no Grupo sem DAP.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres com e sem DAP de acordo com variáveis sócio demográficas

	Grupo com DAP*		Grupo sem DAP*	
	%	N	%	N
B	13,8	18	13,3	13
C	48,9	69	50,7	46
D	37,3	49	36,0	35
Total	100,0	136	100,0	94

*DAP-Disfunção do Assoalho Pélvico

Na Tabela 2, observamos a divisão das mulheres dos grupos caso e controle de acordo com a classe econômica. Houve diferença estatística somente no IMC e número de gestações na Classe B entre os grupos; e na idade, número de gestações e número de partos vaginais entre as Classes C e D.

Tabela 2 – Teste de Mann-Whitney para comparação das mulheres com e sem DAP por Classe econômica. Fortaleza-CE, 2014

CCEB ¹	Grupos	Com DAP ³	sem DAP ³	P*
		Md/Dp	Md/Dp	
Class B	Idade	57,5 ± 10,1	53,1 ± 7,6	0,27
	IMC ²	29,4 ± 3,8	25,2 ± 3,6	0,00*
	Gestações	4,1 ± 3,4	2,0 ± 1,6	0,02*
	Partos	3,6 ± 3,5	1,9 ± 1,6	0,09
	Parto cesárea	0,7 ± 1,4	0,6 ± 0,9	0,88
	Parto vaginal	2,8 ± 2,4	1,3 ± 1,5	0,06
	Aborto	0,5 ± 0,7	0,0 ± 0,2	0,05
	Renda média	2012,50 ± 1662,39	1817,00 ± 816,38	0,88
Class C	Idade	60,1 ± 9,6	54,4 ± 5,6	0,00*
	IMC	28,8 ± 4,6	28,2 ± 5,1	0,40
	Gestações	5,0 ± 3,8	2,7 ± 1,9	0,00*
	Partos	4,3 ± 3,4	2,3 ± 1,8	0,00*
	Parto cesárea	0,4 ± 0,6	0,7 ± 1,2	0,11
	Parto vaginal	3,8 ± 3,5	1,5 ± 1,7	0,00*
	Aborto	0,6 ± 1,0	0,3 ± 0,7	0,05
	Renda média	1115,20 ± 739,81	1056,41 ± 585,44	0,80
Classe D	Idade	62,3 ± 9,2	55,9 ± 7,2	0,00*
	IMC	27,4 ± 4,8	26,9 ± 5,2	0,43
	Gestações	6,6 ± 4,9	3,9 ± 2,7	0,00*
	Partos	5,8 ± 4,7	3,3 ± 2,5	0,01*
	Parto cesárea	0,1 ± 0,4	0,4 ± 0,6	0,01*
	Parto vaginal	5,2 ± 4,7	2,8 ± 2,6	0,01*
	Aborto	0,5 ± 0,8	0,5 ± 0,8	0,14
	Renda média	820,00 ± 630,19	680,31 ± 478,90	0,17

*DAP-Disfunção do Assoalho Pélvico

Em relação à média das variáveis quantitativas, a idade etária foi de 55 anos (± 6,7 anos) no grupo com DAP e 60,9 (± 9,6) no Grupo sem DAP. Nota-se que o grupo com DAP apresenta idade superior com diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 3).

A renda média foi de R \$ 1.022,36 e R\$ 1.108,70 no grupo sem e com DAP respectivamente ($p=0,684$). Observa-se que a renda média das mulheres sem DAP foi inferior ao das mulheres com DAP mas sem significância estatística (Tabela 3).

Com relação a escolaridade, a média de anos de estudo foi de 7,1 ($\pm 3,8$) no Grupo sem DAP, variando entre 2º grau incompleto (7 anos de estudo) e 2º grau completo (10,9 anos). No Grupo com DAP a média foi ainda mais baixa, 5,6 anos ($\pm 3,9$ anos), variando entre o 1º grau completo e incompleto. Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação a escolaridade ($p=0,008$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Teste de Mann-Whitney para comparação das características socioeconômicas do grupo com DAP e grupo sem DAP

Variável	Grupo sem DAP* n= 94		Grupo com DAP* n= 136		p-valor
	Mediana	Desvio padrão	Mediana	Desvio Padrão	
Renda	1 022,36	682,6	1 108,7	936,6	0,684
Pontos CCEB	16,1	5,2	15,7	5,4	0,579
Anos de estudo	7,1	3,8	5,6	3,9	0,008
Idade	55,0	6,7	60,9	9,6	0,000

*DAP-disfunção do assoalho pélvico

Quando avaliamos a QV geral por meio do SF-36 observamos que as pacientes do Grupo com DAP tiveram scores inferiores em todos os domínios o que infere um significativo impacto na qualidade de vida. Houve diferença estatisticamente significativa em quase todos os domínios ($p=0,000$) (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos nas variáveis de qualidade de vida para SF-36

*Teste de Kruskal Wallis H – $p < 0,05$

Quando analisamos apenas o Grupo sem DAP e relacionamos a “Classe econômica” com a QV, observamos diferença estatística nos domínios Capacidade Funcional e Aspectos Físicos, apenas entre Classe B e D. Classes bem distintas (Gráfico 2)

Gráfico 2 - Teste de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para a comparação da diferença entre os as classes econômicas no grupo sem DAP (n=94) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36

*Kruskal Wallis H – $p < 0,05$

No grupo com DAP, apenas o Domínio Estado Geral de Saúde apresentou diferença estatística, entre as Classes C e D (Gráfico 3)

Gráfico 3 - Teste de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para a comparação da diferença entre os as classes econômicas no grupo com DAP (n=136) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36

* Kruskal- Wallis H – $p < 0,05$

Quando avaliamos cada classe econômica separadamente, correlacionando Grupo com DAP e Grupo sem DAP e sua qualidade de vida, por meio do SF-36, observou-se que na Classe B, o grupo com DAP apresentou pior QV em todos os domínios, houve diferença estatística em 5 dos 8 domínios, incluindo Capacidade Funcional, Limitação Física, Dor, Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos da mesma classe econômica (Classe B) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36

*Mann-Whitney U < 0,05

Na Classe C, houve diferença estatística em todos os domínios quando comparamos mulheres com e sem DAP. As mulheres com DAP tiveram escores mais baixos, inferindo pior QV (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos da mesma classe econômica (Classe C) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36

*Mann-Whitney U < 0,05

Quando analisamos na Classe D, apenas o domínio Capacidade Funcional apresentou diferença estatística entre os Grupos com e sem DAP (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Teste de Mann-Whitney para a comparação da diferença entre os grupos da mesma classe econômica (Classe D) nas variáveis de qualidade de vida para o SF-36

*Mann-Whitney U < 0,05

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A disfunção do assoalho pélvico (DAP) pode gerar impacto negativo na QV e no bem estar emocional das mulheres podendo ser socialmente devastador. (Swithinbank,1999). A mensuração da QV de mulheres com DAP vem sendo cada vez mais valorizada e tem sido recomendada pela ICS como parâmetro de sucesso do tratamento. Ajuda ainda a selecionar e monitorar problemas psicossociais das pacientes demonstra a percepção da população sobre diferentes problemas de saúde e mede os resultados das intervenções médicas (WHOQOL Group, 1994. Por outro lado, o impacto das doenças sobre a percepção da QV sofre marcada influência de fatores de ordem cultural, social e econômica.

O nível de renda e escolaridade das mulheres pode interferir no acesso a informações sobre saúde e na precocidade de busca por tratamentos (Avellanet *et al.*, 2003; Yue Li *et al.*, 2007). Mulheres de classes socioeconômicas mais baixas podem ter maior chance de adoecer, pois estão expostos a trabalhos que apresentam maiores riscos à saúde, acesso limitado a cuidados de saúde adequado e talvez possuam uma percepção ou reconhecimento tardio da DAP (Noronha, 2002; Woodman *et al.*, 2006). Estabelecer relação de ter ou não DAP e a relação com fatores socioeconômicos com a QV pode expressar melhor a dimensão desta afecção. Nenhum estudo comparou QV e critérios de Classificação econômica nas mulheres com e sem DAP.

No presente estudo, tentamos estabelecer relação entre a classificação socioeconômica de mulheres com e sem DAP e sua QV, de acordo com questionários validados. Foram avaliadas 230 mulheres, a maioria pertencia à classificação econômica “C” em ambos os grupos. Nas mulheres com DAP 48,9% e sem DAP, 50,7%. Esse dado encontra-se em concordância com dados da população brasileira, de acordo com a pesquisa “Observador Brasil 2012’ do Governo Federal, que mostra serem os brasileiros na maior parte

pertencentes a classe “C” (54,0%). Estando a minoria (22%) nas classes mais altas, A e B (Portal BRASIL, 2012). Segundo Morgan (2011) e Yue Li (2007) pertencer a classes econômicas baixas pode levar ao aumento do risco do desenvolvimento de algumas doenças. Isto parece se justificar como consequência de privação social e material, menor conhecimento e busca por prevenção e controle das doenças tornando-se assim um problema de política de saúde. Tal achado pode nos levar a inferir que, de fato, lidamos com populações de diferentes estratos sociais. Deste modo a relação saúde-doença na perspectiva da avaliação da DAP pode sofrer interferências de acordo com a classe econômica da mulher.

No Brasil poucos estudos avaliaram a condição socioeconômica e sua relação com as manifestações clínicas da DAP. Em geral, as análises até então existentes, tem se concentrado em avaliações exclusivas da IU ou do POP. Brito *et al.* (2012) realizaram um estudo transversal com 780 mulheres com IUE em São Luiz, (MA) onde a maioria também se encontrava na classe C. Mas as classes econômicas mais acometidas com IU foram a Classe D/E (19,2%), reforçando que os fatores socioeconômicos estão relacionados ao aparecimento ou ao desenvolvimento da DAP, devido ao menor conhecimento e busca por prevenção. Entretanto, não foi observada relação significativa entre fatores socioeconômicos e a presença da queixa clínica de IUE.

Reforçando os achados de Brito, Guarisi *et al.* (2001) também não encontraram relação entre prevalência de IU e fatores socioeconômicos, em um estudo desenvolvido em Campinas (SP) com 456 mulheres. Entretanto, em ambos não houve avaliação da QV das mulheres.

O nosso estudo é pioneiro na avaliação de grupos sociais distintos pela Classificação Econômica Brasil. Os dados sugerem que as mulheres com DAP, apresentam pior qualidade de vida em todos os domínios avaliados pelo SF-36. Isto nos leva a inferir que, semelhante a outras doenças crônicas, a DAP por si só, interfere e influencia negativamente na qualidade de vida. Em nosso estudo, avaliou-se a DAP de uma forma conjunta, e observou-se diferença significativa entre todos os domínios do questionário

de QV geral utilizado quando comparamos as mulheres com e sem DAP, exceto no domínio Aspectos Sociais que abrange por exemplo, ir à igreja, reunião ou a uma festa, além do convívio com os amigos. Hagglund *et al.* (2001) avaliou 511 mulheres com IU através do SF-36 e observou diferença em todos os domínios do questionário quando comparou mulheres com e sem IU, o que corrobora com nossos achados. Segundo Silva Filho e Costa (2008) 50% da saúde geral dependem do componente físico (funções físicas, limitações devido à saúde física, dor, percepção do estado geral de saúde) e 50% do componente de saúde mental (vitalidade, funções sociais, limitações por problemas emocionais, saúde mental). No estudo de Silva Filho (2008) e Navarro (2012), as mulheres com IU apresentaram maior prejuízo em seu componente mental do que nos componentes físicos, o que contradiz nossos achados. Onde, o domínio Aspecto Social, que é parte do componente mental, foi o único domínio onde não houve diferença significativa entre as mulheres com e sem DAP, demonstrando não haver prejuízo em seu convívio social e em seu componente mental, de acordo com esse domínio.

Ao correlacionarmos o perfil socioeconômico pelo critério de classificação econômica Brasil (CCEB) e os escores de QV encontramos dados muito intrigantes. Quando avaliamos as mulheres com DAP, observamos diferença entre as classes econômicas B, C ou D para os escores dos domínios do SF-36 apenas no domínio Estado Geral de Saúde. As mulheres nesta condição apresentaram todas baixos escores de QV geral, independente da classe econômica. Todas têm escores médios de QV pelo SF-36 pior do que as mulheres sem DAP. Assim, nas mulheres com DAP o fato de todas terem escores igualmente baixos em todas as classes econômicas sugere que sua QV é geralmente baixa. A relação de pobreza e riqueza, ou escolaridade, ou seja, ter diferente classe econômica para as mulheres com DAP não parece interferir na avaliação da QV. Deste modo podemos inferir que, ter DAP, parece impactar tão negativamente na QV geral, que as mulheres da Classe B, C ou D não se diferenciaram quanto a este aspecto. Ainda nas mulheres com DAP, observamos apenas para o

domínio Estado geral de saúde, que representa a sua percepção em relação a saúde, diferença significativa entre as Classes Econômicas ($p=0,004$). Isto é corroborado com os achados de alguns estudos anteriores onde a classe econômica da mulher interferiu na sua avaliação da qualidade de vida. (Kocaoz, 2010, Barentsen; Netuveli, 2012).

Brito *et al.* (2012) não encontraram relação entre o grau de escolaridade, em anos de estudo, com o aparecimento ou desenvolvimento de IUE após análise multivariada. Em estudo similar no município de Campinas (SP), utilizando o mesmo questionário, também não foi encontrado nenhum fator socioeconômico associado com IUE (Guarisi, 2001). Tennstedt *et al.* (2007), por outro lado, avaliando 655 mulheres com IU observou pior qualidade de vida específica utilizando o questionário *Incontinence Impact Questionnaire* (IIQ) nas mulheres que tinham pior classe social. Eles basearam esse estudo no nível educacional e na expectativa salarial. Nesse estudo a classe econômica parece ser um fator determinante na piora da qualidade de vida específica.

Ao analisarmos as mulheres com DAP dentro de cada classe econômica e compararmos com as mulheres sem DAP dessa mesma classe, naquelas da classe B encontramos diferença significativa dos escores de QV do SF-36 para alguns domínios. Dentre eles, a função física, analisadas pelos domínios Capacidade Funcional (por exemplo, caminhar, correr, levantar e carregar peso) ($p=0,000$), Aspectos Físicos ($p=0,000$) (por exemplo, limitações nas atividades diárias normais como o trabalho, as tarefas domésticas e na escola e problemas físicos). Observamos ainda para o domínio da Dor ($p=0,000$), Estado geral de saúde ($p=0,000$) e Aspectos emocionais ($p=0,002$). Demonstra, deste modo, que na classe econômica B a presença de DAP interfere significativamente na QV das mulheres. Na Classe C observamos diferença significativa dos escores de QV do SF-36 para todos os domínios, ou seja, as mulheres com DAP, nesta classe, também apresentavam pior QV que as mulheres sem DAP. Encontramos dados extremamente diferentes ao analisarmos as mulheres da classe econômica D. Quando comparamos neste grupo as mulheres com DAP

versus as sem DAP só houve diferença significativa para os escores de QV para um único domínio: Capacidade funcional. Diferentemente do ocorrido nas classes B e C na classe D as mulheres com DAP e sem DAP não apresentaram diferenças significativas para os demais domínios do SF-36. Tiveram portanto, escores similares, porém muito baixos.

Infere-se que as mulheres da classe menos privilegiada (classe D) que apresentaram pior QV, podem executar trabalhos normalmente mais pesados, exigindo mais esforços físicos das mulheres. Ou, ainda, como a classe econômica é avaliada através dos bens duráveis e da escolaridade em anos de estudo, a Classe D, apresenta provavelmente menos anos de estudo. Assim, apesar do questionário utilizado em nosso estudo para avaliação da QV ser auto administrável, validado no Brasil e de fácil compreensão, devido à alta taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional esse pode não ter sido entendido ou bem interpretado pelas mulheres, e assim não ter sido capaz de reproduzir a QV das mesmas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educação no Brasil, 2002)

Netuvelli *et al.* (2012) em estudo com 7377 participantes avaliando a qualidade de vida e sua relação com as condições de emprego observou-se uma relação direta. A relação de empregabilidade e condições de trabalho segundo os autores é o que define de forma objetiva o status social. De forma subjetiva esse pode ser mensurado através de múltiplas dimensões como status socioeconômico e posição social de trabalho. Assim, quanto pior o status pior a qualidade de vida. No entanto, o status social subjetivo para os autores, é o que melhor define a relação dessa influência com a qualidade vida.

Os resultados de nosso estudo apoiam a percepção que a classe econômica influencia a percepção saúde-doença pois está relacionada ao papel dessas mulheres na sociedade, no mundo em que vivem, são relações tão complexas e completamente não entendidos no momento atual e que, além disso, as variáveis socioeconômicas, etiológicas e psicossociais desempenham papel mais importante na QV do que na própria DAP.

Entre as limitações do nosso estudo foi a pequena população, pois foi feito um estudo presencial, com exame físico e estudo urodinâmico em todas as mulheres tornando inviável a pesquisa em uma população muito grande, ao contrário dos trabalhos feitos via correio ou telefone que possuem uma grande amostra, mas não são feitos exames clínicos. Além disso não tivemos mulheres de todas as classes econômicas, por termos realizado nosso trabalho em um hospital vinculado ao Sistema único de Saúde (SUS), a demanda de “classe A” foi nula, assim como, a “classe E” pois, supomos ser uma classe de nível cultural, econômico e social tão baixo que a percepção saúde-doença dessas mulheres é quase nula, e o acesso ao sistema de saúde é inviável. No entanto, em vista dos resultados conflitantes descritos na literatura no que se refere à relação do Perfil Socioeconômico e a QV de mulheres com e sem DAP este estudo fornece informações importantes.

Estratificar as mulheres por classe econômica evidenciou que as mulheres podem ter percepções distintas em relação à qualidade de vida. Esses resultados foram semelhantes nas mulheres das classes B e C. No entanto, as mulheres de classe D tiveram pouca diferença nos domínios do questionário de qualidade de vida geral SF-36. Sendo assim, não parece haver alteração na qualidade de vida geral apesar de haver maior impacto nas mulheres com DAP do que naquelas sem DAP.

Com este trabalho, será possível desenvolver estratégias diferentes para a prevenção da DAP, de acordo com as características socioeconômicas. Considerando seus fatores de risco e suas condições sociais, os profissionais de saúde poderão abordar as principais queixas referidas durante a consulta ambulatorial e promover a reintegração laborativa e social das mulheres acometidas.

Este estudo não objetivou esgotar a temática da DAP relacionada às classes econômicas e sua repercussão na QV. Pelo contrário, resta ainda um leque de questionamentos e indagações a serem investigadas. Diante de um tema de tamanha abrangência e da escassez de estudos, é necessário aprofundar a avaliação da QV de mulheres com DAP e seus fatores sociais

e econômicos, com o intuito de possibilitar um planejamento que certamente vai conferir uma eficácia maior na atenção à saúde das mulheres.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

- A qualidade de vida geral foi inferior em todos os domínios do questionário SF-36 nas mulheres com disfunção do assoalho pélvico.
- As mulheres do grupo com disfunção do assoalho pélvico incluídas na classe D do perfil socioeconômico tiveram menor interferência na QV em comparação com as mulheres dos grupos das classes B e C.

7 ANEXOS

7.1 ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP

MEDICINA
USP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23/05/2012, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 156/12 intitulado: "PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES COM E SEM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA" apresentado pelo Departamento de OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Jorge Milhem Haddad
Pesquisador (a) Executante: Adriana Bombonato de Oliveira Rocha

CEP-FMUSP, 23 de Maio de 2012.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep@fmed.usp.br

7.2 ANEXO B - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. Cesar Cals- HGCC

Hospital Geral
Dr. César Cals

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

**HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER DO CEP

Data da aprovação: 04 de novembro de 2011
Protocolo do CEP: 499/2011
Título do projeto: **PERFIL SÓCIO- ECONÔMICO E QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES COM E SEM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**
Pesquisador Responsável: **Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra**

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, o CEP analisou as modificações apresentadas no referido projeto e declara aprovadas

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP.

Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo
Coordenador do CEP HGCC

7.3 ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL	
1. NOME :	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :	SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: //.....	
ENDEREÇO	N.....APTO:
BAIRRO:	CIDADE:
CEP:	TELEFONE:DDD(.....).....
2. RESPONSÁVEL LEGAL	
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :	SEXO: M ☐ F ☐
DATANASCIMENTO:..... /..... /.....	ENDEREÇO:..... Nº
APTO:..... BAIRRO:..... CIDADE:.....	
DADOS SOBRE A PESQUISA	
1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Perfil sócio-econômico das mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico no município de Fortaleza e sua qualidade de vida.	
PESQUISADOR: Adriana Bombonato Oliveira Rocha	
CARGO/FUNÇÃO: Fisioterapeutas INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 146104-F	
2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:	
RISCO MÍNIMO X	RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐	RISCO MAIOR ☐
3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos	

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa comparar o perfil sócio-econômico das mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico no município de Fortaleza e avaliar sua qualidade de vida.

Para a coleta de dados serão realizadas entrevistas de acordo com a rotina de investigação através da ficha de avaliação médica do serviço de Ginecologia do Hospital Geral César Cals. As pacientes também serão submetidas à avaliação funcional do assoalho pélvico utilizando a escala de Oxford (AFA) e Ortiz (PERFECT), avaliação com perineômetro de pressão da marca Peritron e questionários de qualidade de vida- King's Health Questionnaire-KHQ, Prolapse Quality of Life e Ficha Sócio-Econômica adaptada do CCEB/2011.

Trata-se de uma entrevista para aplicação de questionários de forma individual onde não haverá risco de constrangimento para as mulheres que participarem da pesquisa.

Não haverá benefício direto para as pacientes. Os benefícios serão que, a partir dos resultados deste estudo, obter-se-ão novos conhecimentos a cerca do perfil das mulheres Cearenses que apresentam IU ("perde urina" ou "molha a calça") e /ou prolapso de órgãos pélvicos ("bola saindo pela vagina"), bem como, sua relação com a qualidade de vida e o nível sócio-econômico das pacientes, na cidade de Fortaleza.

Esses conhecimentos poderão servir a toda comunidade científica que, ao associar com outras descobertas, poderão direcionar o tratamento adequado e multiprofissional às mulheres com disfunção do assoalho pélvico.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Adriana Bombonato que podem ser encontradas no endereço Av. Imperador, 545- Centro Fortaleza/Ce. Telefone(85) 99922260.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Imperador, 225 – tel: 85 31015347.

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;

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição.

As pacientes envolvidas terão garantia de que os dados coletados somente serão utilizados nessa pesquisa

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Perfil sócio-econômico das mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico no município de Fortaleza e avaliar sua qualidade de vida".

Eu discuti com o Dra. Isabella Frota e Adriana Bombonato sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data / /

Assinatura da testemunha Data / /

Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

7.4 ANEXO D - Questionário de Qualidade de Vida Geral SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Geral -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, *et al.* 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.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2003 (acessado 2005 Mar 10); 3p. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.

Avellanet M, Fiter M, Cirera W, Coll M. Prevalence of urinary incontinence in Andorra: impact on women's health. *BMC Women's Health* 2003;3:5.

Barentsen JA, Visser E, Hofstetter H, Maris AM. Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: a population-based study as part of a randomized controlled trial in primary care. *Health and Qual Life Outcomes.* 2012;10:153-60.

Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, Leach G, Mcguire EJ, Resnick NM. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the urodynamic. Urodynamic Society. *Neurol Urodynamics.* 1997;16:145-7.

Brito LGO, Brito LMO, Chein MBC, Malheiros ESA, Duarte TB, Pinto-Neto AM. Stress urinary incontinence in climacteric women in a northeastern Brazilian municipality: a household survey. *Int Urogynecol J.* 2012;23:639-645.

Ciconelli RM, Feraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39 (3): 143-150.

Espuña PM, Puig CM, Gonzáles AM, Zairdan PC, Rebollo AP. Cuestionário para evaluación de la función sexual em mujeres com prolapso genital y/o incontinência. validación de la version española Del "Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)". *Actas Urol Esp.* 2008;32 (2):211-19.

Flores C, Pizarro J. Calidad de vida em mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(3):175-82.

Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, Girão MJBC. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(5):235-42.

Grosse E, Sengle J. *Reeducação perineal: concepção, realização e transcrição prática liberal e hospitalar*. São Paulo: Manole, 2002.

Hagglund D, Walker-engstrom ML, Larsson G, Leppert J. Quality of Life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80:1051-1055.

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. 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.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educação no Brasil, 2002 [acessado 20 Jun 2014]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge-teen/pesquisas/educacao.html>).

Jelovsck JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapsed have decrease body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1455-61.

Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104(5):579-85.

Marques LP, Schneider IJC, Giehll MWC, Antes DL, d'Orsil E. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):595-606.

Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Relação entre classe econômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(Sup 2):2089-96.

Navarro SA, Navarrete-Reyes AP, Grados-Chavarría BH, García-Lara JMA, Amieva H, Ávila-Funes JÁ. The Severity of Urinary Incontinence Decrease Health related Quality of Life among Community-Dwelling Elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2012. November; 67(11):1266–1271.

Netuveli G, Bartley M. Perception is reality: effect of subjective versus objective socio-economic position on quality of life. *Sociology*, 2012.46(6):1208-15.

Noronha KVMS, Andrade MV. *Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2002.

Oliveira MS, Tamanini JTN, Cavalcanti GA. Validation of the Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QoL) in Portuguese version in Brazilian women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(10):1191-202.

Portal BRASIL, 2012. Economia e Emprego: Classe C é a maioria da população do Brasil. [acessado 10 jan 2016] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/03/classe-c-passou-a-ser-maioria-da-populacao-brasileira-em-2011>.

Portnoi AG. *Stress e disfunção dolorosa da articulação temporomandibular: relação entre as variáveis psicossociais do stress e a manifestação da intensidade dos sintomas da disfunção dolorosa da articulação temporomandibular* [Dissertação]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1992.

Proto RS, Rehder JRCL, Angelucci RI, Machado Filho, CDAS, Paixão, MT. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2010;85(6):939-41.

Samuelssen EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs og genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(2PT 1):29-305.

Santana GWRM. *Validação para português do questionário sexual para incontinência urinária /prolapso de órgãos pélvicos (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire –PISQ-12)*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa – SP, 2010.

Seshan V, Muliira JK. Dimensions of the impact of urinary incontinence on quality of life of affected women: a review of the English literature. *Int J of Urol Nurs*. 2014;8(2):62-70.

Silva Filho EA, Costa AM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(3):113-120.

Swithinbank LV, Abrams P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol*, 1999;17(1):225-9.

Tennsted SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S, et al. Quality of life in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(5):543-9.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9.

Vasconcelos M, Lima E, Caiafa L, Noronha A, Cangussu R, Gomes S, et al. Voiding dysfunction in children. Pelvic-floor exercises or biofeedback therapy: a randomized study. *Pediatr Nephrol*. 2006;21(12):1858-64.

Woodman P, Swift SE, O'Bole AM, Valley MT, Bland DR, Kahn MA, Schaffer JI. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(4):340-5

Yue LI, Cai X, Glance LG, Mukamel DB. Gender differences in Healthcare-seeking behavior for urinary incontinence and impact of socioeconomic status. *Med Care*. 2007;45(11):1116-22.

9 APÊNDICES

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A – Ficha de avaliação padronizada do serviço de Ginecologia-HGCC e HGF e Questionário Socioeconômico

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assolho Pélvico

Avaliação pré-operatória

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO						SPSS
Data: ____/____/____		1. Prontuário: _____				1- _____
2. Zona: 1- Urbana 2- Rural						2- _____
3. Idade: _____						3- _____
4. Profissão atual: 1- Do lar 2- serviços gerais 3- agricultora 4- costureira 5- aposentada. Da atividade: _____						4- _____
6 - vendedora 7 - professora 8 - outras: _____						5- _____
5. Estado civil: 1-solteira 2- casada/união estável 3-divorciada 4- viúva						6- _____
6. Escolaridade da mulher: _____ anos de estudo (analfabeta=0/Ens.Fund.Completo[1ª-8ªsérie]=9 anos/ Ens.Méd.Completo[1ª-3ªsérie do 2º grau]=12 anos)						
7. PONTOS A: _____ (Analfabeta até a 3ª série do 1º Grau = 0/ Até a 4ª série do 1º grau = 1/ Até a 8ª série completa = 2 /Ensino médio completo = 4/ Superior completo = 8)						
AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA						
13. Renda familiar total (somando com o bolsa família, se for o caso): R\$ _____						
Avaliação da posse de itens (CCEB 2011)						
Quantidade	0	1	2	3	4	
TV em cores	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	
Rádio	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	
Banheiro	0 pontos	4 pontos	5 pontos	6 pontos	7 pontos	13- _____
Automóvel	0 pontos	4 pontos	7 pontos	9 pontos	9 pontos	
Empregada mensalista	0 pontos	3 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos	
Máquina de lavar	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	
Vídeo cassete e/ou DVD	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	
Geladeira	0 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos	
TOTAL DE PONTOS B						
15. Avaliação da classe social (SOMAR PONTOS A E PONTOS B): _____						15- _____
16. Classe: 1- A1 (42-46) 2- A2 (35-41) 3- B1 (29-34) 4- B2 (23-28) 5-C1 (18-22) 6- C2 (14-17) 7- D (08-13) 8- E (00-07)						16- _____

ANAMNESE	
17. Queixa principal: (, ,) 1- "Bola na vagina" 2- Perda de urina 3- Urinar muito 4- Outras: _____	17- _____
Expressão da paciente: _____	
HDA: _____	
ICIQ – SF (Tamanini, J.T.N. et al)	
18. Com que frequência você perde urina? 0-nunca 1-uma vez/semana ou menos 2- duas ou três vezes/semana 3- uma vez/dia 4- diversas vezes/dia 5- o tempo todo	
19. Qual a quantidade de urina que você pensa que perde? 0-nenhuma 2- pequena quantidade 4- moderada quantidade 6- grande quantidade	18- _____
20. Quanto a perda de urina interfere em sua vida diária? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=não interfere 10= interfere muito)	19- _____
21. ICIQ SCORE: (Somar os resultados 18+19+20 = _____)	20- _____
22. Quando você perde urina (assinale as alternativas que se aplicam à paciente)? () 1- Nunca () 2- Perco antes de chegar ao banheiro () 3- Perco quando tusso ou espirro () 4- Perco quando estou dormindo () 5- Perco quando estou fazendo atividades físicas () 6- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo () 7- Perco sem razão óbvia () 8- Perco o tempo todo	21- _____
INVESTIGAÇÃO SOBRE AS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL	
23. Nº de micções diurnas (da hora que acorda até antes de dormir): _____	
24. Nº de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?): _____	
25. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços	23- _____
26. Urgência (Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	24- _____
27. Noctúria (Nº de micções noturnas ≥3)? 0 – Não 1- Sim	25- _____
28. Urge-incontinência (queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	26- _____
29. Enurese noturna (queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim	27- _____
30. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim	28- _____
31. Quantos forros vaginais você usa por dia? _____ (Escreva 0, caso não utilize forros)	29- _____
32. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual	30- _____
33. Dificuldade de iniciar micção (queixa-se de atraso para iniciar a micção – hesitação)? 0 – Não 1- Sim	31- _____
34. Disúria? 0 – Não 1- Sim	32- _____
35. Força para iniciar a micção? 0 – Não 1- Sim	33- _____
36. Polaciúria (Nº micções diurnas ≥ 7vezes)? 0 – Não 1- Sim	34- _____
37. Sensação de esvaziamento incompleto (a bexiga não esvaziou completamente após a micção)? 0 – Não 1- Sim	35- _____
38. Hematúria? 0 – Não 1- Sim	36- _____
39. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim	37- _____
40. ITU recorrente (No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses)? 0 – Não 1- Sim	38- _____
41. Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio)	39- _____
42. Incontinência fecal? 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3- "mancha a calcinha"	40- _____
	41- _____
	42- _____

Se a paciente referir incontinência fecal, AVALIAR O GRAU DE INCONTINÊNCIA DE JORGE & WEXNER (Escore mínimo = 0, escore máximo = 20)					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Geralmente	Sempre
43. Perda para sólidos	0	1	2	3	4
44. Perda para líquidos	0	1	2	3	4
45. Perda para gases	0	1	2	3	4
46. Uso de fraldas/forro	0	1	2	3	4
47. Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4
48. TOTAL					

49. Classificação do grau de incontinência: 0- Não tem 1- Leve (0-7 pts) 2- Intermediária (8-13 pts) 3- Grave (14-20 pontos)

50. Você tem urgência fecal (Desejo súbito de defecar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim

51. Constipação (Movimentos intestinais infrequentes e/ou necessidade frequente de esforço ou ajuda manual para defecar)? 0 – Não 1- Sim

Se a paciente referir constipação, preencher ESCORE DE JORGE & WEXNER DE CONSTIPAÇÃO (Escore mínimo = 0, escore máximo = 30)					
	1-2 x em 1-2 dias	2x/semana	1x/semana	< 1x/sem	< 1x/mês
52. Frequência intestinal	0	1	2	3	4
53. Dificuldade: (Esforço evacuatório)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
54. Sensação evacuatória incompleta	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
55. Tempo: min no lavatório (tentativa para evacuar)	< 5' 0	5 - 10' 1	10 - 20' 2	20 - 30' 3	> que 30' 4
56. Auxílio: (tipo de auxílio para evacuar)	Sem auxílio 0	Laxativos estimulantes 1		Auxílio digital, enema ou ducha 2	
57. Tentativas para evacuar sem sucesso em 24h	Nunca 0	1-3 1	3-6 2	6-9 3	> 9 4
58. Duração da constipação (anos)	0	1-5 1	5-10 2	10-20 3	>20 4
59. Dor abdominal (não relacionada à evacuação)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
60. TOTAL					

61. Classificação do grau de constipação: 0- Não tem constipação 1- Discreta (0-10) 2- Moderada (11-20) 3- Intensa (21-30)

62. Sensação de bola na vagina? 0 – Não 1- Sim

63. Frouxidão vaginal? 0 – Não 1- Sim

PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO	
DUM: ____/____/____	
64. Está na menopausa? 0 – Não 1- Sim 2- Não dá para saber (histerectomizada)	
65. Tempo de pós-menopausa: _____ (meses) (Coloque 0, se não estiver na menopausa)	
66. Uso de TH atualmente (há < 6 meses): 0 – Não 1- Sim	
67. G: _____	68. P: _____
69. A: _____	
70. Partos vaginais: _____	
71. Partos fórceps: _____	
72. Partos cesarianos: _____	
73. Maior peso RN: _____ gramas () Não lembra

74. Antecedentes Clínicos: 0-Nenhum 1-Diabetes 2-HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse crônica 6- Outros: _____			74- _____
75. Medicamentos em uso: 0- Nenhum 1- Diuréticos 2-Ansiolíticos 3- Anticolinérgicos 4- Outros : _____			75- _____
76. Antecedentes Cirúrgicos: 0-Nenhum 1-Sling 2-"Perineoplastia" (KK) 3- HTA 4- HTV 5- CP 6- CPP 7- Outros: _____			76- _____
77. Antecedentes Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4- Outro: _____			77- _____
78. Você tem história familiar de prolapso? 0- Não 1- Sim 2- Não Lembra			78- _____
79. Fumante: 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente			79- _____
80. Se já fumou ou fuma, duração do tempo de fumante? _____ (meses)			80- _____
81. Nº de cigarros por dia: _____ (não coloque carteira de cigarro, mas o nº de cigarros por dia)			81- _____
EXAME FÍSICO			
82. Vulva: 0- Normal 1- Atrófica			82- _____
83. Laceração perineal: 0-Ausente 1- Pele 2- Cutâneo-mucosa 3- Músculo-aponeurótica			83- _____
84. Aa	85. Ba	86. C	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Estágio (ICS, 1996) (pelo maior ponto de prolapso)</p> <p>93. 0 () I () II () III () IV ()</p> <p>94. () 1- Ba () 2- Bp () 3- C () 4-D</p> </div>
87. HG	88. CP	89. CVT	
90. Ap	91. Bp	92. D	
Assinatura do examinador do POP-Q: _____			
95. Perda urinária ao esforço solicitado? 0- Não 1- Em jato 2- Em gotas			95- _____
96. Foi sincrônica? 0 – Não 1- Sim 2 – Não se aplica (não perdeu urina durante o esforço solicitado)			96- _____
97. Houve perda com a redução do prolapso? 0 – Não 1-Sim 2 – Não se aplica (não tem prolapso)			97- _____
98. A paciente apresenta sensibilidade perineal? 0 – Não 1-Sim			98- _____
99. A paciente apresenta reflexo anal? 0 – Não 1-Sim			99- _____
100. Peso _____ Altura _____ 1-[≤ 18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)]			100- _____
101. IMC: _____ Kg/m ² classe: _____ 4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[≥40 (Obesidade3-mórbida)]			101- _____
110. DIAGNÓSTICO CLÍNICO (Descreva todos os compartimentos): 0 – Normal (não tem IU nem POP)			110- _____
INCONTINÊNCIA: 0- Não tem IU 1- IUE 2-UI (Perda involuntária de urina associada à urgência) 3- IUM (Perda de urina associada à urgência e com o esforço físico) 4- BH (Urgência urinária, geralmente acompanhada por frequência e noctúria, com ou sem UI, na ausência de ITU ou outra patologia óbvia) 17 – IUE OCULTA (diagnosticada após EUD)			
PROLAPSO ANTERIOR: 5- PPVA I 6- PPVA II 7- PPVA III 8- PPVA IV 0- Sem PPVA			
PROLAPSO POSTERIOR: 9- PPVP I 10-PPVP II 11- PPVP III 12- PPVP IV 0- Sem PPVP			
PROLAPSO APICAL: 13- P. APICAL I 14-P. APICAL II 15- P. APICAL III 16-P. APICAL IV 0- Sem POP APICAL			
Ass. do Médico Responsável pelo atendimento

Avaliação da Fisioterapia	
102. AFA: _____ () Não se aplica, pois _____	
103. P: _____	
104. E: _____	
105. R: _____	
106. F: _____ Assinatura _____ Data: ____/____/____	
RESULTADO DO EXAME URODINÂMICO (PRÉ-OPERTÓRIO)	
Data da realização : ____/____/____	
FLUXOMETRIA/ ESTUDO FLUXO-PRESSÃO	
112. Curva: 0- Normal 1- Anormal	112. _____
113. Fluxo Máximo: _____ ml/segundo	113. _____
114. Fluxo Médio: _____ ml/segundo	114. _____
115. Tempo de fluxo: _____ segundos	115. _____
116. Pressão de abertura do detrusor: _____ cmH ₂ O	
117. Pressão vesical no fluxo máximo: _____ cmH ₂ O	
CISTOMETRIA	
118. Volume residual: _____ ml	118. _____
119. Capacidade Vesical (CV) durante a 1ª sensação: _____ ml	119. _____
120. Capacidade Cistométrica Máxima (CCM): _____ ml	120. _____
121. Complacência: _____ ml/cmH ₂ O	
122. Perda de urina ao esforço: 0-Não 1-Sim: _____ ml	
123. Pressão de Perda: _____ cmH ₂ O	123. _____
124. Urgência: _____ ml 125. Urge-incontinência: _____ ml	
126. Presença de contrações não inibidas: () 0- Não 1- Sim: _____ ml	126. _____
Ass. do responsável pela coleta dos dados: _____

Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico

Avaliação pré-operatória

CHECK-LIST PARA REALIZAÇÃO DO PAD TEST PRÉ-OPERATÓRIO		SPSS
Data da realização : ____ / ____ / ____		
ORIENTAÇÃO	Marque um X	
✓ Orientar a paciente a esvaziar a bexiga espontaneamente		
127. Pesar o absorvente antes do teste: _____ g		127. _____
128. Medir o resíduo pós-miccional após cateterismo : _____ ml		128. _____
✓ Infundir 250ml de Água destilada ou SF 0,9%		
129. Realizar teste de esforço (tosse ou valsalva): Perde urina? 0-Não 1-Sim		129. _____
✓ Pedir para a paciente SALTAR 10 vezes		
✓ Pedir para a paciente AGACHAR 10 vezes		
✓ Pedir para a paciente TOSSIR 10 vezes		
✓ Pedir para a paciente MANOBRA DE VALSAVA 10 vezes		
✓ Subir e descer 5 degraus 10 vezes		
✓ Caminhar durante 10 minutos		
✓ Lavar as mãos em água corrente durante 1 minuto		
130. Pesar o absorvente após o teste: _____ g		130. _____
DIFERENÇA ENTRE O PESO PÓS E PRÉ TESTE		
131. RESULTADO DO PAD-TEST: 0-Negativo 1- Positivo		131. _____
 _____ Ass. do responsável pela coleta dos dados

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF – 36)						SPSS
DATA: ____/____/____ (Quanto > o escore, melhor a qualidade de vida)						
ESTADO GERAL DE SAÚDE						
132- Em geral você diria que sua saúde é:						
1-Excelente (5,0) 2-Muito Boa (4,4) 3-Boa (3,4) 4-Ruim (2,0) 5- Muito Ruim (1,0)						
133- O quanto é verdadeiro ou falso é cada uma das seguintes afirmações para você?						
	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso	
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5	
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1 (5,0)	2(4,0)	3	4(2,0)	5(1,0)	
Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5	
Minha saúde é excelente	1 (5,0)	2(4,0)	3	4(2,0)	5(1,0)	
TOTAL						
134- DOMÍNIO ESTADO GERAL DE SAÚDE=						134- _____
[(VALOR QUESTÃO 132+ TOTAL DA QUESTÃO 133) – 5] X 100 / 20						
CAPACIDADE FUNCIONAL						
Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?						
Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum			
Atividades Rígorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3			
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3			
Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3			
Subir vários lances de escada	1	2	3			
Subir um lance de escada	1	2	3			
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3			
Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3			
Andar vários quarteirões	1	2	3			
Andar um quarteirão	1	2	3			
Tomar banho ou vestir-se	1	2	3			
TOTAL						
135- DOMÍNIO CAPACIDADE FUNCIONAL=						135- _____
[(VALOR QUESTÃO – 10) X 100] / 20

LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS						
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?						
	Sim	Não				
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2				
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2				
TOTAL						
136- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. FÍSICOS = $\frac{[(\text{VALOR QUESTÃO} - 4) \times 100]}{4}$						
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS						
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?						
	Sim	Não				
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2				
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2				
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2				
TOTAL						
137- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. EMOCIONAIS = $\frac{[(\text{VALOR DA QUESTÃO} - 3) \times 100]}{3}$						
ASPECTOS SOCIAIS						
138- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?						
1- De forma nenhuma (5,0) 2- Ligeiramente (4,0) 3- Moderadamente (3,0) 4- Bastante (2,0) 5- Extremamente (1,0)						
139- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?						
1- Todo tempo 2- Maior parte do tempo 3- Alguma parte do tempo 4- Pequena parte do tempo 5- Nenhuma parte do tempo						
140- DOMÍNIO LIMITAÇÃO ASPEC. SOCIAIS = $\frac{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 138} + \text{QUESTÃO 139}) - 2] \times 100}{8}$						
VITALIDADE						
Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.						
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6
TOTAL						
141- DOMÍNIO VITALIDADE = $\frac{[(\text{VALOR DA QUESTÃO} - 4) \times 100]}{20}$

DOR						
142- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? 1- Nenhuma(6,0) 2- Muito leve(5,4) 3- Leve(4,2) 4- Moderada(3,1) 5- Grave(2,2) 6- Muito grave(1,0)						
143- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)? 1- De maneira alguma 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Bastante 5- Extremamente						
A resposta da questão 143 depende da nota da questão 142				Se a questão 142 não for respondida, o escore da questão 143 passa a ser o seguinte:		
Se 142 = 1 e se 143 = 1, o valor da questão é (6)				Se a resposta for (1), a pontuação será (6)		
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 1, o valor da questão é (5)				Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)		
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 2, o valor da questão é (4)				Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)		
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 3, o valor da questão é (3)				Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)		
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 4, o valor da questão é (2)				Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)		
Se 142 = 2 à 6 e se 143 = 3, o valor da questão é (1)						
TOTAL=						
144- DOMÍNIO DOR = _____ <div style="text-align: center;">$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 142} + \text{QUESTÃO 143}) - 2] \times 100\} / 10$</div>						
SAÚDE MENTAL						
Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.						
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1 (6,0)	2(5,0)	3(4,0)	4(3,0)	5(2,0)	6(1,0)
TOTAL						
145- DOMÍNIO SAÚDE MENTAL = _____ <div style="text-align: center;">$\{[(\text{VALOR DA QUESTÃO 19}) - 5] \times 100\} / 25$</div>						
Ass. do Responsável pelo preenchimento dos dados						