

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
CURSO DE FISIOTERAPIA**

Amanda Zanella de Mello

**PERFIL DAS PACIENTES DA
FISIOTERAPIA PÉLVICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO QUANTO À
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Porto Alegre

2019

Amanda Zanella de Mello

**PERFIL DAS PACIENTES DA
FISIOTERAPIA PÉLVICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO QUANTO À
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em fisioterapia

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Laureano Paiva

Pesquisadores: Dr. José Geraldo Lopes Ramos,

Me. Marina Petter Rodrigues

Me. Caroline Darski

Porto Alegre

2019

**PERFIL DAS PACIENTES DA
FISIOTERAPIA PÉLVICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO QUANTO À
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Conceito Final:

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora - Prof^ª Dr^ª Luciana Laureano Paiva

Avaliadora – Me. Suzana Mallmann

Avaliadora – Prof^ª Dr^ª Angela Ghisleni

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, que apesar das dificuldades, esteve presente para me dar incentivo e ser minha base de apoio emocional.

À minha orientadora, por me apresentar a fisioterapia pélvica e pela orientação que permitiu que esse estudo acontecesse.

Ao meu grupo de estágio, que alegrou meus dias nesse ano intenso.

Aos meus amigos de coração, por proporcionarem momentos maravilhosos de diversão e suporte sentimental, quando necessário.

Aos meus amigos de quatro patas, por retribuírem tão bem o carinho que eu tenho o prazer em lhes dar.

Ao grupo de fisioterapia pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ser um grupo tão acolhedor e disposto a ensinar, pelos aprendizados e pelo companheirismo.

À todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram com o desenvolvimento do trabalho ou me deram incentivo e apoio para que ele pudesse ser concluído.

DEDICATÓRIA

À minha irmã Alice.

“A cada porta que se fecha, uma nova se abre
Permitindo que saibamos
Que essas páginas virarão para sempre
Com lições que iremos aprender”

Alex Band

RESUMO

Introdução: O assoalho pélvico é formado por músculos e fáscias e tem a função de dar suporte aos órgãos internos. Um assoalho pélvico debilitado e enfraquecido pode resultar em disfunções sexuais, prolapso urogenitais, incontinência fecal, incontinência urinária entre outros. A incontinência urinária é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina e pode afetar seriamente a qualidade de vida de quem convive com essa condição. Os maiores problemas decorrentes da incontinência urinária relacionam-se ao bem-estar social e mental, afetando significativamente a qualidade de vida. A fisioterapia pélvica é considerada pela International Continence Society como padrão-ouro no tratamento da incontinência urinária. O objetivo desse estudo é descrever o perfil das pacientes avaliadas no ambulatório de fisioterapia pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em relação a qualidade de vida e disfunções do assoalho pélvico. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo que foi realizado a partir da análise de prontuários das pacientes atendidas no Ambulatório de Fisioterapia pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de janeiro de 2015 à maio de 2019. A população que foi utilizada no estudo é não intencional probabilística e é composta pelos prontuários das pacientes atendidas no ambulatório. Foram excluídos do estudo prontuários de pacientes que já estejam realizando tratamento pela fisioterapia pélvica. Foram coletadas as seguintes informações: idade, região de procedência, número de gestações, tipo de parto, cirurgias ginecológicas, presença ou não de episiotomia e do uso de fórceps, presença ou não de prolapso urogenital, queixa principal, grau de força da musculatura do assoalho pélvico (MAP), escore do questionário de qualidade de vida International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), presença ou não de constipação intestinal, índice de massa corporal (IMC), menopausa, reposição hormonal, medicamentos de uso e tratamento fisioterapêutico indicado. As informações foram tabeladas em um banco de dados do Excel. **Resultados:** No total, foram analisados 413 prontuários de pacientes. Entre eles, a mediana da idade foi de 57 anos(17-87), a média do Índice de massa corporal (IMC) foi 30,49 kg/m² ($\pm 5,82$), 43,6% das pacientes tinham prolapso de órgãos pélvicos, 27,4% pacientes apresentavam grau 3 de força na escala de Oxford modificada, 58,1% prontuários apresentaram como queixa principal a IUM, 58,8% da pacientes haviam sido encaminhadas para o tratamento de exercícios e orientações em grupo e 40% dos prontuários apresentaram escore do ICIQ-SF classificado como severo. **Conclusão:** Analisando os dados citados foi possível descrever o perfil da população que chega até o ambulatório, enriquecendo a literatura relacionada à área da fisioterapia pélvica e permitindo o delineamento de estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes para esse público.

Palavras-chaves: assoalho pélvico, incontinência urinária, qualidade de vida, fisioterapia pélvica.

ABSTRACT

Introduction: The pelvic floor is made up of muscles and fascias and has the function of supporting the internal organs. A weakened pelvic floor can result in sexual dysfunction, urogenital prolapses, fecal incontinence, urinary incontinence among others. Urinary incontinence is defined as the complaint of any involuntary loss of urine and can seriously affect the quality of life of those living with this condition. The major problems arising from urinary incontinence are related to social and mental well-being, significantly affecting the quality of life. Pelvic physiotherapy is considered by the International Continence Society as the gold standard in the treatment of urinary incontinence. The aim of this study is to describe the profile of patients evaluated at the pelvic physiotherapy outpatient clinic of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre regarding pelvic floor muscle functionality and quality of life.

Materials and methods: This is a descriptive retrospective study that will be performed from the analysis of medical records of patients treated at the Pelvic Physiotherapy Outpatient Clinic of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, from January 2015 to May 2019. The population used in this study is unintentional probabilistic and is composed of the medical records of the patients treated at the outpatient clinic. Records of patients already undergoing treatment by pelvic therapy were excluded from the study. The following information were collected: age, region of origin, number of pregnancies, type of birth, gynecological surgeries, presence or absence of episiotomy and use of forceps, presence or absence of urogenital prolapse, main complaint, degree of pelvic floor muscle strength, quality of life score International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), presence or absence of constipation, body mass index, menopause, hormone replacement, medications for use and indicated physiotherapy treatment.. The information were tabulated in an Excel database.

Results: In total, 413 patient records were analyzed. Among them, the median age was 57 years (17-87), the average body mass index (BMI) was 30.49 kg/m² (\pm 5.82), 43.6% of the patients had pelvic organs prolapse, 27.4% of patients had a grade 3 strength on the modified Oxford scale, 58.1% of medical records had as their main complaint the IUM, 58.8% of the patients had been referred for group exercises and guidance and 40% of the medical records had an ICIQ-SF score classified as severe.

Conclusion: Analyzing the cited data it was possible to describe the profile of the population that reaches the outpatient clinic, enriching the literature related to the area of pelvic physiotherapy and allowing greater knowledge to the physiotherapists who work in it.

Keywords: pelvic floor, urinary incontinence, quality of life, pelvic physiotherapy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	12
MATERIAIS E MÉTODOS	14
População e amostra	14
Procedimentos de coleta e análise	14
Análise Estatística.....	15
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO.....	22
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A – LEGENDAS	36
ANEXOS.....	37

APRESENTAÇÃO

Este estudo trata-se do Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção da graduação em Fisioterapia. Seu objetivo geral foi descrever o perfil das pacientes com disfunções do assoalho pélvico (DAP) do Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este estudo apresenta um delineamento descritivo, retrospectivo, de base populacional, onde foram analisados os prontuários de 413 pacientes com DAP avaliadas no ambulatório.

O artigo será submetido à publicação na Revista Ciência & Saúde coletiva, por essa razão sua formatação está redigida de acordo com as normas de publicação da mesma. A revista Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva.

**PERFIL DAS PACIENTES DA
FISIOTERAPIA PÉLVICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO QUANTO À
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Amanda Zanella de Mello¹, Caroline Darski², José Geraldo Lopes Ramos³, Marina Petter Rodrigues² Luciana Laureano Paiva⁴

1 Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UFRGS.

2 Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; Aluna de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

3 Docente do curso de Medicina da UFRGS; Doutor em Ciências Médicas – UFRGS

4 Docente do Curso de Fisioterapia da UFRGS; Doutora em Gerontologia Biomédica – PUCRS; Coordenadora do Projeto de Extensão Fisioterapia na Saúde da Mulher – HCPA.

Local de desenvolvimento do estudo:

Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Contato:

Telefone: (54) 991008362

Email: amandazanellam@gmail.com

RESUMO

Introdução: O assoalho pélvico (AP) é formado por músculos e fáscias e tem a função de dar suporte aos órgãos internos. Mudanças estruturais ocasionam as disfunções do assoalho pélvico (DAP), como a incontinência urinária (IU). O objetivo desse estudo é descrever o perfil das pacientes do Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em relação às DAP e qualidade de vida. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e documental. A população foi do tipo não intencional probabilística. Analisou-se os prontuários das pacientes do Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do HCPA, de janeiro de 2015 a maio de 2019, coletando o perfil das pacientes, paridade, DAP, função dos músculos do AP, IMC, QV, entre outros. **Resultados:** Totalizou 413 prontuários. A mediana da idade foi de 57 anos(17-87), a média do IMC foi 30,49 kg/m² ($\pm 5,82$), 43,6% apresentavam prolapsos, 27,4% grau 3 de força na escala de Oxford modificada, 58,1% IU mista, 40% o impacto na QV foi severo e 58,8% foram encaminhadas para Fisioterapia Pélvica em grupo. **Conclusão:** Foi possível identificar as principais características dessa população feminina com IU atendidas em um hospital público, permitindo o delineamento de estratégias fisioterapêuticas mais eficazes e resolutivas.

Palavras-chaves: incontinência urinária, qualidade de vida, fisioterapia pélvica.

ABSTRACT

Introduction: The pelvic floor (PA) is formed by muscles and fascias and has the function of supporting the internal organs. Structural changes cause pelvic floor dysfunction (PAD), such as urinary incontinence (UI). The aim of this study is to describe the patient profile of the Pelvic Physiotherapy Outpatient Clinic of the Porto Alegre Hospital de Clínicas (HCPA), in relation to PAD and quality of life. **Materials and methods:** This is a descriptive, retrospective and documentary study. The population was unintentional probabilistic type. The medical records of the HCPA Pelvic Physiotherapy Outpatient Clinic from January 2015 to May 2019 were analyzed, collecting patient profiles, parity, PAD, AP muscle function, BMI, QL, among others. **Results:** Totalized 413 records. The median age was 57 years (17-87), the mean BMI was 30.49 kg / m² (\pm 5.82), 43.6% had prolapses, 27.4% grade 3 strength on the Modified Oxford, 58.1% mixed UI, 40% had a severe impact on QoL and 58.8% were referred for pelvic group therapy. **Conclusion:** It was possible to identify the main characteristics of this female population with UI treated in a public hospital, allowing the design of more effective and resolute physiotherapeutic strategies.

Keywords: urinary incontinence, quality of life, pelvic physiotherapy.

INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico feminino é composto por músculos, fâscias e ligamentos que juntos atuam para dar suporte aos órgãos pélvicos, como a bexiga, útero e intestino. Segundo estudo de Moen¹, para que a função muscular do assoalho pélvico seja adequada, o valor avaliado pela escala de Oxford deve ser maior ou igual a 3. Um assoalho pélvico enfraquecido e debilitado predispõe a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico, dentre elas a incontinência urinária (IU)¹.

A IU é definida pela *International Continence Society* (ICS) como qualquer perda involuntária de urina, podendo ser classificada como incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM)². Segundo Fitz³ e Minassian⁴, os fatores de risco para a ocorrência da IU são a gravidez, paridade, constipação crônica, tosse crônica, condição pós-menopausal, idade, obesidade, cirurgias pélvicas, uso de medicamento e outras comorbidades.

Reconhecida como um problema de etiologia multifatorial, a IU afeta milhões de pessoas em todo o mundo, interferindo em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais, sexuais e ocupacionais, influenciando na qualidade de vida da mulher e família^{5,6}. A IU é a disfunção do assoalho pélvico mais comumente relatada e afeta um terço das mulheres adultas durante a vida³. De acordo com o estudo de revisão sistemática de Justina⁷ em 22 estudos encontrados, a prevalência de IU feminina no Brasil variou entre 5,8% e 72%.

Paiva et al⁸, por meio de uma revisão sistemática sobre IU em idosos no Brasil, concluíram que há uma alta prevalência maior entre as mulheres, sendo a IUM o tipo mais prevalente; apesar disso, ainda recebe pouca atenção. Segundo Minassian³, apenas 25% da população que apresenta essa condição procura tratamento, e metade dessa recebe os cuidados necessários. Muitas mulheres acabam por não procurar tratamento, pois creem que a perda de

urina é uma condição natural e inevitável do envelhecimento, porque acham irrelevante falar sobre esse assunto com o médico, ou sentem-se constrangidas ao serem examinadas por médicos, entre outros motivos⁹.

As pacientes com IU podem apresentar dificuldade de frequentar lugares públicos, visitar amigos e família e manter uma vida sexual estável¹⁰. No estudo de Senra e Pereira¹¹ foi encontrado que a perda de urina menos grave foi associada à maior satisfação sexual e menos uso de religião e autculpabilização como estratégias de enfrentamento. Além disso, há uma negação maior para a realização de uma relação sexual, por razões como perda de urina durante a relação, diminuição da libido, vergonha e depressão. Podem surgir também disfunções sexuais como dispareunia¹². A IUM, quando comparada à IUE e IUU, é mais severa e apresenta um impacto maior na qualidade de vida das mulheres³.

A Fisioterapia Pélvica é considerada padrão ouro no tratamento da IU feminina pela ICS devido à sua eficácia já comprovada. Além disso, tem um baixo custo quando comparado ao tratamento cirúrgico, por ser um tratamento conservador e não invasivo, apresenta menos riscos e contraindicações para as pacientes.

Este estudo tem como objetivo traçar o perfil das pacientes do Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e irá proporcionar um amplo conhecimento sobre as características das pacientes atendidas quanto às disfunções do assoalho pélvico feminino e impacto na qualidade de vida. As informações advindas com o presente estudo permitirão conhecer melhor as características dessa população feminina e por sua vez delinear estratégias mais resolutivas para identificar e tratar as DAP.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo apresenta um delineamento descritivo, retrospectivo, documental e de base populacional.

População e amostra

Este é um estudo de base populacional, onde a população foi composta pelos prontuários das pacientes avaliadas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do HCPA no período compreendido entre janeiro de 2015 a maio de 2019. Os prontuários de pacientes que já estivessem realizando tratamento com a Fisioterapia Pélvica foram excluídos. Os prontuários incompletos foram mantidos.

Procedimentos de coleta e análise

Foram coletados dados dos prontuários de todas as pacientes que foram atendidas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do HCPA no período de janeiro de 2015 a maio de 2019. Informações referentes à idade, índice de massa corporal (IMC), história obstétrica, cirurgias ginecológicas, prolapso de órgãos pélvicos (POP), queixa principal de IU, grau de força da musculatura do assoalho pélvico (MAP), qualidade de vida em relação à IU, constipação intestinal, história menopausal, reposição hormonal, medicamentos em uso e tratamento fisioterapêutico indicado foram coletadas e armazenadas em um banco de dados criado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Número CAAE: 17116619200005327) e foi autorizado por meio do Termo de Consentimento Institucional anexado ao final do presente trabalho (Anexo 4).

Análise Estatística

A estatística descritiva dos dados quantitativos paramétricos foi expressa por média e desvio-padrão e dos dados não-paramétricos por mediana e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas foram expressas em frequência absoluta e percentual. Foi realizado o teste Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados. O programa utilizado para a análise estatística foi o SPSS versão 18.0.

RESULTADOS

No total, foram analisados 413 prontuários das pacientes do Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do HCPA. Os dados extraídos dos prontuários das pacientes serão apresentados na tabela 1.

A idade variou de 17 a 87 anos, com uma mediana de 57 (17-87), e a média do IMC foi 30,49 kg/m² ($\pm 5,82$).

Quanto à região de procedência, 46,6% residiam em Porto Alegre, 36,6% residiam no interior e 17,7% na região metropolitana.

Quanto ao prolapso de órgãos pélvicos, 43,6% das pacientes apresentavam o diagnóstico médico de pelo menos um tipo de POP.

No que diz respeito às cirurgias ginecológicas, 48,4% das pacientes realizaram pelo menos uma cirurgia e 11,1% foram histerectomias.

Em relação ao grau de força da musculatura do assoalho pélvico, a maioria das pacientes apresentava grau 3 de força na escala Oxford modificada (27,4%), seguido do grau de força considerado 0 (21,1%).

Das 413 pacientes, 70,7% estavam na menopausa e apenas 10,4% delas estavam ou já haviam realizado tratamento hormonal pós-menopáusicas.

Sobre o uso de medicamentos, 84,7% das pacientes faziam uso contínuo de pelo menos um medicamento; dessas, 59,6% faziam uso de medicamento anti-hipertensivo, 36,8%

utilizavam antidepressivos, 22% utilizavam diuréticos, 18,9% utilizavam medicamentos próprios para incontinência urinária e 15,5% faziam uso de medicamentos para diabetes mellitus.

Com relação à paridade, 3,9% das pacientes eram nulíparas, 9,9% eram primíparas e 28,6% eram múltíparas de duas gestações; 57,6% das pacientes foram identificadas como múltíparas de três ou mais gestações. Quanto ao tipo de parto, 81,4% das pacientes realizaram parto normal.

Das mulheres que realizaram parto normal, 45,8% realizaram pelo menos uma episiotomia. Em relação ao uso de fórceps no parto, 14,8% das mulheres tiveram o uso do fórceps em pelo menos um parto. Os dados da história obstétrica das pacientes serão apresentados na tabela 2.

Em relação à queixa principal de cada paciente, a prevalência foi de IUM (58,10%), seguida da IUE (24,70%) e IUU (8%), conforme apresentado no gráfico 1.

Quanto ao escore do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), 40% das pacientes apresentaram um escore classificado como impacto severo e 20% apresentaram impacto moderado na QV, como mostra o gráfico 2.

Das 413 pacientes avaliadas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica, 58,8% foram encaminhadas para o tratamento em grupo e 22,8% foram encaminhadas para tratamento individual, como está exposto no gráfico 3.

Tabela 1. Características das pacientes avaliadas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do HCPA

Variáveis	Total (N=431)
Idade (anos) - md (mínimo - máximo)	57,00 (17,00 - 87,00)
IMC – me (dp) Válidos n(n%) INO	30,49 (±5,82) 363(87,9) 50(12,1)
Prolapso de órgãos pélvicos - n(n%) Não Sim	233 (56,4) 180 (43,6)
Cirurgia ginecológica - n(n%) Não Sim	213 (51,6) 200 (48,4)
Tipo de cirurgia - n(n%) Burch Sling Perineoplastia Histerectomia Outras Mais de uma INO Não se aplica	2 (0,5) 14 (3,4) 19 (4,6) 46 (11,1) 74 (17,9) 41 (9,9) 4 (1,0) 213 (51,6)
Força da musculatura do assoalho pélvico - n(n%) 0 1 2 3 4 5 Não informado	87 (21,1) 55 (13,3) 76 (18,4) 113 (27,4) 51 (12,3) 5 (1,2) 26 (6,3)
Menopausa - n(n%) Não Sim	121 (29,3) 292 (70,7)
Tratamento hormonal pós-menopausa - n(n%) Não Sim INO	354 (85,7) 43 (10,4) 16 (3,9)
Constipação intestinal - n(n%) Não Sim INO	194 (47,0) 128 (31,0) 91 (22,0)
Uso de medicamentos - n(n%) Não Sim	63 (15,3) 350 (84,7)

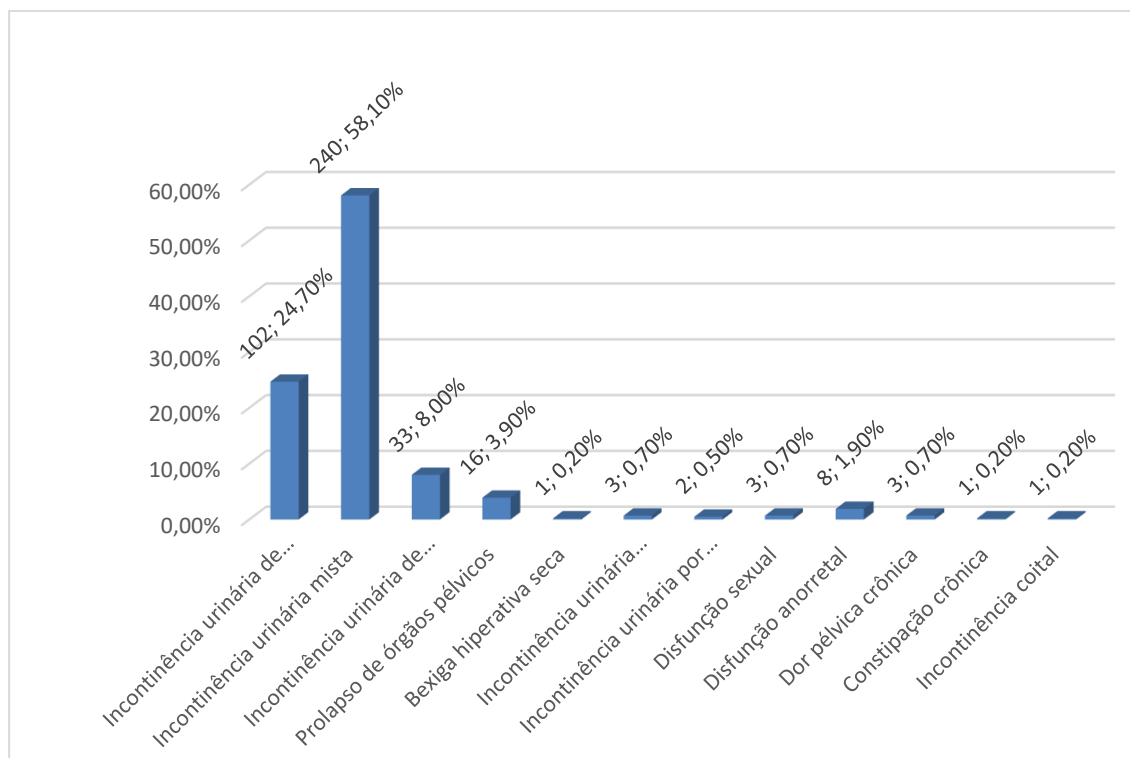
n- frequência absoluta. n%- frequência relativa. md- mediana. dp- desvio padrão. INO- informação não obtida.

Tabela 2. História obstétrica das pacientes avaliadas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do HCPA .

Variáveis	Total (N=431)
Gestações - n(n%)	
Nenhuma	16 (3,9)
Uma	41 (9,9)
Duas	118 (28,6)
Três	95 (23,00)
Quatro	57 (13,8)
Cinco	43 (10,4)
Seis ou mais	43 (10,4)
Parto vaginal - n(n%)	
Não	77 (18,6)
Sim	336 (81,4)
Parto cesárea - n(n%)	
Não	267 (64,6)
Sim	146 (35,4)
Episiotomia - n(n%)	
Não	184 (44,6)
Sim	189 (45,8)
INO	40 (9,7)
Fórceps - n(n%)	
Não	312 (75,5)
Sim	61 (14,8)
INO	40 (9,7)

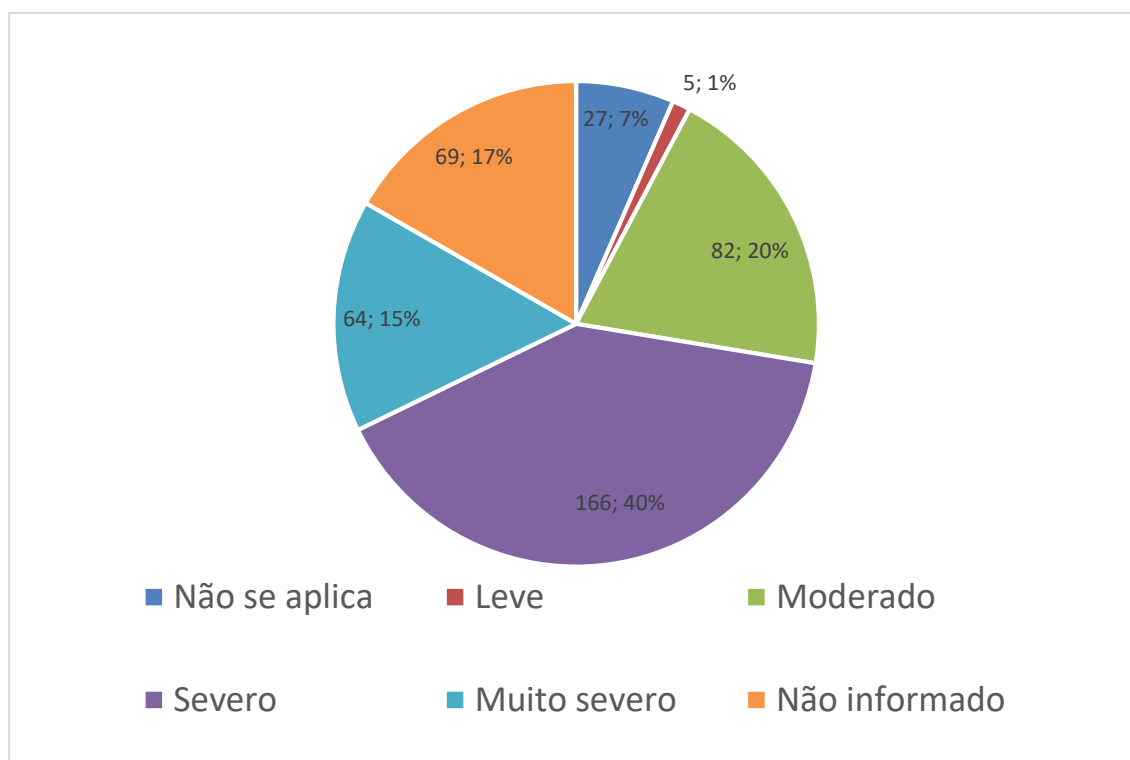
n- frequência absoluta. n% - frequência relativa. INO- informação não obtida.

Gráfico 1– Queixas principais identificadas pelos fisioterapeutas.



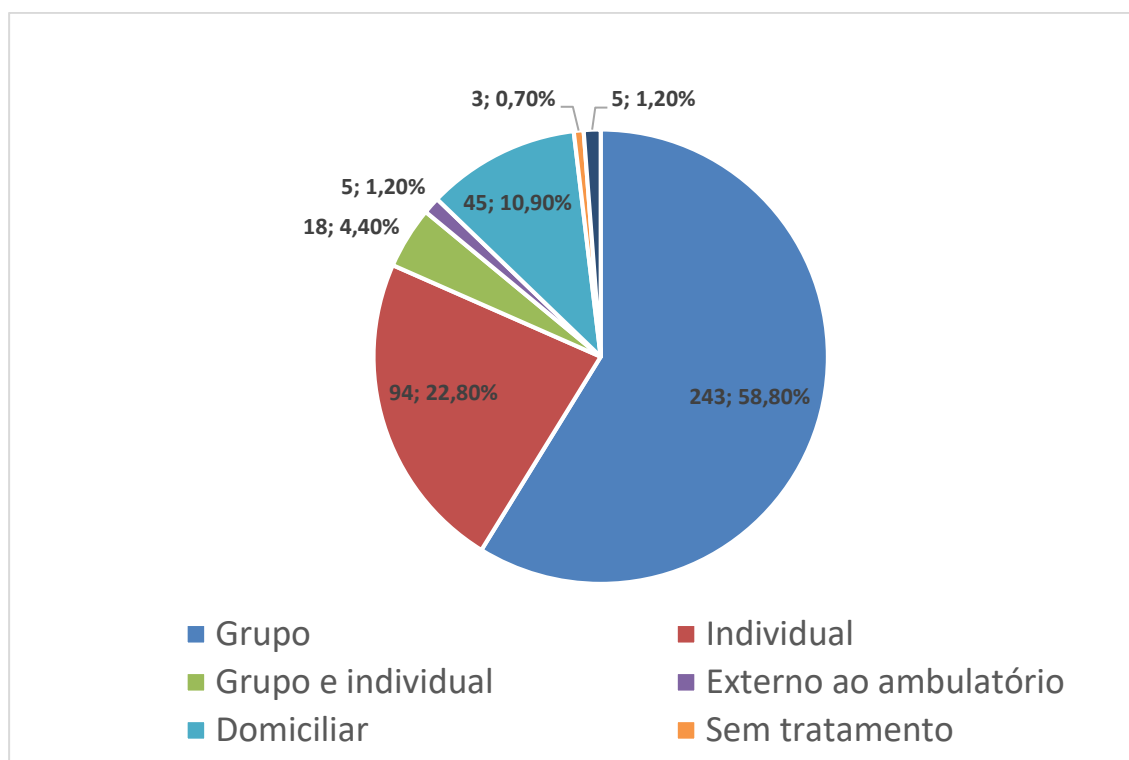
n- frequência absoluta. n%- frequência relativa.

Gráfico 2 – percentuais do escore do ICIQ-SF.



n- frequência absoluta. n%- frequência relativa.

Gráfico 3 - percentuais dos tratamentos fisioterapêuticos indicados.



n- frequência absoluta. n%- frequência relativa.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou traçar o perfil das pacientes avaliadas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de janeiro de 2015 a maio de 2019. A mediana de idade das pacientes foi de 57 anos (17-87), a média do IMC foi de 30,49 kg/m² ($\pm 5,82$), 58,10% apresentavam IUM; 43,6% prolapso de órgão pélvico; 28,6% eram multíparas de 2 ou mais gestações; 70,7% estavam na menopausa.

No que diz respeito à queixa principal registrada nos prontuários, a IUM (58,10%) foi a mais prevalente, seguido da IUE (24,70%). O presente estudo deu continuidade ao estudo de Rodrigues et al¹³, que traçou o perfil de 164 pacientes avaliadas no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014 no ambulatório do HCPA; nesse período, a IUM também foi mais prevalente (76,2%). Esses achados também corroboram com o estudo de Figueiredo et al¹⁴, que em seu estudo descreveu o perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública, e encontrou como queixa principal prevalente a IUM (63%), seguido pela queixa de IUE (34%). No estudo de Vasconcelos et al¹⁵, que avaliou o perfil sociodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia, a queixa principal mais encontrada também foi de IUM (60%).

A mediana da idade das pacientes foi de 57 anos (17-87). De acordo com o estudo de Vasconcelos et al¹⁵, a média de idade foi de 53,8, concordando com o presente estudo. Também no estudo de Figueiredo et al¹⁴, 81% das pacientes avaliadas tinham entre 40 e 59 anos; e no estudo de Feitosa et al¹⁶, que descreveu o perfil clínico, funcional e sociodemográfico das pacientes com IU atendidas em um serviço público, a média da idade foi 55,29 anos. Nesse sentido, entende-se que a idade é um dos fatores de risco mais importantes para o surgimento da IU feminina, já que há um envelhecimento natural das fibras musculares, resultando em uma hipotrofia e favorecendo o processo de incontinência¹⁷.

Quanto ao IMC, a média no presente estudo foi de 30,49 kg/m² ($\pm 5,82$), cuja classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerada como obesidade¹⁸. Sabe-se que a obesidade é um fator que agrava os sintomas de IU ou contribui para o seu desenvolvimento, cuja prevalência aumenta com o aumento do peso. Supõe-se que a obesidade produz um aumento da pressão intra-abdominal, e conseqüentemente um aumento da pressão intra-vesical, alterando o mecanismo da continência¹⁹.

Com relação a via de parto e a IU, Danfoth et al²⁰ e Gyhagen et al²¹ apontam que, independentemente do tipo de parto, a gestação por si só é um fator de risco para o desenvolvimento da IU. No presente estudo, 28,6% das mulheres eram multíparas de duas gestações, e 23% de três gestações. Das mulheres que gestaram, 81,4% realizaram pelo menos um parto vaginal e 35,4% realizaram pelo menos um parto cesariana. No estudo de Frederice et al²², foi encontrado semelhança entre as prevalências de IU após o parto vaginal com episiotomia e cesariana com trabalho de parto; esse achado demonstra que provavelmente o trabalho de parto teria influência sobre as estruturas que compõem a musculatura do assoalho pélvico. O estudo de Oliveira et al²³ considerou o parto cesariana planejado como fator de proteção para a IU.

Das mulheres do presente estudo que realizaram parto vaginal, 45,8% realizaram pelo menos uma episiotomia. Este achado concorda novamente com o estudo de Rodrigues et al¹³, onde 51% das pacientes realizaram episiotomia. A OMS recomenda o uso restrito da episiotomia e classifica seu uso rotineiro como prática prejudicial, sendo indicada somente em cerca de 10% a 15% dos casos, pois ela pode trazer conseqüências ao assoalho pélvico, como estreitamento excessivo do intróito vaginal, hematoma, edema, infecção e deiscência de sutura²⁴. Em outros estudos, Figueiredo et al²⁵ e Silva et al²⁶ apontam como conseqüências advindas da realização da episiotomia, a disfunção sexual, a dispareunia, IU, prolapso do colo do útero, dificuldades no autocuidado e do próprio recém-nascido decorrente da dor

provocada pela incisão, além das consequências dos efeitos psicológicos, afetando amplamente a sua qualidade de vida. Segundo estudo de Progianti et al²⁷ a episiotomia causa nas mulheres, além dos efeitos físicos, uma grande preocupação em relação à ocorrência de deformidades na aparência da genitália e o medo de ter um parto vaginal novamente²⁸.

No que diz respeito aos POPs, 43,6% das pacientes apresentavam esse diagnóstico. De acordo com o estudo de Rodrigues et al²⁹, que envolveu 316 mulheres brasileiras com algum estadiamento de prolapso, apenas três fatores se mostraram independentes de risco: presença de pelo menos um parto vaginal, macrosomia fetal e história familiar positiva. O parto cesariana se mostrou fator protetivo em relação ao prolapso urogenital¹⁹. Horst e Silva³⁰ apontam como fatores de risco para desenvolvimento de prolapso multiparidade, parto vaginal, aumento da idade, IMC > 25 kg/m², esforço crônico (constipação crônica, tosse crônica e atividades que demandem força). As mulheres com POP apresentam sintomas de abaulamento ou sensação de peso na região pélvica, sintomas urinários, defecatórios ou sexuais, implicando gravemente na qualidade de vida dessas pacientes. Estudos populacionais referem que 6 a 8% das mulheres apresentam sintomas de POP, entretanto a prevalência é incerta, devido às pacientes assintomáticas, que usualmente não são contabilizadas nas pesquisas, e ao constrangimento, que impede muitas mulheres de buscarem assistência médica³⁰.

Tratando-se de cirurgias ginecológicas, 48,4% das mulheres realizaram algum tipo de cirurgia. Entre elas 11,1% foram cirurgias de histerectomia. Um estudo realizado com mulheres acima de 20 anos pertencentes ao Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Dourados encontrou uma correlação fraca entre a IUE e a cirurgia de histerectomia, porém significativa³¹. Forsgren et al³² apontam um alto risco para prolapso e IUE após cirurgia de histerectomia; para o prolapso de órgãos pélvicos, a taxa de incidência foi 5-6 vezes maior do que em mulheres que não haviam realizado histerectomia. O estudo de

Lakeman et al³³ sugere que idade mais elevada no momento da histerectomia protege contra o desenvolvimento da IUE; a explicação é que as mulheres que não apresentaram IUE durante o seu envelhecimento são menos suscetíveis a este sintoma, mesmo realizando uma histerectomia.

Nossos achados referentes à força da musculatura do assoalho pélvico (MAP) indicaram que 27,4% das mulheres avaliadas tinham força grau 3 na escala de Oxford Modificada, 21,1% tinham força grau 0 e 18,4% tinham força grau 2. Tibaek e Dehlendorff³⁴, em um estudo com 998 mulheres com média de idade de 56 anos com disfunção do assoalho pélvico atendidas pela Fisioterapia Pélvica, identificaram que 97% delas tinham uma redução de força da musculatura (45% grau 1, 27% grau 2 e 13% grau 3). Além disso, a maioria das pacientes (n= 757) apresentava como queixa a IU, seguido de POPs (n=111). De acordo com Quartly et al³⁵, a força da MAP é influenciada pela paridade devido ao enfraquecimento e alongamento dos músculos e tecido conjuntivo, como também por episiotomias e lacerações realizadas na hora do parto.

No presente estudo, foi identificado que 70,7% das mulheres já estavam na menopausa, e que apenas 10,4% realizaram tratamento de reposição hormonal. Corroborando com nosso estudo, Quartly et al³⁵ sugerem que após a menopausa, a quantidade de colágeno do tecido conjuntivo da vagina, bexiga e uretra diminui. Devido ao hipoestrogenismo, a mulher fica suscetível à IU e pode apresentar sintomas como aumento da frequência urinária, urgência urinária e disúria¹⁹. As mulheres menopausadas apresentam atrofia dos tecidos do assoalho pélvico, uretra e bexiga que são sensíveis ao estrógeno, resultando em alterações estruturais e anatômicas; nesse sentido, a terapia de reposição hormonal atenuaria esse processo, mas os resultados ainda são conflitantes³⁶.

Em relação à constipação intestinal 31% das mulheres referiram ter esse sintoma. O estudo de Amselem et al³⁷ aponta a constipação crônica como um fator importante e independente no desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico. A constipação intestinal tem sido estudada como fator de risco para a incontinência urinária por aumentar a pressão intra-abdominal, afetando a função urológica³⁸. Segundo Higa¹⁹, o estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária e conseqüentemente a infecção do trato urinário. Além disso a força realizada durante a evacuação pode lesar a musculatura pélvica e, por meio da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular.

A maioria dos prontuários analisados indicaram que as pacientes faziam uso de pelo menos um medicamento de forma contínua (84,7%). Dentre os medicamentos específicos analisados, o anti-hipertensivo era o mais utilizado (56,9%), seguido por medicamentos antidepressivos (36,8%). Segundo Reis et al³⁶, os medicamentos bloqueadores do canal de cálcio, utilizados no controle da hipertensão arterial, levam ao relaxamento da musculatura lisa, ocasionando o aumento do volume residual pós-miccional e gerando incontinência urinária. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina, também usados no tratamento da hipertensão arterial, tem como efeito colateral a tosse, podendo precipitar as perdas urinárias de esforço. Medicamentos como os antidepressivos podem apresentar efeitos colaterais anticolinérgicos, diminuindo a contractilidade do músculo detrusor e causando retenção urinária, podendo causar o aparecimento de sintomas de incontinência de estresse ou de transbordamento³⁶.

Em 1997 a ICS recomendou que medidas de qualidade de vida fossem incluídas em todas as pesquisas clínicas sobre IU, pois ela pode afetar negativamente a qualidade de vida, acometendo várias esferas como a psicológica, social, física, econômica, do relacionamento pessoal e sexual, resultando em isolamento social e depressão. O ICIQ-SF (Anexo 3) é um questionário que avalia rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida, além de qualificar

a perda urinária de pacientes de ambos os sexos³⁹. No presente estudo, o escore do ICIQ-SF e o impacto sobre a qualidade de vida foram graduados de acordo com o estudo de Klovning et al⁴⁰, da seguinte forma: leve (1–5), moderado (6–12), severo (13–18) e muito severo (19–21). Em 40% dos prontuários o escore encontrado foi considerado severo, seguido de moderado (20%). Em 7% dos prontuários não foi encontrado o escore ICIQ-SF pois as pacientes avaliadas não apresentavam queixa de perdas urinárias. Pedro et al⁴¹, em seu estudo, avaliaram a qualidade de vida das mulheres incontinentes atendidas em um hospital público e de ensino em São José do Rio Preto (São Paulo) por meio de um questionário adaptado. As principais queixas relatadas foram idas frequentes ao banheiro, perder urina ao tossir e espirrar e o conseqüente constrangimento, ficar molhada pela perda de urina, piora da IU na velhice e perda de urina durante percurso até o banheiro, restrição do tempo de permanência fora de casa, incômodo pelo odor da urina e controle de ingestão de líquidos. Os dados obtidos mostraram um grande impacto na qualidade de vida dessas mulheres, principalmente um comprometimento no cotidiano, com prejuízos principalmente na interação social.

As pacientes avaliadas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica do HCPA foram encaminhadas para tratamento de acordo com a queixa e diagnóstico clínico apresentado. Mais da metade das pacientes (58,8%) foram encaminhadas para o treinamento da MAP em grupo, 22,8% foram encaminhadas para tratamento individual e 10,9% foram encaminhadas para treinamento da MAP domiciliar após serem orientadas pelas fisioterapeutas da equipe. O estudo de Barbosa et al⁴² comparou um protocolo de treinamento da MAP em grupo com um protocolo de treinamento da MAP domiciliar. As pacientes tinham de 30 a 70 anos e eram usuárias do Sistema Único de Saúde. É importante pontuar que as participantes do protocolo em grupo, apesar de os encontros serem semanais, eram instruídas a realizar os exercícios também em casa, como as participantes do protocolo domiciliar. Os dois protocolos foram efetivos, mas cada um com características específicas. No protocolo de grupo, houve mais

engajamento, devido à interação com as outras participantes do grupo e a supervisão do terapeuta. Além disso, o protocolo de grupo é um tratamento que, além de comprovadamente eficaz, constitui uma intervenção de baixo custo e que precisa de um número menor de recursos humanos. Dessa maneira, pode se adaptar o protocolo em grupo mais facilmente às limitações existentes no sistema de saúde pública.

Como limitações do estudo podemos citar os prontuários com informações faltantes e a falta de identificação de qual era o tipo de prolapso; a falta dos dados impediram uma descrição completa do perfil de todas as pacientes. Além disso, o fato de as avaliações terem sido realizadas por diferentes fisioterapeutas pode gerar discrepâncias quanto ao grau de força do assoalho pélvico, que é um dado subjetivo.

CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo foi possível identificar o perfil da população que chega até o ambulatório, delineando as características prevalentes das mulheres com IU e seu impacto na vida dessas pacientes. Os resultados desse estudo facilitam o delineamento de estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes para esse público, além de enriquecer a literatura relacionada à área da fisioterapia pélvica.

REFERÊNCIAS

1. Moen MD, Noone MB, Vassallo BJ, Elser DM. Pelvic floor muscle function in women presenting with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J.*, 2009; 20(7): 843–846.
2. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol and Urodyn*, 2010; 29(1): 213–240.
3. Minassian V, Bazi T, Stewart W. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J.*, 2017; 28: 687–696.
4. Fitz F, Costa T, Yamamoto D, Resende AP, Stüpp L, Sartori M, et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Rev Assoc Med Bras*, 2012; 58(2): 155-159.
5. Barbosa, L.J.F. *Efetividade de um treinamento dos músculos do assoalho pélvico em grupo para mulheres com incontinência urinária: um ensaio clínico randomizado*. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, 2018.
6. Paiva, L. L., Ferla, L., Darski, C., Catarino, B. M., Ramos, J. G. L. (2016). Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with

- urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.*, 28(3), 351–359
7. Justina, LBD. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Inspirar*, 2013; 5(24).
 8. Paiva LL, Rodrigues MP, Bessel T. Prevalência de incontinência urinária em idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, 2019; 24: 275-293.
 9. Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz K, Brüggemann O, Sperandio F. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciênc e Saúde Colet*, 2012; 17(10): 2703-2716.
 10. Fernandes S, Coutinho EC, Duarte JC, Nelas PAB, Chaves CMCB, Amaral O. Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. *Rev. Enf. Ref.* 2015; 4(5).
 11. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2015; 61(2).
 12. Caruso S, Brescia R, Matarazzo M G, Giunta G, Rapisarda AMC, Cianci A. Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Women's Sexual Function and Quality of Life. *Urology*, 2017; 108: 59–64.
 13. Rodrigues MP, Barbosa LJJ, Ramos JGL, Maurer L, Catarino BM, Thomaz RP, et al. Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um Hospital Público de

- Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. *Clin Biomed Res.*, 2016; 36(3):135-141.
14. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Rev bras Fisioter*, São Carlos, 2008; 12(2):136-142.
 15. Vasconcelos CTM, Neto JAV, Bezerra LRPS, Augusto KL, Karbage SAL, Frota IPR, et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. *Rev Eletrôn Gestão & Saúde*, 2013; 4(1), 1484-1498.
 16. Feitosa SM. Perfil clínico, funcional e sociodemográfico das pacientes com incontinência urinária atendidas em um serviço público de fisioterapia uroginecológica. *Fisioterapia Brasil*, 2012; 13(2).
 17. Souza C, Lima R, Bezerra L, Pereira R, Moura T, Oliveira R. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós-menopausa. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(6):535-41.
 18. IMC em adultos. Ministério da Saúde, 30 de maio de 2017. Disponível em <www.saude.gov.br/artigos/804-imc/40509-imc-em-adultos>. Acesso em 15 de novembro de 2019.
 19. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(1):187-92.

20. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet and Gynecol*, 2006; 194(2): 339–345.
21. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. 2013;120(2):144-51.
22. Frederice, CP, Amaral E, Ferreira NO. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2011; 33(4).
23. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava, J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB, et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras*, 2010; 56(6): 688-90.
24. Costa, ML, Pinheiro NM, Santos LFP, Costa SAA, Fernandes AMG. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. *Rev Facene/Famene*, 2011; 9(2): 45-50.
25. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Proganti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev Enferm UERJ*, 2011; 19(2): 181-185.
26. Silva NLS, Oliveira SMJV, Silva FMB, Santos JO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev de Enferm UERJ*, 2012; 21(2): 216-220.

27. Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2008; 12(1): 45 – 9.
28. Costa ML, Pinheiro NM, Santos LFP, Costa SAA, Fernandes AMG. Episiotomia no Parto Normal: incidência e complicações. *Carpe Diem: Rev Cultural e Científica do UNIFACEX*, 2015; 13(1).
29. Rodrigues AM, Oliveira LM, Martins KF, Roy CAD, Sartori MGF, Girão MJBC, et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2009; ,31(1): 17-21.
30. Horst W, Silva JC. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. *Arq. Catarin Med.*, 2016; 45(2): 91-101.
31. Gomes GV, Silva GDD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de Dourados (MS). *Rev Assoc Med Bras.*, 2010; 56(6): 649-654.
32. Forsgren C, Lundholm C, Anna LV, Cnattingius JC, Zetterstrom J, Altman D. Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapsed and stress urinary incontinence surgery. *Int Urogynecol J.*, 2012; 23(1): 43–48.
33. Lakeman MME, Van Der Vaart CH, Van Der Steeg JW, Roovers JPWR. Predicting The Development of stress urinary incontinence 3 years after hysterectomy. *Int Urogynecol J.*, 2011; 22: 1179–1184.

34. Tibaek S, Dehlendorff C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.*, 2013; 25(5): 663–669.
35. Quartly, E., Hallam, T., Kilbreath, S., & Refshauge, K. Strength and endurance of the pelvic floor muscles in continent women: An observational study. *Physiotherapy*, 2010; 96(4): 311–316.
36. Paiva, L. L., Ferla, L., Darski, C., Catarino, B. M., Ramos, J. G. L. (2016). Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.*, 28(3), 351–359
37. Amselem, C, Puigdollers A, Azpiroz F , Sala, Videla S, Fernández X, et al. Constipation: a potential cause of pelvic floor damage? *Neurogastroenterology & Motility*, 2010; 22(2): 150-48.
38. Agarwal BK, Agarwal N. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, impact on quality of life and treatment seeking behaviour among middle aged women. *Int Surg J.*, 2017; 4(6):1953-1958.
39. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr. NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev de Saúde pública*, 2004.

40. Klovning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparison of Two Questionnaires for Assessing the Severity of Urinary Incontinence: The ICIQ-UI SF Versus the Incontinence Severity Index. *Neurourol and Urodyn*, 2009; 28:411–415.

41. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Rev Eletrôn Saúde Mental Álcool Drog (Ed. port.)*, 2011; 7(2):63-70.

42. Barbosa LJF, Paiva LL, Darski C, Ramos JGL. *Effectiveness of a training of pelvic muscles in group for Women with urinary incontinence: a randomized clinical test*. Rio grande do Sul: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2018.

APÊNDICE A – LEGENDAS

Legenda tabela 1

n- frequência absoluta. n%- frequência relativa. md- mediana. dp- desvio padrão. INO- informação não obtida.

Legenda tabela 2

n- frequência absoluta. n%- frequência relativa. INO- informação não obtida.

ANEXOS

ANEXO 1 - Normas para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. O documento está disponível em www.icmje.org.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço. Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área. Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço. Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço. Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores

devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/ MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site

(<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. 2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo. 3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo. 2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

ANEXO 2

Escala de Oxford modificada

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

Anexo 2- Escala de Oxford modificada. Fonte: Laycock, 1994.

ANEXO 3

ICIQ-SF																								
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____																								
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.																								
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>																								
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 400px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma vez por semana ou menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Duas ou três vezes por semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma vez ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Diversas vezes ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>O tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5					
Nunca	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1																						
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3																						
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4																						
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5																						
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 400px;"> <tr> <td>Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma pequena quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma moderada quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uma grande quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6</td> </tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6											
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4																						
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6																						
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="width: 100%; margin-left: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																								
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="width: 100%; margin-left: 300px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando tusso ou espiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou dormindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco sem razão óbvia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco o tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>							
Nunca	<input type="checkbox"/>																							
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																							
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																							

“Obrigado por você ter respondido às questões”

ANEXO 4

Termo de Consentimento Institucional

Eu, Amanda Zanella de Mello, responsável pela pesquisa intitulada "Perfil das pacientes do ambulatório de fisioterapia pélvica do HCPA quanto à funcionalidade do assoalho pélvico e qualidade de vida", venho por meio deste documento solicitar a autorização para realizar a pesquisa utilizando os dados da anamnese e avaliação funcional realizadas pela Fisioterapia, registrados nos prontuários das pacientes atendidas nesse ambulatório, sob orientação da Profª Drª Luciana Laureano Paiva, docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Durante a pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com o pesquisador ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e os resultados encontrados serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Eu, José Geraldo Lopes Ramos, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos a serem realizados, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso a minha concordância em autorizar este estudo, assinando as duas vias do termo de consentimento institucional.

José Geraldo Lopes Ramos
Assinatura do responsável pelo Ambulatório de Uroginecologia – HCPA
Prof. Dr. José Geraldo Lopes Ramos

Amanda Zanella de Mello
Assinatura do responsável pela pesquisa
Acadêmica de Fisioterapia Amanda Zanella de Mello

Luciana Laureano Paiva
Assinatura da orientadora
Profa. Dra. Luciana Laureano Paiva

Anexo 4- Termo de consentimento institucional.

ANEXO 5

Amanda Zanella de Mello	Cadastro e atualizações do projeto, realização de comunicação com o CEP, organização de material de estudo, aplicação do instrumento de coleta de dados, análise dos dados coletados, escrita do artigo.
Dr. José Geraldo Lopes Ramos	Gerenciamento do estudo e responsável pelo termo de compromisso com a utilização de dados.
Me. Marina Petter Rodrigues	Análise de dados coletados e gerenciamento do estudo.
Me. Carol Darski	Realização da estatística dos dados.
Prof. Luciana Laureano Paiva	Responsável por documentos de encaminhamento, análise de dados coletados e gerenciamento do estudo.

Anexo 5 – Funções de cada pesquisador.

Dados do pesquisador:

Nome: Amanda Zanella de Mello

Telefone: (54) 991008362

Endereço eletrônico: amandazanellam@gmail.com

Dados do Orientador:

Nome: Luciana Laureano Paiva

Telefone: 51 – 91137393

Endereço Eletrônico: lucianalaureanopaiva@gmail.com; luciana.paiva@ufrgs.br

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa:

Secretaria do CEP do HCPA

Localizada no 2º andar, sala 2227A, com horário de atendimento das 8h às 17h

Fone/Fax: 51 3359-7640