

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE

BRUNA ISADORA THOMÉ

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

CURITIBA

2020

BRUNA ISADORA THOMÉ

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Escola Politécnica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Tecnologia em Saúde.

Orientador: Prof^a. Dra. Auristela Duarte Lima Moser
Coorientadora: MSc. Gisela Maria Assis

CURITIBA

2020

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

Thomé, Bruna Isadora
T465c Constipação intestinal em mulheres com incontinência urinária / Bruna
2020 Isadora Thomé ; orientador: Auristela Duarte Lima Moser ; coorientadora:
Gisela Maria Assis. – 2020.
72 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2020
Bibliografias: 46-50

1. Mulheres - Saúde e higiene. 2. Constipação intestinal. 3. Qualidade de
vida. 4. Incontinência urinária. 5. Saúde da mulher. I. Moser, Auristela Duarte
Lima. II. Assis, Gisela Maria. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. IV. Título.

CDD 20. ed. – 613.04244



ESCOLA
POLITÉCNICA

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

TERMO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO Nº 279

A Dissertação de Mestrado intitulada: **CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**, defendida em sessão pública pelo(a) candidato(a) **Bruna Isadora Thomé**, no dia **28 de abril de 2020**, foi julgada para a obtenção do grau de Mestre em Tecnologia em Saúde, e aprovada em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Auristela Duarte de Lima Moser - Presidente – (PUCPR)

Prof. Dr. Arlete Ana Motter – (UFPR)

Prof. Dr. Luciana Puchalski Kalinke – (UFPR)

Prof. Dr. Rubneide Barreto Silva Gallo – (UFPR)

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega da versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 07 de abril de 2021.

Prof. Dr. Percy Nohama
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR

Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho, CEP 80215-901, Curitiba – PR, Brasil
Telefone: +55 41 3271-1857
E-mail: pgts@pucpr.br

“Aprender é a única coisa de que a mente
nunca se cansa, nunca tem medo e nunca
se arrepende”. Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, que sempre se fez presente quando busquei forças ao longo do caminho, me mostrando o quão capaz eu podia ser.

Agradeço à minha família e amigos, especialmente ao Alexandre, meu marido, e Fabrícia minha mãe, que percorreram ao meu lado esse caminho de formação, nunca me desampararam, me incentivando e estimulando para que eu concretizasse todos os meus sonhos.

A minha professora e orientadora Auristela, pelo tempo e dedicação em todas as etapas da minha formação acadêmica, doando as suas experiências e me conduzindo em minha caminhada. Percebendo minhas dúvidas, e me incentivando a procurar as respostas, que hoje estão expressas neste trabalho.

Agradeço aos demais professores e colegas que tive a oportunidade de conhecer e conviver, permitindo que o caminho se tornasse mais leve e cheio de novas experiências.

Agradecimento final à Capes pela concessão da bolsa de estudos para realização deste trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Atualmente a incontinência urinária (IU), que é qualquer tipo de perda involuntária de urina, é considerada um problema mundial, e estima-se que aproximadamente 200 milhões de pessoas são afetadas, e por outro lado, a constipação intestinal (CI) que é definida pela dificuldade ou a insuficiência na eliminação das fezes, muito embora seja listada como fator de risco para a IU, apresenta resultados inconsistentes ou contraditórios na literatura. Estes fatos acabam sugerindo que novos estudos sejam realizados com esse foco. **OBJETIVO:** identificar a frequência de constipação intestinal funcional em mulheres com incontinência urinária. **MATERIAIS E MÉTODO:** estudo tipo exploratório descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa, realizado entre setembro de 2019 a janeiro de 2020 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Foram incluídas mulheres acima de 18 anos com sintomas de IU, e avaliadas a partir da aplicação de três instrumentos: questionário sociodemográfico e de saúde geral, questionário de hábito intestinal, baseado nos critérios Roma VI e na Escala de Bristol, e o ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*). Para análise de associação da CI com as variáveis levantadas, foram utilizados os testes de χ^2 , Exato de Fischer, t de Student para medidas independentes e U de Mann-Whitney, com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** foram avaliadas 227 mulheres, com idade média de 60,33 $\pm$ 12,26 anos, observou-se frequência de 80,2% (n=182) para constipação intestinal. As porcentagens de incontinência urinária mista foram maiores tanto para o grupo com CI (88,5%) (n=161) quanto para o grupo sem CI (82,2%) (n=37) em relação às de esforço e urgência. A única variável que apresentou significância estatística no teste de correlação foi a atividade física, que após análise de regressão se apresentou como fator protetivo para o desenvolvimento de CI. Observou-se que no grupo com CI apenas 22,5% (n=41) das mulheres praticavam atividade física regularmente. Em relação ao ICIQ-SF Score, o grupo com CI apresentou o escore médio mais alto entre os grupos (14,68 $\pm$ 4,27). **CONCLUSÃO:** o achado deste estudo foi de alta ocorrência de CI, confirmando que essa é uma condição frequente na mulher com IU, além de demonstrar o impacto negativo da CI quando associada ao quadro de IU na mulher.

PALAVRAS-CHAVE: constipação intestinal, incontinência urinária, qualidade de vida, saúde da mulher.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Currently, urinary incontinence (UI), which is any type of involuntary loss of urine, is considered a global problem, and it is estimated that approximately 200 million people are affected, and on the other hand, intestinal constipation (IC) which is defined by the difficulty or insufficiency in the elimination of faeces, although it is listed as a risk factor for UI, has inconsistent or contradictory results in the literature. These facts end up suggesting that further studies should be carried out with this focus.

OBJECTIVE: to identify the frequency of functional intestinal constipation in women with urinary incontinence. **MATERIALS AND METHOD:** descriptive exploratory cross-sectional study with a quantitative approach. Performed from September 2019 to January 2020 at the Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná. Woman

over 18 years old with symptoms of UI were included. Data were collected using three instruments: sociodemographic and general health questionnaire, intestinal habit questionnaire, based on the Rome VI criteria and the Bristol Scale, and finally the ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form). To analyze the association of IC with the variables raised, the tests of χ^2 , Fischer Exact, Student's t and Mann-Whitney U were used, with a significance level of 5%. **RESULTS:**

227 women were evaluated, with an average age of 60.33 ± 12.26 years, with a frequency of intestinal constipation of 80.2%. The percentages of mixed urinary incontinence were higher both for the group with IC (88.5%) and for the group without IC (82.2%) in relation to those of effort and urgency. The only variable that showed statistical significance in the correlation test was physical activity, which, after regression analysis, presented itself as a protective factor for the development of IC. It was observed that in the group with IC only 22.5% of women practiced physical activity regularly. Regarding the ICIQ-SF Score, the group with CI had the highest mean score among the groups (14.68 ± 4.27). **CONCLUSION:** the finding of this study was of high occurrence of IC, confirming that this is a frequent condition in women with UI, in addition to demonstrating the negative impact of IC when associated with UI in women.

KEYWORDS: constipation, urinary incontinence, quality of life, women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Proporção dos sintomas positivos (critérios de Roma IV) entre o grupo com constipação	33
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de constipação intestinal na população do estudo	33
Tabela 2 – Características sociodemográficas e perfil gestacional da população do estudo e segundo presença ou não de constipação	34
Tabela 3 – Condições de saúde, perfil intestinal e hábitos de vida da população do estudo	35
Tabela 4 – Distribuição dos tipos de incontinência urinária na população do estudo	37
Tabela 5 – Score do ICIQ-SF para população do estudo e segundo presença ou não de constipação.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUU	Incontinência urinária de urgência
CI	Constipação intestinal funcional / Constipação intestinal
EBCF	Escala de Bristol para Consistência de Fezes
ICIQ – SF	<i>Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i>
QSSG	Questionário sociodemográfico e de saúde geral
QHI	Questionário de hábito intestinal
QV	Qualidade de vida
OR	<i>Odds ratio</i>
IC	Intervalo de confiança

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVO.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4 REVISÃO DA LITERATURA	19
4.1 ANATOMO-FISIOLOGIA GASTROINTESTINAL.....	19
4.2 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL	21
4.3 ANATOMO-FISIOLOGIA DA BEXIGA E PROCESSO DE MICÇÃO	23
4.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA	24
4.5 EVIDÊNCIAS SOBRE RELAÇÃO ENTRE CONSTIPAÇÃO E INCONTINÊNCIA URINÁRIA	26
5 MÉTODO	28
5.1 TIPO DE ESTUDO	28
5.2 LOCAL DO ESTUDO	28
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	29
5.5 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO	29
5.5.1 Abordagem dos participantes do estudo	29
5.5.2 Protocolos de coletas de dados	30
5.5.2.1 Questionário Sociodemográfico e de Saúde Geral	30
5.5.2.2 Questionário de Hábito Intestinal	30
5.5.2.3 ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form)	31
5.5.3 Análise Estatística	31
6 RESULTADOS.....	33
7 DISCUSSÃO.....	39
8 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE GERAL..	51
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE HÁBITO INTESTINAL.....	53

APÊNDICE C - TCLE: TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55
ANEXO A - ICIQ-SF (INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM)	58
ANEXO B - TERMO DE RESPONSABILIDADE COM A PESQUISA	59
ANEXO C - CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	61
ANEXO D - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CUSTOS	65
ANEXO E - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E SUPERVISÃO	66
ANEXO F - QUALIFICAÇÃO DE TODOS OS PESQUISADORES E COLABORADORES	67
ANEXO G - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	68
ANEXO H - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	69

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a incontinência urinária (IU) é considerada um problema global, e estima-se que aproximadamente 200 milhões de pessoas são afetadas por esta e suas complicações (AMARAL, *et al.*, 2015). Esta tem recebido importante atenção de vários países devido aos impactos negativos nas condições físicas, psicológicas, sendo um crescente problema de saúde pública, com consequências sociais e custos, tanto de forma individual como para os sistemas de saúde (GE, *et al.*, 2015; AL-BADR, *et al.*, 2012).

A IU é distribuída nos seguintes subtipos, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS): incontinência urinária de estresse (IUE), onde a urina é perdida por ações que exijam esforço, espirros ou tosse. Incontinência urinária de urgência (IUU), onde a perda involuntária é acompanhada ou imediatamente precedida de urgência para urinar, e nos casos onde há presença de sintomas dos dois subtipos anteriores, o termo incontinência urinária mista (IUM) é utilizado (D'ANCONA, *et al.*, 2019; LINDE, *et al.*, 2017; GE, *et al.*, 2015; AL-BADR, *et al.*, 2012).

Sua prevalência é maior em mulheres, porém, em ambos os sexos aumenta com a idade. Torna-se importante ressaltar que estas não são consequências naturais do passar dos anos e nem um problema exclusivo do envelhecimento, já que atualmente muitas mulheres jovens e de meia idade vem sofrendo com estas alterações (LINDE, *et al.*, 2017; HIGA e LOPES, 2005).

A prevalência da IU em mulheres pode diferir de estudo para estudo, podendo-se encontrar uma variação de 5% a 69% em média, isto ocorre devido a diversos fatores, como: as diferenças nas definições utilizadas para IU, as características da população estudada e as diferenças culturais entre as mulheres que possuem esse tipo de queixa (LINDE, *et al.*, 2017; ELBISS, *et al.*, 2013; OLIVEIRA, *et al.*, 2010; ZHU, *et al.*, 2010).

Vale salientar que os valores de prevalência apresentados podem estar subestimados, visto que muitas mulheres não procuram orientação e atendimento de saúde acerca destes sintomas, principalmente quando estão na fase inicial, por vergonha, acreditando que estes distúrbios fazem parte do processo de envelhecimento, ou que podem ser resolvidos sem orientação profissional (ELBISS, *et al.*, 2013; AL-BADR, *et al.*, 2012).

Em casos de maior gravidade, a incontinência interfere diretamente na realização de diversas atividades diárias como praticar atividades físicas, trabalhar, realizar atividades domésticas e ter relações sexuais, entendendo que as limitações destas atividades acarretam em restrições de participação e convívio social (ABREU, *et al.*, 2018; AMARAL, *et al.*, 2015; ELBISS, *et al.*, 2013; AVERBECK e MADERSBACHER, 2011; ZHU, *et al.*, 2010).

Pesquisas trazem que a IU e seus subtipos estão atrelados a diversos fatores de risco, tais como: idade, obesidade, baixa escolaridade, paridade, peso do recém-nascido, tipo de parto, episiotomia, menopausa, distúrbios menstruais, dor pélvica crônica, doenças ginecológicas, incontinência fecal, cirurgia pélvica, prolapso de órgão pélvico, tabagismo, constipação intestinal, entre outros (AMARAL, *et al.*, 2015; ELBISS, *et al.*, 2013; AL-BADR, *et al.*, 2012; ZHU, *et al.*, 2010; HIGA e LOPES, 2005).

Dentre os fatores citados, alguns tem sua relação estabelecida com a IU, como é o caso dos diferentes tipos de parto, dando ênfase ao parto vaginal, multiparidade, baixo intervalo entre as gestações, peso do RN, uso de fórceps, etc. (AMARAL, *et al.*, 2015; AL-BADR, *et al.*, 2012; AVERBECK e MADERSBACHER, 2011; ZHU, *et al.*, 2010). A constipação intestinal, muito embora seja listada como fator de risco para a IU, não tem sua relação fortemente estabelecida na literatura, e estes mesmos autores, sugerem que novos estudos sejam realizados com este foco (GE, *et al.*, 2015; BEZERRA, *et al.*, 2014; ELBISS, *et al.*, 2013; HIGA e LOPES, 2005).

O termo constipação intestinal (CI) descreve uma desordem baseada em uma série de sintomas, caracterizados pela frequência evacuatória diminuída e consistência difícil das fezes, que incluem a passagem infrequente das mesmas, sendo grandes, duras ou em pequenos pedaços, dor abdominal, fezes palpáveis no abdome e fezes na abóbada retal (AVERBECK e MADERSBACHER, 2011).

A constipação é uma queixa frequente em consultas e a sua prevalência na população chega a aproximadamente 16%, atingindo indivíduos de todas as idades (LIAN, *et al.*, 2019; ABREU, *et al.*, 2018). Nos adultos, as mulheres são as mais afetadas, com dados de 12% a 32% na faixa etária da meia idade (AVERBECK e MADERSBACHER, 2011; ABREU, *et al.*, 2018). Além de que uma grande quantidade destas mulheres, com episódios CI de pelo menos uma vez ao ano, e de 12% pelo menos uma vez na semana (CARTER e BEER-GABEL, 2012).

Um estudo mostra que a presença de IU isolada foi encontrada em maior proporção entre mulheres constipadas (ABREU, *et al.*, 2018). Sendo que mais de 30%

das portadoras de sintomas urinários apresentaram condições de CI (BEZERRA, *et al.*, 2014; CARTER e BEER-GABEL, 2012).

Em um estudo realizado no Brasil, todas as mulheres que procuraram atendimento em uma clínica de uroginecologia, o faziam exclusivamente devido as queixas urinárias, porém ao serem questionadas pelos profissionais de saúde, observou-se que 54,6% disseram ter alterações defecatórias, sendo 67% destas relacionadas a constipação (BEZERRA, *et al.*, 2014), corroborando com os achados na população de mulheres sauditas, em que as que apresentavam CI foram 3,3 vezes mais propensas a relatarem a IU do que aquelas sem CI (AL-BADR, *et al.*, 2012).

Evidências apontam que a constipação poderia influenciar no desenvolvimento da IU, no entanto este fator tem sido pouco discutido ou nem avaliado como real fator de risco (GE, *et al.*, 2015; ELBISS, *et al.*, 2013; HIGA e LOPES, 2005). Sharma e Foley, (2017), em estudo de revisão levantam tal questão e apontam para a escassez de estudos que comprovem que o tratamento da constipação de forma isolada melhore os sintomas da IU. Entretanto os mesmos autores, além de outros, prospectam que os tratamentos combinados para constipação e IU associados ao aumento de ingestão de fluidos, melhorem ambas as condições de saúde (SHARMA e FOLEY, 2017; MAEDA, *et al.*, 2017; KAPLAN, *et al.*, 2013; AVERBECK e MADERSBACHER, 2011).

Em indivíduos saudáveis, estes sistemas corporais trabalham em perfeita harmonia (AVERBECK e MADERSBACHER, 2011), no entanto a distensão do reto ocasionada pela impactação das fezes, resultante da constipação, pode acabar exercendo pressão sobre a parede da bexiga, estimulando os receptores de estiramento da mesma e diminuindo a sua capacidade funcional, o que causa uma obstrução no fluxo de saída para o seu esvaziamento e possivelmente, desencadeando contrações do músculo detrusor (BEZERRA, *et al.*, 2014; CARTER e BEER-GABEL, 2012; AVERBECK e MADERSBACHER, 2011).

Possivelmente a conexão funcional entre a bexiga e intestino, poderia trazer implicações para a gestão das desordens pélvicas, pois o tratamento de uma condição alterada na bexiga pode afetar a função intestinal e vice-versa. Sendo assim, o tratamento para constipação crônica tem grandes chances de ocasionar a diminuição dos sintomas urinários, enquanto o tratamento para os sintomas urinários com medicação antimuscarínica pode promover a constipação (KAPLAN, *et al.*, 2013).

Porém, ainda não está claro se a posição anatômica da bexiga, intestino e útero comprometem a função destes diretamente ou se anatomia anormal e disfunção do assoalho pélvico compartilham uma etiologia comum. Sendo assim, necessária a realização de mais estudos para cobrir estas respostas (BEZERRA, *et al.*, 2014).

Entender o funcionamento da associação entre constipação intestinal e os sintomas urinários faz-se necessário, pela possibilidade de produzir evidências para subsídios ao tratamento de pacientes que apresentem um ou ambos conjuntos de sintomas (MAEDA, *et al.*, 2017).

Outra questão não menos importante, é o grande impacto negativo que a IU e/ou os problemas defecatórios geram sobre a qualidade de vida (QV) da mulher, causando prejuízos no convívio social, atividade laboral, higiene íntima e vida sexual. Acarreta também em custos relacionados ao uso de absorventes, fraldas geriátricas e medicamentos, impactando diretamente no orçamento mensal (FARIA, *et al.*, 2015; BEZERRA, *et al.*, 2014, COYNE, *et al.*, 2011).

Portanto conhecer e avaliar este impacto na QV permite novos horizontes sobre o ponto de vista da paciente. Além de que, identificar os fatores que estão relacionados com a QV na mulher, pode proporcionar um melhor desenvolvimento de estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção da IU e CI; através das necessidades dos sistemas de saúde, e a educação destes profissionais (LOPES, *et al.*, 2018; AL-BADR, *et al.*, 2012).

Diante da literatura apresentada considerou-se importante identificar a frequência de CI em sujeitos com IU, além de seus respectivos padrões para melhor estabelecimento de planos de tratamento e estratégias preventivas.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema em estudo surgiu a partir do contato com profissionais da prática clínica que tratam pessoas portadoras de incontinência urinária, indicando a presença de constipação intestinal funcional em grande parte destas. Os números já trazidos anteriormente sobre este problema de saúde, atrelados ao conhecimento das limitações vivenciadas pelas pacientes em consequência da existência conjunta da constipação, tais como a falta de controle urinário, constrangimento e impacto na vida social, deram origem ao delineamento deste estudo.

Acredita-se que a principal contribuição do estudo é a visibilidade que trará para a importância de se realizar um trabalho em conjunto nos tratamentos para constipação intestinal e incontinência urinária, principalmente dentro da atenção à saúde da mulher, visto que, estes temas são recorrentes nos ambulatórios e clínicas especializados. Os resultados do estudo poderão contribuir para o delineamento de intervenções que combinem o tratamento da CI concomitante ao tratamento da IU de modo preventivo ou curativo, combinação esta, pouco estudada no Brasil, motivando assim, o desenvolvimento de mais estudos acerca desta relação. Ademais, acredita-se que os resultados poderão subsidiar o desenvolvimento de técnicas e protocolos que viabilizem este tratamento em conjunto, podendo assim evitar ou amenizar desconfortos provenientes da IU, além de diminuir os gastos com medicamentos, reduzir o risco de infecções e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a frequência de constipação intestinal funcional em mulheres com incontinência urinária.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Comparar a frequência da constipação intestinal funcional entre os subtipos de incontinência urinária: esforço, urgência e mista.
- Levantar dentre os fatores associados à constipação intestinal os possíveis preditores de prevalência.
- Identificar o índice de qualidade de vida nas mulheres com IU.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 ANATOMO-FISIOLOGIA GASTROINTESTINAL

As funções fisiológicas e o comportamento motor realizado pelo intestino são o resultado das contrações coordenadas e relaxamento das várias camadas de musculaturas lisas que estão dispostas na parede intestinal, controladas por uma mescla de mecanismos miogênicos e neurogênicos (DIMIDI, *et al.*, 2017; DINNING, *et al.*, 2014).

Cada camada de musculatura lisa presente na parede intestinal funciona como um sincício, já que cada feixe de fibra está parcialmente separado do seguinte por tecido conjuntivo, porém se fundem uns aos outros em vários pontos, fazendo com que cada camada muscular seja uma rede de feixes de musculatura lisa. Portanto a presença dessa grande quantidade de junções comunicantes, fazem com que os sinais elétricos recebidos desencadeiem contrações musculares e viabilizem a passagem destes sinais de estimulação para a fibra seguinte em cada feixe e assim sucessivamente, sendo esta passagem mais rápida no sentido do comprimento do feixe. A distância que esta contração irá percorrer dentro do intestino, irá depender diretamente da excitabilidade do músculo. Podendo ser interrompido logo após percorrer alguns centímetros do intestino ou até chegar a percorrer toda a extensão do mesmo (HALL, 2017).

A movimentação da musculatura lisa gastrointestinal é caracterizada por atividade contínua e lenta, de pressão e propagação em ondas periódicas, sendo este tipo de contração essencial para execução das funções intestinais (DINNING, *et al.*, 2015).

O intestino é suprido por um sistema nervoso composto por fibras simpáticas, parassimpáticas e somáticas, que percorre do esôfago até o ânus, localizado inteiramente na parede intestinal, e denominado também de sistema nervoso entérico. Sendo este um sistema muito desenvolvido e extremamente importante para o controle dos movimentos intestinais (BHARUCHA, 2006).

Estes movimentos funcionais ocorrem de duas formas, sendo propulsivos ou de mistura. O primeiro tem a função de fazer o alimento percorrer o trato com a velocidade adequada para que este seja digerido e absorvido de forma satisfatória, o

chamado peristaltismo, sendo ele estimulado pela distensão do trato causada pelo acúmulo de material fecal; já o segundo faz com que a todo o tempo o conteúdo dentro do intestino esteja bem misturado. O aumento do volume fecal causa estímulos para o aumento da velocidade de passagem das fezes pelo intestino (ZHAO, *et al.*, 2019; HALL, 2017).

O intestino grosso é dividido em ceco, cólon ascendente, transverso, descendente, sigmoide e reto. Sua principal função é a absorção de água e eletrólitos com o objetivo de formar fezes sólidas, além de armazenar este bolo fecal até que possa ser eliminado. No momento em que há entrada do quimo para o intestino grosso, se inicia todo o processo de formação e consistência das fezes, e cada uma das partes será responsável através das suas funções absorptivas de deixar estas com características cada vez mais sólidas; sendo a parte proximal responsável mais pela absorção e a distal pelo armazenamento (HALL, 2017; MIRANDA, *et al.*, 2011).

Os movimentos nesta fase são lentos, de mistura e propulsão, propagando-se no sentido distal em 95% das vezes. É importante ressaltar que o comprometimento dos movimentos intestinais gera uma maior absorção de água das fezes, tornando-as duras e ressecadas. As fezes neste estado quando chegam ao cólon transversal causam a constipação, através do aumento da complacência retal e diminuição da sensibilidade. Por outro lado, a motilidade excessiva diminui a absorção e resulta em fezes moles ou diarreia. Lembrando que a motilidade colônica normal possui máxima atividade durante o dia e mínima durante a noite (MIRANDA, *et al.*, 2011; CRUZ, *et al.*, 2010).

O reto acaba ficando sem fezes na maior parte do tempo, porém quando os movimentos propulsivos através da atividade peristáltica forçam a massa de fezes do cólon sigmoide para o reto surge então a vontade de defecar, através dos receptores de estiramento que se encontram na parede retal, enviando um sinal de que o reto está se distendendo (KAPLAN, *et al.*, 2013).

O material fecal não tem passagem direta pelo reto devido a constrição tônica dos esfíncteres anais, que são divididos em interno e externo. A percepção sensorial promovida pela parede retal, assoalho pélvico e canal do ânus, tem papel fundamental para manutenção da continência, evacuação e distinção entre a presença de material, sólido, líquido ou gasoso no reto e ânus; além da capacidade e complacência do reto. Este complexo promove o controle noturno, o reservatório para as fezes e adiamento da evacuação se necessário (MIRANDA, *et al.*, 2011; SAAD, *et al.*, 2002).

O esfíncter interno é composto de musculatura lisa localizado na região do ânus contribuindo de forma primária com tônus anal de repouso e o externo de musculatura estriada circundando o primeiro e estendendo-se de forma distal a ele, contribuindo de forma secundária com o tônus em repouso. O esfíncter externo pode ser controlado de forma voluntária, se mantendo sempre contraído, a menos que sejam emitidos sinais inibitórios de forma consciente, promovendo então o relaxamento deste e desempenhando um importante papel no mecanismo de evacuação (BHARUCHA, 2006; NETINHO, *et al.*, 2005). A distensão fecal ativa a contração involuntária dos músculos retais e dos esfíncteres, desencadeando o desejo de defecar, porém esta ação pode ser adiada de forma voluntária pelo esfíncter externo (KAPLAN, *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que reflexos causados de forma voluntária, praticamente não tem a eficácia dos oriundos da forma natural. Devido a isso, pessoas que com frequência inibem os reflexos naturais do intestino, sofrem tendência a ter constipação (HALL, 2017).

4.2 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL

A definição de constipação intestinal pode variar entre as pessoas, e está associada a vários sintomas diferentes, pois pode ser descrita como uma percepção difícil do funcionamento do intestino, ou até um mal-estar ligado ao ato de evacuar. Esforço para evacuar, fezes duras e incapacidade de evacuação, estão entre as definições mais comuns usadas pela população jovem adulta (LEAL, *et al.*, 2018; ANDY, *et al.*, 2017; FIELDMAN, 2014; AVERBECK e MADERSBACHER, 2011).

Os termos, constipação intestinal, prisão de ventre e obstipação intestinal são todos sinônimos relacionados a dificuldade ou a insuficiência na eliminação das fezes. Se fazendo presente em muitas condições patológicas, orgânicas e funcionais. A constipação intestinal pode ser presente de forma eventual ou crônica (GAVANSKI, *et al.*, 2015; MORAES-FILHO, 2008).

Já é amplamente aceito que a constipação é um dos distúrbios digestivos que apresentam a maior frequência de relatos na rotina dos profissionais de saúde em seus diversos setores e níveis dos serviços de atenção à saúde (ZHAO, *et al.*, 2019; CARTER e BEER-GABEL, 2012). Mesmo assim, muitas pessoas acabam não dando

a devida importância e não relatam ou procuram ajuda profissional acerca destes sintomas, por considerarem que esta condição pode ser tratada com o uso de laxativos. Porém, essa frequência também depende de alguns fatores tais como: o tipo de definição aplicada para esta condição, a região geográfica, o local da realização do estudo, e as características do grupo populacional, como idade, sexo, entre outros (MORAES-FILHO, 2008).

A constipação afeta de 12 a 32% das mulheres adultas de meia idade, sendo mais comum nesta população (ABREU, *et al.*, 2018; LEAL, *et al.*, 2018; AVERBECK e MADERSBACHER, 2011). Pode ser considerada secundária, quando ela é apenas um dos sintomas de uma determinada doença com outras causas. Este tipo de constipação normalmente está relacionado a problemas orgânicos e estruturais, que causem algum tipo de obstrução do cólon ou reto, alterações metabólicas e hormonais, alterações neurológicas e por ingestão de certos tipos de medicamentos.

Já é conhecido que constipação também é um efeito adverso que está associado a muitas classes diferentes de drogas, incluindo antidepressivos, antipsicóticos, analgésicos opióides, anti-hipertensivos, antiácidos e anti-histamínicos. Inclusive os antimuscarínicos, usados no tratamento da bexiga hiperativa, também são conhecidos por causar constipação (KAPLAN, *et al.*, 2013).

Além das causas descritas anteriormente, a constipação pode ser considerada funcional, ou seja, determinada pelo quadro sintomático do paciente, e considerada a forma mais comum apresentada na sociedade (GAVANSKI, *et al.*, 2015; CRUZ, *et al.*, 2010). Sua prevalência é de aproximadamente 16% na população geral adulta e chega a atingir 50% dos atendimentos em clínicas especializadas em gastroenterologia (ABREU, *et al.*, 2018; GAVANSKI, *et al.*, 2015). A constipação intestinal funcional é subdividida em baixa frequência evacuatória pela baixa motilidade do cólon, considerada constipação de trânsito lento, ou também por sintomas que se relacionam a dificuldade para evacuar (LACY, *et al.*, 2016).

Atualmente os critérios do Roma IV (ABREU, *et al.*, 2018), são os mais utilizados pelos profissionais de saúde para avaliar a presença de distúrbios intestinais. O Roma IV para constipação intestinal funcional dispõe de uma série de questões sobre a presença ou ausência de fatores relacionados ao funcionamento intestinal e o ato da evacuação, sendo considerado positivo para constipação quando dois ou mais fatores estão presentes de forma simultânea (LACY, *et al.*, 2016).

Além de todo o desconforto que a constipação causa, o esforço para evacuar que um paciente constipado realiza, pode levar com o decorrer do tempo ao aparecimento de hemorroidas ou fissuras anais (GAVANSKI, *et al.*, 2015).

4.3 ANATOMO-FISIOLOGIA DA BEXIGA E PROCESSO DE MICÇÃO

A bexiga é uma câmara formada por musculatura lisa e mucosa e dividida em: corpo e colo. O corpo é o local onde a urina é armazenada, e o colo é a extensão do corpo no momento em que afunila, passando inferior e anteriormente ao triângulo urogenital para finalmente conectar-se com a uretra. Uma pessoa adulta possui uma capacidade de armazenamento de 400ml a 500ml de urina em média (HALL, 2017; MCANINCH, 2014; PALMA, 1998).

Na mulher, a bexiga está localizada em frente ao útero, atrás da sínfise púbica e repousa sobre a parede anterior da vagina quando vazia, porém quando está cheia ela passa a ficar acima da sínfise e sua palpação torna-se possível (MCANINCH, 2014; CHIARAPA, 2007).

O músculo liso desta região é o músculo detrusor, e suas fibras de inervação autônoma percorrem todas as direções da bexiga, e quando contraídas podem aumentar consideravelmente a pressão no interior da mesma, ultrapassando a resistência uretral típica. Portanto a contração desta musculatura é responsável pelo processo de micção (KAPLAN, *et al.*, 2013).

A forma como a disposição das fibras está organizada permite que suas funções fisiológicas possam ser executadas, armazenando volume de urina de forma crescente e ainda assim, mantendo baixas pressões internas. Quando o esvaziamento ocorre, este acontece de forma completa e coordenada até que esvazie por completo (CHIARAPA, 2007; RUBINSTEIN, 2001).

Como a bexiga é composta de musculatura lisa, esta sofre contração do tipo involuntária, contraindo de maneira reflexa quando está cheia, o que se denomina reflexo da micção. Porém, mesmo sendo um reflexo autônomo, o cérebro pode trabalhar de maneira inibitória ou facilitatória junto a este. Já o esfíncter externo é innervado pelo nervo pudendo, e sua musculatura tem composição estriada, com poder de contração voluntária. No processo de esvaziamento da bexiga, quando o cérebro receber o sinal de que esta encontra-se cheia e o momento for propício para urinar, o

cérebro irá enviar um sinal para que o esfíncter relaxe e o músculo detrusor, na bexiga, se contraia. No entanto, se não houver local e momento convenientes para ir ao banheiro, o cérebro envia o comando para que o esfíncter contraia e impede a contração da bexiga. Este fenômeno sincronizado entre bexiga e esfíncter é conhecido como micção sinérgica (RUBINSTEIN, 2001; PALMA, 1998).

A micção também pode ocorrer de forma voluntária, mesmo que a bexiga não esteja em sua capacidade máxima de armazenamento, porém, forma voluntária é possível contrair a musculatura abdominal, aumentando a pressão na bexiga e levando a quantidade extra de urina para o colo vesical e uretra, distendendo assim a parede destes e estimulando os receptores de estiramento, para então desencadear o reflexo da micção (HALL, 2017).

Para que a continência urinária ocorra, se faz necessária a existência de uma bexiga estável e uma pressão no interior da uretra maior que a pressão dentro da bexiga, o que depende diretamente da integridade da inervação local e anatômica destas musculaturas, dos mecanismos de funcionamento esfinterianos, e um bom suporte anatômico vesical (CHIARAPA, 2007).

4.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária como qualquer tipo de perda involuntária de urina (LINDE, *et al.*, 2017; GE, *et al.*, 2015). Sendo esta uma condição muito comum em adultos, sua severidade é determinada pelo número de vezes em que a perda urinária acontece (SHARMA e FOLEY, 2017; ELBISS, *et al.*, 2013).

A incontinência urinária apresenta três subtipos: incontinência urinária de estresse (IUE), onde a urina é perdida por ações que exijam esforço, espirros ou tosse. Incontinência urinária de urgência (IUU), onde a perda involuntária é acompanhada ou imediatamente precedida de urgência para urinar. E além destas, em casos quando há presença de sintomas dos dois subtipos anteriores, o termo incontinência urinária mista (IUM) é utilizado (LINDE, *et al.*, 2017; GE, *et al.*, 2015; AL-BADR, *et al.*, 2012).

Alguns fatores de risco para o seu possível desenvolvimento são: diabetes mellitus, incontinência fecal, cirurgia de assoalho pélvico, tabagismo e sobrepeso. Além disso, de forma especial em mulheres, a paridade, tipo de parto, menopausa e

histerectomia também estão associadas a um aumento do risco de desenvolver este tipo de condição (LINDE, *et al.*, 2017; GE, *et al.*, 2015; ELBISS, *et al.*, 2013; AL-BADR, *et al.*, 2012). A constipação intestinal embora listada em alguns estudos não é encontrada de forma unânime entre estes, sendo assim pouco discutida ou nem avaliada como fator de risco. Pode-se perceber também que os achados dos estudos, por muitas vezes são contraditórios em relação aos fatores de risco (OLIVEIRA, *et al.*, 2010; HIGA e LOPES, 2005).

Estudos realizados sobre IU relataram prevalências por todo o mundo com variação de 5% a 69% (LINDE, *et al.*, 2017). Porém, especialmente em mulheres é possível observar que este está se tornando um problema global (GE, *et al.*, 2015). Estudos norte-americanos e europeus relatam prevalência de IU variando de 8,5% a 58%.

Esta grande variação provavelmente pode estar relacionada às diferenças metodológicas entre os estudos, tais como: características da população estudada, local do estudo, diferenças culturais e religiosas, e também em possíveis diferenças nas definições de IU (LINDE, *et al.*, 2017; ELBISS, *et al.*, 2013; AL-BADR, *et al.*, 2012; HIGA e LOPES, 2005).

No Brasil ainda são poucos os estudos de prevalência da IU, principalmente em mulheres, ou sobre a avaliação dos fatores de risco. Levando-se em conta também a grande extensão territorial do nosso país e a vasta diversidade cultural (OLIVEIRA, *et al.*, 2010; HIGA e LOPES, 2005).

Os relatos são de que as mulheres são as mais afetadas por esta condição, porém, homens também sofrem com estes sintomas e sua prevalência aumenta com a idade, mesmo não sendo um problema exclusivo do envelhecimento (LINDE, *et al.*, 2017). Estudos mostram que mulheres adultas jovens e de meia idade também são afetadas por este tipo de problema (HIGA e LOPES, 2005).

Os tratamentos iniciais para a IU costumam ser através de medidas simples e conservadoras, tais como: perda de peso, treinamento da bexiga, treinamento muscular do assoalho pélvico e dispositivos de contenção. Nos casos em que estas medidas não são eficazes se faz necessário então a continuidade do tratamento através da terapia farmacológica. E se os métodos anteriores falharem, então será estudado a possibilidade do tratamento cirúrgico, colocando na balança os riscos e benefícios de tais procedimentos. Para pacientes com IUM o sintoma mais incômodo comumente é tratado primeiro (OLIVEIRA, *et al.*, 2010).

A presença da IU em mulheres é um problema físico, social e tem uma influência significativa na QV (LINDE, *et al.*, 2017; GE, *et al.*, 2015). Esta condição limita as atividades da vida diária, resulta em perda de auto-estima e diminui a capacidade de manter um estilo de vida independente, interferindo nas relações afetivas e sexuais, acabando por tornar esta mulher cada vez mais reclusa a medida que a incontinência se agrava, desta forma, pode-se ter uma ideia da gravidade do impacto na vida da pessoa (ELBISS, *et al.*, 2013; LINDE, *et al.*, 2017; HIGA e LOPES, 2005).

Muitas mulheres acabam não procurando ajuda junto aos profissionais de saúde, principalmente no início dos sintomas, por constrangimento, medo do isolamento, achar que esta condição é normal do decorrer da idade, por pensar que simplesmente irá se resolver sozinha, ou até mesmo que a cirurgia seja a única opção de tratamento (LOPES, *et al.*, 2018; ELBISS, *et al.*, 2013; AMARAL, *et al.*, 2015; AL-BADR, *et al.*, 2012).

Uma vez que os sintomas relacionados com as desordens no assoalho pélvico, tem um importante papel no decréscimo do índice de QV destas mulheres (BEZERRA, *et al.*, 2014), a busca por compreender melhor as condições que as afetam, se dão através dos auto relatos das pacientes ou da aplicação de questionários validados para este fim, como por exemplo o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF), o *King's Health Questionnaire* (KHQ) e o *Incontinence-Specific Quality of Life Instrument* (I-QOL), sendo que os efeitos na QV podem variar de acordo com o tipo de IU encontrado (AMARAL, *et al.*, 2015; FARIA, *et al.*, 2015).

Por isso considera-se importante o estudo da IU nas mulheres de determinadas populações, para assim poder quantificar a gravidade do problema dentro de cada contexto. Como por exemplo o impacto desta situação afetando mulheres de religião mulçumana, que precisam se manter várias horas por dia de joelhos em oração (AL-BADR, *et al.*, 2012), facilitando assim, a tomada de decisões junto ao paciente e a educação dos profissionais de saúde.

4.5 EVIDÊNCIAS SOBRE RELAÇÃO ENTRE CONSTIPAÇÃO E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Como pode ser observado nos itens anteriores, a bexiga urinária e o reto tem uma relação de estreita comunicação do ponto de vista anatômico e funcional, por compartilhar as inervações simpáticas e parasimpáticas, estruturas musculares do assoalho pélvico, além da interação reflexa autonômica que acontece entre a bexiga urinária e a parte distal do trato gastrointestinal (BEZERRA, *et al.*, 2014; CARTER e BEER-GABEL, 2012; AVERBECK e MADERSBACHER, 2011).

Sendo assim, a hiperatividade da bexiga e a disfunção intestinal podem resultar em uma eliminação disfuncional das fezes e urina, mostrando a complexa relação fisiológica que existe entre as funções destes dois sistemas orgânicos, e suas implicações para o tratamento das desordens pélvicas (KAPLAN, *et al.*, 2013). Portanto, esta estreita relação tem relevância clínica, principalmente quando há presença de alterações nestes dois sistemas (WYNDAELE, *et al.*, 2011).

Observa-se o aumento de relatos de mulheres que sofrem de constipação ou outros distúrbios anoretais, apresentarem também problemas de IU. O tratamento para um destes sistemas poderia melhorar ou afetar negativamente o outro, mostrando assim a importância desta estreita relação e da realização mais estudos que explorem esta combinação de patologias (WYNDAELE, *et al.*, 2011).

Um estudo realizado com professoras na China, mostrou que as que apresentavam histórico familiar de problemas urinários e condição de constipação crônica foram mais propensas a apresentar quadro de incontinência urinária do que aquelas que não tinham este histórico ou condição (LIAO, *et al.*, 2008). Evidências como esta, podem auxiliar no delineamento de práticas terapêuticas não invasivas para estas duas condições como uma importante estratégia (MANONAI, *et al.*, 2010; KINCADE, *et al.*, 2007).

A própria condição crônica da constipação pode resultar em danos no assoalho pélvico, pelo esforço repetitivo na eliminação das fezes e pelo estresse gerado pelo impacto destas na região do períneo, sendo que uma pesquisa realizada na Espanha mostrou que 44% das suas participantes apresentavam um ou mais critérios positivos para constipação, e que em quase metade destas já era possível constatar algum grau de dano no assoalho pélvico, sendo que destes 25% eram incontinência urinária, sugerindo assim que a CI pode ser um fator importante no desenvolvimento de danos no assoalho pélvico, podendo levar à IU (AMSALEM, *et al.*, 2010).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo, classifica-se como exploratório descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados nos ambulatórios de disfunções miccionais, de incontinências/enfermagem e do grupo interdisciplinar de assoalho pélvico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR, localizado na rua General Carneiro, 181 – Alto da Glória – Curitiba/PR, no período de setembro de 2019 a janeiro de 2020.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram incluídos como participantes neste estudo, mulheres maiores de 18 anos que estavam em atendimento em um dos três ambulatórios citados anteriormente, e que possuíam sintomas de incontinência urinária. Foram excluídas as mulheres que tivessem presença de alterações anatômicas e/ou disfunções neurológicas que possam levar à IU e/ou constipação intestinal.

As participantes foram recrutadas de maneira aleatória na lista previamente organizada pelo ambulatório, para atendimentos agendados do dia, e verificado se havia queixa de incontinência urinária.

A amostra do estudo foi calculada a partir dos resultados de um estudo piloto considerando um nível de significância de 5% e o poder estatístico de 90%. Para o estudo piloto utilizou-se uma amostra de 24 participantes calculada com base na proporção de casos de CI entre indivíduos com IU, que na literatura apresenta-se com média de 55%, com margem de erro de 23%, considerando um nível de confiança de 95%. Estes apresentaram uma prevalência de 79% de CI, considerando um nível de

significância de 5% e o poder estatístico de 90%. Adotando uma margem de erro de 5% o resultado do cálculo amostral foi de 180 sujeitos.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em um primeiro momento foi realizado o contato com os representantes da instituição e as respectivas chefias dos ambulatórios onde a pesquisa ocorreu, a fim de solicitar autorização para a realização da mesma, esclarecer dúvidas referentes ao projeto, seus objetivos e método.

Após esta etapa o projeto devidamente autorizado pela instituição onde a pesquisa ocorreu, foi submetido ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da PUCPR e do C-HC/UFPR, via plataforma Brasil, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados foi iniciada após liberação, sob o parecer número: 3.575.829 (ANEXO H).

Todos os sujeitos participaram de forma voluntária, após o esclarecimento de todos os pontos referentes a pesquisa, e os mesmos foram convidados a assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

5.5 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO

5.5.1 Abordagem dos participantes do estudo

A pesquisadora, esteve disponível no local de coleta, para contato com os possíveis participantes, dentro dos horários e dias de funcionamento do ambulatório, no intervalo de setembro de 2019 a janeiro de 2020.

O possível participante foi abordado em dois possíveis momentos, antes ou após a sua consulta do dia agendada no ambulatório. A pesquisadora fez contato com este, na recepção dos consultórios, de acordo com a planta do local em que o atendimento estava sendo feito no dia. Estes procedimentos foram delineados com a finalidade de respeitar e não interferir no andamento da rotina já estabelecida para os ambulatórios da instituição.

A coleta de dados ocorreu na forma de entrevista individual, por meio de um único avaliador, com duração média de 20 a 30 minutos aproximadamente, de acordo

com a capacidade de compreensão dos participantes, e os dados foram registrados digitalmente.

5.5.2 Protocolos de coleta de dados

A pesquisadora aplicou as seguintes ferramentas: questionário sociodemográfico e de saúde geral (QSSG) (APÊNDICE A), questionário de hábito intestinal (QHI) (APÊNDICE B) ambos elaborados pela pesquisadora, e por fim o ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*) (ANEXO A).

5.5.2.1 Questionário Sociodemográfico e de Saúde Geral

Este questionário foi elaborado pela pesquisadora com o objetivo de promover um levantamento sociodemográfico que possa caracterizar a amostra. Consta de perguntas específicas em relação à característica da incontinência urinária, subdividida em IUE, IUU e IUM, com uma seleção de frases específicas que representem os sintomas de esforço e urgência de forma separada. A IU foi classificada por sua vez, de acordo com as características identificadas pelo participante, e havendo a presença de sintomas de esforço e urgência, esta foi classificada como mista. As perguntas foram construídas por meio da compilação de instrumentos já validados como o ICIQ_SF e complementado com sintomas que identificam os tipos mais comuns de IU, conforme descrito no artigo da ICS (*International Continence Society*) (D'ANCONA, *et al.*, 2019).

5.5.2.2 Questionário de Hábito Intestinal

Este questionário foi elaborado pela pesquisadora, com objetivo de verificar o funcionamento intestinal e a presença de constipação intestinal funcional nos participantes.

Sua estrutura tem como base os critérios de Roma IV e a Escala de Bristol para Consistência de Fezes, já consolidadas na literatura para este tipo de avaliação (LACY, *et al.*, 2016; MARTINEZ e AZEVEDO, 2012).

De acordo com os critérios de Roma IV, a constipação funcional é um distúrbio intestinal funcional no qual se apresentam os sintomas de defecação difícil, infrequente ou incompleta de forma predominante.

Pacientes com CI, podem ter a presença de dor abdominal e/ou inchaço, mas não são sintomas predominantes. O início dos sintomas deve ocorrer em pelo menos 6 meses antes do diagnóstico, e estes devem estar presentes durante os últimos 3 meses. Fazem parte dos critérios, uma série de frases a serem lidas pelo paciente, e a presença de CI será confirmada com a indicação de duas ou mais afirmativas desta lista, respeitando o período dos sintomas já citados anteriormente.

A Escala de Bristol para Consistência de Fezes – EBCF (*Bristol Stool Form Scale*), tem como objetivo avaliar de maneira descritiva a forma do conteúdo fecal, utilizando gravuras que representam os sete tipos de fezes, de acordo com sua consistência e forma, sendo exemplos facilmente reconhecíveis pelos pacientes, que devem pelas imagens selecionar qual tipo de fezes mais se assemelha as suas, de acordo com a forma e consistência. Esta escala já é traduzida para o português e validada para o uso no Brasil (MARTINEZ e AZEVEDO, 2012). Este instrumento foi utilizado durante a aplicação do questionário de hábito intestinal para auxiliar o paciente nas respostas que exigiam descrição do formato das fezes.

5.5.2.3 ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*)

Este questionário já validado na língua portuguesa do Brasil, tem o objetivo de avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificação da perda urinária pelos sujeitos avaliados. Sendo composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, com pontuações em ordem crescente de gravidade que geram um score final com no máximo 21 pontos; além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionado às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos sujeitos (TAMARINI, *et al.*, 2004).

5.5.3 Análise Estatística

Os dados foram analisados com o pacote estatístico SPSS versão 25. Os resultados de variáveis categóricas foram descritos em frequência absoluta e relativa e os de variáveis quantitativas foram descritos por média e desvio padrão, mediana e amplitude. Para estimar parâmetros de interesse foram construídos intervalos de confiança de 95%. A comparação da frequência de constipação intestinal funcional entre as três subgrupos de incontinência urinária foi realizada por meio do teste qui-quadrado de Pearson e a identificação dos fatores que predispõem a associação de

CI e IU foi analisada por meio de regressão logística considerando a variável CI como variável dependente e as variáveis sociodemográficas e fatores pessoais como independentes. O nível de significância estatística foi estipulado em 5%.

6 RESULTADOS

Um total de 227 mulheres, com média de idade de 60,33 $\pm$ 12,26 anos, participaram do estudo. A frequência de constipação intestinal (CI) foi encontrada em 80,2% delas, como descrito na Tabela 1.

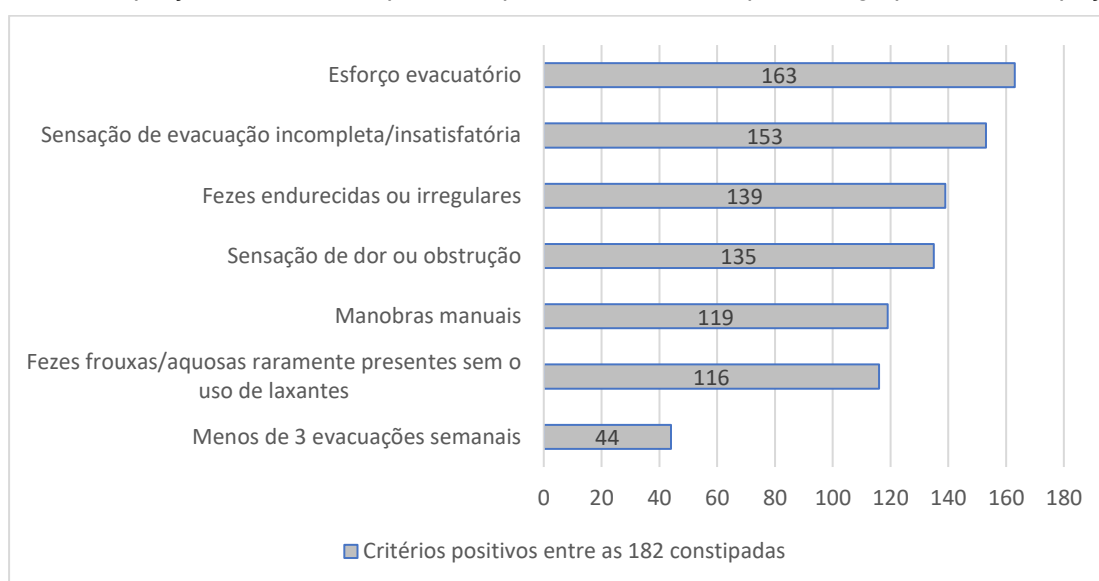
Tabela 1 – Frequência de constipação intestinal na população do estudo

Constipação intestinal	N	(%)
Sim	182	80,2
Não	45	19,8
Total	227	100

Fonte: a autora, 2020.

Os critérios de Roma IV foram utilizados para definir presença ou não de constipação intestinal, confirmada mediante a indicação de duas ou mais afirmativas desta lista. O Gráfico 1 mostra a frequência com que esses critérios foram citados pelas 182 participantes com CI. Os três critérios mais prevalentes: esforço evacuatório (89,6%), sensação de evacuação incompleta/insatisfatória (84,1%) e fezes endurecidas ou irregulares (76,4%).

Gráfico 1 – Proporção dos sintomas positivos (critérios de Roma IV) entre o grupo com constipação



Fonte: a autora, 2020.

Ao realizar a comparação da CI com as características sociodemográficas, apresentadas na Tabela 2, observa-se que a média de idade entre as constipadas foi de $60,3 \pm 12,61$ anos.

Tabela 2 - Características sociodemográficas e perfil gestacional da população do estudo e segundo presença ou não de constipação

Variáveis	População (N=227) (%)($\pm$ DP)	Sem constipação (n=45) (%)($\pm$ DP)	Com constipação (n=182) (%)($\pm$ DP)	Valor de p
Idade	60,33 ($\pm 12,26$)	61,53 ($\pm 10,76$)	60,3 ($\pm 12,61$)	0,462***
Escolaridade				0,684*
Analfabeto	10 (4,4)	1 (2,2)	9 (4,9)	---
Ens. fundamental	135 (59,5)	30 (66,7)	105 (57,7)	---
Ens. Médio	65 (28,6)	11 (24,4)	54 (29,7)	---
Ens. superior	17 (7,5)	3 (6,7)	14 (7,7)	---
Atividade laboral				0,655*
Do lar	138 (60,8)	30 (66,7)	108 (59,3)	---
Aposentada	5 (2,2)	1 (2,2)	4 (2,2)	---
Trabalho remunerado	84 (37)	14 (31,1)	70 (38,5)	---
Perfil gestacional				
Nº de gestações	3 [2 – 5]	3 [2,5 - 5]	3 [2 – 5]	0,841****
Partos vaginais	2 [1 – 3]	2 [2 – 3,5]	2 [1 – 3]	0,605****
Cesáreas	0 [0 – 1]	1 [0 – 1]	0 [0 – 1]	0,451****
Abortos	0 [0 – 1]	0 [0 – 1]	0 [0 – 1]	0,182****
Episiotomia	146 (64,3)	34 (75,6)	112 (61,5)	0,085**
Fórceps	39 (17,2)	10 (22,2)	29 (15,9)	0,377**

Fonte: a autora, 2020.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson, **Teste Exato de Fischer, ***Teste t de Student para medidas independentes, ****Teste U de Mann-Whitney; considerou-se nível de significância ($p \leq 0,05$).

O nível de escolaridade foi predominantemente baixo para a população do estudo com 59,5% para ensino fundamental e 4,4% para analfabetas. Com relação à atividade laboral, o maior percentual foi o de mulheres do lar (60,8%). Tanto a distribuição da escolaridade, quanto da atividade laboral se apresentaram de forma similar nos grupos com e sem CI.

Sobre o perfil gestacional das avaliadas, o número de gestações apresentou mediana de 3 gestações para os dois grupos, das quais houve mediana de 2 partos vaginais. As variáveis episiotomia e uso de fórceps apresentaram incidência de 64,3% e 17,2% respectivamente. Estas variáveis não apresentaram significância no teste de comparação com a CI.

Segundo os hábitos de vida e condições de saúde (Tabela 3), destacaram-se a alta frequência de hipertensão arterial sistêmica (53,3%) e o uso de medicamentos contínuos (82,8%).

Tabela 3 – Condições de saúde, perfil intestinal e hábitos de vida da população do estudo

Variáveis	População (N=227) (%)(±DP)	Com constipação (n=182) (%)(±DP)	Sem constipação (n=45) (%)(±DP)	Valor de p
Menopausa	183 (80,6)	148 (81,3)	35 (77,8)	0,674**
Histórico de Cirurgias†	183 (80,3)	143 (78,6)	40 (88,9)	0,142**
Tabagista	28 (12,3)	25 (13,7)	3 (6,7)	0,310**
Ex-tabagista	56 (24,7)	45 (24,7)	11 (24,4)	1,000**
DCNT	160 (70,5)	129 (70,9)	31 (68,9)	0,856**
Problemas respiratórios	44 (19,4)	39 (21,4)	5 (11,1)	0,142**
Hipertensão Arterial	121 (53,3)	99 (54,4)	22 (48,9)	0,511**
Diabetes	49 (21,6)	42 (23,1)	7 (15,6)	0,317**
Outros	22 (9,7)	18 (9,9)	4 (8,9)	1,000**
Uso de medicamento contínuo	188 (82,8)	149 (81,9)	39 (86,7)	0,515**
Diurético	67 (29,5)	51 (28)	16 (35,5)	0,362**

Reposição hormonal	9 (4)	5 (2,7)	4 (8,9)	0,079**
Anti-hipertensivo	120 (52,9)	98 (53,8)	22 (48,9)	0,618**
Antidepressivo	83 (36,6)	70 (38,5)	13 (28,9)	0,300**
Hipoglicemiantes orais	47 (20,7)	40 (22)	7 (15,6)	0,415**
Outros	72 (31,7)	61 (33,5)	11 (24,4)	0,687*
Atividade física	58 (25,6)	41 (22,5)	17 (37,8)	0,055**
Perfil intestinal				
Evacuação dias/semana	5,44 ($\pm 0,14$)	5,12 ($\pm 0,16$)	7 [7 -7]	---
Tempo de evacuação (min)	5 [3 – 10]	5,5 [5 – 15]	3 [3 – 5]	---
Uso de laxativo	121 (53,3)	116 (63,7)	5 (11,1)	---

Fonte: a autora, 2020.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson, **Teste Exato de Fischer; considerou-se nível de significância ($p \leq 0,05$).

O tabagismo apresentou um baixo percentual nas mulheres avaliadas (12,3%), sendo discretamente maior nas constipadas (13,7%).

Em relação à prática de atividade física observou-se que apenas 25,6% da população do estudo cumprem a recomendação mínima de 150 minutos semanais. No grupo com CI esse valor foi menor (22,5%) se comparado ao das mulheres que não apresentaram CI e praticavam atividade física (37,8%).

Nos testes de associação da CI com as variáveis da Tabela 3, a única que apresentou nível de significância estatística foi a atividade física ($p=0,055$). Após a regressão logística univariada, esta variável se mostrou como fator protetivo para o desenvolvimento de CI (OR= 0.47; 95% IC= 0.23-0.96), podendo ser observado também pela diferença de frequência na prática regular de atividade física entre os grupos com e sem presença de CI.

A mulheres com CI evacuavam em média $5,12 \pm 0,16$ dias por semana, com duração de evacuação de 5,5 [5 – 15] minutos.

A Tabela 4 demonstra a frequência dos três subtipos de IU para os grupos com e sem presença de CI, e quantas destas utilizavam forro de proteção nas roupas íntimas.

Tabela 4 - Distribuição dos tipos de incontinência urinária na população do estudo

Tipo de IU	Com constipação (n=182)(%)	Sem constipação (n=45)(%)	Valor de p
Incontinência urinária mista	161 (88,5)	37 (82,2)	0,430*
Incontinência urinária de urgência	13 (7,1)	4 (8,9)	0,430*
Incontinência urinária de esforço	8 (4,4)	4 (8,9)	0,430*
Uso de forro de proteção	132 (72,5)	29 (64,4)	---

Fonte: a autora, 2020.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson; considerou-se nível de significância ($p \leq 0,05$).

Observa-se que nos subtipos de IU da Tabela 4, as porcentagens de incontinência mista foram maiores tanto para o grupo com CI (88,5%) quanto para o grupo sem CI (82,2%) em relação às de esforço e urgência.

A segunda maior incidência de IU foi em urgência (7,1%) para as mulheres com CI, enquanto para o grupo sem CI o valor foi igual para IUE e IUU (8,9% em cada um). A associação entre os três subtipos de IU com presença de CI não apresentou significância no teste estatístico.

As mulheres que apresentaram IU e CI foram as que mais recorriam ao uso de forro de proteção para conter a perda de urina (72,5%).

Em relação ao ICIQ-SF Score, que avalia o impacto da IU na qualidade de vida, o score médio para a população do estudo (N=227) foi de 14,29 ($\pm 0,30$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Score do ICIQ-SF para população do estudo e segundo presença ou não de constipação.

Variável	Amostra geral (N=227)(±DP)	Sem constipação (n=45) (±DP)	Com constipação (n=182) (±DP)
ICIQ-SF Score	14,29 (±0,30)	12,73 (±5,25)	14,68 (±4,27)

Fonte: a autora, 2020.

Nota: ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short For*).

O grupo com CI apresentou um escore de 14,68 (±4,27), sendo mais alto que o do grupo sem CI.

7 DISCUSSÃO

A frequência de CI encontrada no presente estudo foi de 80,2% e a população apresentou média de idade de $60,33 \pm 12,26$ anos. Abreu *et al.* (2018) conduziu uma pesquisa com 516 mulheres com idade média de $35,8 \pm 6$ anos, e observou uma frequência de 34,1% em CI; já Bezerra *et al.* (2014) encontrou CI em 67% da população de 172 mulheres, sendo que a média de idade para grupo que apresentou desordens defecatórias foi de 53.3 ± 12.9 anos.

Um estudo nos Estados Unidos realizado por Coyne *et al.* (2011) com indivíduos de idade ≥ 40 anos relataram que a CI aumentou o risco para o desenvolvimento de sintomas urinários.

Pode-se observar que mesmo com a variação de faixa etária e frequência entre os estudos, estes mostram a CI como um fator a ser levado em consideração dentro do cenário da IU. Uma metanálise realizada por Lian *et al.* (2019) analisou 16 estudos que avaliaram a relação entre a CI e o risco de IU, estes publicados entre 2005 e 2018, e chegaram à conclusão de que a CI está relacionada de forma significativa com a IU em mulheres. Portanto abordagens para melhora do quadro de CI devem ser consideradas para este tipo de população.

Com relação aos critérios de Roma presentes no grupo com CI deste estudo, observa-se que em outra pesquisa estes relatos foram semelhantes. Os critérios mais citados pelas participantes foram esforço evacuatório (89,6%), sensação de evacuação incompleta/insatisfatória (84,1%) e fezes endurecidas ou irregulares (76,4%). Estes dados concordaram com o estudo de Abreu *et al.* (2019) que encontrou como as mais frequentes, esforço evacuatório (43,5%), fezes endurecidas ou irregulares (37%) e sensação de evacuação incompleta/insatisfatória (28,3%) no grupo que apresentava perda urinária associada.

Já em um estudo realizado com idosos por Gavanski *et al.* (2015), o critério mais prevalente foi sensação de evacuação incompleta/insatisfatória (80%) e um dos menos prevalentes a quantidade de evacuação menor que 3 semanais (20%), sendo nesse estudo também o critério menos relatado (24,2%). Em outro com 596 mulheres realizado na Espanha, um ou mais critérios para constipação estiveram presentes em 44% das participantes, e três ou mais para 18%. O critério mais presente foi fezes endurecidas ou irregulares (34%) (AMSELEM, *et al.*, 2010).

Observa-se que o perfil de critérios de Roma mais relatado neste e em outros estudos citados anteriormente, demonstram características ruins das fezes. Estas se dão muitas vezes por ingestão hídrica insuficiente, pobre consumo de fibras e alta ingestão de produtos industrializados.

Ademais o fato de que ignorar a vontade de ir ao banheiro, principalmente pelo grande número de afazeres diários, também contribuem para o quadro, já que são condições que prejudicam a motilidade intestinal e favorecem a constipação. Estas situações na sua grande maioria poderiam ser resolvidas ou amenizadas de forma conservadora através das mudanças de hábitos de vida.

O nível de escolaridade predominante neste estudo foi de 59,5% para ensino fundamental e também houveram 4,4% de analfabetas, este perfil mostra uma faixa predominantemente mais baixa no grau de instrução. Outros estudos encontraram resultados semelhantes no ensino fundamental ou menos (64,7% para constipadas), ou que apontaram uma baixa falta de instrução, uma vez que apenas uma média de $6,87 \pm 4,33$ participantes tiveram educação em escola (ABREU, *et al.*, 2019; BEZZERA, *et al.*, 2014; ZHU, *et al.*, 2010). Neste estudo o maior percentual de mulheres era do lar (60,8%), dado encontrado também em outros estudos (MANONAI, *et al.*, 2010; ELBISS, *et al.*, 2013).

A baixa escolaridade pode ser um fator importante de se levar em consideração no manejo da IU e da CI, uma vez que muitas dessas mulheres dentro desta faixa escolar não tinham reais conhecimentos sobre as suas condições de saúde, possibilidades de manejo conservador, aliado as mudanças nos hábitos de vida. Observou-se que por mais que algumas recebessem orientação, apresentavam dificuldade para seguir as mesmas, seja por falta de compreensão ou por não observar a real importância de segui-las.

Neste estudo o número de gestações apresentou mediana de 3, sendo mediana de 2 partos vaginais entre as participantes. Amselem *et al.*, (2010) comenta em relação a paridade, onde 36% das participantes tiveram dois filhos, 11% tiveram três e 4% tiveram quatro, sendo esta maioria por partos vaginais, corroborando com o achado deste estudo. Resultados semelhantes foram encontrados também em outro estudo onde a média de paridade foi $2 \pm 1,4$ e mais de 70% dos partos foram vaginais (WYNDAELE, *et al.*, 2011).

Em relação aos tipos de trauma obstétricos, como três ou mais partos e uso de fórceps, as porcentagens foram 17% e 46% respectivamente, sendo este trauma no

assolho pélvico mais incidente nas mulheres que tinham CI (31%) em relação as sem CI (16%) (AMSELEM, *et al.*, 2010). As variáveis episiotomia e uso de fórceps deste estudo apresentaram prevalência de 64,3% e 17,2% respectivamente, os partos por cesárea tiveram mediana de 0 [0 – 1] na população deste estudo. Portanto, é importante considerar estas variáveis em conjunto com a presença de constipação nesta população de mulheres com IU, a fim de entender melhor os fatores que a levaram a sofrer com estes sintomas e a melhor forma de abordagem no tratamento.

Segundo os hábitos de vida e condições de saúde, destacaram-se neste estudo a alta frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (53,3%) e o uso de medicamentos contínuos (82,8%), porém, estes não apresentaram correlação com a CI. A HAS também foi dominante nos estudos de Manonai *et al.* (2010) e Maeda *et al.* (2017).

Foi predominante o uso de medicamentos contínuos, este esteve relacionado aos anti-hipertensivos, diuréticos e antidepressivos, sendo estes dois últimos em maior número nas com CI, corroborando com os achados de Maeda *et al.* (2017) e Kaplan *et al.* (2013), sendo a CI um efeito adverso associado a muitas classes diferentes de drogas tais como antidepressivos, antipsicóticos, analgésicos opioides, anti-hipertensivos, antiácidos e anti-histamínicos.

O dados relacionados ao uso de medicamentos, expõe a fragilidade acarretada pela polifarmácia, além de tornar visível a importância de conhecer bem o histórico e comorbidades dos pacientes e suas interações medicamentosas, pois muitas vezes ocorrências como automedicação ou prescrição de medicamentos sem o conhecimento ampliado da situação de saúde global podem ser fatores de agravamento ou cronificação da CI.

Os antimuscarínicos são comumente usados para o tratamento de sintomas urinários, mas esse tipo de droga pode induzir à constipação (MAEDA, *et al.*, 2017), no presente estudo uma avaliada relatou fazer uso deste tipo de medicação. Uma vez que os pacientes com sintomas de IU podem acabar limitando a ingestão de líquidos, como uma estratégia para diminuir a perda urinária, e juntamente fazendo o uso do tratamento com antimuscarínico, podem então agravar ainda mais este problema (KAPLAN, *et al.*, 2013).

Considerando a relação de proximidade e interferência entre a bexiga urinária e o intestino, uma abordagem inicial de gerenciamento da constipação pode melhorar os sintomas urinários, como visto em um estudo realizado por Charach *et al.* (2001)

com 52 idosos (idade média de 65 anos), a porcentagem de pacientes com sintomas de urgência apresentou uma redução de 65% para 31% após tratada a CI.

Estes dados expõem a importância para uma observação mais global ao avaliar os sintomas do trato urinário baixo, principalmente pela sua proximidade com outros sistemas, a fim de delinear condutas de tratamento mais completas, direcionadas e de acordo com as condições de compreensão e limitações de vida diária desta mulher.

A prática de atividade física não foi predominante neste estudo (25,6%), sendo menor (22,5%) se comparado ao das mulheres que não apresentaram CI e praticavam atividade (37,8%). Esta variável se mostrou como fator protetivo para o desenvolvimento de CI, achado este de acordo com outro estudo, que mostra que a atividade física melhora a motilidade e o tempo de trânsito intestinal e pode melhorar ou prevenir quadros de CI, mesmo quando os sujeitos ingeriam baixa quantidade de líquidos durante o dia (LEAL, *et al.*, 2018). E de acordo com Kincade *et al.* (2007) é importante incluir o manejo da CI para a melhora da IU.

A quantidade de evacuações semanais é uma questão interessante, pois observou-se neste estudo que ao questionar as participantes sobre os hábitos intestinais, estas já de início negavam problemas uma vez que diziam evacuar quase todos os dias, se não diariamente. Na sequência da aplicação dos critérios de Roma, a maioria destas apresentaram sinais e confirmação de CI, mesmo evacuando em média $5,12 \pm 0,16$ dias por semana.

Estes dados sobre a quantidade de evacuações, nos mostram que a grande parte das participantes associava CI ao ato de não evacuar, e sabemos que existem vários outros fatores a serem levados em consideração, estes já citados anteriormente neste e em outros estudos. A importância da conscientização em relação a esse assunto se faz necessária junto aos pacientes, e este desconhecimento pode estar ligado à escolaridade predominantemente mais baixa nesta população estudada.

Neste estudo a frequência de incontinência mista foi maior tanto para o grupo com CI (88,5%) quanto para o grupo sem CI (82,2%) em relação às de esforço e urgência, e a média de idade estava na casa dos 60 anos.

Estudos trazem que a idade pode influenciar na distribuição dos tipos de IU, sendo a incontinência urinária mista (IUM) e a incontinência urinária de urgência (IUU) as mais encontradas entre as mulheres idosas e de meia idade, enquanto a incontinência urinária de esforço (IUE) entre as adultas jovens (LINDE, *et al.*, 2017; AMARAL, *et al.*, 2015; WYNDAELE, *et al.*, 2011; ZHU, *et al.*, 2010), resultados estes

de acordo com o achado no estudo feito por Carvalho *et al.* (2019) com adultas jovens na média dos vinte anos de idade, onde o tipo de IU mais prevalente foi de esforço.

Um estudo realizado nos Estados Unidos com 420 mulheres com IU encontrou frequência de IUM (57%), IUU (20%) e IUE (17%), o mesmo padrão encontrado em outro estudo que foi realizado na Tailândia (CAMERON, *et al.*, 2018; MANONAI, *et al.*, 2010).

Entender e investigar a distribuição entre os subtipos de IU, além da observação de presença ou não de CI associada, pode proporcionar um melhor direcionamento nas opções de tratamento para o manejo da IU, levando como prioridade os sintomas mais incômodos para esta mulher.

Diante destes fatos, podemos avaliar através do ICIQ-SF Score, o impacto destas condições na QV da mulher, com demonstração de piora quando associada a CI ($14,68 \pm 4,27$).

Vários estudos se dedicaram a entender de forma mais específica este impacto na qualidade de vida e o quão prejudicial isto pode ser, a ponto de afetar de forma substancial as suas atividades produtivas e de interações sociais.

Abreu *et al.* (2018) comenta que encontraram um baixo índice de qualidade de vida, especialmente quando a IU estava associada a presença de CI. Relata também o risco envolvido em subestimar a importância deste sintoma intestinal, quando é o único presente antes mesmo do início de perda urinária, além do cuidado para não negligenciar a disfunção intestinal quando menos que dois critérios de Roma estão presentes.

Das 182 mulheres com IU em um estudo realizado por Elbiss *et al.* (2013), 50,5% não chegaram a procurar serviços de saúde e ajuda profissional a fim de ajudar na sua condição, por motivos de desconhecimento e constrangimento. Porém, os fatores determinantes para procurar ajuda, foram quando estes sintomas estavam causando grandes interferências em suas atividades sociais, físicas, religiosas e relações sexuais.

Faria *et al.* (2015) avaliou o impacto da QV dentro dos subtipos de IU, e encontrou que as mulheres com IUM foram as que apresentaram piores índices, com impacto de moderado a grave. Sendo que a hipertensão arterial e a diabetes, foram fatores que contribuíram para piora destes resultados. Dentro das doenças citadas pelas participantes no presente estudo, a mais frequente foi a HA (53,3%), seguida pela diabetes (21,6%), dados estes de acordo com o estudo citado.

Estudos relatam que a IUM é uma condição que gera um maior impacto na QV se comparado as portadoras de IUE que são menos dependentes de sua perda urinária (BARENTSEN, *et al.*, 2012; FRICK, *et al.*, 2009). Observou-se no presente estudo que 87,2% das participantes tinham IUM.

Estudos mostram que os custos gerados pela IU estão atrelados aos baixos índices de QV. Sendo que o uso frequente de absorventes e fraldas como uma forma de conter a perda de urina, e também a terapia medicamentosa, impactam diretamente no orçamento destas mulheres. Além dos custos para os sistemas de saúde, com tratamentos e cirurgias. (FARIA, *et al.*, 2015; TANG, *et al.* 2014)

Das participantes que apresentaram IU e CI de forma associada no presente estudo, 72,5% (n=132) recorriam ao uso de forros de proteção como uma estratégia para ter controle sobre a perda urinária. Além dos relatos de mudanças na rotina, no tipo de vestuário utilizado para sair de casa e no abandono de atividades que causavam perda de urina, muitas vezes pelo medo de apresentar mal cheiro. Volkmer, *et al.* (2012), relata em sua revisão sistemática, que estas também foram estratégias adotadas na maioria das avaliadas dentro dos estudos, e mostrando que as estratégias de autogestão da IU, são motivadas pela possibilidade de se vivenciar a vida da forma mais normal possível mesmo sendo incontinente.

Os achados sobre QV no presente estudo, mostram a importância de se olhar os sinais e sintomas, não apenas como algo a ser tratado e resolvido, mas como uma porta para que se explore o impacto dessas manifestações na vida das pessoas como um todo, a partir de um conceito ampliado de saúde em que os domínios físico, estrutural, social e ambiental sejam considerados no sentido de compreender a condição de saúde vivida para gerar protocolos de assistência que impactem em todos os aspectos da saúde.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou uma ocorrência de constipação intestinal funcional de 80,2%, confirmando que essa condição é prevalente na mulher com incontinência urinária.

Quanto a atividade física ter apresentado associação, sendo fator protetivo para constipação, este achado reforça o olhar que as equipes de saúde devem ter em relação as orientações quanto aos hábitos de vida, e uso de medicamentos e suas repercussões com manejo conservador já no início dos sintomas de CI, com o objetivo de evitar o agravamento da condição e consequentemente a piora do quadro de incontinência urinária. Finalmente ressalta-se a importância de se pensar em uma proposta de tratamento conjunto para estas condições coexistentes.

Por fim, os achados deste estudo demonstram a associação entre a constipação intestinal e a incontinência urinária e o impacto negativo da primeira quando associada à segunda..

Entre as limitações encontradas, observou-se a dificuldade em aumentar o número de sujeitos participantes, devido à falta destes às consultas agendadas.

Espera-se que os resultados desta pesquisa, motivem o desenvolvimento de mais estudos acerca desta relação, e consequentemente novas propostas de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, Glícia Estevam de *et al.* Functional constipation and overactive bladder in women: a population-based study. **Arq. Gastroenterol**, v. 55, n. 1, p. 35–40, 2018.
2. AL-BADR, Ahmed *et al.* Prevalence of urinary incontinence among Saudi women. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 117, p. 160-163, 2012.
3. AMARAL, Maria O.P. *et al.* Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 131, p. 82–86, 2015.
4. AMSELEM, C. *et al.* Constipation: a potential cause of pelvic floor damage? **Neurogastroenterol Motil**, v. 22, p. 150-e48, 2010.
5. ANDY, Uduak U. *et al.* The relationship between fecal incontinence, constipation and defecatory symptoms in women with pelvic floor disorders. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, p. 495–498, 2017.
6. AVERBECK, Marcio A.; MADERSBACHER, Helmut. Constipation and LUTS – how do they affect each other? **International Braz. J. Urol**, v. 37, n. 1, p. 16–28, 2011.
7. BEZERRA, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira *et al.* Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. **Int. Urogynecol J**, v. 25, p. 927–933, 2014.
8. BHARUCHA, A. E. Pelvic floor: anatomy and function. **Neurogastroenterol Motil**, v. 18, p. 507-519, 2006.
9. BARENTSEN, Janka A. *et al.* 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 Quality of Life Outcomes**, v. 10, n. 153, 2012.
10. CAMERON, Anne P. *et al.* Bowel function, sexual function, and symptoms of pelvic organ prolapse in women with and without urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37; p. 2586-2596, 2018.
11. CARTER, Dan; BEER-GABEL, Marc. Lower urinary tract symptoms in chronically constipated women. **Int. Urogynecol J**, v. 23; p. 1785-1789, 2012.
12. CARVALHO, Cristiano *et al.* Pelvic floor dysfunctions in female cheerleaders: a cross-sectional study. **International Urogynecology Journal**, 2019.

13. CHARACH, Gideon *et al.* Alleviating Constipation in the Elderly Improves Lower Urinary Tract Symptoms. **Gerontology**, v. 47; p. 72-76, 2001.
14. CHIARAPA, Telma R. **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. 1. ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2007.
15. COYNE, Karin S. *et al.* The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. **BJU International**, v. 107, p. 254-261, 2010.
16. CRUZ, Danielle Aleixo O; NEUFELD, Clarice Blaj; TOPOROVSKI, Mauro Sérgio. Anorectal manometry in children with chronic functional intestinal constipation refractory to treatment. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 4, p. 347-351, 2010.
17. D' ANCONA, Carlos *et al.* The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, p. 1-45, 2019.
18. DIMIDI, Eirini; CHRISTODOULIDES, Stephanos; SCOTT, S. Mark; WHELAN, Kevin. Mechanisms of Action of Probiotics and the Gastrointestinal Microbiota on Gut Motility and Constipation. **Adv Nutr**, v. 8, p. 484-494, 2017.
19. DINNING, P. G. *et al.* Quantification of in vivo colonic motor patterns in healthy humans before and after a meal revealed by high-resolution fiber-optic manometry. **Neurogastroenterol Motil**, v. 26, n. 10, p. 1443-1457, October, 2014.
20. DINNING, P. G. *et al.* Colonic motor abnormalities in slow transit constipation defined by high resolution, fibre-optic manometry. **Neurogastroenterol Motil**, v. 27, p. 379-388, 2015.
21. ELBISS, Hassan M.; OSMAN, Nawal; HAMMAD, Fayez T. Social Impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 122, p. 136-139, 2013.
22. FARIA, Carlos Augusto *et al.* Effect of the type of urinary incontinence on the quality of life of patients in the public healthcare system in Southeastern Brazil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 37, n. 8, p. 374-380, 2015.
23. FELDMAN, Mark. **Sleisenger Fordtran Gastroenterologia e Doenças do Fígado**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
24. FRICK, Anna C. *et al.* Mixed Urinary Incontinence: Greater Impact on Quality of Life. **J Urol**, v. 182, n. 2, p. 596-600, 2009.
25. GAVANSKI, Daniella Souza; BARATTO, Indiomara; GATTI, Raquel Rosalva. Evaluation of bowel habit and fiber food intake in elderly. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 9, n. 49, p. 3-11, 2015.

26. GE, Jing *et al.* Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Chinese women: a population-based study. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 27, n. 2, p. 1118–1131, 2015.
27. HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
28. HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Factors associated with urinary incontinence in women. **Rev Bras de Enferm**, v. 58, n. 4, p. 422-428, 2005.
29. KAPLAN, Steven A. *et al.* Systematic review of the relationship between bladder and bowel function: implications for patient management. **Int. J. Clin. Pract**, v. 67, n. 3, p. 205–216, 2013.
30. KINCADE, Jean E. *et al.* Randomized Clinical Trial of Efficacy of Self-Monitoring Techniques to Treat Urinary Incontinence in Women. **Neurourology and Urodynamics**, v. 26, p. 507-511, 2007.
31. LACY, Brian E. *et al.* Bowel Disorders. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1393-1407, 2016.
32. LEAL, Bruna Danielle *et al.* Avaliação da hidratação e hábito intestinal de atletas de handebol feminino. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 12, n. 70, p. 170-177, 2018.
33. LIAN, Wen-Qing *et al.* Constipation and risk of urinary incontinence in women: a meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 30, p. 1629-1634, 2019.
34. LIAO, Yuan-Mei *et al.* Factors Related to Lower Urinary Tract Symptoms Among a Sample of Employed Women in Taipei. **Neurourology and Urodynamics**, v. 27, p. 52-59, 2008.
35. LINDE, J. Marleen; NIJMAN, Rien J. M.; TRZPIS, Monika; BROENS, Paul M.A. Urinary incontinence in the Netherlands: Prevalence and associated risk factors in adults. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, p. 1519–1528, 2017.
36. LOPES, Maria Helena Baena de Moraes *et al.* Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2496-2505, 2018.
37. MAEDA, Takahiro *et al.* Female Functional Constipation Is Associated with Overactive Bladder Symptoms and Urinary Incontinence. **BioMed Research International**, v. 2, p. 1-5, 2017.
38. MANONAI, Jittima *et al.* Prevalence and risk factors of anorectal dysfunction in women with urinary incontinence. **Arch Gynecol Obstet**, v. 281, p. 1003-1007, 2010.
39. MARQUES, Carla Andréia Vilanova; FIGUEIREDO, Elisabeth Níglio; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero de. Validação de instrumento para identificar

- ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama. **Acta PaulEnferm**, v. 28, n. 2, p. 183-189, 2015.
40. MARTINEZ, Anna Paula; AZEVEDO, Gisele Regina de. The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 583-589, 2012.
 41. MCANINCH, Jack W. **Urologia geral de Smith e Tanagho**. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.
 42. MIRANDA, José Eduardo Gomes Bueno; CARVALHO, Mary de Assis; MACHADO, Nilton Carlos. Physiology of colonic motility and defecation, bowel toilet training and functional disorders of defecation. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**. v. 13, n. 3, p. 1-5, 2011.
 43. MORAES-FILHO, Joaquin P.P. **Tratado das enfermidades gastrintestinais e pancreáticas**. São Paulo: Roca, 2008.
 44. MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em urologia**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.
 45. NETINHO, João Gomes *et al.* Amplitude and recovery velocity of relaxation induced by rectoanal inhibitory reflex and its importance for obstructive evacuation. **Arq Gastroenterol**. v. 42, n. 1, p. 19-23, 2005.
 46. OLIVEIRA, Emerson, *et al.* Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 56, n. 6, p. 688–690, 2010.
 47. PALMA, Paulo. **Incontinência urinária**. São Paulo: Contexto, 1998.
 48. RUBINSTEIN, Irineu. **Incontinência urinária na mulher**. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2001.
 49. SAAD, Luiz Henrique Cury *et al.* Quantificação da função esfinteriana pela medida da capacidade de sustentação da pressão de contração voluntária do canal anal. **Arq Gastroenterol**, v. 39, n. 4, p. 233-239, 2002.
 50. SHARMA, Naomi L.; FOLEY, Steve. The management of adult urinary incontinence. **Renal and urological surgery**, v. 35, n. 6, p. 306–312, 2017.
 51. SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epimeiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.
 52. TAMANINI, José Tadeu Nunes *et al.* Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF) for Portuguese. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-44, 2004.

53. TANG, Derek H. *et al.* Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. **BJU Int**, v. 113, p. 484–491, 2014.
54. VOLKMER, Cilene *et al.* Female urinary incontinence: a systematic review of qualitative studies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2703-2715, 2012.
55. WYNDAELE, Michel *et al.* Lower bowel function in urinary incontinent women, urinary continent women and in controls. **Neurourology and Urodynamics**, v. 30, p. 138-143, 2011.
56. ZHAO, Xin *et al.* *Lactobacillus plantarum* YS2 (yak yogurt *actobacillus*) exhibited an activity to attenuate activated carbon-induced constipation in male Kunming mice. **Journal of Dairy Science**, v. 102, n. 1, p. 26-36, 2019.
57. ZHU, Lan *et al.* Epidemiology of mixed urinary incontinence in China. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 109, p. 55–58, 2010.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE GERAL

Sujeito nº: _____

Idade:	Atividade laboral:	
<u>Grau de escolaridade:</u> () Analfabeto () Ens. fundamental () Ens. médio () Ens. superior		
Nº de gestações: _____ Nº de partos vaginais: _____ Nº de cesáreas: _____ Nº de abortos: _____		
Episiotomia: () S () N	Uso de Fórceps: () S () N	Menopausa: () S () N
Histórico de cirurgias no abdômen inferior/pelve: () S () N		
Tabagista: () S () N Quantidade de carteiras de cigarros por dia:		
Ex-tabagista: () S () N Quantidade de carteiras de cigarros por dia:		

- Presença de DCNT: () S () N
- () Problemas respiratórios
- () Hipertensão arterial
- () Diabetes mellitus
- () Outros. Quais: _____
- Uso de medicamento contínuo: () S () N
- () Diurético
- () Reposição hormonal
- () Anti-hipertensivo
- () Antidepressivo
- () Hipoglicemiantes orais
- () Outros. Quais: _____
- Práticas de atividade física regular (critério da OMS): () S () N

Questões Sobre o Funcionamento da Bexiga Urinária:

• IUE- Perda de urina ao tossir, ou espirrar, ou realizar esforços, ou carregar objetos pesados:	()S ()N
• IUE- Perda de urina ao correr, ou levantar para ir ao banheiro quando a bexiga esta cheia.	()S ()N
• IUU- Considera que vai ao banheiro mais vezes do que as outras pessoas.	()S ()N
• IUU- Quando esta chegando ao banheiro, apresenta uma vontade súbita de urinar e escapa urina.	()S ()N
• IUU- Precisa levantar duas vezes ou mais a noite para urinar.	()S ()N
• IUU- Quando vai ao banheiro, apresenta uma quantidade pequena de urina.	()S ()N
• IUM- Resposta positiva para os dois tipos descritos nas situações anteriores. ()S ()N	• <u>Tipo de IU encontrada:</u> ()IUE ()IUU ()IUM

Há quanto tempo sofre de sintomas de incontinência: _____

Utiliza algum forro de proteção na roupa íntima: ()S ()N

Caso sim:

- Qual tipo: ()Papel ()Protetor diário ()Absorvente ()Fralda ()Forro de tecido
- Com que frequência ao dia é trocado:

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE HÁBITO INTESTINAL

Frequência evacuatória: _____ Duração (min.): _____

Realiza esforço durante a evacuação em mais de um quarto das defecações (25%).	()S ()N
As fezes são pequenas ou duras em mais de um quarto das defecações (25%). Tipos 1 – 2 da EBCF.	()S ()N
Sensação de evacuação incompleta ou insatisfatória em mais que um quarto das defecações (25%).	()S ()N
Sensação de dor, obstrução ou bloqueio na saída das fezes em mais de um quarto das defecações (25%).	()S ()N
Realiza manobras manuais para facilitar a evacuação em mais de um quarto das defecações (25%). Ex: remoção digital ou pressão sobre o períneo.	()S ()N
Menos de 3 evacuações espontâneas por semana.	()S ()N
Fezes frouxas ou aquosas raramente estão presentes sem o uso de laxantes.	()S ()N

- Presença de constipação intestinal funcional, confirmada pela indicação de duas ou mais afirmativas anteriores: ()S ()N

Escala de Bristol de Consistência de Fezes

<i>Tipo 1</i>		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
<i>Tipo 2</i>		Formato de língua encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
<i>Tipo 3</i>		Formato de língua com rachaduras na superfície.
<i>Tipo 4</i>		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
<i>Tipo 5</i>		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
<i>Tipo 6</i>		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
<i>Tipo 7</i>		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

Fonte: Martinez, 2012.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo **Prevalência de constipação intestinal funcional em mulheres com incontinência urinária**, que tem como objetivo identificar a existência de constipação intestinal (“intestino preso”), em mulheres com incontinência urinária. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque pretende-se criar condições de se realizar um trabalho em conjunto nos tratamentos para constipação intestinal e incontinência urinária, podendo resultar em diminuição dos gastos com medicamentos, redução do risco de infecções e melhor qualidade de vida.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de responder a alguns questionários com perguntas sobre a sua saúde e seus hábitos relacionados ao funcionamento do seu intestino e sua bexiga no ambiente do ambulatório que já frequenta dentro do hospital.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, uma vez que os dados coletados irão contribuir para que os tratamentos para constipação intestinal e incontinência urinária sejam aperfeiçoados de forma conjunta, beneficiando assim todos os pacientes que necessitem destes tratamentos, agilizando o tempo de tratamento, resultando em diminuição dos gastos com medicamentos, reduzindo o risco de infecções e melhorando a qualidade de vida.

Esta pesquisa não traz riscos a sua saúde e integridade física pois é baseada na aplicação de questionários, mas, caso ocorra algum desconforto em relação as perguntas o pesquisador dará todos os esclarecimentos necessários e o deixará à vontade caso queira interromper a entrevista. Um dos riscos envolvidos é a quebra do sigilo, porém, todos os autores desta pesquisa tomarão todas as medidas necessárias para garantir que isto não aconteça, conforme descrito no item abaixo sobre sigilo e privacidade.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: em dinheiro ou depósito em conta corrente, conforme a sua escolha.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Bruna Isadora Thomé (PUCPR), Auristela Duarte de Lima Moser (PUCPR) e Gisela Maria Assis (CHC/UFPR), e com eles você poderá manter contato pelos telefones (41.99235-4660), (41.99962-6963) ou (41.99827-2222).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br / ou com o Comitê de Ética do C-HC/UFPR pelo telefone (41) 3360-1041 das 08h00 às 14h ou pelo e-mail cep@hc.ufpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando

totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A - ICIQ-SF (INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM)

ICIQ - SF																								
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____ Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.																								
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐																								
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>		Nunca	☐	0	Uma vez por semana ou menos	☐	1	Duas ou três vezes por semana	☐	2	Uma vez ao dia	☐	3	Diversas vezes ao dia	☐	4	O tempo todo	☐	5					
Nunca	☐	0																						
Uma vez por semana ou menos	☐	1																						
Duas ou três vezes por semana	☐	2																						
Uma vez ao dia	☐	3																						
Diversas vezes ao dia	☐	4																						
O tempo todo	☐	5																						
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> </table>		Nenhuma	☐	0	Uma pequena quantidade	☐	2	Uma moderada quantidade	☐	4	Uma grande quantidade	☐	6											
Nenhuma	☐	0																						
Uma pequena quantidade	☐	2																						
Uma moderada quantidade	☐	4																						
Uma grande quantidade	☐	6																						
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="width: 100%; border: none; 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%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando tusso ou espiro</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou dormindo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco sem razão óbvia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco o tempo todo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		Nunca	☐	Perco antes de chegar ao banheiro	☐	Perco quando tusso ou espiro	☐	Perco quando estou dormindo	☐	Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐	Perco sem razão óbvia	☐	Perco o tempo todo	☐							
Nunca	☐																							
Perco antes de chegar ao banheiro	☐																							
Perco quando tusso ou espiro	☐																							
Perco quando estou dormindo	☐																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐																							
Perco sem razão óbvia	☐																							
Perco o tempo todo	☐																							

ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE COM A PESQUISA



TERMO DE RESPONSABILIDADE COM A PESQUISA

Os responsáveis pela pesquisa comprometem-se realizá-la em conformidade com as normas da Resolução CNS 466/2012 e explicitam qual será a sua participação em cada uma das etapas.

TÍTULO DA PESQUISA: PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Função no Projeto

Pesquisador principal:

Idealização Pesquisa	Elaboração Projeto	Obtenção TCLE	Coleta Dados	Processa Amostras	Análise Estatística	Preparo Manuscrito	Revisão Manuscrito
☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

Nome: Auristela Duarte de Lima Moser

Assinatura: Auristela D. Lima Moser

Data: 04 / 04 / 19

Orientador:

Idealização Pesquisa	Elaboração Projeto	Obtenção TCLE	Coleta Dados	Processa Amostras	Análise Estatística	Preparo Manuscrito	Revisão Manuscrito
☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

Nome: Auristela Duarte de Lima Moser

Assinatura: Auristela D. Lima Moser

Data: 04 / 04 / 19



Co-orientador:

Idealização Pesquisa	Elaboração Projeto	Obtenção TCLE	Coleta Dados	Processa Amostras	Análise Estatística	Preparo Manuscrito	Revisão Manuscri
☒	☒	☐	☐	☐	☒	☐	☒

Nome: Gisela Maria AssisAssinatura: [Assinatura]Data: 08 / 04 / 19

Aluno Graduação:

Idealização Pesquisa	Elaboração Projeto	Obtenção TCLE	Coleta Dados	Processa Amostras	Análise Estatística	Preparo Manuscrito	Revisão Manuscri
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Aluno Pós-Graduação:

Idealização Pesquisa	Elaboração Projeto	Obtenção TCLE	Coleta Dados	Processa Amostras	Análise Estatística	Preparo Manuscrito	Revisão Manuscri
☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

Nome: Bruma Isadora ThoméAssinatura: [Assinatura]Data: 04 / 04 / 19

ANEXO C – CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS



CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezada Coordenadora

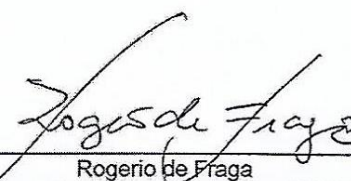
Declaramos que nós do Ambulatório de Disfunções Miccionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA" sob a responsabilidade de Gisela Maria Assis, nas nossas dependências.

O projeto de pesquisa acima mencionado somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pelo CEP/HC/UFPR, e possui prazo de execução até novembro de 2019.

Estamos cientes que os participantes da casuística serão mulheres com incontinência urinária atendidas nos ambulatórios de disfunções miccionais, de incontinências e do grupo de assoalho pélvico interdisciplinar do Hospital de Clínicas, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Curitiba, 02 de Abril de 2019


Rogério de Fraga
Responsável pelo Ambulatório cód. 840

Dr. Rogério de Fraga
Urologia
CRM/PR 16.625



Márcia Regina Antoniaconi
UFPR - Matr. 201965



CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezada Coordenadora

Declaramos que nós do **Ambulatório de Incontinências/Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR** estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **"PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA"** sob a responsabilidade de **Gisela Maria Assis**, nas nossas dependências.

O projeto de pesquisa acima mencionado somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pelo CEP/HC/UFPR, e possui prazo de execução até novembro de 2019.

Estamos cientes que os participantes da casuística serão mulheres com incontinência urinária atendidas nos ambulatórios de disfunções miccionais, de incontinências e do grupo de assoalho pélvico interdisciplinar do Hospital de Clínicas, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Curitiba, 02 de abril de 2019


Gisela Maria Assis
Enfermeira Comissão de
Cuidados com a Piel
Cofre 170609

Gisela Maria Assis
Responsável pelo Ambulatório cód.857



CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezada Coordenadora

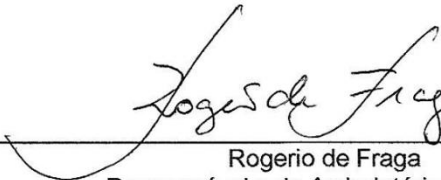
Declaramos que nós do **Grupo de Assoalho Pélvico Interdisciplinar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR** estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **"PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA"** sob a responsabilidade de **Gisela Maria Assis**, nas nossas dependências.

O projeto de pesquisa acima mencionado somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pelo CEP/HC/UFPR, e possui prazo de execução até novembro de 2019.

Estamos cientes que os participantes da casuística serão mulheres com incontinência urinária atendidas nos ambulatórios de disfunções miccionais, de incontinências e do grupo de assoalho pélvico interdisciplinar do Hospital de Clínicas, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Curitiba, 02 de Abr de 2019



Rogério de Fraga
Responsável pelo Ambulatório cód. 959

Dr. Rogério de Fraga
Urologia
CRM/PR 16.625



CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezada Coordenadora

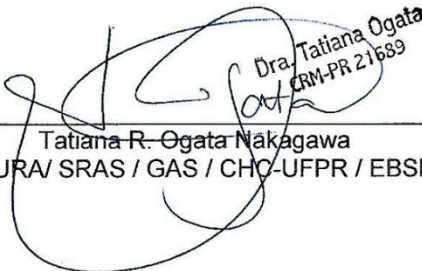
Declaramos que nós da **Unidade de Regulação Assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR** estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **"PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA"** sob a responsabilidade de **Gisela Maria Assis**, nas nossas dependências.

O projeto de pesquisa acima mencionado somente poderá ser iniciado após a sua aprovação pelo CEP/HC/UFPR, e possui prazo de execução até novembro de 2019.

Estamos cientes que os participantes da casuística serão mulheres com incontinência urinária atendidas nos ambulatórios de disfunções miccionais, de incontinências e do grupo de assoalho pélvico interdisciplinar do Hospital de Clínicas, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Curitiba, 25 de março de 2019

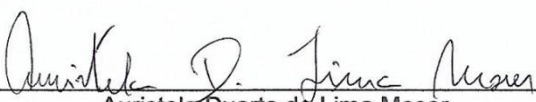

Dra. Tatiana Ogata
CRM-PR 21639
Tatiana R. Ogata Nakagawa
Chefe URA/ SRAS / GAS / CHC-UFPR / EBSERH

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CUSTOS**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CUSTOS**

Prezados,

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada **“PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA”**, não acarretará custos para o Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR, e que os procedimentos, exames de imagem e laboratoriais (caso houver), só poderão ser realizados por estrita indicação médica e não para pesquisa, de acordo com a contratualização entre o CHC e a SMS. Sendo que todos os custos serão de responsabilidade da pesquisadora Bruna Isadora Thomé.

Atenciosamente,

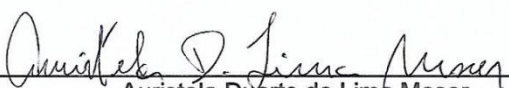

Auristela Duarte de Lima Moser
Pesquisador responsável

ANEXO E – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E SUPERVISÃO**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E SUPEVISÃO**

Declaro estar ciente e de acordo com a apresentação do projeto de pesquisa intitulado **PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**, sob a minha responsabilidade e supervisão, com a autoria da aluna Bruna Isadora Thomé do curso de Mestrado de Tecnologia em Saúde do PPGTS/PUCPR.

Declaro também que li e entendi a resolução 466/2012 MS, responsabilizando-me também pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, comprometendo-me a enviar ao CEP/HC, relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Curitiba, 04 de abril de 2019.


Auristela Duarte de Lima Moser
Pesquisador responsável

ANEXO F – QUALIFICAÇÃO DE TODOS OS PESQUISADORES E COLABORADORES



QUALIFICAÇÃO DE TODOS OS PESQUISADORES E COLABORADORES

PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Nome: Bruna Isadora Thomé

Endereço eletrônico do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/591048304646659>

Nome: Auristela Duarte de Lima Moser

Endereço eletrônico do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4920711999790713>

Nome: Gisela Maria Assis

Endereço eletrônico do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9272458340810199>

Curitiba, 04 de abril de 2019

ANEXO G – DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE****Declaração**

Pesquisador(a) Responsável: Auristela Duarte de Lima Moser

Título da Pesquisa:

PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Instituição Co-Participante:

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima descrito, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da casuística da pesquisa para ela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. É necessário aguardar o parecer final do Comitê de Ética da instituição Proponente, bem como da instituição coparticipante para início da pesquisa.



Prof. Dr. Rosires de Andrade Pereira
Gerente de Ensino e Pesquisa do HC/UFPR

Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade
Gerente de Ensino e Pesquisa
Complexo Hospital de Clínicas - CRM 3738
UFPR/EBSERH - Matr. 6341251

Curitiba, 12 de 04 de 2019

ANEXO H - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

 HCUFPR	UFPR - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ -	 Plataforma Brasil
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Pesquisador: AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13813519.6.3001.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.575.829

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendência referente ao parecer de número 3.496.223 datado de 08 de agosto de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Apuração dos Riscos e Benefícios:

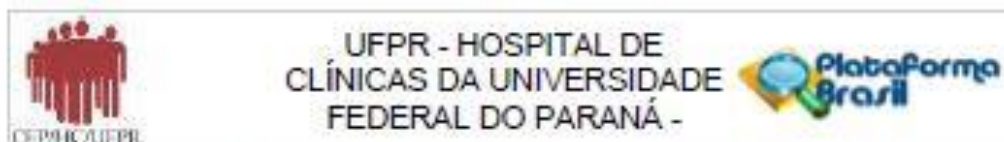
Alterado o item RISCO de acordo com a solicitação da pendência 1, abaixo descrita.

1-No item Risco: incluir que um dos riscos é a quebra do sigilo, que os autores tomarão todas as medidas necessárias para minimizá-lo.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Resposta: Foi inserida a seguinte sentença "Um dos riscos envolvidos é a quebra do sigilo, porém, todos os autores desta pesquisa tomarão todas as medidas necessárias para garantir que isto não aconteça, conforme descrito no item abaixo sobre sigilo e privacidade". Uma vez que não houve como alterar o texto diretamente na Plataforma Brasil, sessão 4 – Detalhamento do Estudo: Riscos. Esta correção encontra-se destacada em vermelho no item "RISCOS E BENEFÍCIOS" do TCLE (Pág. 1), documento anexado à plataforma (TCLE modificado).

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181		CEP: 80.060-900
Bairro: Alto da Glória		
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041	E-mail: cep@hcufr.br



Continuação do Parecer: 3.575.629

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Alterado o TCLE de acordo com a pendência 2, Abaixo descrita.

2-TCLE: Incluir no TCLE entrar em contato com o Comitê de Ética do C-HC/UFPR.

Resposta: Foi inserida a seguinte sentença "ou com o Comitê de Ética do C-HC/UFPR pelo telefone (41) 3360-1041 das 08h00 às 14h ou pelo e-mail cep@hc.ufpr.br". Esta correção encontra-se destacada em vermelho no item "CONTATO" do TCLE (Pág. 2), documento anexado à plataforma (TCLE modificado).

RESPOSTA DO CEP: pendência atendida.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1-No item Risco: incluir que um dos riscos é a quebra do sigilo, que os autores tomarão todas as medidas necessárias para minimizá-lo.

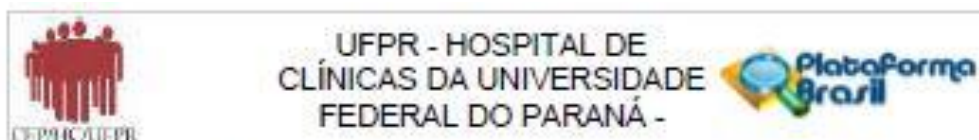
RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Resposta: Foi inserida a seguinte sentença "Um dos riscos envolvidos é a quebra do sigilo, porém, todos os autores desta pesquisa tomarão todas as medidas necessárias para garantir que isto não aconteça, conforme descrito no item abaixo sobre sigilo e privacidade". Uma vez que não houve como alterar o texto diretamente na Plataforma Brasil, sessão 4 – Detalhamento do Estudo: Riscos. Esta correção encontra-se destacada em vermelho no item "RISCOS E BENEFÍCIOS" do TCLE (Pág. 1), documento anexado à plataforma (TCLE modificado).

RESPOSTA DO CEP: pendência atendida.

2-TCLE: Incluir no TCLE entrar em contato com o Comitê de Ética do C-HC/UFPR.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.575.829

Resposta: Foi inserida a seguinte sentença "ou com o Comitê de Ética do C-HC/UFPR pelo telefone (41) 3360-1041 das 08h00 às 14h ou pelo e-mail cep@hc.ufpr.br". Esta correção encontra-se destacada em vermelho no item "CONTATO" do TCLE (Pag. 2), documento anexado à plataforma (TCLE modificado).
RESPOSTA DO CEP: pendência atendida.

PARECER DO CEP: todas as pendências foram atendidas.
O estudo pode ser iniciado.

Considerações Finais a critério do CEP:

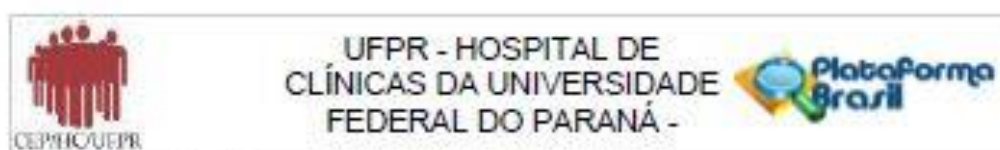
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1378369.pdf	09/08/2019 15:23:23		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	09/08/2019 15:21:32	AURISTELA DUARTE DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	09/08/2019 15:20:52	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACOES_COMPROMISSO_EQ UIPE_PESQUISA.doc	30/06/2019 10:56:50	AURISTELA DUARTE DE LIMA	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_custos.pdf	25/06/2019	AURISTELA	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 101
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.575.629

Outros	Declaracao_ausencia_custos.pdf	13/06/13	DE LIMA MOSER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_cooparticipacao.pdf	25/06/2019 12:41:11	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Chefe_regulacao.pdf	25/06/2019 12:40:00	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ambulatorio_840.pdf	25/06/2019 12:39:46	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ambulatorio_857.pdf	25/06/2019 12:39:09	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ambulatorio_959.pdf	25/06/2019 12:38:58	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BRUNA_THOME.pdf	03/06/2019 22:09:31	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	31/05/2019 18:09:05	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 15 de Setembro de 2019

Assinado por:
maria cristina carter
(Coordenador(a))