

FPS - FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO PÉLVICA EM PACIENTES DO  
AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER DE  
UM HOSPITAL REFERÊNCIA DA CIDADE DE RECIFE -  
PERNAMBUCO**

Ana Tereza Barbosa Ramalho Monteiro

Raphaella Camarotti Campos Beltrão

Recife, 2016

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO PÉLVICA EM PACIENTES DO  
AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER DE  
UM HOSPITAL REFERÊNCIA DA CIDADE DE RECIFE –  
PERNAMBUCO**

**DYSFUNCTION ASSESSMENT PELVIC IN PATIENTS OF PHYSICAL  
THERAPY CLINIC A REFERENCE HOSPITAL RECIFE CITY -  
PERNAMBUCO**

Julianna de Azevedo Guendler (Orientadora)

Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco, fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

Ana Tereza Barbosa Ramalho Monteiro

Estudante da Pós Graduação de Fisioterapia em Saúde da Mulher - Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Raphaella Camarotti Campos Beltrão

Estudante da Pós Graduação de Fisioterapia em Saúde da Mulher - Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

**Correspondência para:**

Profª. Julianna de Azevedo Guendler

Departamento de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde –FPS

Avenida Jean Emile Favre nº422, Imbiribeira, Recife –PE, Brasil

CEP: 51.200-060 Fone: (81)3035.7777

Endereço eletrônico: [jujuguendler@hotmail.com](mailto:jujuguendler@hotmail.com)

**Local de Realização do Trabalho:** Ambulatório de Fisioterapia da Mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, localizado na cidade do Recife- PE.

## **RESUMO**

**OBJETIVO:** Avaliar as disfunções pélvicas existentes nas pacientes atendidas no ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, realizado no Ambulatório de Fisioterapia da Mulher localizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). A amostra foi composta por 30 pacientes todas do sexo feminino com idades entre 31 e 68 anos, ter um bom estado mental e estar consciente e orientada, com diagnóstico de alguma disfunção pélvica que se encontre em atendimento no Ambulatório de Saúde da Mulher do IMIP. Foram avaliados pelo International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF) e pela versão brasileira do questionário Female Sexual Function Index (FSFI).

**RESULTADOS:** Em relação aos dados obtidos através do Questionário ICQF-SF sobre a frequência de perda urinária 43,3% responderam diversas vezes ao dia, sobre a quantidade de perda urinária 43,3% responderam uma pequena quantidade, sobre a interferência na vida diária classificada com uma nota de 0 a 10, 30% responderam notas entre 7 e 9 que corresponde a interferência grave, e sobre as causas e situações de perda involuntária de urina 32,2% responderam que perdiam ao tossir ou espirrar. Em relação aos dados obtidos através do Questionário FSFI o resultado de maior impacto foi 17,14% em relação a dificuldade para atingir o orgasmo pelo fato de possuir alguma disfunção pélvica **CONCLUSÃO:** Com resultados obtidos através dos Questionários ICQF-SF e FSFI, foi possível observar o impacto que as disfunções pélvicas causam na vida sexual e diária das pacientes entrevistadas nesse estudo. É importante destacar a grande importância de uma intervenção precoce nas pacientes que têm algum tipo de disfunção urinária, para que assim diminua o impacto na sua qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** disfunção, pelve, incontinência, urinária.

## **ABSTRACT**

**GOAL:** Assess existing pelvic dysfunctions in assisted patients the woman's physiotherapy clinic Medicine Institute Professor Fernando Figueira - IMIP.

**METHODS:** This is a cross-sectional study, held in Women's Physical Therapy Clinic located in Integrative Medicine Institute Prof. Fernando Figueira (IMIP). The sample consisted of 30 patients all female aged 31 and 68, have a good mental state and be conscious and oriented, diagnosed with some pelvic dysfunction who is in attendance at the Health Clinic of IMIP woman. Were evaluated by the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form ( ICIQ -SF ) and for the Brazilian version of the questionnaire Female Sexual fuction Index ( FSFI )

**RESULTS:** Regarding the data obtained through the questionnaire SF – ICQF on loss frequency urinary 43.3% answered several times a day, on the amount of urinary loss 43.3% reported a small amount, about interference in daily life graded with a score of 0 to 10, 30% answered notes between 7 and 9 which corresponds to severe interference, and the causes and circumstances of involuntary loss of urine 32.2% answered that they lose when coughing or sneezing. Regarding the data obtained through the questionnaire FSFI the result of greater impact was 17.14% relative difficulty reaching orgasm because have some pelvic dysfunction. **CONCLUSION:** With results obtained from the questionnaires ICIQ-SF and FSFI It was possible to observe the impact of pelvic dysfunctions cause sexual life and daily the patients interviewed in this study. It is important to highlight the importance of early intervention in patients who have some form of urinary dysfunction, so that reduce the impact on their quality of life.

## I. INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP) feminino é constituído pelos órgãos pélvicos (bexiga, útero e reto), e por músculos, fáscias e ligamentos. Esses últimos desempenham funções fundamentais como sustentação desses órgãos pélvicos, e controle da continência urinária<sup>1</sup>.

Um fator importante de continência urinária é a rede de sustentação formada pelas fibras do músculo levantador do ânus ligadas à fáscia endopélvica, que durante a contração muscular, por circundar a vagina e a porção distal da uretra, vai tracioná-la em direção ao púbis e comprimi-la contra a parede vaginal, mantendo assim, a luz uretral ocluída<sup>2,3</sup>. Sendo assim, a integridade anatômica e fisiológica dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e outras estruturas de sustentação dos órgãos pélvicos são fundamentais para continência uretral<sup>1</sup>.

Alterações na estrutura do AP podem causar disfunções do mesmo, como disfunções miccionais, incontinência fecal e de flatos, constipação, distúrbios sexuais, distopias vaginais e anorretais<sup>3,4</sup>. Tais condições geram um enorme impacto negativo nas esferas social, psicológica e financeira das mulheres<sup>5</sup>.

O aparecimento dessas disfunções do assoalho pélvico é de origem multifatorial, sendo considerados como fatores de risco o aumento da idade, responsável pelo envelhecimento natural das fibras musculares, fatores genéticos, paridade, tipo de parto, redução da função ovariana após a menopausa, obesidade, histerectomia, estado hormonal e o uso de medicamentos, álcool e cafeína<sup>6,7,8</sup>.

Dentre as disfunções do AP, a mais comum é a incontinência urinária (IU)<sup>1,9</sup>, que era considerada apenas um sintoma até 1998, e depois passou a ser definida como uma doença nas Classificações Internacional de Doenças (CID/OMS). Em sua mais

recente publicação, a *International Continence Society* (ICS) define a incontinência urinária como toda perda involuntária de urina<sup>10</sup>.

Com esta nova definição, a ICS preconiza que a incontinência urinária deve ser descrita em conjunto com fatores específicos e relevantes, tais como: tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes, impacto social, efeitos na higiene e qualidade de vida, medidas usadas para quantificar a perda e se a paciente procurou ou não ajuda para alívio dos sintomas que inúmeras vezes não são diagnosticados pela falta de busca no tratamento por acreditarem que a IU é uma condição normal resultado do processo de envelhecimento e não uma doença<sup>10,11</sup>.

Os tipos de IU encontrados são: esforço, urgência e mista. A por esforço é a perda involuntária de urina mediante aumentos súbitos de pressão intra-abdominal, sendo o tipo mais prevalente na população em geral<sup>10,12</sup>. A por urgência relacionada com a bexiga hiperativa, ocasionando uma vontade incontrolável e dificilmente adiável de urinar com episódios de noctúria e polaciúria<sup>12,13</sup>. A junção da incontinência urinária por esforços e por urgência é definida como IU mista<sup>10 14</sup>.

Independente do tipo de IU, os prejuízos para a qualidade de vida são constrangedores, causando muitas vezes isolamento do convívio social, ameaça à autoestima, frustrações psicossociais, institucionalização precoce, interferindo também na sexualidade, alterando de forma importante a saúde da mulher<sup>7,15,16</sup>.

A fisioterapia foi em 2005 indicada pela Sociedade Internacional de Continência como a opção de primeira linha para IU, devido ao baixo custo, baixo risco e eficácia comprovada<sup>17,18</sup>. Os objetivos da intervenção fisioterapêutica são informar, educar ou reeducar, melhorar a percepção da musculatura do assoalho pélvico (MAP), melhorar a força de contração das fibras musculares da MAP e estimular bons hábitos de vida, como a prática de atividade física. Tudo isso pode ajudar a fortalecer os músculos

necessários para manter a continência urinária e a organizar a ação do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático nas contrações involuntárias do músculo detrusor<sup>19</sup>.

A fisioterapia proporciona à mulher com IU a melhora e/ou a cura do desconforto sintomático, sendo um tratamento menos invasivo em relação ao tratamento cirúrgico.<sup>20</sup> Entretanto, no Brasil, são poucos os serviços públicos de atendimento fisioterapêutico à esta disfunção<sup>21</sup>.

Diante disso, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a prevalência das disfunções pélvicas em pacientes atendidas no ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

## **II. MÉTODOS**

Para o estudo foram selecionados 30 indivíduos com incontinência urinária que se encontravam em atendimento no Ambulatório de Fisioterapia da Mulher situado no Instituto Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Foram incluídos indivíduos do sexo feminino com idades entre 31 e 68 ter um bom estado mental e estar consciente e orientada, com diagnóstico de alguma disfunção pélvica que se encontre em atendimento no Ambulatório de Saúde da Mulher do IMIP e excluídos indivíduos que apresentem lesões neurológicas ou doenças musculares, que no momento do tratamento fisioterapêutico apresente infecções urinárias.

A coleta de dados foi realizada em um consultório onde só estavam presentes os pesquisadores e o paciente para manter privacidade do mesmo. Para a coleta os pacientes foram orientados a responder o International Consultation on Incontinence

Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)<sup>22</sup> e a versão brasileira do questionário Female Sexual Function Index (FSFI)<sup>23</sup>.

O ICIQ – SF, questionário auto administrável que avalia o impacto da IU na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária dos pacientes analisados. O ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnostico, relacionados às causas ou a situações de IU vividas pelos pacientes.

O FSFI é um questionário desenvolvido para ser auto-aplicado, que se propõe a avaliar a resposta sexual feminina nos domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, são apresentadas dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre zero a cinco de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total. Assim, para se chegar ao escore total deve-se proceder à soma dos valores.

A análise estatística foi realizada utilizando os Softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010, todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, as variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foi utilizado o teste de Normalidade de Kolmogorov- Smirnov para as variáveis quantitativas.



### **III. RESULTADOS**

Para obtenção da amostra foram selecionados 30 indivíduos, 46,67% com menos de 60 anos, e 53,3% com 60 anos ou mais que estavam em atendimento no Ambulatório de Saúde da Mulher do IMIP (Tabela 1).

Na tabela 2 foi realizado a divisão quantitativa de cada tipo de disfunção do paciente, 13,3% apresentavam IU de Urgência, 66,67% apresentavam IU de Esforço e 20% apresentavam IU Mista. Foi observado que há um maior número de pacientes com IU Mista.

Em relação aos dados obtidos através do Questionário ICQF-SF sobre a frequência de perda urinária 43,3% responderam diversas vezes ao dia, sobre a quantidade de perda urinária 43,3% responderam nenhuma, sobre a interferência na vida diária 30% responderam muito grave e sobre as causas e situações de perda involuntária de urina 27,9% responderam ao tossir ou espirrar.

Na tabela 3 foi realizado a divisão quantitativa dos resultados. Em relação aos dados obtidos através do Questionário ICQF-SF, sobre a frequência de perda urinária 43,3% das mulheres responderam que perdiam diversas vezes ao dia. Já na quantidade de perda urinária 43,3% das mulheres responderam uma pequena quantidade. Na questão sobre interferência na vida diária classificada com uma nota de 0 a 10, 30% das pacientes responderam notas entre 7 e 9 que corresponde a interferência grave. Na pergunta das causas e situações de perda involuntária de urina 32,2% responderam que perdiam urina ao tossir ou espirrar.

Na tabela 4 foi feita a divisão quantitativa do Questionário FSFI, o mesmo foi subdividido em 6 grupos e suas porcentagens corresponderam a: desejo sexual com 13,14% , excitação sexual com 14,06%, lubrificação vaginal com 17,14%, orgasmo com 18,14%, satisfação sexual com 18,02% e dor com 18,5%. Todos multiplicados pelas suas variáveis, foi concluído que as pacientes estudadas que tem alguma disfunção urinária, o que mais interfere é atingir ao orgasmo, com valor significativo de  $p = 00,001$ .

No estudo, foi possível observar o quanto a Disfunção Pélvica interfere na vida sexual das pacientes entrevistadas.

#### **IV. DISCUSSÃO**

No estudo de Rortveit et al (2003) ele considera que o principal fator de risco para IU feminina é idade avançada, isso afeta significativamente a faixa etária de 35 a 81 anos. Neste estudo as participantes entrevistadas que sofrem de IU tinham idades entre 41 e 68, comprovando o que Rorveit citou em seu estudo. Isso poderia ser explicado pelo fato de que alguns dos distúrbios urinários em mulheres com idade avançada podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga contribuindo para o aumento da frequência urinária<sup>8</sup>.

Ao coletar o presente estudo, uma das disfunções pélvicas encontradas foi a de IUE que segundo Moreira et al.(2002), ao avaliar o assoalho pélvico das pacientes com IUE foi visto que a função muscular é menos eficiente<sup>2</sup>.

No estudo de Souza ET al.(2011) foi visto que a maioria das pacientes avaliadas apresentaram IUE com 63,64% e IU Mista com 36,36%, contrariando o presente estudo onde a maior incidência foram nos casos de IU Mista com 70% do acima e a de esforço 6,6%<sup>16</sup>. Visto também no estudo citado acima que pacientes com incontinência urinária

sofrem grande impacto na qualidade de vida, confirmando o que foi visto no presente estudo que ao responderem o Questionário ICQF-SF, no quesito que se refere o quanto a perda urinária interfere na vida diária, 30% responderam grave e 23,3% responderam muito grave<sup>16</sup>.

Neste estudo ao avaliar as pacientes com o Questionário ICQF-SF, 13,55% elas relataram que ao tossir ou espirrar, acontece a perda involuntária de urina, segundo o estudo Delancey et al (1994) isso acontece devido o aumento na pressão de fechamento uretral durante uma tosse provavelmente surgem porque a uretra é comprimida contra a camada de suporte uma rede semelhante, ao invés de o ser verdadeiramente uretra "intra-abdominal"<sup>3</sup>.

Os resultados obtidos através dos Questionários ICQF-SF e FSFI, foi possível observar o impacto que as disfunções pélvicas causam na vida sexual e diária das pacientes entrevistadas nesse estudo. Concluí-se a grande importância de uma intervenção precoce nas pacientes que têm algum tipo de disfunção urinária, para que assim diminua o impacto na sua qualidade de vida.

Entretanto, mais estudos são sugeridos para avaliar pacientes com incontinência urinária utilizando uma anamnese mais detalhada e uma amostra maior de pacientes para fazer uma melhor avaliação do impacto das incontinências urinárias com a qualidade de vida das mulheres.

## TABELAS

**Tabela 1 – Características sociodemográficas**

Variáveis	N	%
<b>Idade (anos)</b>		
Menos 60	14	46,67
60 ou mais	16	53,3
<b>p-valor*</b>		<b>0,003</b>

**Tabela 2 – Quantitativa de cada Disfunção Urinária**

Variáveis	N	%
<b>Disfunção Urinária</b>		
IUU	4	13,30%
IUE	5	16,67%
MISTA	21	<b>70,00%</b>
<b>p-valor*</b>		<b>00,001</b>

**Tabela 3 – Quantitativa do Questionário ICQF-SF**

Variáveis	N	%
<b>Frequencia de Perda Urinária</b>		
Nunca	4	13,30
1x por semana ou menos	3	10,00
2 ou 3x por semana	3	10,00
1x ao dia	2	06,70
Diversas vezes ao dia	<b>13</b>	<b>43,30</b>
O tempo todo	5	16,70
<b>p-valor*</b>		<b>00,00</b>
<b>Quantidade de Perda urinária</b>		
Nenhuma	2	06,70
<b>Pequena quantidade</b>	<b>13</b>	<b>43,30</b>
Moderada quantidade	11	36,70
Grande quantidade	4	13,30
<b>p-valor*</b>		<b>00,00</b>
<b>Interferência da vida diária</b>		
Nada(0)	4	13,30
Leve (1-3)	3	10,00
Moderada quantidade (4-6)	7	23,30
Grave(7-9)	<b>9</b>	<b>30,00</b>
Muito grave(10)	7	23,30
<b>p-valor*</b>		
<b>Causas ou situações de</b>		<b>0,001</b>

<b>perda involuntária de urina</b>		
Nunca	3	05,08
Antes de chegar ao banheiro	11	18,64
Ao tossir ou espirrar	<b>19</b>	<b>32,20</b>
Ao dormir		
Ao fazer atividades físicas	8	13,55
Ao terminar de urinar e me vestir	9	15,25
Sem razão óbvia	3	05,08
O tempo todo	6	10,16
<b>p-valor*</b>		<b>0,0004</b>

**Tabela 4 – Quantitativa do Questionário FSFI**

<b>Domínio</b>	<b>N x Variável</b>	<b>%</b>
DESEJO	82,8	13,14
EXCITAÇÃO	86,4	14,06
LUBRIFICAÇÃO	105,3	17,14
ORGASMO	<b>112,8</b>	<b>18,14</b>
SATISFAÇÃO	113,2	18,02
DOR	11,6	18,50
<b>p-valor*</b>		<b>0,001</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Figueiredo, E. M.; Cruz, M. C.; Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico Feminino. In: BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher, 5º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 231–242.
2. Moreira SFS, Girao MJBC, Sartori, MGF. Bladder Neck Mobility and Functional Pelvic Floor Evaluation in Women with and without Stress Urinary Incontinence, According to Hormonal Status. *Rev. Bras. Ginecol Obstet.* 2002; 24 (6): 365-70.
3. Delancey J.O. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1713-23.
4. Patel DA, et al. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 23-28
5. Jelovsek JE, Barber MD. Pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J ObstetGynecol.* 2006;194(5):1455-61.
6. Bent AE. Ostergard DR, Cundiff GW, Swift SE. Ostergard, uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
7. Fitz FF, Costa TF, Yamamoto DM, Resende APM, Stupp L, Sartori MGF, et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2012;58(2):155-9.
8. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 2003; 6(348):900-7.

9. Dellú MC, Zácáro PMD, Schimitt ACB. Prevalence of urinary symptoms and associated obstetric factors in adult women. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos*, 2008; 12:487-7.
10. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten T, et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:37-49.
11. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):187-92.
12. Griffiths D, Kondo A, Bauer S, Diamant N, Liao L, Lose G, et al. Dynamic testing. In: Abrams P, Cardozo L, Koury S, Wen A, editores. *Incontinence – Basic & Evaluation*. International Continence Society; 2005. p. 585-674.
13. Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, Van Waalwijk van Doorn ES, Bø K, van Kerrebroek PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int*. 2002;85:254-63.
14. Dmochowsky R, Staskin D. Mixed incontinence: definitions, outcomes, and interventions. *Curr Opin Urol*. 2005;15:374-9.
15. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Revista Eletrônica F@ciência*. 2007;1(1):31-40.

16. Souza JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter.mov.* 2011;24(1):39-46.
17. Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005;45:226-32.
18. Abrams PH, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Urinary incontinence – adult conservative management. 3rd International Consultation Committee of the International Continence Society, 2005.
19. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurcel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Ver Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(3):134-40.
20. Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Júnior Neto NR. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(4):401-5
21. Guarisi T, Pinto Neto A.M, OSIS M.J, Pedro A.O, Paiva L.H.C, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, 2001
22. Tamanini JTN, Dambros M, D’Ancona CAL, Palma PCR e Jr NRN. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Disciplina de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.*
23. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.