

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC CURSO
DE FISIOTERAPIA**

JAQUELINE MONDARDO BENDO

**ANÁLISE DE DESCONFORTOS DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO
PÉLVICO EM MULHERES PRATICANTES DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA**

**CRICIÚMA
2018**

ANÁLISE DE DESCONFORTOS DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES PRATICANTES DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA

Analysis of the disclosures of pelvic floor muscles in women practicing aquatic physiotherapy

Jaqueline Mondardo Bendo¹, Amanda Roque², Ariete Inês Minetto³.

¹Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

²Fisioterapeuta e mestranda do programa de pós-graduação em ciências da reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

³Fisioterapeuta e Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS, Coordenadora e Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) – Criciúma (SC), Brasil.

Estudo desenvolvido na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma, (SC), Brasil.

Autor correspondente: Jaqueline Mondardo Bendo. Rua Afonso Colodel, Bairro Cidade Alta, Turvo – SC. E-mail: jaquebendo@live.com

Resumo

Introdução: Os desconfortos dos músculos do assoalho pélvico é um tipo de patologia bastante comum em mulheres e está relacionado aos tecidos pélvicos levando a ter um impacto relevante na qualidade de vida. **Objetivo:** Investigar desconfortos dos músculos do assoalho pélvico em mulheres de um grupo de fisioterapia aquática. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com amostra composta por 15 mulheres, com idade superior a 50 anos. A pesquisa foi realizada por meio de dois questionários, o *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) e *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) para avaliar a presença de desconfortos dos músculos do assoalho pélvico (DMAP) e o impacto dos sintomas nas atividades de vida diária. **Resultados:** A média de idade das participantes foi de $66,60 \pm 5,88$ anos. A média do score do PFDI-20 foi de $99,88 \pm 63,07$ indicando baixo risco para DMAP. **Conclusão:** A qualidade de vida das mulheres não foi afetada demonstrando média de $4,89 \pm 12,96$. **Conclusão:** Questionários são ferramentas importantes para definir DMAP.

Palavras-chave: Fisioterapia aquática; Assoalho pélvico; Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The discomfort of pelvic floor muscles is a fairly common type of pathology in women and is related to pelvic tissues leading to a relevant impact on quality of life. **Objective:** To investigate the discomfort of pelvic floor muscles in women from a group of aquatic physiotherapy. **Methods:** This is a cross-sectional study with a sample consisting of 15 women aged over 50 years. The research was carried out using two questionnaires, the Pelvic floor Distress Inventory (PFDI-20) and Pelvic floor impact Questionnaire (Pfiq-7) to evaluate the presence of discomfort of the pelvic floor muscles (DMAP) and the impact of symptoms on Activities of daily living. **Results:** The average age of the participants was 66.60 ± 5.88 years. The mean PFDI-20 score was 99.88 ± 63.07 , indicating low risk for DMAP. **Conclusion:** The quality of life of women was not affected, demonstrating an average of 4.89 ± 12.96 . **Conclusion:** Questionnaires are important tools to define DMAP.

Keywords: Aquatic physiotherapy; Pelvic floor; Quality of life.

INTRODUÇÃO

A pelve é formada por duas bases, a maior, que são as vísceras abdominais, e a menor inferiormente sendo uma continuação mais estreita da pelve maior¹. O Ângulo formado entre os arcos púbicos inferiores são mais arredondados em relação a pelve masculina, essa estrutura mais alargada facilita a passagem no parto, o que também predispõe um assoalho pélvico mais fraco¹.

O conhecimento da anatomia é essencial para a compreensão da fisiopatologia dos desconfortos da região genital, que nas mulheres é mais propenso devido a própria anatomia, histórico de gestações, partos e sobrepeso¹. Os músculos do assoalho pélvico (MAP) como o diafragma, períneo, ligamentos pélvicos e fâscias, fornecem a sustentação e suporte dos órgãos pélvicos².

Para Pivetta (2014), a MAP é única musculatura do corpo humano que sustenta grande carga e exige uma estrutura anatômica intacta, se compõe em nervos, tecidos conjuntivos e músculos³. É encarregado por variadas funções como sustentação de órgãos abdominais e pélvicos, conservação da continência fecal e urinária, assistência na elevação da pressão intra-abdominal, estabilização do tronco e na função sexual⁴.

A estrutura perineal está envolvida na formação do ângulo vaginal e

é a região que determina a primeira parte da vagina, esse ângulo reparte-se em duas que favorece o equilíbrio do períneo e permite a mobilidade posterior das vísceras (bexiga, segunda parte da vagina e reto) e sustentação no platô levantador^{5,1}. O corpo perineal é a base da sustentação da vagina e seu defeito geralmente pós-parto é umas das causas de disfunções perineais¹. A MAP parece atuar como uma unidade funcional em sinergia com os esfíncteres uretral externo e anal⁵.

As disfunções dos músculos do assoalho pélvico (DMAP) é um tipo de patologia bastante comum em mulheres, que se manifestam como incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, hiperatividade vesical, distúrbios anorretais, distúrbios sexuais e etc^{6,7}.

A DMAP está relacionada aos tecidos pélvicos que são acometidos por várias patogêneses e pelo ambiente externo^{8,9}. Os sinais ocorrem quando o relaxamento e a contração da musculatura ficam comprometida, ou ambos, e o assoalho pélvico não consegue exercer sua função corretamente¹⁰.

Aproximadamente 30% das mulheres adultas entre 50 e 89 anos sofrem com algum tipo de DMAP, 16% delas tem Incontinência urinária (IU), 9% apresentam Incontinência fecal (IF) e 3% com Prolapso de órgão pélvico (POP)^{9,11}. Estes problemas podem apresentar sintomas ou serem assintomáticos¹².

Idade, paridade, tipo de parto, obesidade, peso do recém-nascido, tosse crônica e história familiar, são alguns fatores de risco para DMAP, e com aumento da longevidade da população, há uma propensão muito maior dessas disfunções sendo um problema de saúde pública⁸.

Muitas mulheres não revelam a sua família ou cuidadores da saúde

que tem DMAP, as vezes porque acham erroneamente um processo natural do envelhecimento¹³. Apesar da DMAP não ser uma patologia com risco de vida, ela implica problemas emocionais, sofrimento e um grande encargo financeiro¹⁴. A maioria não tem conhecimento da patologia e que necessita de tratamento desta disfunção, procurando ajuda somente quando tem um agravo dos sintomas¹⁵. Desta maneira, a DMAP afeta a autoestima, podendo provocar isolamento, sintomas de depressão e menor satisfação com a vida¹⁶.

A fisioterapia aquática pode oferecer algumas vantagens aos pacientes como alívio do peso corporal, redução do impacto nas articulações proporcionado pela flutuação¹⁷. A pressão hidrostática promove relaxamento muscular e alívio do estresse. Estudos em adultos saudáveis e idosos mostraram que os exercícios com água são eficazes para aumentar a força muscular^{18,17}. Desta forma o objetivo deste estudo é: Investigar desconfortos dos músculos do assoalho pélvico em mulheres de um grupo de fisioterapia aquática. Também foi investigado o impacto da presença desses desconfortos na qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que realizou avaliação da presença ou não de desconfortos dos músculos do assoalho pélvico em um grupo de 15 mulheres participantes de um grupo de Fisioterapia Aquática da Clínica escola da Universidade do Extremo Sul Catarinense de Criciúma/SC.

Os critérios de inclusão foram mulheres acima de 50 anos de idade que estivessem na menopausa, participantes do Grupo de Fisioterapia Aquática das clínicas integradas da UNESC, que não estivessem realizando nenhuma outra atividade fisioterapêutica e que aceitassem participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram mulheres que estivessem fazendo algum outro tratamento Fisioterapêutico.

A pesquisa foi realizada por meio de uma ficha de identificação com nome, profissão, escolaridade, e fatores associados a DMAP.

Os questionários utilizados foram *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) e *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7), que foram validados e publicados por Barber, M., Walters, M., et al. (2005)¹⁹.

O PFDI-20 é composto por 20 questões divididas em três domínios (bexiga, intestino e pelve) em suas subescalas: *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6* (POPDI-6), *Colorectal-Anal Distress Inventory 8* (CRAD-8) e *Urinary Distress Inventory 6* (UDI-6). Inicialmente o questionário investiga se há ou não sintomas, se a resposta for sim há um escore de classificação em que o paciente pode escolher a resposta sobre o quanto incomoda (a partir de nada, um pouco, moderadamente e bastante) com uma subescala de pontuação de 0 a 100. A

pontuação média da subescala é multiplicado por 25, e o valor total varia de 0 a 300.

O PFIQ-7 foi utilizado para avaliar o impacto dos sintomas nas atividades de vida diária por meio de sete questões com três subescalas (urinário, colorretal-anal e prolapso): *Urinary Impact Questionnaire* (UIQ-7), *Colorectal-Anal Impact Questionnaire* (CRAIQ-7) e *Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire* (POPIQ-7). Cada pergunta tem quatro opções de resposta (nem um pouco= 0; um pouco = 1; moderadamente = 2; bastante = 3). Cada sub-questionarios possui um escore de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore maior o impacto dos sintomas na vida diária. O escore final foi calculado através do score total das subescala multiplicados por 33,3 (valor que homogeneiza) que pode variar de 0 a 300. Para ambos os questionários, quanto maior a pontuação, a maior impacto na qualidade de vida.

Para dar início a pesquisa, primeiramente solicitou-se a autorização da coordenação das clínicas integradas da Universidade do extremo sul catarinense, através de uma carta de aceite. Em seguida, o consentimento das participantes por meio do TCLE. Por fim, iniciou-se a aplicação dos questionários já explanados a cima.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do software IBM *Statistical Package for the Social Sciencies* (SPSS) versão 22.0, onde foi realizado as análises estatísticas. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão e, mediana e amplitude interquartil. As qualitativas que observadas através de questionário específico, foram expressas por meio de descrições.

RESULTADOS

A amostra que foi composta por 15 mulheres, com média de idade de $66,60 \pm 5,88$ anos. A maioria delas são aposentadas sendo 53,3% (n=8), seguido de 33,3% (n=5) do lar, 6,7% (n=1) costureiras e 6,7% (n=1) domésticas. Em relação ao estado civil 60% (n=9) são casadas, 20% (n=3) viúvas e 20% (n=3) separadas. Apenas 26,7% (n=4) dessas mulheres relataram ter ensino fundamental completo e 73,3% (n=11) ensino fundamental incompleto (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=15)

	Média \pm Desvio Padrão; n (%) n = 15
Idade (anos)	66,60 \pm 5,88
Profissão	
Aposentada	8 (53,3)
Do lar	5 (33,3)
Costureira	1 (6,7)
Doméstica	1 (6,7)
Estado civil	
Casada	9 (60,0)
Viúva	3 (20,0)
Separada	3 (20,0)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	11 (73,3)
Fundamental completo	4 (26,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A tabela 2 demonstra a média de $30,68 \pm 4,85$ para o IMC das 15

participantes. Destas, 13,3% (n=2), tem seu IMC normal, 26,7% (n=4) tem sobrepeso, 46,7% (n=7) tem uma obesidade de classe I, 6,7% (n=1) tem obesidade classe II e 6,7% (n=1) tem obesidade classe III.

Tabela 2. Índice de massa corporal

	Média ± DP; n (%) n= 15
IMC	30,68 ± 4,85
Estrófico	2 (13,3)
Sobrepeso	4 (26,7)
Obesidade Grau I	7 (46,7)
Obesidade Grau II	1 (6,7)
Obesidade Grau III	1 (6,7)

Fonte: dados da pesquisa 2018.

A seguir, serão descritos os fatores associados a DMAP analisados: Quanto ao fator ginecológico, 66,7% (n=10) já realizaram alguma cirurgia perineal e 33,3% (n=5) nunca realizaram.

Nos fatores obstétricos a média de gestação dessas mulheres foi de $3,60 \pm 1,89$, apenas 6,7% (n=1) teve uma gestação, 20% (n=3) tiveram duas gestações, 40% (n=6) três gestações e 33,3% (n=5) tiveram mais que três gestações. A maioria das mulheres não teve aborto com 80% (n=12), 13,3% (n=2) teve um aborto e apenas 6,7% (n=1) teve dois abortos. Em relação aos partos normais 6,7% (n=1) não teve nenhum parto normal, 20 % (n=3) tiveram um parto normal, 40% (n=6) tiveram dois partos normais, 13,3% (n=2) tiveram três partos normais e 20% (n=3) tiveram mais que três partos normais. Aos partos cesarianas 46,7 (n=7) não tiveram cesárias, 40 % (n=6) tiveram uma cesariana, 6,7 (n=1) teve duas cesarianas e 6,7% (n=1) teve três cesarianas.

Uma média de $1,53 \pm 0,743$ realizaram episiotomia na hora do parto normal e $1,80 \pm 0,561$ tiveram laceração.

Aos fatores comportamentais 93,3% (n=14) negam ser fumantes, 6,7% (n=1) parou de fumar e 0%, nenhuma delas, é fumante. Ainda, 100% (n=15), negam etilismo. Em relação ao intestino, 60% (n=9) relataram que tem intestino preso e 40% (n=6) não tem intestino preso.

Para o fator hereditário 26,7% (n=4) disseram que tem algum familiar com desconforto do assoalho pélvico e 73,3% (n=11) relataram que não problemas em relação a patologia na família.

Conforme tabela 3, o valor total do PFDI-20 obteve uma média de $99,88 \pm 63,07$ e mediana de 110,0 (0,0 – 187,5), indicando baixo risco para os desconfortos dos músculos do assoalho pélvico (DMAP). Foi utilizado a média, porém, o desvio padrão foi alto, logo segue descrito também a mediana a fim de obter resultados mais homogêneos.

Tabela 3. Valores do PFDI-20 (*Pelvic Floor Distress Inventory*), aplicado em mulheres praticantes de fisioterapia aquática no ano de 2018.

	Média \pm DP, n=15	Mediana (Amplitude)
PFDI – 20		
POPDI	25,42 \pm 30,49	12,5 (0,0 – 75,0)
CRAD	41,69 \pm 24,54	50,0 (0,0 – 75,0)
UDI	32,77 \pm 21,12	37,5 (0,0 – 75,0)
PFDI_ Total	99,88 \pm 63,07	110,0 (0,0 – 187,5)

Fonte: dados da pesquisa 2018.

A tabela 4, descreve o impacto da qualidade de vida através do PFIQ -7. Em análise das subescalas, o CRAIQ obteve uma mediana de 0,0 (0,0 – 0,0), CRAIQ 0,0 (0,0 – 40,0) e POPIQ 0,0 (0,0 – 33,3), finalizando com um total do PFIQ-7 em 0,0 (0,0 – 40,0). Os resultados obtidos da amostra foram baixos, não afetando na qualidade de vida das mulheres.

Tabela 4. Valores do PFIQ-7 (*Pelvic Floor Impact Questionnaire*). Aplicado em mulheres praticantes de fisioterapia aquática no ano de 2018.

	Média ± DP, n=15	Mediana (Amplitude)
PFIQ – 7		
UIQ	0,00 ± 0,00	0,0 (0,0 – 0,0)
CRAIQ	2,67 ± 10,33	0,0 (0,0 – 40,0)
POPIQ	2,22 ± 8,60	0,0 (0,0 – 33,3)
PFIQ_ total	4,89 ± 12,96	0,0 (0,0 – 40,0)

Fonte: dados da pesquisa 2018.

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou os desconfortos dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com média de idade de $66,60 \pm 5,88$, que estivessem na menopausa e que fossem praticantes de fisioterapia aquática de grupo. Ao realizar esta pesquisa, observamos que a média para desconfortos dos músculos do assoalho pélvico foi baixa ($99,88 \pm 63,07$), o que nos reporta que estes dados não corroboraram com o estudo de Brown, onde os autores encontraram uma prevalência superior a 50% em uma amostra de 2.763 mulheres com média de idade de 67 anos, quando investigadas em relação aos desconfortos dos músculos do assoalho pélvico²⁰.

A média de idade deste estudo demonstra que a maioria das mulheres eram idosas. O envelhecimento, é visto como fator de risco para a DMAP nas mulheres, afetando consideravelmente as mais idosas sendo a maioria das mulheres principalmente após a menopausa, os achados apontam

índices de 46% a 64%, devido as mudanças hormonais que contribuem com a DMAP²¹.

Neste estudo, a maioria das mulheres apresentou IMC referente a obesidade classe I e sobrepeso. Segundo Swift, a população feminina, tende a apresentar com o avanço da idade, um aumento do índice de massa corporal, esse aumento também se dá com o aumento de número de partos normais, os quais tem predisposição ao desenvolvimento de DMAP⁸. A obesidade é outro fator que contribui ou até mesmo piora para o desenvolvimento da DMAP²². Sua prevalência intensifica com o aumento do peso²³. Acredita-se que a associação da DMAP com a obesidade, promova o aumento da pressão intra-abdominal, que provocado pelo aumento de peso na região do abdômen, conseqüentemente, elevando a pressão intravesical que irá alterar o mecanismo do trato urinário ^{20,24}. Portanto o sobrepeso predispõe a um assoalho pélvico enfraquecido²⁵.

Na literatura, há uma escassez de estudos relacionados ao impacto que as profissões têm em predispor ao risco de desenvolvimento de DMAP. A amostra deste estudo, em sua totalidade, nunca realizou atividades laborais com esforço físico ou manuseio de cargas. Em um estudo, os autores avaliaram mulheres que realizavam atividades laborais associados ao manuseio de objetos pesados, que estavam propensas a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos para correção de prolapso quando comparadas as que não erguem pesos no seu trabalho²⁶. Outras alterações como, a constipação, a cirurgia de prolapso prévio e a histerectomia não aumentaram o risco de prolapso de órgão pélvico^{27,28}. Bem como fatores que diminuem a força da MAP como multipariedade, parto vaginal, e episiotomia²⁹.

A pontuação dos escore do PFDI-20 varia de 0 a 300, sendo que de 0 a 100 significa baixo risco para DMAP, 100 a 200 risco médio a moderado e 200 a 300 alto risco. Portanto, quanto mais próximo ao escore de 300, maior os sintomas de DMAP. Neste estudo, as mulheres avaliadas demonstraram baixo risco de desconfortos no assoalho pélvico (DMAP).

Referente ao PFIQ-7 (*Pelvic Floor Impact Questionnaire*), as mulheres não demonstraram alteração em sua qualidade de vida quanto aos sintomas do assoalho pélvico. O estudo de Correia, comparou a QV de mulheres com DMAP antes e após 12 sessões de tratamento fisioterapêutico, os autores observaram uma diminuição significativa das médias e medianas dos escores dos domínios avaliados, analisando que quanto menor o DMAP maior a QV³⁰.

Por fim, sabe-se que discutir desconforto da musculatura do

assoalho pélvico através de questionários ainda é considerada uma tarefa complexa, pois a interpretação dos sintomas é individual e a sua percepção é característica que muda de indivíduo para indivíduo.

CONCLUSÃO

Os MAP, frequentemente são esquecidos e nada é feito para manter sua vitalidade, ao contrário de outros músculos do corpo, que são trabalhados constantemente. A fisioterapia tem um papel fundamental na reabilitação de pacientes com DMAP, visto que, existem muitas técnicas, métodos e formas de avaliação para tal a fim de se obter um panorama do estado funcional das mulheres. Portanto, avaliar os DMAP através de questionários parece nos fornecer dados importantes como por exemplo os sinais do prolapso genital, encontrados frequentemente na população geral feminina.

Desta forma, concluímos que houve baixo risco de desconfortos dos músculos do assoalho pélvico no grupo de mulheres estudado. E que a qualidade de vida das mesmas não foi afetada.

Por fim, podemos concluir que questionários apesar de serem complexa devido a percepção individual, são ferramentas importantes para definir os DMAP em mulheres praticantes de fisioterapia aquática, e sugere-se um exame físico para poder direcionar as condutas terapêuticas.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a minha família, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para a realização do meu sonho, em especialmente minha mãe que sempre esteve ao meu lado e foi minha maior incentivadora. Ao meu namorado Diego por todo amor e paciência nesse período de estresse, sempre me apoiando.

A minha orientadora Prof.(a) Dr.(a) Ariete Inês Minetto pelo suporte, pelas suas correções e incentivos, não só como professora, como também uma amiga que sempre me ajudou nas dificuldades de vida acadêmica.

A minha coorientadora Amanda Roque, que fez toda diferença na elaboração desse trabalho, obrigada pelo apoio, atenção e dedicação para me orientar.

As minhas colegas de turma, estarão eternamente em meu coração, pelas brincadeiras, por todas as vezes que me estenderam a mão, por todos os problemas compartilhados, nós conseguimos e tenho muito orgulho de vocês.

Agradeço a universidade UNESC por proporcionar o melhor ambiente educacional, e cada membro do corpo docente, a direção e a administração dessa instituição de ensino.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

REFERÊNCIAS

1. Palma PCR, Portugal HSP. Anatomia do assoalho pélvico. In: Palma P. editor. Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. PERSONAL LINK Comunicações Ltda. Campinas/SP; 2009. p. 27-37.
2. Giraudet G, Patrouix L, Fontainec C, Demondion X, Cossona M, Ruboda C. Three dimensional model of the female perineum and pelvic floor muscles. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 226 (2018) 1–6.
3. Pivetta HMF, Braz MM, Real AA, Nascimento JR, Parcianello ME, Ziegler AP. Disfunções do assoalho pélvico em pacientes submetidas à histerectomia : um estudo de revisão Pelvic floor dysfunction in hysterectomized women : a review. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc*, v. 15, n. 1, p. 48–52, 2014.
4. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes Strength of pelvic floor muscles and sexual function during pregnancy. v. 13, n. 5, p. 383–389, 2009.
5. Brazáles BN, Torres M, Villa P, Sanchez B, Gomes P, Asúnsolo BA. The evaluation of pelvic floor muscle strength in women with pelvic floor dysfunction: A reliability and correlation study. *Neurourology and Urodynamics*, v. 37, n. 1, p. 269–277, 2018.
6. Vasconcelos CT, Vasconcelos JA, Bezerra LR, Augusto K, Karbage S, Frota IP et al., Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia.. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde • Vol.04, Nº. 01*, 2013 p.1202-1216.
7. Frota IPR, Rocha ABO, Neto JAV, Vasconcelos CTM, Magalhaes TF, Karbage SAL, Augusto KL, Nascimento SLD, Haddad JM, Bezerra LRP. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 97, p. 552–559, 2018.
8. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Wang W, Schaffer J. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(3):795-806.
9. Wu J, Li J, Chen WK, Liu S, Liu J, Zhang J, Frang W. MicroRNA-214 Affects Fibroblast Differentiation of Adipose-Derived Mesenchymal Stem Cells by Targeting Mitofusin-2 during Pelvic Floor Dysfunction in SD Rats with Birth Trauma. *Cellular Physiology and Biochemistry*, v. 42, n. 5, p. 1870–1887, 2017.

10. Dufour S, Vandyken B, Forget MJ, Vandyken C. Association between lumbopelvic pain and pelvic floor dysfunction in women: A cross sectional study. *Musculoskeletal Science and Practice*, v. 34, n. January 2017, p. 47–53, 2018.
11. Kobi M, Flusberg M, Paroder V, Chernvak V. Practical guide to dynamic pelvic floor MRI. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, v. 47, n. 5, p. 1155–1170, 2018.
12. Augusto KL, Bezerra LRP, Murad-Regadas SM, Vasconcelos JA, Vasconcelos CTM, Karbage SAL, Bilhar APM, Regadas FSP. Defecatory dysfunction and fecal incontinence in women with or without posterior vaginal wall prolapse as measured by pelvic organ prolapse quantification (POP-Q). *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, v. 214, p. 50–55, 2017.
13. Brito LG, Brito LM, Chein MB, Malheiros ES, Duarte TB, Pinto Neto AM. Stress urinary incontinence in climacteric women in a northeastern Brazilian municipality: a household survey. *Int.Urogynecol J.* 2012; 23(5):639–45.
14. Lian W, Zheng Y, Huang H, Chen L, Cao B. Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 296 (2):181-189.
15. Dunivan GC, Komesu YM, Cichowski SB, Lowery C, Anger JT, Rogers RG. Elder American Indian women's knowledge of pelvic floor disorders and barriers to seeking care. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2015; 21(1): 34–38.
16. Gosch M, Talasz H, Nicholas JA, Kammerlander C, Lachleitner M. Urinary incontinence and poor functional status in fragility fracture patients: an underrecognized and underappreciated association. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, v. 135, n. 1, p. 59–67, 2015.
17. Yáziği F, Espanha M, Vieira F, Messier SP, Monteiro C, Veloso AP. The PICO project: aquatic exercise for knee osteoarthritis in overweight and obese individuals. *BMC Musculoskelet Disord.*2013;14(1):1-14.
18. Bento PCB, Pereira G, Ugrinowitsch C, Rodacki ALF. The effects of a water-based exercise program on strength and functionality of older adults. *J. Agin Physic Activ.*2012;20(1):469-471.
19. Barber, M., Walters, M., et al. (2005). "Short forms of two condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ -7)." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193: 103-113.
20. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzoq AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factor in postmenopausal woman. Heart & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Obstet Gynecol.* 1999;94(1):66-70.
21. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Pedro AO, Faundes A. Fatores associados à prevalência de sintomas urinários em mulheres climatéricas. *Rev Bras Ginecol Obst.* 1997; 19: 589-96.
22. Santos WN, Feitosa J A, Oliveira FC, Oliveira Filho M, Almeida FML, Medeiros FC. Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. *RBGO* 1994; 16(5):175-8.
23. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? *Obstet Gynecol.* 1996;87(5 Pt 1):715-21.

24. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol.* 2000;96(3):446-51.
25. Higa R, Lopes M, Reis MJ. Fatores de Risco para Incontinência Urinária da Mulher. *Rev Esc Enferm USP*, v.42, n.1, p.187-92, 2008.
26. Jorgensen S, Hein HO, Gyntelberg F. Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated lumbar disc in assistant nurses. *Occup Med*, 44 (1994), pp. 47-49 2015.
27. Samuelsson MD, Eva C, Victor A, Gosta T, MD, Kurt F. Sign of genital prolapse in a Swedish of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180 (2), 299-305.
28. Swift SE, Pound T, Dias JK. Case-control study on the etiology of severe pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, June 2001, Volume 12, pp 187–192.
29. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(11): 677-82 Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico 682 *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(11): 677-82 and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol.* 1998;92(4 Pt 1):613-8.
30. Correia GN. Efeitos de um protocolo de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico em grupos para mulheres com perda urinária. [monografia]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2010.

NORMAS DA REVISTA FISIOTERAPIA INSPIRAR ESCOPO

A Revista Inspirar Movimento & Saúde (Rev Inspirar Mov Saude ISSN 2175537X), publicada trimestralmente, é um periódico destinado à publicação de trabalhos científicos referentes ao tema movimento humano e áreas correlatas, bem como de trabalhos relacionados à área 21 da Capes, ou grande área de saúde, envolvendo as ciências relacionadas às profissões de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Educação Física.

POLÍTICA EDITORIAL

Os artigos submetidos à **Rev Inspirar Mov Saude** devem preferencialmente ser artigos originais (novas informações com materiais e métodos e resultados sistematicamente relatados). Trabalhos de revisão e estudos de caso serão publicados num percentual de 20% do total dos artigos. Resenhas de livros, resumos de teses e dissertações, cartas ao editor e resumos de eventos como suplemento serão publicados após aprovação da proposta pelo Conselho Editorial. A solicitação de aprovação deve ser encaminhada para o endereço revistacientifica@inspirar.com.br.

Todos os manuscritos, após aprovação pelo Conselho Editorial serão avaliados por revisores qualificados segundo a especialidade do conteúdo, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso.

Os direitos autorais dos artigos publicados são de propriedade da **Rev Inspirar Mov Saude**. Não é permitida a reprodução, mesmo que parcial, em nenhum meio de comunicação sem a autorização dos Editores.

A Rev Inspirar Mov Saude recebe, para submissão, manuscritos com até seis (6) autores. A autoria deve ser baseada em 1) contribuições substanciais para a concepção e desenho ou aquisição de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual e 3) aprovação final da versão a ser publicada." As condições 1, 2 e 3 deverão ser contempladas simultaneamente. Aquisição de financiamento, coleta de dados e/ou análise de dados ou supervisão geral do grupo de pesquisa, por si só, não justificam autoria e deverão ser reconhecidas nos agradecimentos.

PREPARO DO MANUSCRITO

O manuscrito deve conter no máximo 3.500 palavras (excluindo resumo/abstract, figuras, referências e tabelas). Os trabalhos de revisão podem conter no máximo 5.000 palavras, e os estudos de caso 1.600 palavras (excluindo resumo/abstract, figuras, referências e tabelas). O texto deve ser redigido na Língua Portuguesa,

em fonte Arial 12, justificado com espaçamento duplo, exceto pelo resumo/abstract que deve ter espaçamento simples. As páginas devem estar em formato A4, com margens superior, inferior, direita e esquerda 2,5 cm. As linhas devem ser numeradas de forma contínua a partir do título do manuscrito.

1 Página de Identificação

A primeira página do manuscrito deve conter os seguintes dados:

- 1) Título do manuscrito em português em letras maiúsculas;
- 2) Título do manuscrito em inglês em letras minúsculas (somente a primeira letra maiúscula);
- 3) Autoria: nome e sobrenome de cada autor em letras minúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a filiação institucional/vínculo (Unidade/ Instituição/ Cidade/ Estado/ País); para mais de um autor, separar por vírgula;
- 4) Nome e endereço completo (com e.mail) do autor correspondente.

2 Resumo/Abstract

Logo após o item 5 da página de identificação deve aparecer uma descrição concisa e estruturada do trabalho, de no máximo 250 palavras em um único parágrafo, em português (Resumo) e em Inglês (Abstract). Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas. O Resumo e o Abstract devem ser apresentados em formato estruturado, contemplando os seguintes itens: Contextualização, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão (o título dos itens não devem aparecer no resumo/abstract). As Palavras-chave/Keywords (máximo seis) devem aparecer logo após o Resumo/Abstract. A **Rev Inspirar Mov Saude** recomenda o uso do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo <<http://decs.bvs.br/>>.

3 Corpo do texto

O corpo do texto dos artigos deve obrigatoriamente conter os seguintes itens:

1) Introdução: deve caracterizar a importância do tema e a necessidade de se realizar a pesquisa e apresentar os objetivos do trabalho. **2) Materiais e Métodos:** descrever de maneira detalhada todos os procedimentos operacionais do estudo de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Deverá conter neste item a menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto/pesquisa foi desenvolvido. **3) Resultados:** somente devem ser apresentadas as informações novas encontradas pelo pesquisador isentas de qualquer discussão ou interpretação pessoal. Recomenda-se que os resultados sejam expressos em forma de gráficos, tabelas, quadros e números. Todos os

dados apresentados através dos elementos gráficos (tabelas, quadros, gráficos, figuras, etc.), não devem ser repetidos no texto.

4) Discussão: devem-se interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Os estudos de caso devem ser restritos às doenças ou procedimentos incomuns onde a produção de um artigo original não seja possível. Os relatos de casos clínicos não necessitam seguir a estrutura dos artigos originais, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos originais.

4 Agradecimentos

Quando for o caso, agradecimentos poderão ser incluídos de forma concisa no final do texto antes das Referências Bibliográficas.

5 Referências Bibliográficas

O número recomendado de referências é de 30 para os artigos originais, 15 para os relatos de caso e 50 para as revisões.

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo o estilo Vancouver (Vancouver Style, atualizado em outubro de 2004).

Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* disponibilizados no

endereço <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?db=journals>

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

Citações de Artigos Originais: Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cycle ergometry: a randomized study. *Eur Respir J*. 1999; 14(6):1204-13.

Citações de Resumos: Singer M, Lefort J, Lapa e Silva JR, Vargaftig BB. Failure of granulocyte depletion to suppress mucin production in a murine model of allergy [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000; 161:A863.

Citações de Capítulos de Livros: Queluz T, Andres G. Goodpasture's syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. *Encyclopedia of Immunology*. 1st ed. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

Citações de Publicações Oficiais: World Health Organization. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. WHO/Tb, 1994; 178:1-24.

Citações de Teses: Martinez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

Citações de Artigos Publicados na Internet: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [online]. 2002 Jun [citado 12/8/2002]; 102(6): [cerca de 3pp.]. Disponível em <www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

Citações de Homepages/Endereços Eletrônicos: Cancer-Pain.org [homepage]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c200001 [Atualizado em 16/5/2002, citado em 9/7/2002]. Disponível em .

6 Tabelas e Figuras

As figuras e tabelas devem aparecer no corpo do texto próximo ao local onde foram citadas. O número de tabelas e/ou figuras é limitado a 5.

As tabelas devem conter apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (tamanho máximo permitido: uma página em espaço duplo), respeitando as margens do texto. As Tabelas devem estar formatadas de modo a ocupar o centro da página de uma margem a outra no máximo ou metade da página (1 coluna). Não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, nem cores ou tons de cinza, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas seções principais. Devem ser usados parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Nas figuras não é recomendado o uso de cores. Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas.

As figuras e tabelas e devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos com título descritivo e legendas que as tornem compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Digitar os títulos e legendas em espaçamento simples e negrito e explicar todos os símbolos e abreviações. As figuras e tabelas não devem conter legendas ou elementos em outra língua diferente da Língua Portuguesa.

Todas as Figuras devem estar em alta resolução (no mínimo 300 dpi). A equipe de editoração gráfica da revista poderá solicitar aos autores o envio de figuras com maior resolução.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Evitar o uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (reporte-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos).

UNIDADES

Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS

A submissão dos manuscritos deverá ser feita através do Formulário de Envio (abaixo) e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico.

Para submeter um manuscrito o autor deve mandar um e.mail para pararevistacientifica@inspirar.com.br contendo o manuscrito e os documentos suplementares preenchidos conforme os modelos abaixo:

1. Ofício de encaminhamento;
2. Termo de Direitos autorais.

Após o envio do manuscrito e dos documentos você receberá um e.mail da Revista confirmando a submissão. Caso não receba a confirmação por e.mail em 72 horas úteis, entre em contato com revistacientifica@inspirar.com.br