



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

ANA KARLA NASCIMENTO DA SILVA

**Determinação do ponto de corte do ICIQ- Bladder Diary para discriminar a
melhora clínica de sintomas urinários femininos: estudo de acurácia
diagnóstica**

SANTA CRUZ/ RN
2025

ANA KARLA NASCIMENTO DA SILVA

Determinação do ponto de corte do ICIQ- Bladder Diary para discriminar a melhora clínica de sintomas urinários femininos: estudo de acurácia diagnóstica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Avaliação e intervenção no sistema musculoesquelético e cardiorrespiratório.

Orientadora: Prof^a Dr^a Grasiéla Nascimento Correia

Co-orientadora: Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi

SANTA CRUZ/RN

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA
- Santa Cruz

Silva, Ana Karla Nascimento da.

Determinação do ponto de corte do ICIQ- Bladder Diary para discriminar a melhora clínica de sintomas urinários femininos: estudo de acurácia diagnóstica / Ana Karla Nascimento da Silva. - 2025.

58f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Santa Cruz, RN, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Grasiéla Nascimento Correia.

Coorientação: Dra. Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi.

1. Incontinência urinária feminina - Dissertação. 2. Saúde da mulher - Dissertação. 3. Melhoria funcional - Dissertação. I. Correia, Grasiéla Nascimento. II. Micussi, Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral. III. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 616.62-055.2

Elaborado por José Gláucio Brito Tavares de Oliveira - CRB-15-321

ANA KARLA NASCIMENTO DA SILVA

Determinação do ponto de corte do ICIQ- Bladder Diary para discriminar a melhora clínica de sintomas urinários femininos: estudo de acurácia diagnóstica

BANCA EXAMINADORA:

Presidente da banca/Orientadora: Prof^a Dr^a Grasiéla Nascimento Correia
PPGCreab/FACISA/UFRN

Examinadora Interna: Prof^a Dr^a Adriana Gomes Magalhães

Examinador Externa: Prof^a Dr^a Patrícia Driusso

SANTA CRUZ/RN

2025

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força, sabedoria e proteção que me acompanharam durante toda a realização deste trabalho. Sem Sua orientação e bênçãos, nada disso seria possível.

A minha família, que sempre me proporcionou apoio incondicional, em especial a minha mãe Janilda Maria do Nascimento e ao meu esposo Neyldson Flávio da Costa Teixeira, o amor e confiança, foi minha maior fonte de força. O apoio emocional e incentivo contínuo foram essenciais para que eu superasse os desafios durante este percurso.

Aos meus amigos, em particular a Wagner Gomes Rogério pelo apoio, motivação e companheirismo ao longo de toda essa jornada. As palavras de encorajamento e a amizade verdadeira ajudaram a manter meu foco e energia.

Aos meus colegas, pela colaboração, troca de ideias e pelo incentivo mútuo. O trabalho conjunto foi fundamental para a realização deste estudo.

Aos professores, cuja orientação, ensinamentos e dedicação foram essenciais para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Cada aprendizado recebido contribuiu para a concretização deste trabalho.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste estudo, minha sincera gratidão. Este trabalho reflete o esforço coletivo e a contribuição de todos que estiveram ao meu lado.

*“O objetivo da ciência não é abrir a porta
para sabedoria infinita, mas estabelecer um limite
para o erro infinito”*

RESUMO

Introdução: O International Consultation on Incontinence Questionnaire – Bladder Diary (ICIQ-BD) é uma ferramenta amplamente utilizada para monitorar e avaliar os sintomas do trato urinário inferior. No entanto, a interpretação de seus resultados ainda apresenta desafios, principalmente na identificação da melhora clínica percebida pelos pacientes. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo estabelecer pontos de corte no ICIQ-BD para discriminar a melhora clínica percebida em mulheres com sintomas urinários. **Métodos:** Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica que incluiu 50 mulheres com perda involuntária de urina. As avaliações foram realizadas por meio do Índice de Gravidade da Incontinência (ISI), do ICIQ-BD e Escala de Percepção Global de Efeito (EPEG). Todas as participantes foram submetidas a um programa de treinamento muscular do assoalho pélvico de oito semanas, supervisionada por fisioterapeuta. A análise estatística foi realizada por meio da curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para determinar os pontos de corte associados à percepção de melhora clínica, o teste de McNemar foi aplicado para comparar as diferenças na percepção dos sintomas antes e após o TMAP e o teste t pareado foi utilizado para comparar o monitoramento dos sintomas do trato urinário inferior (STUI) antes e após o TMAP. **Resultados:** Os resultados demonstraram discriminação moderada para a redução de um episódio de incontinência urinária (AUC = 0,783), boa capacidade discriminatória para a redução de um episódio de noctúria (AUC = 0,880) e excelente discriminação para a redução de dois micções diurnas (AUC = 0,911; sensibilidade = 89,3%; especificidade = 88,5%). **Conclusão:** Essas reduções nos sintomas urinários são suficientes para indicar melhora clínica percebida, tornando o ICIQ-BD uma ferramenta objetiva e sensível para o monitoramento terapêutico.

Palavras-chave: Incontinência urinária feminina. Saúde da mulher. Avaliação de resultado e processo. Melhoria funcional.

ABSTRACT

Introduction: The International Consultation on Incontinence Questionnaire – Bladder Diary (ICIQ-BD) is a widely used tool to monitor and assess lower urinary tract symptoms. However, the interpretation of its results still presents challenges, especially in identifying the clinical improvement perceived by patients.

Objective: This study aimed to establish cut-off points in the ICIQ-BD that indicate perceived clinical improvement in women with urinary symptoms.

Methods: This is a diagnostic accuracy study that initially included 86 women with complaints of involuntary urine loss. At the end of the follow-up, 50 participants had completed all the steps and made up the final sample. Evaluations were performed using the Urinary Incontinence Diagnostic Questionnaire (QUID), the Incontinence Severity Index (ISI), the ICIQ-BD, as well as the Global Perception of Effect Scale (EPEG) and physical examination of the pelvic floor muscles (PFM) through bidigital vaginal palpation. All participants underwent an eight-week pelvic floor muscle training program. Statistical analysis was performed using the ROC (Receiver Operating Characteristic) curve to determine the cutoff points associated with the perception of clinical improvement. The McNemar test was applied to compare differences in symptom perception before and after PFM, and the paired sample t-test was applied to compare the monitoring of STUI before and after TMAP. **Results:** The results demonstrated moderate discrimination for the reduction of one episode of urinary incontinence (AUC = 0.783), good discriminatory capacity for the reduction of one episode of nocturia (AUC = 0.880) and excellent discrimination for the reduction of two daytime urinations (AUC = 0.911; sensitivity = 89.3%; specificity = 88.5%). **Conclusion:** These reductions in urinary symptoms are sufficient to indicate perceived clinical improvement, making the ICIQ-BD an objective and sensitive tool for therapeutic monitoring.

Keywords: Female urinary incontinence. Women's health. Evaluation of result and process. Functional improvement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Divulgação da pesquisa para pacientes com IU.....	26
Figura 2 - Fluxograma do processo metodológico do estudo.	27
Figura 3 - Copo de medidas.....	28
Figura 4 - Discriminação da melhora clínica percebida e episódio de IU.....	35
Figura 5 - Capacidade de discriminação da percepção de melhora clínica com a redução da noctúria	36
Figura 6 - Capacidade de discriminação da percepção de melhora clínica com a diminuição de micções por dia.....	37

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Protocolo do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP)..... 30

Tabela 1 - Dados sobre características sociais, estilo de vida e hábitos
uroginecológicos..... 33

Tabela 2 - Comparação antes e depois do tratamento das variáveis do ICIQ-BD..... 34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AUC – Área sob a Curva (do inglês Area Under the Curve)

BD – Diário Miccional (do inglês Bladder Diary)

EPEG – Escala de Percepção do Efeito Global

ICIQ-BD – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Bladder Diary

IMC – Índice de Massa Corporal

ISI – Incontinence Severity Index

IU – Incontinência Urinária

LUTS – Lower Urinary Tract Symptoms (Sintomas do Trato Urinário Inferior)

MAP – Músculos do Assoalho Pélvico

PFM – Pelvic Floor Muscles (Músculos do Assoalho Pélvico)

QUID – Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis

ROC – Receiver Operating Characteristic

STUI – Sintomas do Trato Urinário Inferior

TMAP – Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico

UI – Urinary Incontinence (Incontinência Urinária)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DE SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR (STUI).....	15
1.2 CARACTERIZAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA IU.....	15
1.2.1 SINTOMAS DO PACIENTE COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA	16
1.3 FORMAS DE AVALIAÇÃO DA IU.....	16
1.3.1 DIÁRIO MICCIONAL - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - ICIQ-BLADDER DIARY	17
1.4 TRATAMENTO DA IU	19
2 JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVOS GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	23
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	24
4.4.1 URINARY INCONTINENCE DIAGNOSIS (QUID-Br)	25
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	25
4.6 RECRUTAMENTO	25
5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	26
5.1 INCONTINENCE SEVERITY INDEX (ISI)	29
5.2 ESCALA DE PERCEPÇÃO DO EFEITO GLOBAL (EPEG).....	29
5.3 AVALIAÇÃO DOS MAP.....	29
5.4 TREINAMENTO DOS MAP	30
5.5 ICIQ-BLADDER DIARY EM PORTUGUÊS	31
6. ANÁLISE DOS DADOS	31
7. RESULTADOS	33
8. DISCUSSÃO.....	38
8.1 REDUÇÃO DOS EPISÓDIOS DE NOCTÚRIA.....	38
8.2 REDUÇÃO DA FREQUÊNCIA URINÁRIA DIURNA.....	38
8.3 REDUÇÃO NA PERDA URINÁRIA	39
8. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXO 1- URINARY INCONTINENCE DIAGNOSIS (QUID).....	45
ANEXO 2- Incontinence Severity Index (ISI)	46
ANEXO 3 - Escala de Percepção do Efeito Global.....	47
ANEXO 4- INTERNATIONAL CONSULTATION BLADDER DIARY (ICIQ- BLADDER DIARY)	48
ANEXO 5- ESCALA DE OXFORD MODIFICADA.....	49
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	50
APÊNDICE B – FICHA DE ANAMNESE.....	55

PREFÁCIO

A incontinência urinária feminina, embora amplamente prevalente, ainda é um tema que carrega estigmas e barreiras sociais que dificultam seu reconhecimento e tratamento adequado. Os impactos desse distúrbio vão além dos aspectos fisiológicos, comprometendo significativamente a saúde emocional, a autoestima e a qualidade de vida das mulheres afetadas.

Diante da necessidade de uma abordagem clínica mais sensível, eficaz e baseada em evidências, este trabalho se propõe a aprofundar o entendimento sobre os sintomas urinários femininos por meio da utilização do ICIQ-BD, uma ferramenta validada e acessível. A pesquisa aqui apresentada vai além do diagnóstico: busca oferecer subsídios para a prática clínica e a tomada de decisões terapêuticas mais assertivas, ao propor pontos de corte confiáveis para sintomas-chave como noctúria, frequência miccional e perda urinária.

Esta obra é fruto do compromisso com a melhoria da assistência à saúde da mulher e com o avanço científico em uma área que, embora delicada, exige atenção, acolhimento e precisão técnica. Espera-se que os achados contribuam para o fortalecimento das práticas avaliativas e inspirem novas investigações voltadas à promoção da saúde urinária feminina no Brasil.

1. INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DE SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR (STUI)

Os sintomas do trato urinário inferior (STUI) são entendidos como condição atípica das fases de armazenamento e esvaziamento da bexiga.¹⁻⁴ Os STUI mais comuns compreendem bexiga hiperativa (BH), frequência urinária aumentada, urgência miccional, intermitência, esvaziamento incompleto, fluxo fraco, incontinência urinária (IU) e noctúria, estes sintomas afetam mulheres e homens em diferentes faixas etárias e comprometem a qualidade de vida.^{1, 2}

Vários fatores podem estar associados a STUI, sua evolução é multicausal, uma série de eventos estão vinculados ao seu surgimento, como, envelhecimento, gestações, multiparidades, prolapsos de órgãos pélvicos (POP), infecções urinárias recorrentes, tabagismo, diabetes e disfunções do assoalho pélvico (DAP).² A prevalência de STUI na população adulta do mundo é de aproximadamente 74% na América do Norte e Europa, e 61% na Ásia, no Brasil essa prevalência é de 75% em adultos com idade igual ou superior a 40 anos, sendo mais comum no sexo feminino com 82% dos casos registrados no país.²

Entre os STUI as queixas de IU são as mais frequentes, a Sociedade Internacional de Continência (ICS) aponta que cerca de 200 milhões de pessoas no mundo apresentam algum tipo de IU.³ Sua maior predisposição é em mulheres, tal fato pode ser justificado em virtude de condições fisiológicas, anatômicas e a fatores obstétricos femininos.^{4,5}

1.2 CARACTERIZAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA IU

A ICS entende a IU como um distúrbio da fase de armazenamento da bexiga, caracterizado pela incapacidade de reter a urina de maneira voluntária, resultando em perda involuntária de urina.⁶⁻⁷ Esse distúrbio pode ocorrer devido à disfunção dos músculos e estruturas responsáveis pelo controle da bexiga, como o esfíncter uretral e o assoalho pélvico, além de fatores neurológicos que afetam a comunicação entre o sistema nervoso e a bexiga.⁵

A IU pode se manifestar de diferentes formas, sendo as mais comuns a incontinência de esforço e a incontinência urinária de urgência, a primeira ocorre

quando há perda de urina devido a um aumento da pressão intra-abdominal, como ao realizar atividades físicas, tossir, espirrar ou sorrir, esse tipo é mais frequente em mulheres, especialmente após partos vaginais múltiplos ou quando há traumas no assoalho pélvico.^{6,7,8} Já a incontinência urinária de urgência é caracterizada pela perda de urina associada a uma sensação de urgência miccional intensa e repentina.⁶ Normalmente, está associada à bexiga hiperativa, uma condição na qual a bexiga se contrai involuntariamente, resultando em episódios de incontinência.⁷ Quando ocorre manifestação de sintomas de ambos os tipos, a IU é classificada como mista. Além disso, há a incontinência funcional, que ocorre quando o paciente não consegue chegar ao banheiro a tempo devido às limitações físicas ou cognitivas.^{7,9}

Presente em diferentes populações, a IU é uma condição ainda subnotificada, o que resulta na dificuldade de obter dados epidemiológicos consistentes.⁴ Apesar disso, a ICS aponta que cerca de 200 milhões de pessoas no mundo apresentam algum tipo de IU, sendo mais presente em mulheres de idade entre 35 a 81 anos. Entre as mulheres brasileiras constatou-se uma taxa de 12,7% a 35% de prevalência, em diversas faixas etárias, porém com maior acometimento em mulheres idosas, acima de 65 anos.^{4,10}

1.2.1 SINTOMAS DO PACIENTE COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A ICS afirma que o principal sintoma da IU é a perda involuntária de urina, porém outros sintomas como, aumento da frequência miccional, urgência miccional, enurese e noctúria, perda urinária ao esforço e/ou durante o ato sexual podem ser experienciados por pessoas com STUI.^{8,11}

Além dos sintomas físicos, fatores envolvendo aspectos psicossociais podem depreciar a qualidade de vida de quem é acometido com tais sintomas, levando a limitação da autonomia e redução da autoestima. Alterações comportamentais como vergonha, isolamento, ansiedade, estresse emocional, insatisfação sexual, constrangimento social, baixo desempenho profissional fazem parte do quadro clínico. Sendo causa de estresse e morbidade.⁹

1.3 FORMAS DE AVALIAÇÃO DA IU

O tratamento efetivo está vinculado a uma avaliação criteriosa. O diagnóstico da IU em seus diferentes tipos deve considerar a cronologia dos sintomas. Ainda, o paciente geralmente é submetido a exame físico, além de ser convidado a responder questionários, escalas validadas e diários miccionais. A realização de exames complementares é solicitada quando necessário.¹⁰

Entre as formas de investigação de IU, a história clínica completa e o exame físico, são considerados os primeiros passos dessa investigação, que pode ser realizado por uma ficha de avaliação ou com o uso de questionários específicos que tem a finalidade de identificar o tipo de IU, duração, gravidade e incômodo.^{1,11} Este processo de diagnóstico também envolve a realização de exames físicos, como a palpação vaginal, que é um método válido e de reprodutibilidade comprovada, embora subjetivo.¹² Nele o avaliador observa através do toque unidigital ou bidigital no canal vaginal, a capacidade de contração, relaxamento, sustentação e coordenação dos MAP.

A avaliação da IU envolve uma abordagem abrangente, que inclui exame clínico, testes funcionais e exames complementares para um diagnóstico preciso.¹⁰ O exame geniturinário permite identificar alterações anatômicas, como cistos periuretrais, hipermobilidade uretral e prolapso de órgãos pélvicos. Além disso, testes urodinâmicos podem ser solicitados para avaliar a função do trato urinário inferior, fornecendo informações detalhadas sobre a dinâmica da micção.^{11,12}

Outros métodos, como manometria, eletromiografia e dinamometria, auxiliam na análise da função do assoalho pélvico, permitindo a identificação de possíveis disfunções musculares associadas à incontinência urinária. Paralelamente, questionários padronizados e diários miccionais são frequentemente utilizados como ferramentas complementares para quantificar a severidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida, oferecendo informações que enriquecem a avaliação clínica.¹³

1.3.1 DIÁRIO MICCIONAL - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - ICIQ-BLADDER DIARY

Outra modalidade de avaliação são os diários miccionais de um ou três dias, amplamente utilizados na identificação e diagnóstico de sintomas do trato urinário inferior.¹⁴ Essas ferramentas permitem o registro detalhado dos hábitos miccionais das pacientes, fornecendo informações objetivas sobre frequência urinária, episódios de urgência e possíveis perdas involuntárias de urina.^{6, 15, 16}

Embora o diário miccional seja reconhecido internacionalmente como um método válido para a avaliação de STUI, sua aplicabilidade deve ser confirmada na população brasileira, considerando variações culturais e de adesão ao preenchimento. Além disso, trata-se de um método simples, não invasivo e de baixo custo, proporcionando uma avaliação quantitativa dos sintomas e auxiliando no monitoramento da resposta ao tratamento.⁶

Embora o DM seja amplamente utilizado para identificação e monitoramento dos STUI, não existe uma padronização desta ferramenta na literatura, variando em design, complexidade e duração.¹⁵⁻²⁰ Desta forma, um grupo internacional de pesquisadores, formado a partir da primeira conferência internacional de incontinência, sugeriu a padronização mundial destes diários, assim, o primeiro DM validado que atende aos protocolos recomendados por este grupo foi o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - ICIQ-Bladder Diary* (ICIQ-BD).

O ICIQ-BD foi desenvolvido em 2014, validado originalmente em língua inglesa por pesquisadores do Reino Unido.^{5, 20-27} Também possui validação para os idiomas, Árabe, Espanhol, Alemão, Persa, Português de Portugal e para o Português do Brasil, foi validado por Castro et al,²⁸ possui seis colunas, nas quais é possível registrar informações cotidianas importantes, sobre, frequência urinária, ingestão de líquidos (quantidade, tempo e tipo), volume de esvaziamento, episódios de incontinência urinária e sensação na bexiga, avaliada por meio de uma escala numérica presente no próprio diário, esta escala varia de 0 à 4, sendo a sensação 0 descrita como, sem necessidade de urinar, mas urinou por “razões sociais”, 1 Vontade normal de urinar, sem urgência, 2 urgência, mas a vontade de urinar passou antes de ir ao banheiro, 3 urgência, mas chegou ao banheiro a tempo, e não perdeu urina, 4 urgência e

não conseguiu chegar ao banheiro a tempo, e perdeu urina. Por fim, na última coluna é possível descrever se foi necessário o uso de absorventes, marcando com um “X” em cada horário em que foi necessário a troca.⁵

1.4 TRATAMENTO DA IU

A ICS destaca a importância de uma avaliação e tratamento individualizados para a IU, levando em consideração fatores como idade, comorbidades, estilo de vida e preferências do paciente.^{29, 30}

Entre as possibilidades de tratamentos disponíveis, alterações iniciais no estilo de vida, através de orientações quanto ingestão hídrica adequada, controle do peso corporal, suspensão do tabagismo, e redução do consumo de alimentos irritativos a bexiga, são inicialmente sugeridos, pois tem baixo custo e resultam em melhora nos sintomas STUI, porém dependem da compreensão, motivação e adesão do paciente, bem como de incentivo pelo profissional da saúde.^{12,13}

Outra possibilidade de tratamento adotado são as medidas farmacológicas, que utilizam de recursos medicamentosos que inibam a contração involuntária do detrusor ou que levem ao relaxamento. Para tal ação as medicações anticolinérgicas e agonistas β -adrenérgicos, são recomendadas, porém é sugerido que tal intervenção ocorra se houver falha na mudança de estilo de vida.^{13, 31, 32}

O tratamento cirúrgico também é recomendado em situações em que os tratamentos de primeira linha não levaram a uma melhora satisfatória dos STUI. Este possui maior recomendação para mulheres que possuem IUE, pois mulheres que possuem IUU ou IUM ainda precisam de tratamento adjuvante, em virtude do componente urgência.^{9, 33} A técnica mais utilizada são os *slings*, que tem por objetivo corrigir a hipermobilidade uretral, por meio do uso de uma malha sintética, sutura ou tecido autólogo, que inserida dentro da vagina e conduzida para trás do púbis ou por dentro do forame obturatório.^{8, 34}

Outra estratégia utilizada para o tratamento da IU, é a fisioterapia, considerada como tratamento conservador e de primeira linha, tornou-se

fortemente recomendada para os diferentes subtipos de IU, uma vez que evidências científicas confirmam sua efetividade. Estudos relatam que 80% dos casos de IU em estágio inicial, tratados com fisioterapia apresentam resultados favoráveis.^{9, 35}

Nesse cenário, a fisioterapia utiliza diversas abordagens para o tratamento das disfunções urinárias, incluindo estratégias terapêuticas comportamentais, que visam modificar hábitos urinários e promover a conscientização sobre o processo de continência.^{10, 36} Além disso, atua na reeducação vesical, com o objetivo de aumentar a capacidade funcional da bexiga, especialmente em casos de incontinência urinária de urgência (IUU) e hiperatividade do detrusor.^{9,37} O tratamento também envolve o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), o uso de biofeedback (BF) e a estimulação elétrica (ES), sendo o TMAP considerado a primeira linha de tratamento.^{4, 11,38}

A IU é uma condição altamente prevalente que afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres, impactando aspectos físicos, psicológicos e sociais.¹⁻³ Caracteriza-se pela perda involuntária de urina, podendo ocorrer em situações como esforços físicos, tosse ou espirro, bem como em episódios de urgência miccional.^{4,5} Essa condição pode levar a consequências emocionais, como ansiedade e depressão, além de restringir atividades diárias e favorecer o isolamento social.⁶

Atualmente, a fisioterapia é amplamente reconhecida como um tratamento conservador de primeira escolha para a IU, especialmente em seus estágios iniciais.⁶⁻⁷ Evidências científicas demonstram sua eficácia em diferentes subtipos da condição, com intervenções que incluem terapias comportamentais para modificação de hábitos urinários, reeducação vesical para melhora da capacidade funcional da bexiga e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.⁸⁻¹⁰ No entanto, a efetividade dessas abordagens pode variar conforme as características individuais das pacientes e o grau de comprometimento funcional.^{9, 39}

Embora diversas ferramentas sejam utilizadas para avaliar a IU, ainda existem lacunas na literatura quanto a parâmetros específicos para a interpretação de dados clínicos.¹⁰⁻¹¹ O ICIQ-BD, utilizado na versão brasileira por

sua acessibilidade e facilidade de aplicação, permite um registro detalhado dos hábitos miccionais.¹¹ No entanto, ainda não foram estabelecidos pontos de corte para noctúria, frequência miccional e perda urinária, fatores essenciais para monitorar a evolução clínica das pacientes e otimizar a tomada de decisões terapêuticas.³⁻¹¹ A ausência desses referenciais dificulta a padronização dos critérios de melhora e reforça a necessidade de estudos adicionais para aprimorar a avaliação e o manejo da IU.^{12, 13, 40}

2 JUSTIFICATIVA

A incontinência urinária (IU) é um grave e crescente problema de saúde pública, que impacta significativamente a qualidade de vida das mulheres afetadas. Mulheres incontinentes podem apresentar comprometimentos emocionais expressivos, como ansiedade, depressão e isolamento social, além de dificuldades em suas atividades diárias e relacionamentos interpessoais.¹⁴ Diante desse cenário, o diagnóstico correto torna-se essencial no processo de avaliação e tratamento dessas pacientes, permitindo intervenções mais eficazes e personalizadas. Ferramentas específicas para a identificação dos sintomas urinários femininos são fundamentais nesse contexto, pois possibilitam uma abordagem direcionada e baseada em evidências.⁴¹

Entre os instrumentos disponíveis, o ICIQ-BD versão brasileira se destaca por sua acessibilidade, facilidade de aplicação e baixo custo, fatores que viabilizam sua utilização tanto na prática clínica quanto na pesquisa. Essa ferramenta possibilita um registro detalhado dos hábitos miccionais, auxiliando no diagnóstico dos sintomas do trato urinário inferior (STUI). No entanto, a ausência de pontos de corte previamente estabelecidos para noctúria, frequência miccional e perda urinária ainda representa uma lacuna na literatura, dificultando a avaliação objetiva da melhora clínica das pacientes ao longo do tratamento.

O presente estudo se destaca por ter avaliado a acurácia, sensibilidade e especificidade do ICIQ-BD, determinando pontos de corte confiáveis para os sintomas urinários femininos e sua relação com a melhora clínica. Essa padronização fortalece o uso do instrumento não apenas como um meio diagnóstico, mas também como um parâmetro para o acompanhamento

terapêutico e a tomada de decisão clínica. Além disso, os achados desta pesquisa poderão contribuir para o aprimoramento das diretrizes sobre a avaliação da IU e auxiliar no desenvolvimento de novas investigações no Brasil, ampliando o conhecimento científico sobre o tema.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

Determinar o ponto de corte para os sintomas urinários femininos avaliados pelo ICIQ-BD para discriminar a melhora clínica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os dados sociodemográficos;
- Avaliar a sensibilidade do questionário ICIQ-BD;
- Avaliar a especificidade do questionário ICIQ-BD;
- Estimar qual a diminuição de vezes da frequência miccional, perda urinária e episódios de noctúria é suficiente para a mulher relatar uma melhora da percepção clínica.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo multicêntrico de acurácia diagnóstica do ICIQ-BD, com dados secundários provenientes de um estudo de validação.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo contempla os aspectos éticos da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências do Trairi, Centro - Santa Cruz/RN (CAAE: 69302723.7.0000.55680), (parecer nº 6.132.213) e da Universidade Federal de São Carlos - SP (CAAE 50815915.0.0000.5504).

Todos os participantes do estudo foram informados sobre seus objetivos, procedimentos, benefícios e riscos, bem como, ficaram livres para não participar da pesquisa. Todas as voluntárias da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram deste estudo mulheres brasileiras que relataram perda involuntária de urina nos últimos três meses antecedentes ao início da pesquisa. A amostra deste estudo foi selecionada de forma intencional, considerando que faz parte de um projeto de validação no qual o cálculo amostral já havia sido previamente estabelecido seguindo a recomendação do protocolo COSMIN (Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos que soubessem ler e escrever em português, apresentassem contração muscular do assoalho pélvico

acima do grau 1 na Escala de Oxford Modificada ²⁶, conseguissem responder ao ICIQ-BD e tivessem sintomas de incontinência urinária avaliados por meio do Diagnóstico de Incontinência Urinária (QUID-Br) (Anexo 1)¹⁸.

4.4.1 URINARY INCONTINENCE DIAGNOSIS (QUID-Br)

O questionário QUID é um instrumento autoaplicável utilizado para determinar qual o tipo de IU a voluntária apresentava. Este é composto por 6 itens, sendo as três primeiras questões ligadas ao domínio de esforço e as três últimas à urgência. Para cada pergunta é possível atribuir uma pontuação de 0 (nenhuma vez) a 5 (toda vez), desta forma os valores de corte quando ≤ 4 indicam IUE e ≥ 6 indicam IUU.¹⁸

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo gestantes, puérperas até seis meses após o parto, mulheres com infecção do trato urinário inferior no momento da avaliação, cistite intersticial, neoplasias urogenitais atuais ou pregressas, além de aquelas com diagnóstico de doenças neurológicas que pudessem comprometer a função miccional, como esclerose múltipla, doença de Parkinson e lesões medulares. A presença dessas condições foi identificada por meio de anamnese detalhada e consulta ao prontuário médico, quando disponível. Além disso, as participantes foram questionadas sobre infecção urinária.

Também foram excluídas mulheres que realizaram tratamento para disfunção da musculatura do assoalho pélvico nos últimos três meses antecedentes ao início deste estudo e aquelas que foram submetidas a quaisquer intervenções para disfunção pélvica entre a primeira e a segunda avaliação, a fim de evitar interferências nos desfechos analisados.

4.6 RECRUTAMENTO

O recrutamento foi realizado por meio de divulgação de uma arte nas redes sociais (Instagram e Whatsapp) (Figura 1) e de divulgação da pesquisa

nas mídias sociais TV e rádio em Natal/RN, Santa Cruz/RN e na UFSCAR/SP, além de busca ativa das participantes.



Figura 1- Divulgação da pesquisa para pacientes com IU.

<https://youtu.be/JTIEk2BQmnk>

Link 1- Divulgação da Pesquisa na rádio local Santa Cruz FM

5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

A coleta foi realizada de forma presencial e multicêntrica nos seguintes locais, Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências do Trairi/FACISA, Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e no Laboratório de Pesquisa em Fisioterapia na Saúde da

Mulher (LAMU), Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos. Os procedimentos podem ser visualizados na figura 2.

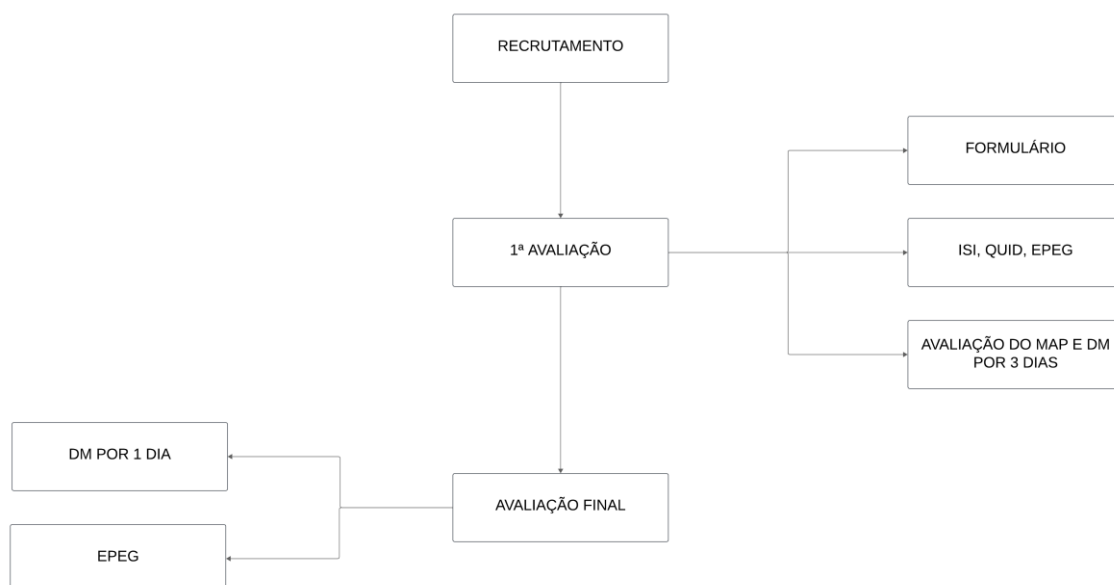


Figura 2 - Fluxograma do processo metodológico do estudo.
DM: Diário miccional; ISI: Incontinence Severity Index; QUID: Urinary incontinence diagnosis; EPEG: Escala de Percepção do Efeito Global.

Os dados coletados foram armazenados na nuvem do *Google Drive*®, posteriormente foi realizado o *download* destes dados e planilhados em tabela, compartilhada entre os pesquisadores. Para garantir a confidencialidade e proteção das informações, os arquivos foram criptografados e protegidos por senha.

As participantes que aceitaram participar da pesquisa, foram agendadas para entrevista presencial, de forma que fossem alocadas ao local de coleta mais próximo de suas residências. Neste momento, o pesquisador apresentava e explicava a pesquisa, incluindo seus riscos e benefícios. Após apresentação do estudo foi solicitado o consentimento para participação na pesquisa, por meio da assinatura de próprio punho do TCLE.

Durante a pesquisa as participantes realizaram duas avaliações. Na primeira que aconteceu em formato presencial, o pesquisador enviou as voluntárias, via *Whatsapp*, um link para acesso a um formulário na plataforma *Google Forms*®, neste formulário, elaborado pelos próprios pesquisadores, elas respondiam informações sociodemográficas (idade, cor da pele declarada,

escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar), informações clínicas como, índice de massa corpórea, realização de tratamentos anteriores para disfunções da musculatura do assoalho pélvico, história obstétrica, presença de comorbidades, hábitos de vida, (APÊNDICE B) e a dados dos questionários Incontinence Severity Index (ISI) (ANEXO 2), quanto severidade, tipo da IU, sobre sua percepção quanto aos sintomas urinários por meio da Escala de Percepção do Efeito Global (EPEG) (ANEXO 3) e a dados do instrumento em questão, quanto a volume, frequência miccional, perda urinária, ingesta hídrica, sensação durante o esvaziamento e uso de absorventes (ANEXO 4). Após o preenchimento dos instrumentos de avaliação foram convidadas a realizar uma avaliação dos MAP, através da palpação vaginal, aquelas que apresentavam força igual ou maior que grau 1 pela escala Oxford modificada, eram convidadas a participar de protocolo de treinamento dos MAP. As participantes receberam cópias do ICIQ-BD em branco e dois copos de medidas de 1000 ml (Figura 3), um para medida da diurese e o segundo para medida dos líquidos ingeridos ao durante o preenchimento do *ICIQ-BD* por três dias consecutivos. Foram orientadas a medir a diurese sempre que fossem ao banheiro e a medir a ingestão de líquidos quando houvesse, registrando as medidas no diário ao longo dos três dias.



Figura 3 - Copo de medidas

Em seguida, as voluntárias com capacidade de contração dos MAP realizaram um protocolo de tratamento de 8 semanas com 1 sessão por semana, cada sessão tinha duração de 30 minutos.

Ao final do treinamento, os participantes passaram pela avaliação final, durante a qual completaram novamente o ICIQ-BD por um dia e a EPEG.

5.1 INCONTINENCE SEVERITY INDEX (ISI)

O ISI foi autoaplicado, sendo preenchido pelas participantes antes da avaliação clínica. Durante esse processo, as participantes receberam instruções claras sobre como responder ao questionário, garantindo a compreensão adequada dos itens. Em casos de dúvidas, um pesquisador treinado esteve disponível para fornecer esclarecimentos, sem interferir nas respostas. O preenchimento foi realizado em um ambiente reservado, assegurando a privacidade das participantes e a fidedignidade das informações coletadas.

O ISI é um questionário que avalia a severidade da IU, teve sua versão traduzida e adaptada transculturalmente para o português do Brasil no ano de 2010, possui fácil entendimento, consiste em apenas 2 itens, o primeiro mede a frequência e o segundo mede a quantidade da perda involuntária de urina, para o primeiro item as opções de resposta variam de 1 (menos de uma vez ao mês) a 4 (todos os dias e/ou noites) e para o segundo item as opções de resposta variam de 1 (gotas) a 3 (muita quantidade). Para identificar o grau de severidade da IU os valores dos dois itens devem ser multiplicados, sendo os scores de 1 a 2 considerado leve, 3 a 6 moderada, 7 a 9 grave e 10 a 12 muito grave.¹⁷

5.2 ESCALA DE PERCEPÇÃO DO EFEITO GLOBAL (EPEG)

A EPEG é uma escala de 11 pontos que varia de menos cinco pontos (muito pior), zero (nenhuma alteração) a cinco pontos (recuperado completamente). Para todas as medidas de efeito global percebido as participantes serão questionadas “Comparando há quando seus sintomas urinários começaram, como você descreveria seus sintomas hoje?”. Pontuações positivas representam melhor recuperação e pontuações negativas indicam piora dos sintomas.^{18,19}

5.3 AVALIAÇÃO DOS MAP

As participantes foram orientadas a deitar em uma maca, com joelhos e quadris flexionados a 45°, mantendo os pés apoiados na maca.^{20,21} O dedo indicador e médio do avaliador, com uso de luvas descartáveis e com gel lubrificante foi inserido até a segunda falange no canal vaginal das participantes, neste momento foi solicitado a mulher três contrações máximas da MAP, com intervalo de 1 minuto entre cada contração, o comando verbal aplicado as voluntárias era de contrair os músculos como se estivessem segurando para não urinar, inspirando no momento do relaxamento e expirando ao realizar a contração, evitando a contração dos músculos do abdômen, adutores e glúteos, durante a contração do assoalho pélvico. A graduação da capacidade de contração voluntária dos MAP é realizada de acordo com a Escala de Oxford Modificada, o maior valor de contração foi usado para análise de dados.^{19, 22}

5.4 TREINAMENTO DOS MAP

As participantes que realizaram satisfatoriamente a contração do assoalho pélvico (graduação acima de 1 na Escala de Oxford Modificada), foram convidadas a participar de um treinamento da musculatura do assoalho pélvico, sendo 1 sessão semanal, com duração de 30 minutos cada, durante 8 semanas, seguindo protocolo proposto por Bø et al., conforme mostrado no quadro 1 (protocolo TMAP). Tal treinamento consiste na realização do fortalecimento, controle e coordenação da musculatura do assoalho pélvico por meio de contrações máximas da MAP, nas posições de pé, sentado, ajoelhado e deitado, sendo uma série de 12 repetições de contrações sustentadas por 6 segundos, com intervalo de descanso de 6 segundos, entre cada contração sustentada, mais 4 contrações rápidas e máximas, em cada posição. Esse protocolo de treinamento é fortemente recomendado na literatura, com a finalidade de tratar sintomas de incontinência urinária.^{20, 23}

Para mais informações sobre o protocolo, observar o quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Protocolo do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP).

Posições	De pé, sentado, ajoelhado e deitado;
Série	Uma série para cada posição
Repetições	12 contrações sustentadas por 6 segundos por repetição
	4 contrações rápidas e máximas
Descansar	6 segundos entre cada contração sustentada
Intensidade	Contração máxima
Duração da sessão	30 minutos
Para enfatizar a contração dos músculos do assoalho pélvico, a fisioterapeuta solicitou a participante que relaxasse os músculos abdominais, adutor e glúteo.	

5.5 ICIQ-BLADDER DIARY EM PORTUGUÊS

O ICIQ-BD (ANEXO 1) foi desenvolvido inicialmente em língua inglesa, tem o objetivo de diagnosticar sintomas do trato urinário inferior, ele permite que o paciente registre por 3 dias a frequência urinária, o volume urinário e a ingestão de líquidos (quantidade, tempo e tipo). Há também colunas adicionais para registrar a sensação da bexiga atribuindo uma nota de 0 a 4 de acordo com a intensidade e gravidade dos sintomas, por meio de uma escala presente no próprio diário, é registrado ainda o uso do absorvente.^{19, 20, 24, 25, 26, 27}

Após as 8 semanas de treinamento o *ICIQ-BD* foi preenchido novamente pelas mulheres que concluíram o protocolo de tratamento, como realizado na validação desta ferramenta para o português de Portugal no estudo de Silva et al.¹⁹ e para o Português do Brasil por Bright et al.⁵ embora neste último o protocolo TMAP não foi aplicado. O intuito foi de identificar se a ferramenta é capaz de identificar mudanças após uma intervenção, testando assim sua responsividade.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram inseridos em um banco de dados e verificados por um segundo pesquisador independente. Estatísticas descritivas foram utilizadas para caracterizar a amostra, com média e desvio padrão para variáveis contínuas de distribuição normal e frequências relativas para variáveis categóricas.

Os pontos de corte para frequência miccional diária, noctúria, número de perda urinária e sensação na bexiga foram determinados por meio da Receiver Operating Characteristic Curve (ROC), utilizando valores de referência da escala de percepção do efeito global I (melhora: sim x não). A acurácia do modelo foi classificada como excelente ($AUC = 0,90-1,0$), boa ($AUC = 0,80-0,89$), moderada ($AUC = 0,70-0,79$), ruim ($AUC = 0,60-0,69$) e pior que o aleatório ($AUC < 0,50$). Além disso, foram calculados separadamente os valores de sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte identificado, garantindo uma avaliação detalhada da capacidade discriminativa do modelo. O teste de McNemar foi aplicado para comparar as diferenças na percepção dos sintomas antes e depois do TMAP e o teste t para amostras pareadas para comparar o monitoramento dos STUI antes e após o TMAP.

Os valores positivos da EPEG indicaram melhora percebida pelas voluntárias, valores negativos indicaram piora, e 0 representou ausência de alterações na percepção dos sintomas. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada utilizando o pacote estatístico SPSS, versão 21.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago, Ill, EUA).

7. RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 86 mulheres. No entanto, 36 participantes desistiram do tratamento ou da avaliação final deste estudo. Assim, o total de participantes que completaram o estudo foi de 50 mulheres.

A idade média das participantes que completaram o estudo foi de 44,7 ($\pm 12,4$) anos, e o Índice de Massa Corporal (IMC) foi de 28,2 ($\pm 5,2$) kg/m², 50% tinham mais de 11 anos de estudo e 52% relataram ter um parceiro. A gravidade da IU foi classificada como moderada em 66% das participantes, e a maioria apresentou incontinência urinária de esforço (IUE) e grau 3 segundo a Escala de Oxford Modificada (MOS) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sobre características sociais, estilo de vida e hábitos uroginecológicos.

Variáveis		n	%
Nível de estudo	< 8 anos	9	18%
	9 - 11 anos	16	32%
	> 11 anos	25	50%
Renda familiar (R\$)	≤ 2.090,00	17	34%
	2.090,01 – 4.180,00	12	24%
	4.180,01 – 10.450,00	9	18%
	> 10.450,00	6	12%
	Não sei/Não respondeu	6	12%
Estado civil	Casada	26	52%
	Solteira	12	24%
	União estável	2	4%
	Divorciada	7	14%
	Viúva	3	6%
Fumante	Sim	4	8%
Evita a ingestão de líquidos	Sim	8	16%
Tipo de IU (QUID-Br)	IUE	23	46%
	IU Mista	19	38%
	IUU	8	16%

Uso de absorventes	Sim	28	56%
Gravidade da IU - ISI	Leve	12	24%
	Moderada	33	66%
	Grave	4	8%
	Muito Grave	1	2%
Escala Oxford modificada	1	7	5,7
	2	15	24,5
	3	27	66,3
	4	1	3,28

Legenda: QUID-Br: Questionário para Diagnóstico de Incontinência Urinária; SIU: Incontinência urinária de esforço; IUM: Incontinência urinária mista; UUI: Incontinência urinária de urgência; IU: Incontinência urinária.

Após o tratamento houve uma melhora na ingestão de líquidos ($p=0,04$) e uma redução na frequência urinária ($p<0,001$), na incontinência urinária ($p=0,002$) e na frequência de incontinência de urgência ($p<0,001$). Com relação à EPEG, a maioria (84%) relatou melhora após o TMAP ($p=0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação antes e depois do tratamento das variáveis do ICIQ-BD.

	Pré- tratamento Média ± DP	Pós-tratamento Média ± DP N (%)	Valor p
Ingestão de líquidos (L)	1,82 ± 0,63	1,98 ± 0,78	0,04
Frequência de IU/dia	0,62 ± 1,42	0,42 ± 1,23	0,002
Frequência urinária	6,84 ± 2,33	6,22 ± 2,04	<0,001
Vontade normal	3,98 ± 2,75	3,94 ± 2,88	<0,001
Urgência	1,52 ± 1,7	1,36 ± 1,49	0,153
IUE	0,4 ± 0,96	0,36 ± 1,33	<0,001
Percepção de melhora dos sintomas - EPEG	11 (22%)	42(84%)	<0,001

Nota: DP: Desvio padrão; N: Número de voluntários; L: Litros; IU: Incontinência urinária; EPEG: Escala de percepção do efeito global

A Figura 4 apresenta a análise de sensibilidade, especificidade e área sob a curva (AUC). Foi possível identificar uma capacidade discriminatória moderada ($AUC = 0,783$, $p = 0,007$), indicando que a redução de um episódio de incontinência urinária (IU) por dia está relacionada à percepção de melhora clínica pela participante. A sensibilidade foi de 66,7% e a especificidade foi de 81,4%.

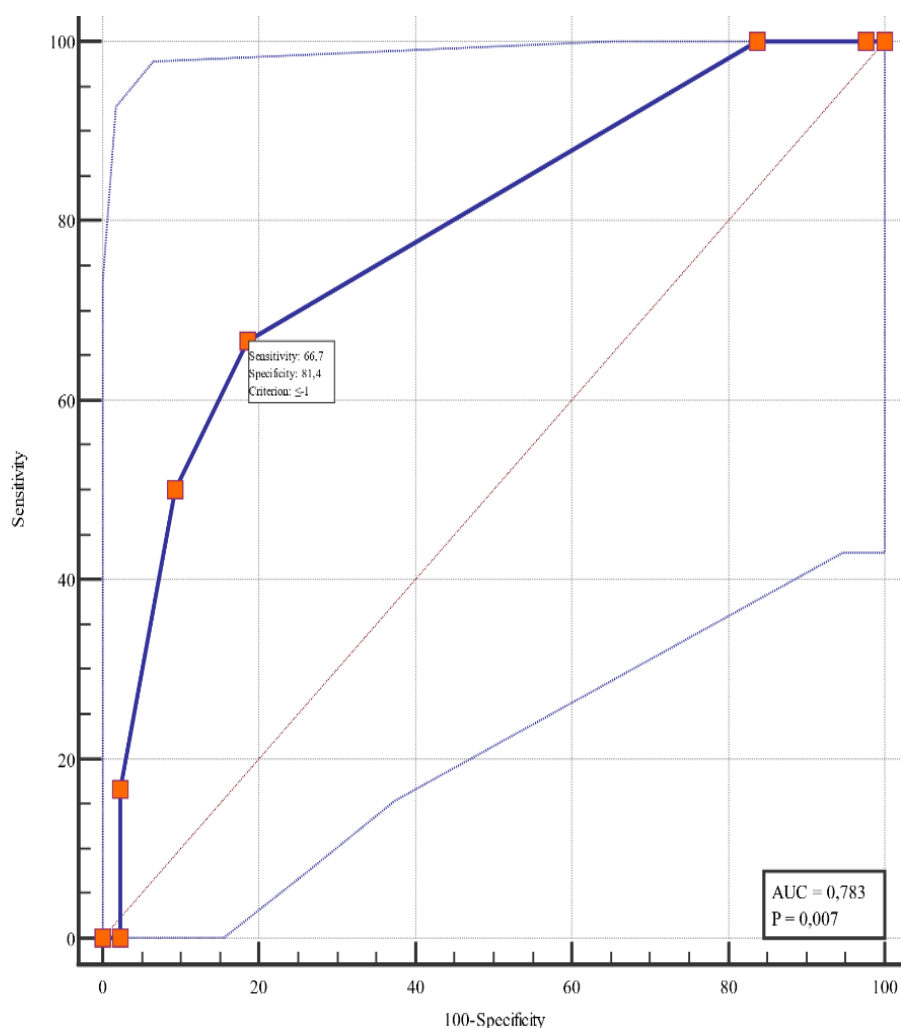
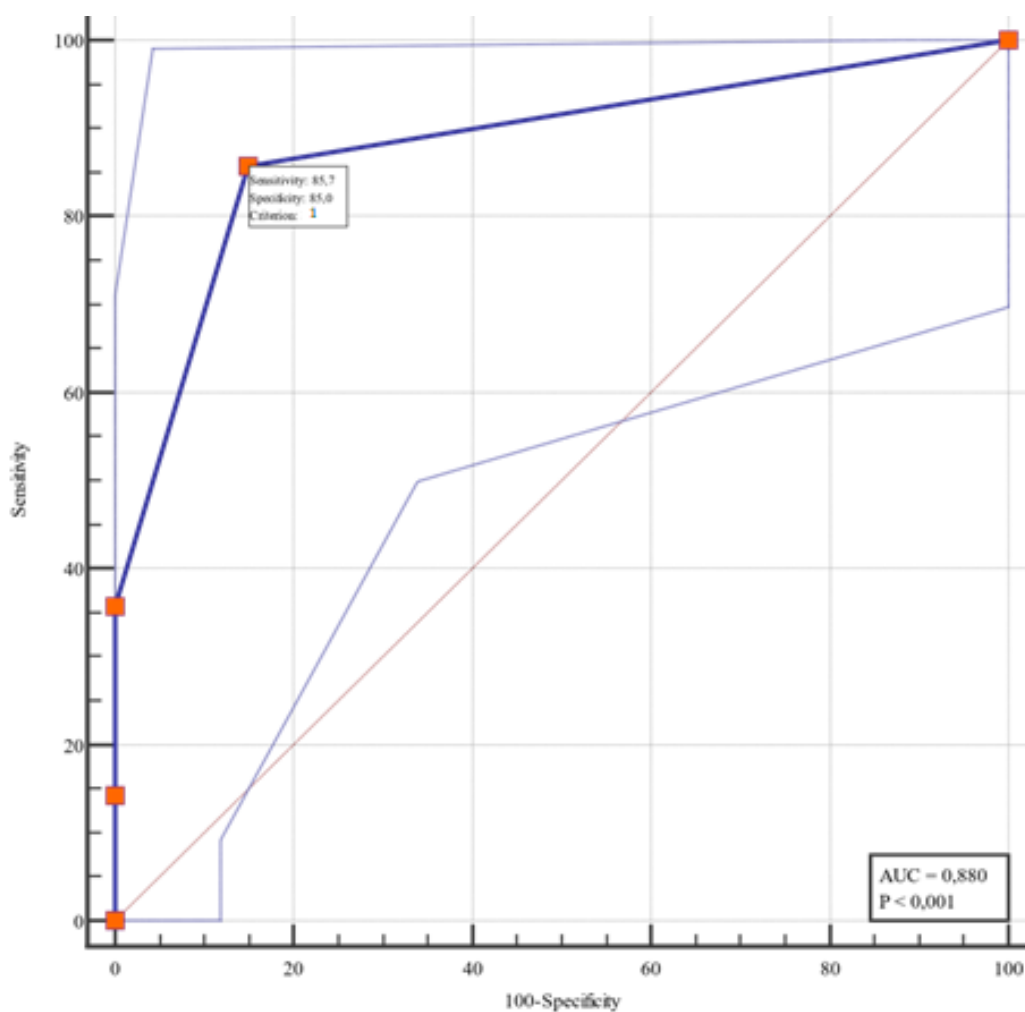


Figura 4 - Discriminação da melhora clínica percebida e episódio de IU.

Legenda: A linha azul escura representa a curva principal do questionário ICIQ-BD, a linha rosa representa a Escala de Percepção Global de Efeito (EPEG) e a linha azul clara representa outra variável ou método de avaliação utilizado no estudo.

A Figura 5 mostrou uma boa capacidade de discriminação ($AUC = 0,880$, $p = 0,001$) na percepção de melhora clínica entre as participantes após a redução de um episódio de noctúria. A sensibilidade foi de 85,7% e a especificidade foi de 85%.

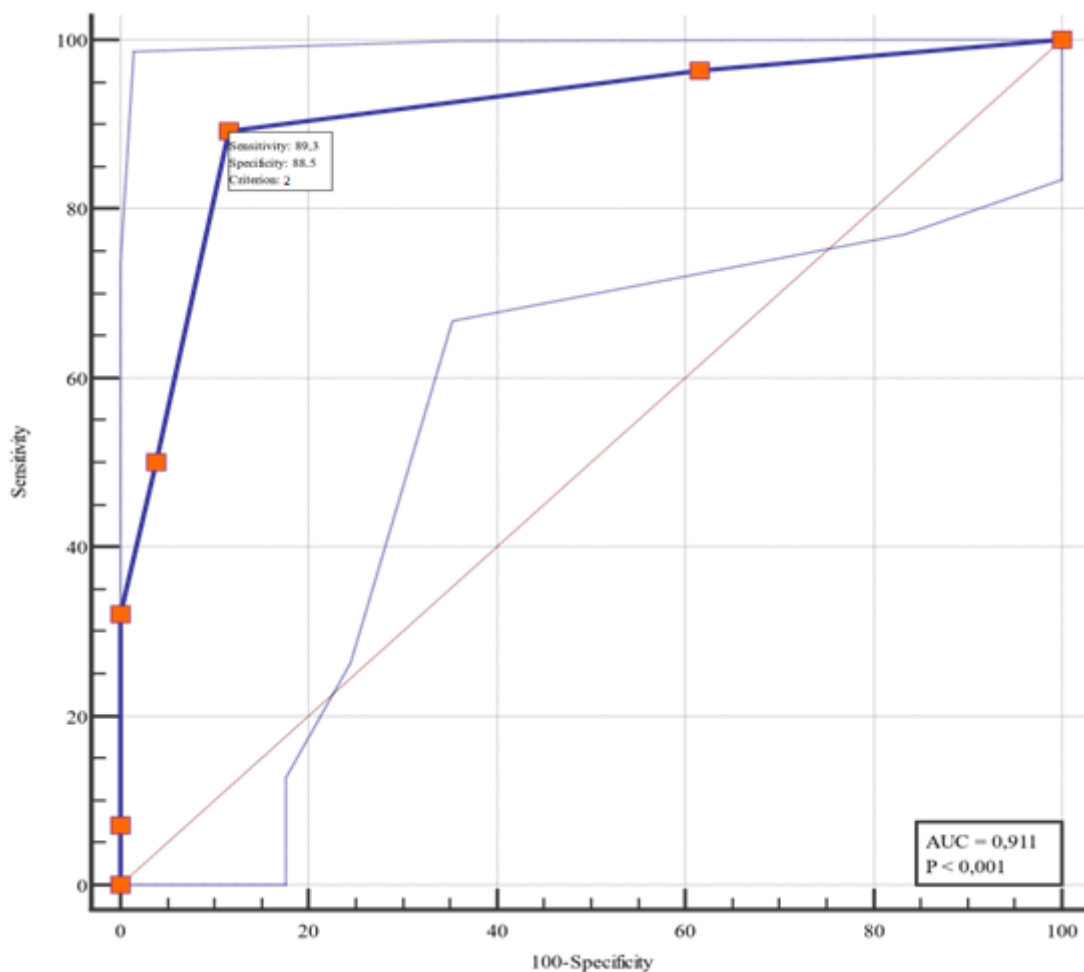
Figura 5 - Capacidade de discriminação da percepção de melhora clínica com a redução da noctúria



Legenda: A linha azul escura representa a curva principal do questionário ICIQ-BD, a linha rosa representa a Escala de Percepção Global de Efeito (GPE) e a linha azul claro representa outra variável ou método de avaliação.

Na Figura 6, verificou-se que a redução de 2 micções por dia é suficiente para que as participantes relatem uma melhora clínica, demonstrando excelente capacidade discriminatória ($AUC = 0,911$, $p = 0,001$), com sensibilidade de 89,3% e especificidade de 88,5%, respectivamente.

Figura 6 - Capacidade de discriminação da percepção de melhora clínica com a diminuição de micções por dia.



Legenda: A linha azul escura representa a curva principal do questionário ICIQ-BD, a linha rosa representa a Escala Global de Percepção de Efeito (EPEG) e a linha azul claro representa outra variável ou método de avaliação.

8. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estabeleceram os pontos de corte do ICIQ-BD para melhora clínica dos sintomas urinários femininos: redução de um episódio de noctúria, um episódio de incontinência urinária e dois episódios de frequência urinária diurna. Esses achados demonstram que o ICIQ-BD é uma ferramenta que pode ser usada na prática clínica e pesquisa científica útil para avaliar a melhora clínica percebida em mulheres com sintomas urinários. A importância desses limiares é oferecer uma medida clara e objetiva para determinar se o tratamento proporciona uma mudança significativa na gravidade desses sintomas. Este é o primeiro estudo na literatura a propor pontos de corte para sintomas urinários femininos monitorados por meio desse diário miccional.

8.1 Redução dos episódios de noctúria

Para a noctúria, a redução de um episódio por noite foi percebida pelas participantes como melhora clínica significativa, sugerindo que a melhora da noctúria tem um impacto positivo na saúde e no bem-estar geral das mulheres, evidenciando a importância de estratégias terapêuticas voltadas para o manejo da noctúria.^{9,10}

A piora no sono em mulheres com IU afeta sua qualidade de vida³, e este estudo evidencia que mesmo reduções discretas na noctúria podem ter um impacto substancial na qualidade do sono e no bem-estar geral.^{9,10}

8.2 Redução da frequência urinária diurna

Da mesma forma, a redução de duas micções diárias foi suficiente para que as participantes do presente estudo relatassem melhora clínica. Esse resultado está relacionado a uma melhora significativa na função vesical, hiperatividade da bexiga e outras condições que aumentam a frequência urinária. Tais condições são consistentemente relatadas como angustiantes, e sua redução representa um ponto crucial na percepção de melhora clínica.^{20,22}

Essa melhora clínica contribui diretamente para a retomada de atividades diárias sem a limitação imposta pela urgência ou pela necessidade constante de buscar banheiros, permitindo que as mulheres retomem a sua independência funcional com maior segurança, conforto e independência.¹⁸

8.3 Redução na perda urinária

Com base nos dados obtidos, também foi possível inferir que a redução de apenas um episódio diário de incontinência urinária (IU) é suficiente para provocar uma percepção de melhora clínica entre as participantes do estudo. A IU, é amplamente documentada na literatura como uma condição que compromete significativamente a autonomia, o bem-estar emocional e a qualidade de vida das mulheres.⁹

Consequentemente, a redução nos episódios de perda urinária ao longo do dia representa um marco clinicamente relevante, tanto do ponto de vista funcional quanto da perspectiva subjetiva da paciente. Esse achado reforça que a frequência dos episódios de IU é um indicador importante de sucesso terapêutico. Mesmo melhorias mínimas nesse parâmetro podem resultar em benefícios substanciais para a autoestima, a capacidade de realizar atividades do cotidiano e a participação social das mulheres.^{20, 22}

A sensibilidade e confiabilidade do ICIQ-BD em detectar os benefícios clínicos do TMAP reforçam sua utilidade como instrumento de avaliação na prática clínica.^{1,29,30} É importante destacar que o TMAP é classificado como evidência nível A para o tratamento IU, quando aplicado a partir de 6 atendimentos supervisionados, com progressão gradual dos exercícios.⁵ Essa abordagem está alinhada com as diretrizes internacionais, confirmando que o protocolo utilizado segue as recomendações baseadas em evidências.⁵ Além disso, o ICIQ-BD é uma ferramenta validada e recomendada pela ICS, o que consolida sua confiabilidade para a monitorização de sintomas do trato urinário inferior e a avaliação de desfechos terapêuticos em estudos e na prática clínica.⁷

O estabelecimento de pontos de corte validados para os sintomas urinários, conforme apresentado neste estudo, representa uma contribuição significativa tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa em mulheres com IU. Definir limiares com base na percepção de melhora clínica das pacientes permite uma avaliação mais objetiva da eficácia dos tratamentos, apoia a individualização das intervenções e auxilia na definição de metas terapêuticas realistas.^{29,30} Essa abordagem também fortalece a tomada de decisão compartilhada, ao possibilitar que as pacientes compreendam os resultados de seus tratamentos de forma concreta e mensurável.^{31,32}

Embora este estudo traga contribuições relevantes, ele apresenta algumas limitações. Como a perda amostral, ainda que o TMAP supervisionado apresente elevada taxa de sucesso no tratamento dos STUI, a adesão ao protocolo foi limitada entre as participantes residentes em áreas rurais, principalmente devido à dificuldade de locomoção até os centros de coleta, em função da dificuldade de transporte. Adicionalmente, o estudo focou exclusivamente na noctúria e na frequência urinária, deixando espaço para que pesquisas futuras explorem pontos de corte para outros sintomas urinários avaliados pelo ICIQ-BD, tais como urgência urinária, volume urinário por micção e ingestão de líquidos. Apesar dessas limitações, por este ser um estudo multicêntrico permitiu a inclusão de uma amostra mais ampla e diversificada das participantes, representando diferentes características demográficas, geográficas, culturais e socioeconômicas. Ademais os pontos de corte estabelecidos representam um avanço importante na avaliação e no manejo dos sintomas urinários femininos. Estudos futuros devem buscar validar esses limiares em outras populações, assim como investigar sua aplicabilidade em diferentes contextos clínicos.

8. CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que estabeleceu o ponto de corte para os sintomas urinários, por meio da análise do *ICIQ-BD Br*, este diário demonstra alta sensibilidade e especificidade, permitindo discriminar de maneira precisa as mudanças clínicas relatadas pelas participantes. Esse achado é de grande importância para o acompanhamento e ajuste de tratamentos para as mulheres afetadas por STUI.

A análise dos dados indicou que a redução significativa de sintomas, como a noctúria e a diminuição das micções diurnas, teve um impacto positivo relevante na qualidade de vida das participantes, reforçando a importância de intervenções terapêuticas focadas nesses aspectos específicos. A percepção de melhora clínica, conforme relatada pelas participantes, foi amplamente associada a essas melhorias, o que sublinha a relevância do controle desses sintomas no manejo da incontinência urinária e condições correlatas.

Apesar das limitações do estudo, como o tamanho da amostra e a restrição à população feminina, os resultados proporcionam uma base robusta para o uso do *ICIQ-BD Br* na prática clínica, recomendando-se sua aplicação para monitoramento e acompanhamento de mulheres com STUI. Futuramente, seria importante expandir a pesquisa para incluir populações maiores e mais diversas, além de explorar outros métodos de avaliação que possam complementar o entendimento sobre a percepção de melhora clínica em distúrbios urológicos femininos.

Portanto, este estudo reforça a aplicabilidade do *ICIQ-BD Br* na avaliação de sintomatologia urinária, oferecendo um valor preciso e confiável de ponto de corte da ferramenta, para os profissionais de saúde gerenciar o tratamento dos STUI, bem como permite que os pacientes tenham um melhor entendimento quanto a sua condição e melhora clínica, além de abrir caminhos para pesquisas futuras que possam expandir os conhecimentos sobre as condições urológicas femininas e suas intervenções terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bø K, Larsen S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: classification and characterization of responders. *Neurourol Urodyn*. 1992;11(5):497-507.
2. Rocha J, et al. Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: observational study. *Acta Med Port*. 2017;30:568-72.
3. Gron JLC, Boie S, Axelsen S. International consultation on incontinence questionnaire – Urinary incontinence short form ICIQ-UI SF: Validation of its use in a Danish speaking population of municipal employees. *PLoS One*. 2022;17(4):e0266479.
4. Araújo FJS, et al. Stress urinary incontinence in older women: a current look. *Bras Med*. 2017;54:1-8.
5. Bright E, et al. Developing and validating the International Consultation on Incontinence Questionnaire Bladder Diary. *Eur Urol*. 2014;66:294-300.
6. Fando L, et al. Características del diario miccional y su evolución en pacientes con síndrome de dolor vesical. *Urol Neurourol Urodinám*. 2020;73:624-33.
7. Hu JS, Pierre EF. Urinary incontinence in women: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2019;100:339-48.
8. Feldner Jr PC, et al. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28:54-62.
9. Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência urinária feminina. *Acta Urol*. 2007;24(1):79-82.
10. Astrom Y, et al. Quality of life in women with urinary incontinence seeking care using e-health. *BMC Womens Health*. 2021;21:337.
11. Denisenko AA, et al. Evaluation and management of female urinary incontinence. *Can J Urol*. 2021;28:27-32.
12. Higa R, Lopes MH, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42:187-92.
13. Lopes MH, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40:34-41.
14. Saboia DM, et al. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03266.

15. Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.
16. Oliveira C, Silveira E, Machado Y, Martins M. Effectiveness of pelvic physiotherapy in treating urinary incontinence in climacteric women. *Res Soc Dev*. 2020.
17. Silva R, et al. Translation and validation of the Portuguese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) Bladder Diary. *Int Urogynecol J*. 2022;33:3061-6.
18. Alem MER, et al. Cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese and assessment of the measurement properties of the Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;255:111-7.
19. Silva JBD, et al. Comparative intra- and inter-rater reliability of maximal voluntary contraction with unidigital and bidigital vaginal palpation and construct validity with Peritron manometer. *Neurourol Urodyn*. 2020;39:721-31.
20. Irwin GM. Urinary incontinence. *Prim Care*. 2019;46(2):233-42.
21. Gron JLC, Boie S, Axelsen S. International consultation on incontinence questionnaire – Urinary incontinence short form ICIQ-UI SF: Validation of its use in a Danish speaking population of municipal employees. *PLoS One*. 2022;17(4):e0266479.
22. Pereira VS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33:182-7.
23. Govender Y, et al. The current evidence on the association between the urinary microbiome and urinary incontinence in women. *Front Cell Infect Microbiol*. 2019;9:2235-45.
24. Kampler SJ, Maher CG, Mackay G. Global rating of change scales: a review of strengths and weaknesses and consideration for design. *J Man Ther*. 2009;17:163-70.
25. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. *Physiotherapy*. 2021;87(12):631-42.
26. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019:217-22.

27. Oliveira C, Silveira E, Machado Y, Martins M. Effectiveness of pelvic physiotherapy in treating urinary incontinence in climacteric women. *Res Soc Dev*. 2020.
28. Castro EBM. et al., Cross-Cultural Adaptation and Validation of the ICIQ-BD for Brazilian Women With Lower Urinary tract Symptoms. *Int Urogynecol J*. 2024;35(4):831-840. Silva SM, Santana ANC, Silva NNBD, Novaes MRCG. VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to detect quality of life in older adults in primary health care. *Rev Saude Publica*. 2019 Apr 1;53:26.
29. Silva PA, Soares SM, Santos JF, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saude Publica*. 2014 Jun;48(3):390-7. doi: 10.1590/s0034-8910.2014048004912.
30. Muscat DM, Shepherd HL, Nutbeam D, Trevena L, McCaffery KJ. Health Literacy and Shared Decision-making: Exploring the Relationship to Enable Meaningful Patient Engagement in Healthcare. *J Gen Intern Med*. 2021 Feb;36(2):521-524.
31. Suh WS, Lee CK. [Impact of shared-decision making on patient satisfaction]. *J Prev Med Public Health*. 2010 Jan;43(1):26-34.
32. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997 Mar;44(5):681-92.
33. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997 Mar;44(5):681-92.
34. Vaz CT, Sampaio RF, Saltiel F, Figueiredo EM. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. *Braz J Phys Ther*. 2019 Mar-Apr;23(2):116-124.

ANEXO 1- URINARY INCONTINENCE DIAGNOSIS (QUID)

ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE INCONTINÊNCIA

URINÁRIA (QUID)

Marque apenas uma resposta em cada pergunta abaixo:						
	Nunca	Raramente	De vez em quando	Frequentemente	Na maioria do tempo	O tempo todo
1. Quando você tosse ou espirra , você perde urina (mesmo em gotas), molhando sua calcinha ou absorvente?						
2. Quando você agacha ou levanta alguma coisa, você perde urina (mesmo em gotas), molhando sua calcinha ou absorvente?						
3. Quando você anda rápido, corre ou se exercita , você perde urina (mesmo em gotas), molhando sua calcinha ou absorvente?						
4. Enquanto você está tirando sua roupa para usar o banheiro , você perde urina (mesmo em gotas), molhando sua calcinha ou absorvente?						
5. Você sente uma vontade tão forte e incômoda de urinar que você perde urina (mesmo em gotas), molhando sua calcinha ou absorvente?						
6. Você tem que correr para o banheiro porque tem uma necessidade forte e repentina de urinar ?						

Pontuação: Cada item pontua 0 (Nunca), 1 (Raramente), 2 (De vez em quando), 3 (Frequentemente), 4 (Na maioria do tempo) ou 5 (O tempo todo).

Respostas para os itens 1, 2 e 3 são somadas para a pontuação de Esforço, e respostas para os itens 4, 5 e 6 são somadas para a pontuação de Urgência.

ANEXO 2- Incontinence Severity Index (ISI)

Português
(1) Com qual frequência você apresenta perda de urina?
1. Menos de uma vez ao mês
2. Algumas vezes ao mês
3. Algumas vezes na semana
4. Todos os dias e/ou noites
(2) Qual quantidade de urina você perde cada vez?
1. Gotas
2. Pequeno jato
3. Muita quantidade

ANEXO 4- INTERNATIONAL CONSULTATION BLADDER DIARY (ICIQ-BLADDER DIARY)

ICIQ-DIÁRIO MICCIONAL

SEU NOME: _____

Por favor, complete este diário miccional por **3 dias**. Preencha cada coluna, de acordo com a hora. Você pode alterar os horários, se você precisar. Na coluna HORA, por favor escreva DORMIR quando você for dormir e ACORDEI na hora em que você acordou.

Ingestão de líquidos Escreva a quantidade e tipo de líquido que você tomou.

Urina Preencha a quantidade de urina que você urinou em mililitros (ml) na coluna URINA, de dia e de noite. Qualquer quantidade que você fizer. Se você urinar e não conseguir medir a quantidade, marque um X nesta coluna. Se você perder urina escreva **PERDA** na coluna e o horário correspondente.

Sensação na bexiga Descreva a sensação na sua bexiga quando foi ao banheiro usando esses números abaixo:

0 – Se não teve necessidade de urinar, mas urinou por “razões sociais”, como por exemplo, antes de sair de algum lugar ou por não ter certeza de quando irá achar um banheiro.

1 – Se você teve uma vontade normal de urinar, sem urgência. “Urgência” é diferente de uma vontade normal de urinar, é o desejo repentino de urinar que é difícil para adiar, ou uma súbita sensação de que você precisa urinar e se você não fizer isso você vai perder urina.

2 – Se você teve urgência, mas a vontade de urinar passou antes de ir ao banheiro.

3 – Se você teve urgência, mas conseguiu chegar ao banheiro, sem perder urina.

4 – Se você teve urgência e não conseguiu chegar ao banheiro a tempo, e você perdeu urina.

Absorventes Se você colocar ou trocar o absorvente, marque um X na coluna absorventes.

Aqui está um exemplo de como completar seu diário:

Horário	Ingestão de líquido		Urina	Sensação na bexiga	Absorventes
	quantidade de	Tipo			
6h ACORDEI			350ml	2	
7h	300ml	chá			
8h			X	2	
9h					
10h	copo	água	Perda	4	X

Códigos para a sensação na bexiga

0 – Sem necessidade de urinar, mas urinou por “razões sociais”

1 – Vontade normal de urinar, sem urgência

2 – Urgência, mas a vontade de urinar passou antes de ir ao banheiro

3 – Urgência, mas chegou ao banheiro a tempo, e não perdeu urina

4 – Urgência e não conseguiu chegar ao banheiro a tempo, e perdeu urina

DIA _____ DATA: ____/____/____		Urina (ml)	Sensação na bexiga	Absorventes
Hora	Ingestão de líquido Quantidade Tipo			
5h00				
6h00				
7h00				
8h00				
9h00				
10h00				
11h00				
Meio-dia				
13h00				
14h00				
15h00				
16h00				
17h00				
18h00				
19h00				
20h00				
21h00				
22h00				
23h00				
Meia-noite				
1h00				
2h00				
3h00				
4h00				

ANEXO 5- ESCALA DE OXFORD MODIFICADA

Grau	Resposta muscular
0	Ausência de função muscular
1	Contorno da contração muscular não sustentada
2	Contração sustentada fraca
3	Contração moderada, movimento positivo na direção craniana e compressão do dedo do avaliador
4	Boa contração, movimento positivo para a sínfise púbica e compressão do dedo do avaliador
5	Forte contração, movimento positivo em direção à sínfise púbica com compressão firme dos dedos do avaliador

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Determinação do ponto de corte para os sintomas urinários femininos avaliados pelo Diário Miccional para discriminar a melhora clínica: A Diagnostic Accuracy Study” que tem como pesquisador responsável Prof. Dra. Grasiéla Nascimento Correia.

Esta pesquisa pretende determinar o ponto de corte para os sintomas urinários femininos avaliados pelo Diário Miccional ICIQ-BD para discriminar a melhora clínica.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de uma ferramenta padronizada que contribua no diagnóstico de incontinência urinária, oferecendo a esta população um instrumento recomendado pela sociedade internacional de continência, não invasivo e de fácil compreensão, que pode ser utilizado não só na prática clínica, mas também em pesquisas futuras no Brasil.

Caso decida participar, inicialmente você será solicitada a responder uma anamnese (entrevista) contendo informações sociodemográficas (idade, cor da pele declarada, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar) e clínicas como (índice de massa corpórea, realização de tratamentos anteriores para disfunções da musculatura do assoalho pélvico, história obstétrica e presença de comorbidades) (APÊNDICE B), além de responder aos seguintes questionários em suas versões em português: Questionário para Diagnóstico de Incontinência Urinária (QUID) (ANEXO 1), Índice de Gravidade da Incontinência (ISI) (ANEXO 2, Escala de Percepção Geral (ANEXO 3) e a ferramenta em estudo o Questionário da *Consulta Internacional sobre Incontinência – Diário da Bexiga* (ANEXO 4), Ambos os questionários avaliam sintomas de incontinência urinária. Em média, você usará de 30 a 50 minutos para responder aos questionários. De 10 a 15 dias após responder aos primeiros questionários, você será solicitada a responder novamente ao *Consulta Internacional sobre Incontinência – Diário da Bexiga*, e será convidada a realizar uma avaliação musculatura do assoalho pélvico, por meio de uma palpação vaginal, para tal

avaliação será solicitado que você se deite em decúbito dorsal (barriga para cima), em uma maca, com quadris e joelhos flexionados a 45° e pés apoiados na maca. Para realizar o procedimento, o fisioterapeuta avaliador, usará luvas descartáveis com gel lubrificante nos dedos indicador medial e distal, que serão introduzidos no canal vaginal até a segunda falange (meio dos dedos). Você será instruída a realizar uma contração voluntária máxima da musculatura do assoalho pélvico, seguindo os comandos verbais de contrair os músculos como se estivesse segurando para não urinar; inspirar durante o relaxamento e expirar durante a contração e tentar não contrair os músculos do abdômen, adutores e glúteos durante a contração de assoalho pélvico. Serão solicitadas três contrações voluntárias máximas com intervalo de um minuto entre elas. O tempo total para esta avaliação pode ser de até 20 minutos. A graduação da função muscular do seu assoalho pélvico, será quantificada de acordo com a Escala de Oxford Modificada, que avalia o grau de capacidade de contração muscular do assoalho pélvico, e o maior valor de contração será usado, caso você saiba contrair adequadamente os músculos do assoalho pélvico com força maior que 1 pela Escala de Oxford Modificada, você será convidada a participar de 1 sessão semanal de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, durante 8 semanas, este treinamento consiste na realização do fortalecimento, controle e coordenação da musculatura do assoalho pélvico por meio de contrações rápidas e sustentadas, nas posições de pé, sentado, ajoelhado e deitado. Este protocolo de treinamento é fortemente recomendado na literatura, com a finalidade de tratar sintomas de incontinência urinária. Por fim, passado as 8 semanas de treinamento você responderá novamente ao Questionário da *Consulta Internacional sobre Incontinência – Diário da Bexiga*, com a finalidade de identificar se a ferramenta em questão é capaz de identificar mudanças, testando assim a responsividade do diário. O pesquisador garantirá a realização de tal avaliação em ambiente adequado e reservado para garantir a privacidade do participante.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos, pois a avaliação e o treinamento da musculatura do assoalho pélvico podem remeter a algum desconforto, e algumas perguntas podem evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, levar a um leve cansaço após responder os questionários e realizar avaliação e o treinamento da musculatura

do assoalho pélvico, sentir que sua privacidade está sendo invadida. Caso alguma dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da sua participação na pesquisa, se assim desejar, segundo as Resolução 466/2012, que em todo o projeto de pesquisa existem riscos. Esses riscos poderão ser minimizados. Para reduzir os riscos citados, você receberá as informações previamente das etapas do estudo, para sanar quaisquer dúvidas, caso venha sentir desconforto durante a realização da avaliação da musculatura do assoalho pélvico ou do treinamento, você ficará livre para interrupção do procedimento.

Como benefícios da pesquisa você terá avaliação adequada para detectar sintomas urinários, bem como tratamento e orientações para sua condição de saúde, na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA, no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Laboratório de Pesquisa em Saúde da Mulher (LAMU) na Universidade Federal de São Carlos/SP, ainda o benefício de sua contribuição através da análise desta ferramenta.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada, ficando a sua disposição em todo o estudo, uma equipe formada por duas fisioterapeutas e duas alunas de iniciação científica em fisioterapia, para prestar a assistência adequada.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas diretamente com a mestrandia, Ana Karla Nascimento da Silva, por meio do telefone (84) 99671-9876, e/ou pelo e-mail fisioanak@gmail.com.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos informar serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

(Assinatura do Participante/Responsável legal)

(Assinatura do Pesquisador)

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

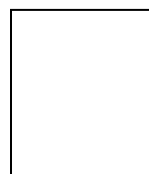
Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA UFRN – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3342 2287 Ramal 243 ou (84) 9.9224 0009, e-mails: cepfacisa@gmail.com ou cep@facisa.ufrn.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h00min às 13h00min, na Rua Vila Trairi, s/n. Centro, Bloco II, FACISA UFRN. Santa Cruz-RN. CEP: 59200-000.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Grasiéla Nascimento Correia.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Determinação do ponto de corte para os sintomas urinários femininos avaliados pelo Diário Miccional para discriminar a melhora clínica: A Diagnostic Accuracy Study”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Determinação do ponto de corte para os sintomas urinários femininos avaliados pelo Diário Miccional para

discriminar a melhora clínica: A Diagnostic Accuracy Study” declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Santa Cruz/RN - 2024.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

APÊNDICE B – FICHA DE ANAMNESE

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

EMAIL: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____ RAÇA: _____

ESCOLARIDADE

1.Nenhuma () 2. 1ª ao 9ª () 3. 1º ao 3º EM () 4.Universitário completo () 5.Universitário incompleto ()

PROFISSÃO

1-Do lar () 2-Serviços gerais () 3-Costureira () 4-Vendedora ()
5- Professora () 6-Aposentada () 7.Outra ()

RENDAS FAMILIAR: _____

ESTADO CIVIL

1. Solteira () 2. Casada/união estável () 3. Divorciada () 4. Viúva ()

COMORBIDADES

HAS () Diabetes () Cardiopatia () Câncer () Distúrbios respiratórios () Doença neurológica() Outras _____

Tem prolapso de órgãos pélvicos? 1-sim () 2- não () tipo _____ Grau _____

Infecção urinária atual? 1-sim () 2- não () DST() Qual? _____

Tontura ou história de quedas () Alergia a látex 1-sim () 2- não ()

HÁBITOS

Cigarro	1-Sim () 2-Não ()	Quantos ao dia?
Café	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Adoçante	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Frutas ácidas	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Refrigerantes	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Comidas apimentadas	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Chás	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Chocolates	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Evita o consumo de líquidos	1-Sim () 2-Não ()	Quanto ao dia?
Horário que costuma ir dormir		
Horário que costuma acordar		

QUEIXAS URINÁRIAS	
Perda de urina aos esforços Sim () Não ()	1- Grandes esforços () 2- Médios esforços () 3- Mínimos esforços ()
Urgência	1-Sim () 2-Não ()
Urge-incontinência	1-Sim () 2-Não ()
Noctúria	1-Sim () 2-Não ()
Enurese	1-Sim () 2-Não ()
Polaciúria	1-Sim () 2-Não ()
Perda de urina	1- Em gotas () 2- Em jato () 3- Contínua ()
Perda de urina durante a relação sexual	1-Sim () 2-Não ()
Perda de urina ao tossir ou espirrar	1-Sim () 2-Não ()
Perda de urina ao agachar	1-Sim () 2-Não ()
Perda de urina ao erguer peso	1-Sim () 2-Não ()
Perda de urina ao caminhar	1-Sim () 2-Não ()
Dificuldade em iniciar micção	1-Sim () 2-Não ()
Disúria	1-Sim () 2-Não ()
Sensação de esvaziamento incompleto	1-Sim () 2-Não ()
Função intestinal	1- Normal () 2- Constipação () 3- Hemorroidas () 4- IF ()
Uso de protetores higiênicos	1- Não () 2- Às vezes () 3- Várias vezes () 4- Sempre ()
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	
Atividade física	1-Sim () 2-Não ()

Evita fazer alguma coisa por causa da perda de urina	1-Sim () 2-Não ()	
HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA		
G () P () A ()	N () C () F ()	Menarca ()
Peso RN: maior	Peso ()	Não lembra ()
Cirurgia ginecológica	1-Sim () 2-Não ()	
Faz uso de TRH (< 6 m)	1-Sim () 2-Não ()	
Faz uso de ACO	1-Sim () 2-Não ()	
Menopausa	1-Sim () 2-Não ()	
Tempo de pós- menopausa		
Cirurgia Pélvica ou abdominal	1-Sim () 2-Não ()	
Gravidez nos últimos 2 anos	1-Sim () 2-Não ()	Data do último parto