



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS ARARANGUÁ  
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

Bianca Macedo Kindermann<sup>1</sup> e Lara Anastácio Francisco<sup>2</sup>

**Ansiidade, depressão e disfunções do assoalho pélvico em mulheres adultas**

Araranguá,  
2023

Bianca Macedo Kindermann<sup>1</sup> e Lara Anastácio Francisco<sup>2</sup>

**Ansiedade, depressão e disfunções do assoalho pélvico em mulheres adultas**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Janeisa Franck Virtuoso

Araranguá,  
2023

## **Ansiedade, Depressão e Disfunções do Assoalho Pélvico em Mulheres Adultas**

Bianca Macedo Kindermann<sup>1</sup>, Lara Anastácio Francisco<sup>2</sup>, Janeisa Franck Virtuoso<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil.

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil.

<sup>3</sup> Professora do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil.

\*Autoras correspondentes: Bianca Macedo Kindermann, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Avenida Getúlio Vargas, n° 2770, Bairro Jardim das Avenidas, Brasil – CEP: 88900-000. Telefone: (48) 999419248 e Lara Anastácio Francisco, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Avenida Getúlio Vargas, n° 2770, Bairro Jardim das Avenidas, Brasil – CEP: 88900-000. Telefone: (48) 991708965.

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob número 4.357.084.

<sup>1</sup>Bianca Macedo Kindermann: [biancakinermann@hotmail.com](mailto:biancakinermann@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0007-2124-7140>

<sup>2</sup>Lara Anastácio Francisco: [larafrancisco44@hotmail.com](mailto:larafrancisco44@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0003-1240-1186>

<sup>3</sup>Janeisa Franck Virtuoso: [janeisa.virtuoso@ufsc.br](mailto:janeisa.virtuoso@ufsc.br)  
<https://orcid.org/0000-0002-4995-381X>

## RESUMO

**Introdução:** Mulheres com disfunções do assoalho pélvico (DAP) podem sofrer de transtornos psicológicos como ansiedade e depressão. O objetivo desse estudo é analisar a associação entre ansiedade, depressão e DAPs em mulheres adultas. **Metodologia:** A amostra foi composta por mulheres com idade superior a 25 anos, residentes na região sul do Brasil. Para verificar a presença de DAP, foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20). A ansiedade e a depressão foram avaliadas por meio de autorrelato. Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário online. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram avaliadas 270 mulheres (32,24 ±8,15 anos). Entre as participantes, 90,2% das mulheres que apresentaram sintomas depressivos também apresentaram algum tipo de desconforto anorretal, e 93,4% das mulheres com ansiedade apresentam também algum sintoma de DAP. Observou-se também que 49,5% das mulheres com ansiedade apresentam sintomas pélvicos e 59,3% dessas mulheres apresentam desconforto urinário. **Conclusão:** Os sintomas depressivos foram associados a mulheres desconforto anorretal, enquanto a ansiedade houve relação entre sintomas gerais de DAP, sintomas pélvicos e urinários.

**Palavras-chave:** disfunções do assoalho pélvico; ansiedade; depressão.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Women with pelvic floor dysfunctions (PFD) may suffer from psychological disorders such as anxiety and depression. The aim of this study is to analyze the association between anxiety, depression and PFD in adult women. **Methodology:** The sample was composed of women over 25 years old, living in the southern region of Brazil. To verify the presence of PAD, the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) was used. Anxiety and depression were assessed by self-report. For data collection an online form was used. Data were treated by descriptive and inferential statistics, with 5% significance level. **Results:** We evaluated 270 women (32.24 ±8.15 years). Among the participants, 90.2% of the women who presented depressive symptoms also presented some type of anorectal discomfort, and 93.4% of the women with anxiety also presented some symptom of PAD. It was also observed that 49.5% of women with anxiety have pelvic symptoms and 59.3% of these women have urinary discomfort. **Conclusion:** Depressive symptoms were associated with women with some type of anorectal discomfort, while anxiety was related to general PAD symptoms, pelvic and urinary symptoms.

**Keywords:** pelvic floor disorders; anxiety; depression.

## INTRODUÇÃO

Existem diversos fatores associados às disfunções do assoalho pélvico (DAP), principalmente quando há alguma alteração com a musculatura do assoalho pélvico (AP)<sup>1</sup>. Essa musculatura fornece sustentação e apoio para vários órgãos pélvicos<sup>2</sup> e a incontinência urinária (IU) é a disfunção mais comum do assoalho pélvico (AP). Segundo Fante et al.<sup>2</sup>, acomete cerca de 10 a 58% das mulheres que residem em ambientes comunitários de 50 a 84% das que vivem em instituições de longa permanência. O prolapso de órgão pélvico (POP) também está entre as disfunções mais predominantes nas mulheres, e sua prevalência é de 2 a 50% em mulheres sintomáticas<sup>2</sup>. Outra DAP é a incontinência anal (IA), mas não existem estudos precisos comprovando sua prevalência de mulheres com IA, entretanto estima-se que a prevalência seja de 1% a 16%<sup>3</sup>.

A ocorrência dessas disfunções é influenciada por diversos fatores associados, como hábitos alimentares, obesidade, presença de comorbidades e traumas na região pélvica<sup>4</sup>. Além disso, fatores como hábitos comportamentais, alterações hormonais, lesões obstétricas, multiparidade, exercícios de alto impacto e com sobrecarga, diabetes mellitus, doenças neurológicas e o aumento da pressão intra-abdominal também podem influenciar<sup>1,5</sup>. Entrando no contexto de ansiedade e depressão, é importante relatar que mulheres que apresentam DAP e ansiedade tendem a se isolar, e a ficarem mais propensas a apresentar sintomas depressivos<sup>6</sup>. Alguns estudos relatam que a ansiedade está diretamente relacionada aos sintomas dos problemas urinários<sup>6-7</sup>. A ansiedade pode causar mais idas ao banheiro, dor pélvica devido à tensão muscular, insônia, crises de pânico ou de ansiedade por conta do desconforto e a insegurança para sair de casa. Essa falta de controle sobre a bexiga e o número de idas ao banheiro durante o dia impactam diretamente na vida das mulheres que sofrem com essas disfunções, deixando-as mais suscetíveis a ficarem ansiosas<sup>6</sup>.

Além da avaliação física, a avaliação psicológica é primordial no tratamento das DAP, pois a vergonha e o desconforto são problemas recorrentes entre mulheres que apresentam essas disfunções<sup>8-9</sup>. Dos transtornos mentais, a depressão é a que mais está presente na maioria da sociedade, sendo as mulheres as mais acometidas<sup>10</sup>. E para as mulheres que apresentam alguma incontinência, é compreensível a insegurança quanto ao sair de casa, pois esses escapes podem ocorrer de forma inesperada, causando frustração, irritabilidade, tristeza constante e baixa autoestima<sup>6</sup>.

Com a pouca informação sobre o períneo e os músculos do assoalho pélvico entre a população<sup>6</sup>, alguns sintomas de DAP são vistos como normais e isso faz com que a busca por tratamento e atendimento fisioterapêutico fique deixado de lado<sup>11</sup>. Esses sintomas devem ser tratados o quanto antes<sup>12</sup>. A literatura é escassa sobre a prevalência da relação entre os sintomas de ansiedade e depressão com as DAP, sendo assim, serão necessários mais estudos voltados para as DAP e seus impactos psicológicos e sociais<sup>13</sup>. Desta forma, é relevante expandir a pesquisa sobre essas disfunções, seus aspectos psicológicos e a sua implicação na vida de mulheres adultas. Sendo assim, o objetivo do presente estudo será analisar a associação entre ansiedade, depressão e disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres adultas.

## MÉTODOS

### DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, cuja população do estudo foi composta por mulheres residentes na região sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul).

## CRITÉRIO DE SELEÇÃO

Foram inseridas na amostra mulheres com idade entre 25 e 69 anos e excluídas gestantes, mulheres com sintomas de infecção urinária autorrelatados (dor e ardência ao urinar) e mulheres que tenham diagnóstico de endometriose.

## INSTRUMENTOS DO ESTUDO

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado um formulário online, no qual foram abordados os seguintes itens: questões para a elegibilidade da amostra, caracterização da amostra e avaliação dos desconfortos do assoalho pélvico, por meio do *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*. Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa:

### **Ficha de caracterização da amostra**

Esse instrumento foi utilizado para obtenção dos dados da caracterização da amostra e também para verificar os fatores associados à DAP. As informações coletadas foram divididas nos seguintes tópicos: dados sociodemográficos (idade, unidade de federação (UF), estado civil, escolaridade e renda salarial), fatores ginecológicos (idade da menarca, sexarca, menopausa e cirurgia ginecológica prévia), fatores obstétricos (número de gestações, partos vaginais, partos cesáreas e realização de episiotomia ou laceração), fatores clínicos (doenças prévias e medicamentos utilizados), fatores comportamentais (etilismo, tabagismo, mudança de peso no último ano, autorrelato do nível de atividade física, ficar em pé por tempo prolongado, carregar pesos e comportamento sedentário) e fatores hereditários (autorrelato da cor da pele e histórico familiar de DAP). Esse instrumento foi construído com base em informações relativas aos fatores de risco para DAP conhecidos na literatura<sup>14-18</sup>. Entre os fatores clínicos, destacou-se a coleta de informações a respeito da presença de ansiedade e depressão.

### ***Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)***

Para determinar a presença de DAP, foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*. Esse instrumento avalia a sintomatologia relacionada ao assoalho pélvico, trato urinário e trato intestinal e o nível de desconforto que esses sintomas causam. Foi proposto por Barber, Walters e Bump (2005) e traduzido e validado em mulheres brasileiras<sup>19</sup>.

Esse instrumento é composto por 20 questões, divididas em 3 domínios: a) Pelve, que avalia sintomas pélvicos por meio da subescala *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6)*, composta por 6 itens; b) Intestino, que refere-se a sintomas anorretais por meio da subescala *Colorectal–Anal Distress Inventory (CRADI-8)*, composta por 8 itens; c) Bexiga, que relaciona-se aos sintomas urinários por meio da subescala *Urinary Distress Inventory (UDI-6)*, composta por 6 itens<sup>19</sup>.

Inicialmente foi questionado para a voluntária se ela apresenta ou não algum dos sintomas dos subitens. Se a resposta fosse sim, o sintoma seria graduado pelo quanto isso a incomoda (nada, um pouco, moderadamente, bastante). As questões de cada subescala geraram uma média que, multiplicada por 25, totalizou uma pontuação entre 0 (nenhum desconforto) e 100 (máximo desconforto). Desta forma, a escala geral equivale uma pontuação total de 0 a 300 e quanto maior a pontuação, maior é o desconforto<sup>17</sup>. De acordo com Grimes et al.<sup>20</sup>, o PFDI-20 administrado por via virtual possui coeficiente de relação de 0,5 a 0,8 em relação à aplicação impressa.

## PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As voluntárias foram recrutadas de forma não probabilística por conveniência a partir da divulgação da pesquisa, por meio de publicação em redes sociais, com acesso ao questionário online, através do [link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf89JIFfseOumIRTLGRoqYzU7bNIqI\\_gGhbv5LkkVItg0kT3g/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf89JIFfseOumIRTLGRoqYzU7bNIqI_gGhbv5LkkVItg0kT3g/viewform). Os dados foram coletados no período entre outubro de 2020 a junho de 2021.

O formulário online foi composto por algumas seções. A seção 1 contém o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual as voluntárias realizaram a leitura e decidiram participar ou não do estudo. As voluntárias que aceitaram foram direcionadas à seção 2. As seções de 2 a 5 foram compostas pelas questões relacionadas à elegibilidade da amostra, caso a voluntária respondesse “sim” na seção 2 (Você tem entre 25 e 69 anos de idade?), iria ser direcionada à seção 3, caso respondesse “não”, seria direcionada à seção 8 de encerramento. Na seção 3 (Você está grávida?), caso a voluntária respondesse “sim”, seria direcionada à seção 8 de encerramento, caso respondesse “não”, seria direcionada à seção 4. Na seção 4 (Você apresenta sintomas de infecção urinária?) (dor e/ou ardência ao urinar?), caso a voluntária respondesse “sim”, seria direcionada à seção 8 de encerramento, caso respondesse “não”, seria direcionada à seção 5. Na seção 5 (Você já foi diagnosticada com endometriose?), caso a voluntária respondesse “sim”, seria direcionada à seção 8 de encerramento, caso respondesse “não”, seria direcionada à seção 6. A seção 6 abordou a ficha de identificação da amostra. Após o término, as voluntárias foram direcionadas à seção 7. A seção 7 que foi composta pelo PFDI-20 que avaliou a presença de DAPs. Por fim, após responderem à seção 7, as voluntárias foram direcionadas à seção 8 de encerramento.

## ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha no programa Microsoft Excel® e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 21.0. A análise de dados foi realizada por estatística descritiva por meio de medidas de posição e dispersão para as variáveis numéricas e frequência simples e relativa para as variáveis categóricas. Para avaliar a associação entre as variáveis, foi utilizado o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

## ASPECTOS ÉTICOS

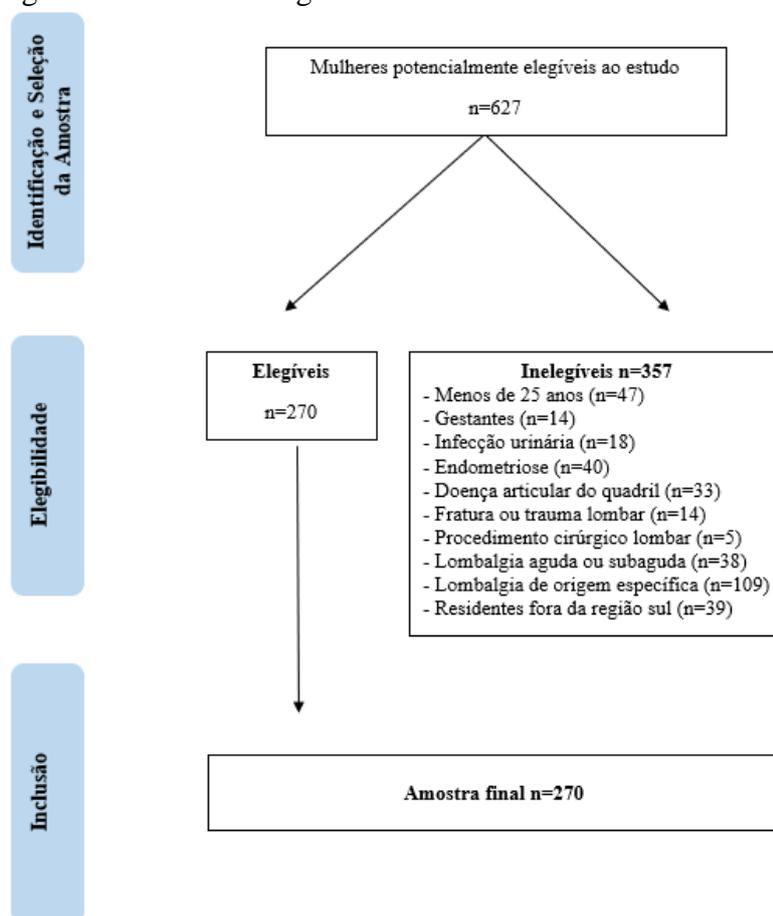
Esta pesquisa está fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CEP/UFSC 4.357.084), o qual incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros. Visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e Estado. Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob número 4.357.084.

## RESULTADOS

Inicialmente, 627 mulheres acessaram o formulário online, mas 357 mulheres foram excluídas por não apresentarem os critérios de elegibilidade. Sendo assim, a amostra final foi composta por 270 mulheres (Figura 1). A média de idade foi de  $32,24 \pm 8,15$  anos, sendo que, 33,3% possuíam gestação prévia ( $n=90$ ), 84,8% possuíam comportamento sedentário ( $n=229$ ),

36,7% possuíam constipação (n =90), 45,9% mudaram o peso no último ano (n=124) e 35,6% possuíam histórico familiar de DAP (n=96).

**Figura 1** – Fluxograma da amostra elegível



Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

**Tabela 1** – Caracterização ginecológica e de hábitos de vida em mulheres adultas (n=270).

	<b>TOTAL (n= 270)</b>
<b>Variáveis Numéricas</b>	<b>Média ±DP</b>
Idade	32,24 ±8,15
<b>Variáveis Categóricas</b>	<b>N (%)</b>
<b>Gestação Prévia</b>	
Sim	90 (33,3)
Não	180 (66,7)
<b>Comportamento sedentário</b>	
Sim	229 (84,8)
Não	41 (15,2)
<b>Constipação intestinal</b>	
Sim	99 (36,7)
Não	171 (63,3)
<b>Mudança de peso no último ano</b>	
Sim	124 (45,9)
Não	146 (54,1)

**Histórico familiar de DAP**

Sim	96 (35,6)
Não	174 (64,4)

**Legenda:** n=número de mulheres; DAP=disfunção do assoalho pélvico; DP=desvio padrão.

Com relação à presença de depressão, 84,8% da amostra apresentou esse reconhecimento. Na tabela 2, observa-se a associação entre os sintomas anorretais e o autorrelato de depressão ( $X^2= 4,34$ ;  $p= 0,037$ ), de modo que 90,2% das mulheres com sintomas depressivos também apresentavam algum tipo de desconforto anorretal.

**Tabela 2-** Associação entre DAP e diagnóstico de depressão em mulheres adultas (n= 270)

Desconforto do Assoalho Pélvico	Sem Depressão f (%)	Com Depressão f (%)	Total f (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Sintomas Gerais</b>					
Não	34 (14,8)	2 (4,9)	36 (13,3)	2,991	0,084
Sim	195 (85,2)	39 (95,1)	234 (86,7)		
<b>Sintomas Pélvicos</b>					
Não	153 (66,8)	22 (53,7)	175 (64,8)	2,638	0,104
Sim	76 (33,2)	19 (46,3)	95 (35,2)		
<b>Sintomas Anorretais</b>					
Não	56 (24,5)	4 (9,8)	60 (22,2)	4,346	0,037*
Sim	173 (75,5)	37 (90,2) <sup>#</sup>	210 (77,8)		
<b>Sintomas Urinários</b>					
Não	116 (50,7)	19 (46,3)	135 (50,0)	0,259	0,611
Sim	113 (49,3)	22 (53,7)	135 (50,0)		

**Legenda:** n= número de mulheres, X<sup>2</sup>: estatística do teste Qui Quadrado, p: nível de significância, \*:  $p < 0,05$ . # ajuste residual  $\geq 2,0$

Com relação à ansiedade, 66,3% das mulheres apresentaram esse tipo de sintoma. Na Tabela 3, houve associação com os sintomas gerais de DAP ( $X^2= 5,496$ ;  $p= 0,020$ ), sintomas pélvicos ( $X^2= 12,249$ ;  $p= < 0,001$ ) e sintomas urinários ( $X^2= 4,790$ ;  $p= 0,029$ ). É possível observar que 93,4% das mulheres com ansiedade apresentam também algum sintoma de DAP. Além disso, 49,5% das mulheres com ansiedade também apresentam sintomas pélvicos e 59,3% dessas mulheres apresentam desconforto urinário.

**Tabela 3-** Associação entre DAP e diagnóstico de ansiedade em mulheres adultas (n= 270)

DAP	Sem Ansiedade f (%)	Com Ansiedade f (%)	Total f (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Sintomas Gerais</b>					
Não	30 (16,8)	6 (6,6)	36 (13,3)	5,396	0,020*
Sim	149 (83,2)	85 (93,4) <sup>#</sup>	234 (86,7)		
<b>Sintomas Pélvicos</b>					
Não	129 (72,1)	46 (50,5)	175 (64,8)	12,249	< 0,001*
Sim	50 (27,9)	45 (49,5) <sup>#</sup>	95 (35,2)		
<b>Sintomas Anorretais</b>					
Não	45 (25,1)	15 (16,5)	60 (22,2)	2,615	0,106

Sim	134 (74,9)	76 (83,5)	210 (77,8)		
<b>Sintomas Urinários</b>					
Não	98 (54,7)	37 (40,7)	135 (50,0)	4,790	0,029*
Sim	81 (45,3)	54 (59,3) <sup>#</sup>	135 (50,0)		

**Legenda:** X<sup>2</sup>; p; \*, \*:significância estatística; DAP= disfunção do assoalho pélvico; # ajuste residual.

## DISCUSSÃO

A prevalência de ansiedade e depressão na amostra do presente estudo foi de 66,3% e 84,8%, respectivamente. Os sintomas de depressão associaram-se com sintomas anorretais. Já os sintomas de ansiedade associaram-se com sintomas gerais, pélvicos e urinários. Embora essas informações sejam importantes para a prática clínica do fisioterapeuta que lida com mulheres com desconfortos do assoalho pélvico, é importante destacar algumas limitações deste estudo como o diagnóstico da ansiedade e depressão baseada no autorrelato. Sugere-se que outros estudos busquem formas mais concretas para determinar esses diagnósticos.

Os achados do presente estudo trazem os sintomas anorretais associados à presença de depressão (90,2%), dado que foi constatado também em um estudo que avaliou a qualidade de vida de pessoas com incontinência anal, em que foi observado que 68% das pessoas da população geral do estudo que tinham incontinência anal passaram a apresentar depressão após o início dos sintomas<sup>21</sup>. Os sintomas anorretais referem-se a uma série de problemas relacionados ao ânus e ao reto, como dor, desconforto, movimentos intestinais e incontinência<sup>22</sup>. Segundo a literatura, os sintomas depressivos estão associados a sintomas anorretais como a constipação intestinal, dor anorretal e incontinência anal<sup>23-27</sup>.

A dor anorretal tem uma forte associação com o sofrimento psicossocial, como os sintomas de depressão em vários domínios, porém ainda não está claro se isso reflete como uma causa subjacente ou é efeito da dor<sup>22-23</sup>. Além disso, foi constatado que a prevalência dos sintomas depressivos e ansiosos eram mais comuns em mulheres<sup>23</sup>. Segundo um estudo com pacientes com constipação, sintomas como ansiedade e depressão foram relatados como fatores de risco para piora na qualidade de vida desses indivíduos<sup>24</sup>. A depressão sozinha também foi significativamente associada à interferência nas atividades diárias e o aumento dos sintomas depressivos foi associado ao aumento da interferência<sup>24-25</sup>.

A associação entre sintomas anorretais e depressão pode ser explicada por vários fatores. A depressão pode contribuir para mudanças no apetite e nos padrões alimentares, o que pode levar à perda de peso ou alterações nos movimentos intestinais<sup>25</sup>. Em casos graves, isso pode contribuir para sintomas anorretais, como constipação ou diarreia<sup>22</sup>. Em casos de IA, a vergonha, o constrangimento e o medo de ter episódios de incontinência podem levar ao desenvolvimento ou agravamento dos sintomas de depressão<sup>25</sup>.

No entanto, é importante ressaltar que a relação entre sintomas anorretais e depressão é complexa e bidirecional<sup>24-25</sup>. A depressão pode aumentar a sensibilidade do trato anorretal e contribuir para os sintomas anorretais, enquanto os sintomas anorretais também podem levar ao desenvolvimento dos sintomas depressivos devido ao impacto na qualidade de vida<sup>24-25</sup>.

Com relação à ansiedade neste presente estudo, 66,3 % das mulheres apresentaram esse tipo de sintoma de forma autorrelatada e essas mulheres apresentaram algum sintoma de DAP. Além disso, 49,5 % das mulheres com ansiedade também apresentam sintomas pélvicos e 59,3%, desconforto urinário. Então, existe uma certa prevalência de sintomas de ansiedade em mulheres com DAP.

Foi verificada uma associação dos sintomas pélvicos como o POP, com a presença de

ansiedade em mulheres adultas (49,5%). Alguns estudos sugerem que mulheres com POP podem apresentar maior prevalência de ansiedade em comparação com mulheres sem POP<sup>28-29</sup>. O prolapso dos órgãos pélvicos pode causar desconforto físico e alterar a qualidade de vida das mulheres, o que pode levar ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade<sup>29</sup>. Além disso, o estigma social associado ao POP e a preocupação com a aparência e a função dos órgãos pélvicos podem contribuir para a ansiedade. O medo de sintomas pélvicos exacerbados durante atividades cotidianas ou durante a atividade sexual também pode levar a níveis elevados de ansiedade<sup>30</sup>.

O prolapso de órgãos pélvicos pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres afetadas<sup>29</sup>. Os sintomas físicos, como sensação de pressão ou desconforto na região pélvica, podem causar preocupação e ansiedade em relação à saúde e ao bem-estar geral<sup>31</sup>. Além disso, a presença de POP pode afetar a imagem corporal e a autoestima das mulheres, o que pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade<sup>31</sup>. No entanto, mais pesquisas são necessárias para entender melhor os mecanismos subjacentes dessa associação e determinar as melhores abordagens de tratamento para mulheres com POP e sintomas de ansiedade.

Alguns estudos relatam que desconfortos urinários, principalmente a IU, ocorrem por decorrência da idade avançada, mas este presente estudo comprova que outras alterações podem levar a isso, pois foram elegíveis mulheres entre 25 e 69 anos, não apenas idosas, então possivelmente outros fatores podem estar associados<sup>32</sup>. Mulheres incontinentes, comparadas com as que não possuem IU, apresentam maiores chances de desenvolver ansiedade, assim como ter a qualidade de vida prejudicada<sup>33</sup>. E essa variação está interligada com estresse, restrições nas atividades de vida diárias e acaba levando ao isolamento social.

Tem-se observado que pacientes com IU apresentam diversas alterações psicológicas, por exemplo: alterações no sono, desconforto em diversas situações, perda da autoconfiança, isolamento social, vergonha, autoimagem prejudicada e, conseqüentemente, ansiedade e depressão<sup>32</sup>. E, nesse contexto, esses pacientes com incontinência e ansiedade, podem sofrer impactos negativos na sua qualidade de vida, sendo importante cuidados individuais ou coletivos para minimizar tais conseqüências<sup>32</sup>.

Ainda existe escassez de estudos sobre essa temática, então é primordial mais estudos sobre ela para um melhor desenvolvimento de soluções para o caso. A prevalência de DAP é alta, principalmente em mulheres, e a atuação do fisioterapeuta é essencial para o tratamento delas. Alguns estudos relatam a importância da atuação da fisioterapia na conscientização e realização da contração correta dos músculos do assoalho pélvico, na prevenção e no tratamento de diversas alterações<sup>36</sup>.

Através deste presente estudo, foi possível identificar a associação entre ansiedade, depressão e disfunções do assoalho pélvico em mulheres adultas, observar a prevalência dessas disfunções nas mulheres, verificar se a ansiedade e a depressão explicam as DAP e verificar se as mesmas se associam a ansiedade e depressão.

## CONCLUSÃO

De acordo com esta pesquisa, a presença de depressão associa-se a sintomas anorretais, enquanto a presença de ansiedade associa-se a sintomas gerais de DAP, pélvicos e urinários. Sendo assim, serão necessários novos estudos sobre o tema, para que maiores evidências sejam relatadas, e mais tratamentos sejam realizados, com finalidade de um maior conhecimento sobre o assunto e que as mulheres com essas disfunções tenham uma maior rede de apoio. A abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde mental e fisioterapeutas especializados em assoalho pélvico, é essencial para um tratamento eficaz e resolução do caso.

## REFERÊNCIAS

1. de Sá Damasceno A, da Conceição de Souza M, Uchoa Santos-Júnior FF. Disfunções do assoalho pélvico em pacientes de um projeto de responsabilidade social em Fortaleza/CE: um estudo retrospectivo de 14 anos. **Fisioterapia Brasil**. 2020;21(4). DOI: 10.33233/fb.v21i4.3235
2. Fante JF, Silva TD, Mateus-Vasconcelos ECL, Ferreira CHJ, Brito LGO. Do women have adequate knowledge about pelvic floor dysfunctions? A systematic review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2019; 41, 508-519. DOI: 10.1055/s-0039-1695002
3. Azevedo M, Guilhem DB, Hobo TMW, Goulart M. Avaliação da predominância da incontinência anal nos partos vaginal e cesáreo. *Universitas: Ciências da Saúde*.2017;15(2), 101-106. DOI: 10.5102/ucs.v15i2.4240
4. Beketie ED, Tafese WT, Assefa ZM, Berria FW, Tilahun GA, Shiferaw BZ, et al. Symptomatic pelvic floor disorders and its associated factors in South-Central Ethiopia. **Plos one**. 2021;16(7). .DOI: 10.1371/journal.pone.0254050
5. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Fisioterapia em Movimento**.2012; 25, 571-582.
6. Alencar-Cruz JMD. Impact of urinary incontinence on quality of life and its relationship with symptoms of depression and anxiety in women. **Revista de Salud Pública**. 2019;21(4).DOI: 10.15446/rsap.V21n4.50016
7. Vrijens D, Berghmans B, Nieman F, van OsJ, van Koeveringe G, Leue C. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions—A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. **Neurourology and urodynamics**. 2017;36(7), 1816-1823. DOI: 10.1002/nau.23186
8. Wang YC, Hart DL, Mioduski JE. Characteristics of patients seeking outpatient rehabilitation for pelvic-floor dysfunction. **Physical therapy**. 2012; 92(9), 1160-1174.
9. Woods NF, Mitchell ES. Consequences of incontinence for women during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women’s Health Study. **Menopause**. 2013;20(9), 915-921. DOI:10.1097/GME.0b013e318284481a
10. Abelha L. Depressão, uma questão de saúde pública. **Cadernos Saúde Coletiva**. 2014;v.22, p. 223-223. DOI: 10.1590/1414-462X201400030001
11. Honório MO, Santos SMAD. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2009;v.62,p.51-56.DOI: 10.1590/S0034-71672009000100008
12. Nogueira RF, Macedo RSPB, Mônica de Oliveira Leite S. Repair of the middle and posterior compartments of the pelvic floor via perineal and vaginal routes without the use of mesh-technique description and case series. **Journal of Coloproctology**. 2020;v.40,p.345-351. DOI: 10.1016/j.jcol.2020.07.008
13. Averbek MA, Altaweel W, Manu-Marin A, Madersbacher H. Management of LUTS in patients with dementia and associated disorders. **Neurourology and urodynamics**. 2017;v.36,n.2,p.245-252.
14. Chiarapa TR, Cacho DP, Alves AFD. **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. 2007;Livraria Médica Paulista Editora.
15. Higa R, Lopes MHBDM, Reis MJD. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**.2008; v.42, p. 187-192. DOI:10.1590/S0080-62342008000100025
16. Mannella P, Palla G, Bellini M, Simoncini T. The female pelvic floor through midlife and aging. **Maturitas**. 2013;v.76,n.3,p.230-234.
17. Moreno AL. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2004. São Paulo: Manole.

18. Taylor JB, Goode AP, George SZ, Cook CE. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. **The Spine Journal**. 2014;v.14,n.10,p.2299-2319. DOI:10.1016/j.spinee.2014.01.026
19. Arouca MA, Duarte TB, Lott DA, Magnani PS, Nogueira AA, Rosa-E-Silva JC, et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7) and pelvic floor distress inventory (PFDI-20). **International urogynecology journal**. 2016;v.27,n.7,p.1097-1106. DOI: 10.1007/s00192-015-2938-8
20. Grimes CL, Antosh DD, Oliphant S, Yurteri-Kaplan L, Kim-Fine S, Melamud G. Correlation of Electronic (Web-Based and Smartphone) Administration of Measures of Pelvic Floor Dysfunction: A Randomized Controlled Trial. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**. 2019;v.00,n.00,p.1–5. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000713
21. Yusuf SAI, Jorge JMN, Habr-Gama A, Kiss DR, Rodrigues JG. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). **Arquivos de Gastroenterologia**. 2004; v. 41, n. 3, p. 202–208. DOI:10.1590/S0004-28032004000300013
22. Bharucha AE, Wald AM. Transtornos anorretais. **Arquivos de Gastroenterologia**.2012; v. 49, n. suppl 1, p. 51–60. DOI: 10.1590/S0004-28032012000500009
23. Dong L, Sun T, Tong P, Zhang J, Guo J. Prevalence and Correlates of Depression and Anxiety in Patients with Functional Anorectal Pain. **Journal of Pain Research**. 2023;v. Volume 16, p. 225–232. DOI: 10.2147/JPR.S400085
24. Singh P, Takazawa E, Rangan V, Ballou S, Katon J, McMahon C, et al. Fecal urgency is common in constipated patients and is associated with anxiety. **Neurogastroenterology & Motility**.2019; v. 31, n. 4, p. e13545. DOI: 10.1111/nmo.13545
25. Crowell MD, Schettler VA, Lacy BE, Lunsford TN, Harris LA, DiBaise JK, et al. Impact of Anal Incontinence on Psychosocial Function and Health-Related Quality of Life. **Digestive Diseases and Sciences**.2007; v. 52, n. 7, p. 1627–1631.DOI 10.1007/s10620-006-9249-3
26. Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. **J Clin Gastroenterol** 2004;38:680–85 .DOI: 10.1097/01.mcg.0000135929.78074.8c
27. Surrenti E, Rath DM, Pemberton JH, Camilleri M. Audit of constipation in a tertiary referral gastroenterology practice. **Am J Gastroenterol**. 1995;90:1471–75. DOI:10.1007/s10620-006-9486-5
28. Kalata U, Jarkiewicz MM, Barcz EM. Depression and anxiety in patients with pelvic floor disorders. **Ginekologia Polska**, 24 nov. 2022. DOI: 10.5603/GP.a2022.0130
29. Ai F, Deng M, Mao M, Xu T, Zhu L. Screening for general anxiety disorders in postmenopausal women with symptomatic pelvic organ prolapse. **Climacteric**.2017;v. 21, n. 1, p. 35–39. DOI: 10.1080/13697137.2017.1392502
30. Barros CR, Machado RB, de Camargo ACM, Gollop TR. Avaliação da Qualidade de vida com P-Qol em mulheres submetidas ao tratamento de prolapso de órgãos pélvicos com pessário. **Revista Multidisciplinar da Saúde**. 2021;v. 3, n. 4, p. 29–42.
31. Farthmann J, Watermann D, Zamperoni H, Wolf C, Fink T, Gabriel B. Pelvic organ prolapse surgery in elderly patients. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. 2017; v. 295, n. 6, p. 1421–1425. DOI: 10.1007/s00404-017-4367-z
32. Alencar-Cruz JMD. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. **Revista de Salud Pública**.2019; v. 21, n. 4, p. 1–6. DOI: 10.15446/rsap.V21n4.50016
33. Ko Y, Lin S, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. **Am J Manag Care**. 2005;11(4):103-11.
34. Cornélio TCP, Carvalho BML, Soares MBS, Santos CR dos, Filgueiras M deC. Avaliação do Perfil sociodemográfico e do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em

mulheres atendidas no município de Parnaíba-Piauí. **RBCS**. 2012;10(34):1-6.  
DOI:10.13037/rbcs.vol10n34.1799

35. Borba AMC de, Lelis MA dos S, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Context Enferm**. 2008;  
DOI: 10.1590/S0104-07072008000300014
36. Maduenho TDRC, Driusso P, Beleza ACS, Reis BM. Perfil do conhecimento de mulheres sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da mulher. **Fisioterapia e Pesquisa**.2022;v. 29, n. 3, p. 252–257.DOI: 10.1590/1809-2950/21005029032022PT



**Publicação de: Universidade de São Paulo**

**Área: Ciências Da Saúde**

**Versão impressa ISSN: 1809-2950 Versão on-line ISSN: 2316-9117**

**Título anterior: Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**

**Link de acesso: <https://www.scielo.br/journal/fp/about/#instructions>**

### **Instrução aos autores**

A revista Fisioterapia e Pesquisa aceita artigos científicos que apresentem contribuições originais e inéditas para a construção do conhecimento em fisioterapia, reabilitação e áreas da saúde. Além disso, o conteúdo dos artigos deve agregar conhecimento e representar um avanço para a prática clínica, ensino e / ou pesquisa em prática clínica em fisioterapia. publicado apenas na versão eletrônica. O processo de revisão de todos os artigos submetidos à Fisioterapia e Pesquisa são por pares e tem início com a pré-análise, conduzida pelo Editor Chefe, que decidirá sobre sua aprovação ou rejeição nesta fase. Uma vez aprovado na pré-análise, o texto é encaminhado ao Editor Associado, que o encaminha aos revisores em método duplo cego.

A Fisioterapia e Pesquisa usa o software Turnitin para identificar textos semelhantes. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados, serão excluídos do processo de revisão.

### **Taxa para Submissão:**

A revista de Fisioterapia e Pesquisa não cobra taxas para submissão ou publicação.

OBS. Os manuscritos submetidos em português após aceite deverão ser traduzidos, pelo autor, para inglês (com certificação do tradutor).

Os manuscritos em inglês após aceite deverão ser traduzidos para português

### **Tipos de publicação:**

**Ensaio Clínico:** CONSORT e identificação de [Registro de Ensaio Clínico com critérios validados e estabelecidos por WHO e ICME](#).

**Revisões Sistemáticas e Meta-Análises:** PRISMA. Sempre que possível, apresente o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por exemplo, Kappa.

**Estudos observacionais:** incluem caso-controle, coortes e estudos transversais, seguindo as recomendações do [STROBE statement](#).

**Estudos de caso** podem ser aceitos desde que descrevam situações específicas e únicas que justifiquem sua publicação, com uma breve revisão da literatura.

### **Estrutura e preparação do manuscrito:**

**Tipo de arquivo:** doc ou docx (MS Word).

**Texto:** Ortografia Oficial em formato de folha A4, espaçamento simples fonte Times New Roman tamanho da fonte 12. Margens de 2.5 cm.

**Título:** Máximo de 18 palavras, somente no idioma do manuscrito, em negrito, utilizando maiúsculas apenas no início do título e nomes próprios. Não devem ser usados abreviações, acrônimos ou localização geográfica da pesquisa.

**Nome dos autores:** Completo, sem abreviaturas, numerados por numeral arábico, com instituição, afiliação, localização, estado e país. Os autores devem indicar como citar seu nome para indexar na base de dados e inserir ORCID ID, email.

**Instituição:** deve seguir hierarquia: Universidade, Faculdade e Departamento.

**Autor para correspondência:** Nome do autor, endereço para correspondência, telefone e email.

**Manuscritos extraídos de dissertação ou tese:** deve ser indicado com asterisco em nota de rodapé, o título, ano e instituição que foi apresentado.

**Resumo e Abstract:** Deve ser redigido em português e inglês e se possível em espanhol com até 1300 caracteres com espaço. A estrutura deve conter: **Introdução, Objetivo, Método, Resultados e Conclusões**, exceto para estudos teóricos e para **Ensaio Clínico** deve constar o número de registro ao final do resumo

**Descritores:** Indicar de 3 a seis descritores que identifiquem o assunto principal do manuscrito, separados por ponto e vírgula e extraídos DeCS ([Descriptors in Health Sciences](#)), elaborado pela BIREME, ou MeSH ([Medical Subject Headings](#)), elaborado por NLM (National Library of Medicine).

**Documento principal:** deve ser anexado um arquivo completo contendo todas as informações, descritas abaixo e um arquivo em cópia cega que não deve conter qualquer identificação, seja autoria, instituição, local ou número de Comitê de Ética ou Registros.

**Estrutura do texto:** Página de rosto (somente no arquivo completo), Resumos, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

**Página de rosto:**

Título em português (negrito)

Título Inglês (negrito)

Título condensado com 50 caracteres com espaço, no máximo (negrito)

Nome completo dos autores, com número sobrescrito remetendo à filiação institucional e vínculo.

Contribuição de cada autor no manuscrito

Inscrição de todos os autores no [ORCID](#)

Local onde estudo foi realizado

Indicação do órgão financiador, se presente

Indicação de eventual apresentação em evento científico

Indicação do número de aprovação do Comitê de Ética e número de registro se Ensaio Clínico, revisão sistemática com registro CONSORT

Endereço completo, e-mail, telefone do autor para correspondência.

**Introdução:** Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas de conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas. Deve ter no máximo uma página e meia. Citações numéricas sobrescritas e sem parênteses.

**Metodologia:** Subdivida a seção nos tópicos: Desenho do estudo; População; Local; Critério de seleção; Definição da amostra (se aplicável); Coleta de dados, Análise / tratamento de dados, Aspectos éticos.

**Resultados:** Apresentação e descrição dos dados obtidos, sem interpretações ou comentários. Pode conter tabelas, gráficos e figuras para permitir uma melhor compreensão. O texto deve complementar ou destacar o que for mais relevante, sem repetir os dados fornecidos nas tabelas ou figuras. O número de participantes faz parte da seção Resultados.

**Discussão:** Deve se restringir aos dados obtidos e resultados alcançados, ressaltando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo a concordância e divergências com outras pesquisas publicadas nacionais e internacionais. além das limitações do estudo e relevância clínica, se pertinente.

**Conclusão ou considerações finais:** Deve ser direto, claro e objetivo, respondendo às hipóteses ou objetivos, e fundamentado nos resultados e discussão. Não cite referências.

**Referências:** Máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, dependendo da estratégia de busca e seleção de inclusão do estudo). Acompanha a proporção de 80% de artigos de periódicos, com pelo menos metade deles indexados em bases de dados internacionais. É permitido no máximo 15% de autocitação entre os citáveis. Deve contar o DOI. Use estilo “Vancouver”, disponível em ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). Abreviaturas dos periódicos indexados em MEDLINE (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>).

**Citações de referências no texto:** Listadas consecutivamente, em algarismos arábicos sobrescritos e sem parênteses, sem citar o nome dos autores (exceto aqueles que representem formação teórica). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por um hífen, por exemplo, 1-4. Quando não sequenciais, devem ser separados por uma vírgula, por exemplo, 1-2,4.

**Figuras:** Tabelas, Quadros e Figuras, no máximo cinco, devem ser obrigatoriamente inseridas no corpo do texto, sem informações repetidas e com títulos informativos e claros. As Tabelas devem conter em seus títulos local, estado, país e ano da coleta de dados. (deve ser anexadas em arquivos separados na submissão como indicado na plataforma)

Gráficos, fluxogramas e similares devem ser editáveis, em formato vetorial. As fotos, imagens e outros devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis. Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte apropriada.

**Agradecimentos:** se for o caso, deve ser colocado antes das referências.

*As informações podem ser verificadas no link:*

<https://www.scielo.br/journal/fp/about/#instructions>