



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MEDICINA**

**JULIANA PEDRAL SAMPAIO DE SOUZA DANTAS**

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM PACIENTES  
COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU (NIC III) E CÂNCER DE  
COLO DE ÚTERO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SALVADOR - BA**

**2023**

**JULIANA PEDRAL SAMPAIO DE SOUZA DANTAS**

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM PACIENTES  
COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU (NIC III) E CÂNCER DE  
COLO DE ÚTERO**

Anteprojeto de pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no componente Introdução à Metodologia da Pesquisa (IMP).

Orientadora: Glicia Estevam De Abreu

**SALVADOR**

**2023**

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, o câncer de colo do útero (CCU) é o terceiro mais incidente entre as mulheres, com exceção dos tumores de pele não melanoma. Evidências têm demonstrado que as mulheres que se submetem ao tratamento do CCU apresentam algum nível de disfunção do trato urinário inferior (STUI). A avaliação da presença de STUI dessas pacientes ou com neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC III), sejam elas tratadas (cirurgia, radioterapia externa, braquiterapia e/ou quimioterapia) ou não, ainda é pouco descrita na literatura. Além disso, outros fatores podem estar associados à essa prevalência - idade, multiparidade e tipos de partos – (cesárea ou vaginal) prévios. A avaliação permite ainda entender o impacto dos sintomas no cotidiano dessas mulheres. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de STUI em pacientes com NIC III e CCU, atendidas em centro oncológico de referência. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal e analítico, com coleta de dados utilizando o *Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB). Voltada para a análise da frequência de STUI em mulheres com NIC III e CCU, bem como para o impacto no cotidiano dessas pacientes. **Resultados:** Nesse estudo foram incluídos um total de 119 pacientes, com diagnóstico de NIC III (74 - 61,3%) ou CCU (45 - 38,7%) atendidas no CICAN, submetidas ou não a tratamento. As mulheres com CCU eram mais velhas, quando comparadas às mulheres com NIC III [48 (IIQ 36,5-61) x 41,5 (IIQ 31,75-53),  $p = 0,013$ ]. Em relação ao tratamento, a maioria das pacientes com NIC III (73 – 98,6%) foi submetida à *Loop Electrosurgeons Excision Pocedure* (LEEP). Por outro lado, das 45 pacientes com CCU, a maioria (29 – 64,4%) já havia sido submetida a tratamento multimodal e 11 (24,4%) pacientes ainda aguardavam tratamento. Dentre os STUI, a noctúria foi o que apresentou maior prevalência, em ambos os diagnósticos avaliados (NIC III ou CCU). Foi observado que mulheres com CCU apresentaram mais noctúria ( $p = 0,003$ ), “noctúria verdadeira” (0,001) e polaciúria ( $p = 0,002$ ) do que as mulheres sem lesão invasiva (NIC III). Por outro lado, não houve associação entre tais diagnósticos e a presença de incontinência urinária ( $p = 0,069$ ) e urgência miccional ( $p = 0,161$ ). Houve associação entre UI e idade mais avançada [52,5 (IIQ 42 – 61,5) X 41 (IIQ 32-53,5),  $p = 0,002$ ]. Nenhum outro STUI demonstrou associação com essa variável. Houve também associação entre número de partos e IU ( $p = 0,002$ ), assim como urgência miccional ( $p = 0,000$ ) e “noctúria verdadeira” ( $p = 0,001$ ). Apenas urgência miccional apresenta associação com o tipo de parto ( $p = 0,010$ ). Em relação ao impacto dos STUI no cotidiano das pacientes, independente do diagnóstico apresentado, observou-se elevado comprometimento daquelas com incontinência urinária e “noctúria verdadeira” (escore  $> 7$ ) e escores menos expressivos ( $< 7$ ) nos outros sintomas. **Conclusão:** Dessa forma, pode-se constatar que a noctúria foi o STUI mais frequente dentre os que foram avaliados, tanto em mulheres com diagnóstico de NIC III, quanto CCU. Ademais, quando determinada “noctúria verdadeira”, ou seja, micção ocorrendo acima de 2x/noite, este sintoma continuou sendo o mais prevalente. Além disso, foi visto que não houve associação entre o diagnóstico e presença de sintomas de IU e UM, porém os outros sintomas demonstraram ser mais prevalentes em pacientes com CCU. Em relação à idade avançada, apenas IU apresentou associação. Por outro lado, somente UM representou significância quanto ao tipo de parto. Em relação à multiparidade, foi visto que IU, UM e “noctúria verdadeira” apresentam relação quanto maior a quantidade de gestações. Por fim, os STUI demonstraram impacto relevante no cotidiano das mulheres, independente do diagnóstico de NIC III ou CCU, devendo esses serem melhor explorados, definindo condutas para minimizar o comprometimento desses sintomas sobre o cotidiano das mulheres.

**Palavras-chave:** Câncer do Colo do Útero. Sintomas do Trato Urinário Inferior. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Brazil, cervical cancer (CCU) ranks as the third most common cancer among women, excluding non-melanoma skin tumors. Evidence has shown that women undergoing treatment for CCU often experience some degree of lower urinary tract dysfunction (LUTD). The assessment of LUTD in these patients, whether they have neoplasia intraepithelial of high grade (NIC III) or CCU, whether they have received treatment (surgery, radiotherapy, brachytherapy, and/or chemotherapy) or not, remains relatively underexplored in the literature. Additionally, other factors, such as age, multiparity, and previous modes of childbirth (cesarean or vaginal), may be associated with this prevalence. The assessment also enables an understanding of the impact of these symptoms on the daily lives of these women. **Objective:** To assess the prevalence of LUTD in patients with NIC III and CCU attending a reference oncology center. **Methodology:** An observational, cross-sectional, and analytical study, with data collection using the Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB). The study aimed to analyze the frequency of lower urinary tract symptoms in women with CIN3 and UCC, as well as the impact of this condition on the daily lives of patients. **Results:** A total of 119 patients were included in this study, diagnosed with NIC III (74 - 61.3%) or CCU (45 - 38.7%), whether they had received treatment or not. Women with CCU were older compared to those with NIC III [48 (IQR 36.5-61) vs. 41.5 (IQR 31.75-53),  $p = 0.013$ ]. Regarding treatment, the majority of NIC III patients (73 - 98.6%) underwent a Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP). In contrast, among the 45 CCU patients, most (29 - 64.4%) had already undergone multimodal treatment, while 11 (24.4%) were still awaiting treatment. Nocturia was the most prevalent LUTD symptom in both diagnoses evaluated (NIC III and CCU). It was observed that women with CCU had more nocturia ( $p = 0.003$ ), "true nocturia" ( $p = 0.001$ ), and polyuria ( $p = 0.002$ ) compared to women without invasive lesions (NIC III). However, there was no association between these diagnoses and the presence of urinary incontinence ( $p = 0.069$ ) and urinary urgency ( $p = 0.161$ ). There was an association between urinary incontinence and older age [52.5 (IQR 42-61.5) vs. 41 (IQR 32-53.5),  $p = 0.002$ ]. No other LUTD showed an association with this variable. There was also an association between the number of childbirths and urinary incontinence ( $p = 0.002$ ), as well as urinary urgency ( $p = 0.000$ ) and "true nocturia" ( $p = 0.001$ ). Only urinary urgency was associated with the mode of childbirth ( $p = 0.010$ ). Regarding the impact of LUTD on the daily lives of patients, regardless of the presented diagnosis, significant impairment was observed in those with urinary incontinence and "true nocturia" (score  $> 7$ ), while other symptoms had less pronounced scores ( $< 7$ ). **Conclusion:** Nocturia was the most common LUTD among those evaluated, in both women diagnosed with NIC III and CCU. Furthermore, "true nocturia" (from twice per night) remained the most prevalent. It was observed that there was no association between the diagnosis and the presence of incontinence urinary (IU) or urgency urinary (UU) symptoms. However, other symptoms were found to be more prevalent in patients with cervical cancer. Only IU showed an association with advanced age. Conversely, only UU showed significance in terms of the type of delivery. Regarding multiparity, it was observed that UI, UU, and "true nocturia" were related to an increased number of pregnancies. Ultimately, lower urinary tract symptoms (LUTS) demonstrated a significant impact on the daily lives of women, irrespective of the diagnosis of NIC III or CCU, and these should be further explored to establish approaches for minimizing the impact of these symptoms on women's daily lives.

**Keywords:** Cervical Cancer. Lower urinary tract symptoms. Quality of Life.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
2.1	Objetivo Geral	8
2.2	Objetivos Específicos	8
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>9</b>
3.1	Câncer do Colo do Útero	9
3.1.1	Epidemiologia do câncer de colo do útero:	9
3.1.2	Rastreamento e prevenção	9
3.1.3	Relação do estadiamento com tratamento	10
3.1.4	Tratamento – LEEP, cirurgia (histerectomia), radioterapia externa, braquiterapia e quimioterapia e efeitos adversos	12
3.2	Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) – prevalências, aspectos fisiopatológicos, instrumentos de avaliação diagnóstica e impacto na qualidade de vida	14
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>17</b>
4.1	Desenho do estudo	17
4.2	Público-alvo e Local da Pesquisa	17
4.3	Tamanho Amostral	17
4.3.1	CrITÉRIOS de Inclusão	17
4.3.2	CrITÉRIOS de Exclusão	17
4.4	Instrumento de coleta de dados	17
4.5	Análise estatística	18
4.6	Aspectos éticos	20
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>40</b>
	<b>Apêndice A – Questionário de Autorrelato</b>	<b>46</b>
	<b>Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>48</b>
	<b>Anexo A - Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB)</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, o câncer de colo do útero (CCU) é o quarto tipo de neoplasia maligna mais incidente entre a população feminina, sendo considerado o quarto no índice de mortalidade<sup>1</sup>. Já no Brasil, o câncer de colo do útero é o terceiro mais incidente entre as mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama e colorretal, com exceção dos tumores de pele não melanoma<sup>2</sup>. Ademais, assim como no panorama mundial, esse tipo está na quarta colocação em relação à mortalidade,<sup>1</sup> sendo, portanto, uma grande causa de morte no país e no mundo.

Em contraste à realidade do Brasil, os países desenvolvidos demonstraram uma redução na incidência do câncer devido a mudanças de estilo de vida, implementação de programas de rastreamento e tratamentos. Os países em desenvolvimento ainda apresentam uma tendência de aumento de novos casos, bem como de mortalidade pelo câncer. Dados do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimam 17.010 novos casos para o ano de 2023<sup>2</sup> e 4,60 óbitos/100 mil mulheres por câncer de colo de útero, em 2020<sup>3</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, existe a possibilidade de reduzir aproximadamente 60-90% da incidência do câncer cervical invasivo, caso seja realizada o rastreio de pelo menos 80% da população-alvo, associado ao diagnóstico e tratamento quando forem observadas alterações<sup>4</sup>. Afinal, o rastreamento possibilita a identificação de lesões precursoras, as quais possuem cerca de 30% de chance de progredir para câncer de colo do útero ao não receber o tratamento adequado<sup>4</sup>.

Alguns fatores de risco avaliados são a presença de múltiplos parceiros, coitarca precoce, ausência de método de barreira, múltiplas gestações associadas à Clamídia e imunossupressão com HIV (o qual se relaciona a um maior risco de infecção pelo HPV)<sup>5</sup>. Sabe-se que a maioria dos casos de câncer do colo uterino se relaciona com a infecção pelos subtipos oncogênicos do Papilomavirus Humano (HPV), sendo que os subtipos HPV-16 e HPV-18 representam cerca de 70% dos cânceres cervicais<sup>1</sup>. Assim, em casos persistentes de infecção pelo vírus, com ausência de tratamento adequado, poderão surgir algumas lesões cervicais precursoras, como lesão

intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma in situ, podendo posteriormente evoluir para o câncer cervical invasivo <sup>1</sup>.

Nesse sentido, a escolha de tratamento para o câncer será determinada de acordo com o estadiamento da neoplasia<sup>3</sup>, do tamanho do tumor e dos aspectos pessoais, como faixa etária e desejo de preservação da fertilidade da paciente. No geral, os tratamentos mais comuns incluem a cirurgia (como a conização ou traquelectomia radical com linfadenectomia) e a radioterapia, podendo estar associada à quimioterapia<sup>4</sup>.

No entanto, evidências têm demonstrado que as mulheres que se submetem ao tratamento do CCU apresentam algum nível de disfunção do trato urinário inferior. De acordo com a definição da *International Continence Society (ICS)*, os músculos do assoalho pélvico (MAP) englobam a camada muscular que desempenham um papel importante na sustentação dos órgãos pélvicos, no controle da micção e da defecação, na estabilidade da pelve e na função sexual. Dessa forma, as estruturas do assoalho pélvico feminino operam de maneira integrada, destacando a relevância da correlação entre a anatomia e funcionalidade<sup>6</sup>.

Assim, acredita-se que a contribuição de fatores, tais como cirurgias pélvicas extensas e radioterapia, podem resultar em danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos MAP, o que pode levar a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, anorretal e genital, além de interferir na qualidade de vida sexual <sup>6</sup>.

Diante disso, para melhor avaliar as funções intrínsecas ao assoalho pélvico, alguns questionários de eficácia são utilizados para auxiliar a avaliação secundária dessas pacientes. O *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Overactive Bladder (ICIQ-OAB)* foi validado como ferramenta diagnóstica para análise de bexiga hiperativa, principalmente por associar a disfunção a modificações na qualidade de vida<sup>8-10</sup>.

Embora existam questionários e escalas para avaliação da função do assoalho pélvico feminino, a avaliação da presença de STUI em pacientes com neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC III) ou CCU, tratadas – através da cirurgia, radioterapia externa, braquiterapia e/ou quimioterapia - ou não, ainda é pouco descrita na literatura. Além disso, cabe a avaliação de outros fatores que possam estar associados, como idade, multiparidade e tipos de partos realizados anteriormente. A fim de avaliar e monitorar as ações de controle da doença, bem como compreender os fatores que influenciam nessa prevalência, fica evidente a necessidade de maior enfoque nessa questão. Ademais, o melhor conhecimento dessas disfunções auxiliará no direcionamento dessas pacientes no pós-tratamento, quando os sintomas poderão ser intensificados. Desse modo, esse estudo tem como objetivo analisar a prevalência de sintomas do trato urinário inferior em pacientes com diagnóstico de carcinoma in situ ou câncer de colo do útero, em Centro de Referência de Oncologia em Salvador, Bahia (CICAN), bem como analisar as repercussões no cotidiano dessas mulheres.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a prevalência de sintomas do trato urinário inferior (STUI) em pacientes com Neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC III) e CCU, atendidas em centro oncológico de referência.

### **2.2 Objetivos Específicos**

2.2.1 Descrever os principais STUI em mulheres com NIC III e CCU;

2.2.2 Avaliar os fatores associados a presença de STUI em pacientes com NIC III e CCU: idade, multiparidade, tipo de parto (cesárea ou vaginal), tratamento prévio ou atual (radioterapia, quimioterapia, cirurgia ou LEEP).

2.2.3 Descrever o tipo de tratamento para CCU e NIC III nas pacientes que apresentaram STUI;

2.2.4 Avaliar a associação entre o tipo de tratamento e os STUI em pacientes com CCU.

2.2.5. Avaliar o impacto no cotidiano associado à presença STUI em mulheres com NIC III e CCU, através do *Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB)*

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Câncer do Colo do Útero**

##### **3.1.1 Epidemiologia do câncer de colo do útero:**

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas para o ano 2022 eram de 16.710 novos casos de câncer de colo do útero no Brasil, representando um risco de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres<sup>4</sup>. Além disso, segundo análise por regiões, foi observado que a região Norte possui a maior incidência (26,24/100 mil), seguida das regiões Nordeste (16,10/ 100 mil), Centro-Oeste (12,35/ 100 mil), Sul (12,60/ 100 mil) e Sudeste (8,61/100 mil)<sup>2</sup>.

Além disso, foi observado que existe uma relação entre o índice de desenvolvimento de cada país com a prevalência de câncer uterino, na qual países mais desenvolvidos apresentam uma relação inversa à quantidade de casos da doença, bem como de mortalidade<sup>8</sup>. Nas últimas décadas as taxas de incidência têm reduzido ou estabilizado em algumas regiões que apresentam alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e muito se deve ao sucesso da aplicação de programas de rastreamento do câncer<sup>8</sup>, evidenciando a importância da detecção precoce para solução dos casos.

##### **3.1.2 Rastreamento e prevenção**

Nesse contexto, segundo a OMS existe a possibilidade de reduzir aproximadamente 60-90% da incidência do câncer cervical invasivo, caso seja realizada o rastreamento de pelo menos 80% da população-alvo, associado ao diagnóstico e tratamento quando forem observadas alterações<sup>4</sup>. Afinal, o rastreamento possibilita a identificação de lesões precursoras, as quais possuem cerca de 30% de chance de progredir para câncer de colo do útero ao não receber o tratamento adequado<sup>4</sup>. Ademais, a identificação precoce antecipa o diagnóstico e permite o tratamento em estágios menos avançados, favorecendo o prognóstico de cura<sup>4</sup>.

Vale salientar que o exame citopatológico é o atual método utilizado para rastreamento no Brasil, devendo ser realizado pela população feminina, na faixa dos 25 aos 64 anos (faixa etária de ocorrência das lesões de alto grau) e que já iniciaram a atividade sexual<sup>4</sup>. A recomendação da OMS e das diretrizes da maioria dos países que possuem programas para detecção precoce é de que se realize tal exame com periodicidade de três anos, após obtenção de dois resultados normais consecutivos, no intervalo de um ano<sup>4</sup>.

Além disso, sabe-se que a maioria dos casos de câncer do colo uterino se relaciona com a infecção pelo Papilomavirus Humano (HPV)<sup>1</sup>. Apesar da existência de uma variedade de tipos de HPV, os tipos oncogênicos mais comuns incluem os 16, 18, 31 e 45, sendo os dois primeiros responsáveis pela maior prevalência de casos da neoplasia<sup>1,8</sup>. Dessa forma, a vacinação contra o HPV configura um dos grandes contribuintes para prevenção primária do câncer cervical, uma vez que protege contra os principais tipos de vírus oncogênicos<sup>1</sup>. Vale ressaltar que, essa vacina quadrivalente está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) para meninos e meninas pré-adolescentes e foi implementada no Programa Nacional de Imunização no Brasil, em 2014<sup>1,4</sup>.

### **3.1.3 Relação do estadiamento com tratamento**

Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO) o câncer de colo do útero pode ser subdividido em quatro grupos ou estágios. No estágio I o tumor está limitado ao cérvix, no II ocorre invasão além do útero, sem atingir a parede pélvica e terço inferior da vagina. Em contrapartida, no estágio III, já ocorre esse acometimento pélvico e da região vaginal. Por fim, o estágio IV caracteriza-se pelo acometimento de outros órgãos da pelve ou ainda de metástase distante<sup>11</sup>.

**Figura 1** – Estadiamento de CCU segundo a IFGO

Stage	Description
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm <sup>a</sup>
IA1	Measured stromal invasion <3 mm in depth
IA2	Measured stromal invasion ≥3 mm and <5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma with measured deepest invasion ≥5 mm (greater than Stage IA), lesion limited to the cervix uteri <sup>b</sup>
IB1	Invasive carcinoma ≥5 mm depth of stromal invasion, and <2 cm in greatest dimension
IB2	Invasive carcinoma ≥2 cm and <4 cm in greatest dimension
IB3	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension
II	The carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement
IIA1	Invasive carcinoma <4 cm in greatest dimension
IIA2	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall
III	The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes <sup>c</sup>
IIIA	The carcinoma involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney (unless known to be due to another cause)
IIIC	Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent (with r and p notations) <sup>c</sup>
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Para-aortic lymph node metastasis
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. (A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to Stage IV)
IVA	Spread to adjacent pelvic organs
IVB	Spread to distant organs

Fonte: Retirado de Neerja BN, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan, R, et al: Cancer of the cervix uteri. International Journal of Gynecology and Obstetrics 143 (S2):22–36, 2018. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12611><sup>12</sup>

Assim, o tratamento do câncer do colo do útero dependerá do estadiamento do tumor, podendo ser realizado a partir de radioterapia, quimioterapia ou cirurgia<sup>11</sup>. Nesse sentido, nos estágios menos avançados, nos quais a chance de cura é mais alta, é preferível utilizar uma menor variedade de tratamentos. Foi observado que a utilização de diferentes métodos de tratamento pode aumentar significativamente o risco de efeitos colaterais e de complicações associadas<sup>11,13,14</sup>, como linfedema, disfunção sexual, alterações no ritmo urinário, diarreia, constipação e obstrução intestinal<sup>11</sup>.

No entanto, em estágios mais avançados pode ser indicada a utilização de terapias associadas, como a radioterapia adjuvante e quimioterapia após cirurgia radical, uma vez que existiria chance de recorrência e progressão do tumor<sup>11</sup>. Dessa forma, é essencial avaliar os riscos e

benefícios para cada paciente na escolha do tratamento ideal, buscando o melhor equilíbrio entre as chances de cura, recorrência da doença e de efeitos adversos.

### **3.1.4 Tratamento – LEEP, cirurgia (histerectomia), radioterapia externa, braquiterapia e quimioterapia e efeitos adversos**

Em relação à lesão de alto grau (NIC III), existem duas técnicas de tratamento cirúrgico por conização: a Cirurgia de Alta Frequência (CAF), também chamada de *Loop electrosurgical excision procedure* (LEEP), e a técnica de Conização Clássica. Na cirurgia de alta frequência, é realizada uma cauterização sob anestesia local, com retirada da margem ectocervical e margem endocervical do colo uterino. A cirurgia de conização clássica é realizada sob anestesia geral, associada com a anestesia local <sup>15</sup>.

Na maioria das vezes, a cirurgia é o tratamento de escolha em estágios iniciais (I-IIA) do CCU. Dependendo da extensão da lesão, poderá ser realizada uma histerectomia total (remoção do útero e colo do útero) ou radical (além do útero e colo, é removido parte da vagina e tecidos circundantes). Embora a ressecção radical do colo uterino apresente bons resultados em termos de prognóstico da doença, ela pode acarretar alguns danos como: perda de fertilidade, disfunção da bexiga, distúrbios da motilidade colorretal, linfedema e disfunção sexual <sup>16-21</sup>. A etiologia de tais complicações pós-operatórias podem ser relacionadas à possíveis danos nos nervos autônomos durante procedimento. Os nervos autônomos são essenciais para uma função fisiológica normal e o controle neurogênico dos órgãos pélvicos <sup>19-21</sup>. Evidências da prática cirúrgica mostram que um menor grau de lesão desses nervos durante a cirurgia reduz a incidência de morbidade <sup>19,21</sup>.

Além disso, estudos mostram que a ressecção radical do colo uterino pode levar a disfunção urinária pós-operatória, como retenção urinária, esforço para urinar ou incapacidade de urinar, e, em menor grau, incontinência de urgência e de esforço. A constipação severa também foi descrita em 5-10% dos casos <sup>21-23</sup>.

O tratamento radioterápico da pelve configura um importante método de tratamento para o câncer de colo do útero, bem como de outros cânceres como o de próstata e colorretal<sup>13,14,24</sup>. Porém, alguns fatores como a dose utilizada podem acarretar danos aos tecidos adjacentes<sup>24</sup>. No geral, tratamentos com doses abaixo de 45 Gy causam poucos efeitos colaterais, entre 45 e 70 Gy (dose utilizada em muitos tratamentos) geram mais efeitos de baixa intensidade e doses acima de 70 Gy são responsáveis por danos significativos aos tecidos e órgão vizinhos à região acometida pelo tumor<sup>24,25</sup>. Ademais, o tipo de método utilizado na radioterapia também estabelece alterações no curso de efeitos adversos<sup>24</sup>. Um estudo realizado por Lesperance et al. demonstrou que a braquiterapia representava menor risco de complicações agudas e crônicas quando comparadas à radioterapia por feixes externos, sendo expressa em 6% de risco para aguda e 2% para crônica, na braquiterapia, enquanto na radioterapia externa os valores eram de 43% e 21% respectivamente<sup>24</sup>.

Vale salientar que, os efeitos colaterais decorrentes do tratamento radioterápico são fatores determinantes na qualidade de vida das pacientes à longo prazo. O câncer de colo do útero em estágio I é curável em 85-90% dos casos tratados<sup>26</sup>. No entanto, as pacientes com esse tipo de câncer são as que apresentam os piores escores de qualidade de vida quando comparadas à população em geral e àquelas que sobreviveram a outro tipo de câncer ginecológico<sup>27</sup>, o que torna essencial a prevenção dessas complicações<sup>28</sup>.

Dentre as complicações ocasionadas pela radioterapia, a retite se configura como a mais frequente<sup>13,25,29</sup>. A prevalência de retite crônica após radioterapia pélvica é incerta. Já foi estabelecido valores acima de 47% após tratamento radioterápico para câncer de colo do útero, bem como taxas menores entre 5-20%<sup>28</sup>. Outros efeitos incluem aqueles relacionados ao trato geniturinário como a incontinência urinária. Essa está associada à disfunção sexual, isolamento social, comprometimento do trabalho, depressão e ansiedade<sup>16,30,31</sup>. Além disso, podem ocorrer outras complicações urológicas incluindo disúria, hematúria, estenose, diminuição da complacência vesical, fístula vesicovaginal ou ureterovaginal e cistite hemorrágica<sup>15,19,31</sup>.

Já a quimioterapia, atualmente, é utilizada em pacientes com câncer cervical como um acréscimo aos tratamentos locorregionais definitivos (cirurgia ou radioterapia) para melhorar seu resultado, bem como terapia paliativa para pacientes com doença recorrente ou metastática<sup>33</sup>.

### **3.2 Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) – prevalências, aspectos fisiopatológicos, instrumentos de avaliação diagnóstica e impacto na qualidade de vida**

Os STUI são apresentados por indivíduos com patologias que afetam o trato urinário inferior, incluindo fraqueza esfinteriana, distúrbios sensoriais na bexiga e hiperatividade do músculo detrusor - contrações involuntárias do músculo que são mediadas pela estimulação da acetilcolina nos receptores muscarínicos da bexiga<sup>34,35</sup>. Assim, os sintomas da Bexiga Hiperativa (OAB - Overactive Bladder), envolvem a polaciúria, noctúria, urgência miccional e incontinência urinária. Vale ressaltar que a Bexiga Hiperativa não é sinônimo de hiperatividade do detrusor, uma vez que o primeiro é um diagnóstico baseado em sintomas, enquanto o último é um diagnóstico urodinâmico<sup>35</sup>.

Estima-se que 64% dos pacientes com Bexiga Hiperativa apresentem hiperatividade do detrusor comprovada urodinamicamente, e 83% dos pacientes com hiperatividade do detrusor apresentem sintomas sugestivos de Bexiga Hiperativa<sup>36</sup>. Quanto a prevalência de tais sintomas, a avaliação tem sido realizada frequentemente em homens usando o IPSS (Índice Internacional de Sintomas da Próstata). Porém, como é um instrumento específico para esse gênero, a prevalência dos STUI em mulheres tem sido menos explorada<sup>37</sup>.

No entanto, existem alguns sistemas validados para avaliar a gravidade da urgência miccional - sensação súbita e intensa de necessidade de urinar que pode ser de difícil controle, mesmo que a bexiga não esteja completamente cheia. Tal aspecto é importante, pois a urgência é geralmente considerada o sintoma principal da Bexiga Hiperativa (OAB) e desempenha um papel importante no desenvolvimento de frequência urinária diurna, noctúria e incontinência de urgência. Assim, dentre os sistemas, destacam-se o *Patient Perception of Intensity of Urgency*

*Score, Urgency Perception Score e Indevus Urgency Severity Scale* <sup>37</sup>. Na prática clínica essas ferramentas podem ser utilizadas em conjunto com gráficos de frequência e volume urinário, ajudando a quantificar a intensidade da sensação de urgência. Dessa forma, desempenham um papel crucial ao permitir que os profissionais de saúde avaliem e tratem pacientes com esse sintoma <sup>35</sup>.

Em uma revisão de estudos populacionais de vários países, a prevalência da incontinência urinária variou de 5% a 70%, sendo que a maioria dos estudos relatou uma prevalência de qualquer tipo de incontinência urinária na faixa de 25% a 45% <sup>20</sup>. A incontinência urinária de esforço ocorre quando há escape de urina em resposta ao aumento da pressão intra-abdominal, sem a ativação do músculo detrusor. Essa condição pode ser causada por deficiências na uretra, perda de suporte uretral ou ambos. Por outro lado, a incontinência urinária de urgência é caracterizada pela perda involuntária de urina em resposta à ativação do músculo detrusor, sendo um sintoma da bexiga hiperativa (OAB - Overactive Bladder). Já a incontinência urinária mista (IUM) é definida quando ambos os tipos, incontinência urinária de esforço (IUE) e incontinência urinária de urgência (IUU), coexistem <sup>38</sup>. Vale salientar que, em geral, estudos indicam que a IUM tem um impacto mais significativo na função sexual em comparação com os casos isolados de SUI ou UIU <sup>39</sup>. Ademais, vários estudos têm procurado determinar a proporção de mulheres que sofrem dos diferentes tipos de perda de urina. Na literatura, é observado que a incontinência urinária de esforço predomina entre as mulheres mais jovens, enquanto o número de mulheres com incontinência de urgência e incontinência mista aumenta com a idade <sup>20</sup>.

A noctúria, conforme definida pelo Subcomitê da Sociedade Internacional de Continência, é quando um indivíduo precisa acordar durante o sono para urinar <sup>40,41</sup>. Essa condição pode surgir devido a distúrbios primários do sono, à produção excessiva de urina durante a noite (poliúria noturna) e/ou a condições que resultam em volumes urinários reduzidos, tais como hiperplasia prostática benigna e hiperatividade do músculo detrusor <sup>42</sup>. Um único episódio de noctúria geralmente não está ligado a algo patológico havendo, habitualmente, o comprometimento da qualidade de vida quando esse sintoma urinário ocorre na frequência de  $\geq 2$  vezes/noite <sup>42</sup>. Essa condição está entre os sintomas do trato urinário inferior mais incômodos e é uma causa comum



de interrupção do sono na população adulta em geral. Além disso, a noctúria pode levar a consequências adversas, como quedas durante a noite e uma percepção negativa da saúde <sup>42</sup>.

A polaciúria refere-se a um aumento anormal na frequência urinária, ou seja, uma pessoa urina com mais frequência do que o considerado normal para sua idade e condição. Esse sintoma pode se manifestar como a necessidade de urinar várias vezes ao dia e, em alguns casos, também durante a noite (noctúria). A polaciúria pode ser um sintoma de várias condições, incluindo bexiga hiperativa, infecções urinárias, diabetes, entre outras. Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento da polaciúria dependerão da causa subjacente <sup>35,40</sup>. Além disso, diversos estudos demonstram a relação diretamente proporcional entre a prevalência de STUI e variáveis como idade e número de gestações<sup>43</sup>. Ademais, diversas pesquisas fisiológicas destacaram o impacto do parto vaginal no assoalho pélvico, incluindo redução do suporte dos órgãos pélvicos, lesões no músculo levantador do ânus e alterações na função do nervo pudendo<sup>44</sup>. No entanto, quanto ao tipo de parto, permanece incerto se a realização de uma cesariana eletiva tem influência clinicamente importante e causal na ocorrência de incontinência urinária pós-parto. Alguns estudos demonstraram uma redução estatisticamente e, por vezes, clinicamente significativa em qualquer grau de incontinência urinária de esforço após cesariana. Porém, segundo Press, J.Z, 2007, a ocorrência de sintomas graves foi equivalente independentemente do modo de parto <sup>44</sup>.

É crucial destacar que, independentemente da maneira como os pesquisadores definem os sintomas do trato urinário inferior, esses sintomas têm um impacto substancial na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes, sendo considerados "incômodos" por homens e mulheres que os experimentam <sup>20,26,45</sup>. No entanto, a falta de uma definição consistente para o termo "incômodo" e a variedade de ferramentas e métodos de pontuação utilizados para avaliar esse conceito tornam desafiador comparar as taxas de incômodo em diferentes amostras. Portanto, é necessária uma avaliação da frequência dos sintomas individuais do trato urinário inferior e das classificações de "incômodo" correspondentes. <sup>45</sup>

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal e analítico com aplicação de questionários voltados para a análise dos STUI em pacientes com diagnóstico de NIC III e CCU.

### **4.2 Público-alvo e Local da Pesquisa**

O público-alvo desse estudo são mulheres com diagnóstico de NIC III ou CCU. A coleta de dados foi realizada no Centro Estadual de Oncologia (CICAN). Unidade de saúde que promove atendimento especializado para pacientes com diagnóstico oncológicos em Salvador, Bahia.

### **4.3 Tamanho Amostral**

Trata-se de uma amostra de conveniência composta por mulheres com diagnóstico de NIC III e CCU atendidas em centro oncológico de referência, unidade pertencente ao Sistema único de Saúde (SUS).

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

Pacientes com diagnóstico de NIC III e CCU, maiores de 18 anos, atendidas no CICAN, tratadas ou não, dispostas a participar da pesquisa e que concordarem com o Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido (TCLE).

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão**

Pacientes com alterações neurológicas e/ou anatômicas do trato urinário. Pacientes que responderam de forma incompleta todos os questionários aplicados e analfabetas funcionais.

### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio da aplicação presencial de um questionário eletrônico (Google Forms) estruturado contendo questionários para avaliar os sintomas do trato urinário inferior. Assim, foi aplicado o questionário validado para avaliação STUI - (*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Overactive Bladder - ICIQ-OAB*) – Anexo A<sup>46</sup>.

Além dos questionários presentes na seção Anexo, foi aplicado às participantes, um questionário de autorrelato (Apêndice A), perguntando sobre características demográficas (idade), escolaridade, sintomas do trato urinário inferior, cirurgias prévias, uso de medicações (analgésicos, anti-hipertensivos, diuréticos, laxantes) parto, gestação, tipo de parto, tratamentos realizados, diagnóstico clínico e doenças crônicas diagnosticadas previamente.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório do CICAN em sala reservada, sendo as perguntas respondidas de modo individual e privado, não havendo interferência do pesquisador, o qual apenas forneceu auxílio no preenchimento do questionário quando solicitado pelo entrevistado, garantindo, com isso, sigilo e a segurança das informações. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O *link* do formulário foi enviado para os voluntários via mensagem ou e-mail (convite individual enviado por e-mail com apenas um remetente e um destinatário), imediatamente após a assinatura do TCLE.

A equipe de pesquisa não teve nenhum contato prévio com os entrevistados e nenhuma informação acerca do tema abordado na pesquisa foi dada previamente à aplicação do questionário. Os dados colhidos foram armazenados em HD externo do programa, sob responsabilidade do pesquisador principal após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Os participantes da pesquisa que estavam no ambulatório à espera de sua consulta médica previamente agendada (agendamento médico sem nenhum envolvimento com a pesquisa) foram convidados a participar do estudo sendo, portanto, uma demanda espontânea.

#### **4.5 Análise estatística**

As variáveis numéricas que representam a idade e os escores serão expressas como média e desvio padrão ou média e intervalo interquartil (IQR). As variáveis incluídas na análise serão: idade, número de partos, escolaridade, sintomas urinários (urgência, incontinência de urgência, polaciúria e noctúria) e questionário de Bexiga Hiperativa (ICIQ-OAB).

Os STUI (incontinência urinária, urgência miccional, noctúria, “noctúria verdadeira” e polaciúria) foram definidas como variáveis qualitativas, além dos dados sociodemográficos como, escolaridade, raça/etnia autoreferida (branca, parda, preta, amarela e indígena). A “noctúria verdadeira” foi considerada micção maior/igual à 2 vezes/noite. A idade (anos) e escore de qualidade de vida e o ICIQ-OAB foram definidas como variáveis quantitativas.

Para elaboração do banco de dados e análise descritiva será utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 22.0 for Windows. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. As variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e percentuais. As variáveis contínuas, com distribuição normal, foram expressas em média e desvio padrão e aquelas com distribuição não-normal, em mediana e intervalo interquartil. A normalidade das variáveis numéricas foi verificada através da estatística descritiva, análise gráfica e o teste de Kolmogorov Smirnov.

As associações entre idade e impacto no cotidiano, através do ICIQ-OAB, foram avaliadas através de correlação. Para avaliar as associações entre os sintomas urinários (urgência, incontinência, noctúria, “noctúria verdadeira” e polaciúria) será utilizada o teste T de Student ou Mann-Whitney, a depender da normalidade da variável quantitativa. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes. Para a descrição das variáveis contínuas foram utilizadas média, desvio padrão, para aquelas que apresentarem distribuição normal e mediana, intervalo interquartil para as variáveis com distribuição não normal. A estatística descritiva, análise gráfica e o teste de Kolmogorov-Smirnov foram utilizados para verificar a normalidade das variáveis numéricas.

Foram realizadas análises descritivas, utilizando tabelas com número absoluto (n) e frequência relativa (%) para apresentação das variáveis categóricas. Além disso, o teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para avaliar a associação entre variáveis categóricas, enquanto a associação entre variáveis numéricas, foi realizada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson ou Spearman. Por fim, foi considerado estatisticamente significativo quando valor de  $p < 0.05$ .

#### **4.6 Aspectos éticos**

O estudo foi conduzido de acordo com a resolução nº 466 de 12 de outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e resoluções complementares, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do SUS com CAEE nº 65595922.6.0000.5544. Os voluntários somente participaram da pesquisa após concordar com o TCLE. Esse termo foi disponibilizado em forma física, uma vez que a equipe de pesquisa estava disponível, em sala anexa, para esclarecer dúvidas no momento do preenchimento do questionário. O TCLE apresentou todas as informações necessárias para o adequado esclarecimento do participante, com as garantias e direitos previstos nas Resoluções do CNS.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 – Caracterização da amostra

Nesse estudo foram incluídos um total de 119 pacientes, com diagnóstico de NIC III ou CCU atendidas no CICAN, submetidas ou não a tratamento, apresentando uma mediana de idade de 43 (IIQ 34-56) anos. Foi observado que a maioria das mulheres (69 – 58,5%) se identificam como pardas. Já em relação à escolaridade, foi visto que a maioria das mulheres (67-57,8%) não completou o ensino médio, ou seja, fizeram fundamental completo, incompleto ou médio incompleto. Foi observado que a maioria das mulheres (103 - 88,8%) havia parido, com o número de partos apresentando mediana de 2 (IIQ 1-3,75). Em relação ao tipo de parto, das 103 mulheres, 93 (90,3%) foram submetidas a algum parto vaginal. Por sua vez, 10 (9,7%) pacientes haviam sido submetidas exclusivamente à parto cesáreo. (**Tabela 1**).

**Tabela 1:** Descrição da amostra – idade, etnia, escolaridade, parto prévio, número de partos e tipo de parto.

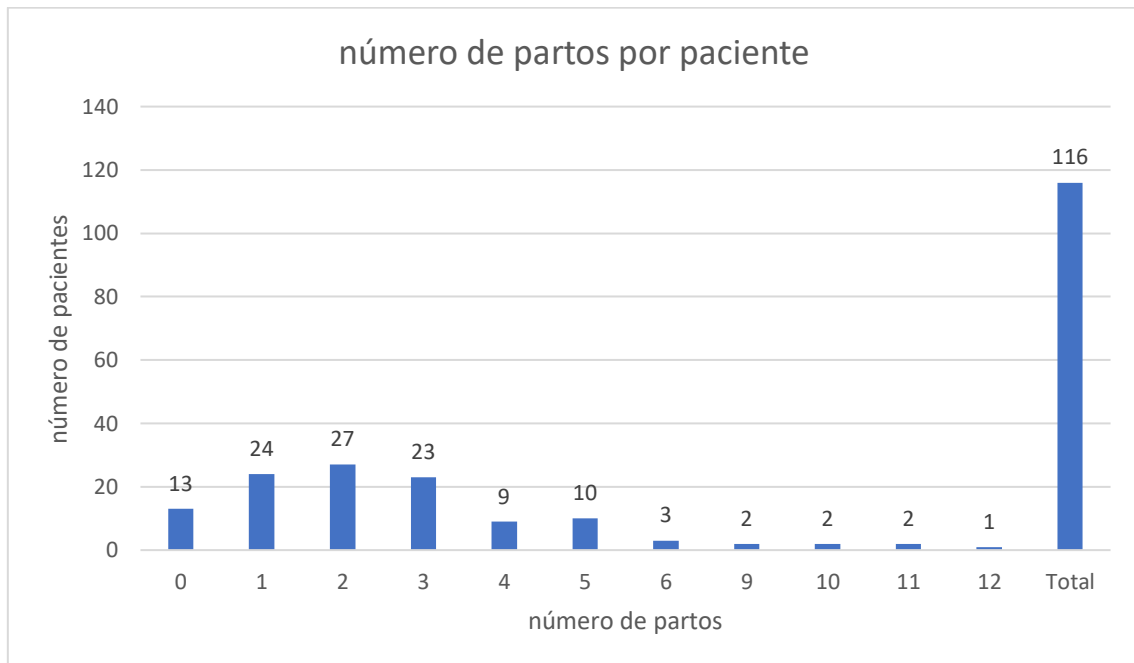
Variáveis	Pacientes N = 119
Idade (ME/IIQ)	43 (34-56)
Etnia n (%)	
Parda	69 (58,5)
Preta	37 (31,4)
Branca	10 (8,5)
Amarela	2 (1,7)
Escolaridade n (%)	
Fundamental incompleto	51 (44)
Fundamental completo	7 (6,0)
Médio incompleto	9 (7,8)
Médio completo	35 (30,2)
Superior incompleto	6 (5,2)
Superior completo	7 (6,0)
Pós-graduação	1 (0,9)
Parto prévio (vaginal e/ou cesárea) -n (%)	103 (88,8)
Número de partos (ME/IIQ)	2 (1-3,75)
Tipo de parto n (%)	
Algum parto vaginal	93 (90,3)
Cesáreo exclusivamente	10 (9,7)
Não Pariu	13 (11,2)

IIQ: intervalo interquartil; ME: mediana, N: número.

Fonte: próprio autor

Além disso, a maioria das pacientes (74 – 63,8%) tiveram de 1 a 3 partos, como pode ser observado no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Distribuição das pacientes quanto ao número de partos.



Fonte: Próprio autor

Quanto ao diagnóstico, foi observado 74 (61,3%) mulheres com NIC III e 45 (38,7%) com neoplasia maligna invasiva do colo do útero. O estadiamento das pacientes com CCU está demonstrado na **Tabela 2**.

**Tabela 2** – Estadiamento das pacientes com CCU segundo classificação da IFGO.

(Continua)

Variáveis	Pacientes N = 45
Estadiamento n (%)	
1B	5 (11,1)
2A	6 (13,3)

IFGO: *International Federation of Gynecology and Obstetrics* N: número; Fonte: Próprio autor

**Tabela 2** – Estadiamento das pacientes com CCU segundo classificação da IFGO.

(Continuação)

Variáveis	Pacientes N = 45
Estadiamento n (%)	
2B	10 (22,2)
3A	9 (20)
3B	6 (13,3)
3C	2 (4,4)
4A	4 (8,9)
Estadiamento não definido	3 (6,7)

IFGO: *International Federation of Gynecology and Obstetrics* N: número

Fonte: Próprio autor

Ademais, foi visto que as mulheres com CCU eram mais velhas, quando comparadas às mulheres com NIC III [48 (IIQ 36,5-61) x 41,5 (IIQ 31,75-53),  $p = 0,013$ ]. Foi visto que não houve associação entre o diagnóstico de NIC 3 e CCU com partos prévios ( $p = 0,572$ ), tipo de parto ( $p = 0,337$ ) e escolaridade ( $p = 0,284$ ). (**Tabela 3**)

**Tabela 3** – Associação entre NIC 3 e CCU com as variáveis idade, partos prévios, tipo de parto e escolaridade. (continua)

Variável	NIC 3 N = 73	CCU N = 45	P valor
Idade (ME/IIQ)	41,5 (31,75-53)	48 (36,5-61)	0,013*
Parto prévio n (%)			0,572**
Sim	63 (87,5)	40 (90,9)	
Não	9 (12,5)	4 (9,1)	
Tipo de parto n (%)			0,337**
Vaginal somente	46 (73)	26 (65)	
Cesárea somente	7 (11,1)	3 (7,5)	
Vaginal e cesárea	10 (15,9)	11 (27,5)	

STUI: sintomas do trato urinário inferior; \*Teste de Mann Whitney \*\*Teste Qui-Quadrado



**Tabela 3** – Associação entre NIC 3 e CCU com as variáveis idade, partos prévios, tipo de parto e escolaridade. (continuação)

Variável	NIC 3 N = 73	CCU N = 45	P valor
Escolaridade n (%)			0,284**
Não completou EM	40 (54,1)	27 (64,3)	
EM completo ou superior	34 (45,9)	15 (35,7)	

STUI: sintomas do trato urinário inferior; \*Teste de Mann Whitney \*\*Teste Qui-Quadrado

Fonte: próprio autor

Em relação ao tratamento, a maioria das pacientes com NIC III (73 – 98,6%) foi submetida à *Loop Electrosurgeons Excision Procedure* (LEEP). Por outro lado, das 45 pacientes com CCU, a maioria (29 – 64,4%) já havia sido submetida a tratamento multimodal e 11 (24,4%) pacientes ainda aguardavam tratamento. (**Tabela 4**)

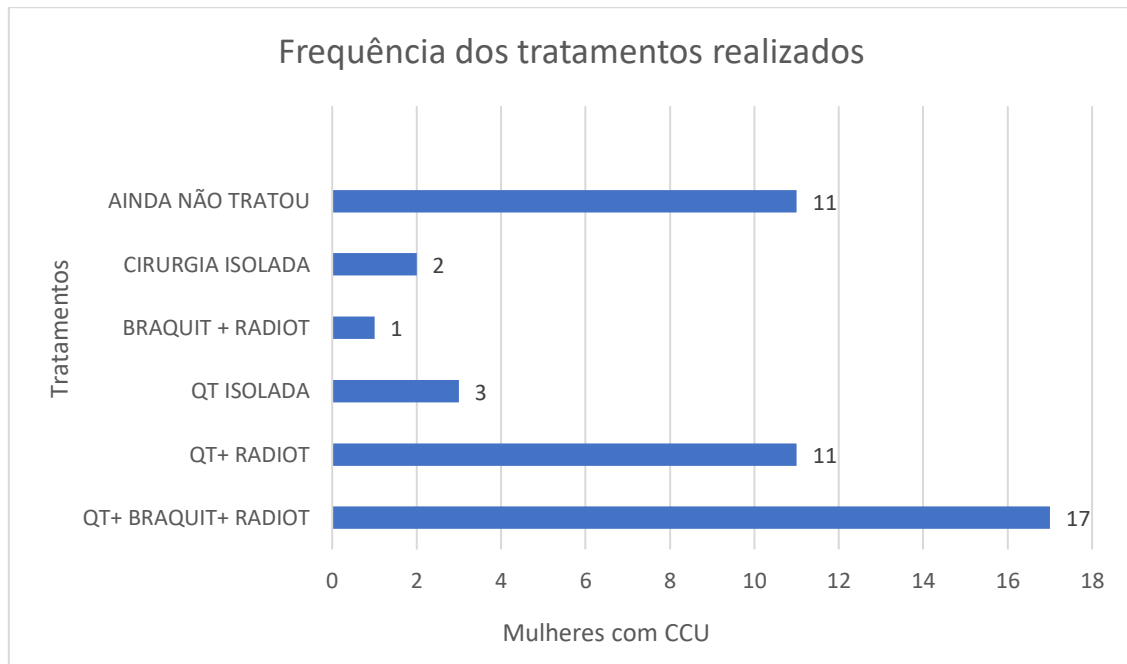
**Tabela 4** - Modalidade de tratamento realizado nas pacientes com CCU

Variável	Pacientes CCU
Tratamento	N = 45
	n (%)
Tratamento único (cirurgia/radioterapia/braquiterapia ou quimioterapia)	5 (11,1)
Multimodal	29 (64,4)
Nenhum tratamento	11 (24,4)

CCU: câncer de colo de útero; N: número

Fonte: próprio autor

Avaliando o tipo de tratamento realizado nas pacientes com CCU, apenas 2 (4,4%) pacientes foram submetidas exclusivamente à cirurgia, sendo a radioterapia associada à quimioterapia o tratamento mais frequentemente utilizado (28 – 62,2%). (**Gráfico 2**)

**Gráfico 2** - Frequência dos tratamentos realizados em pacientes com CCU

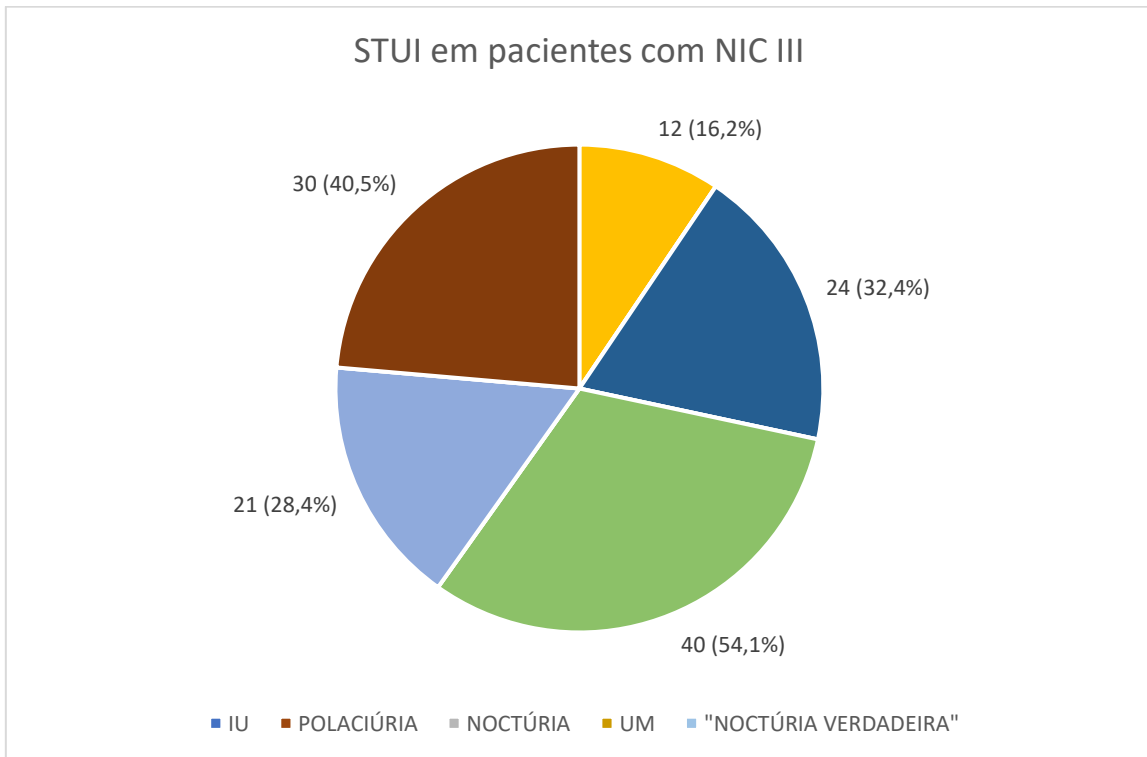
BRAQUIT = braquiterapia; RADIOT = radioterapia; QT = quimioterapia

Fonte: próprio autor

## 5.2 – Avaliação da presença de STUI em pacientes com NIC III e CCU

Com a utilização do ICIQ-OAB, foi possível verificar a presença de STUI em pacientes com NIC III e CCU. Sendo assim, das 74 pacientes com NIC III o sintoma mais frequente foi a noctúria, ocorrendo em 40 (54,1%) das mulheres. Por sua vez, ao determinar a noctúria como ‘verdadeira’, isto é, ocorrendo acima de 2x/noite, este sintoma continuou sendo o mais frequente, acometendo 30 (40,5%) das pacientes. (**Gráfico 3**)

### **Gráfico 3** – Distribuição dos STUI em pacientes com NIC III

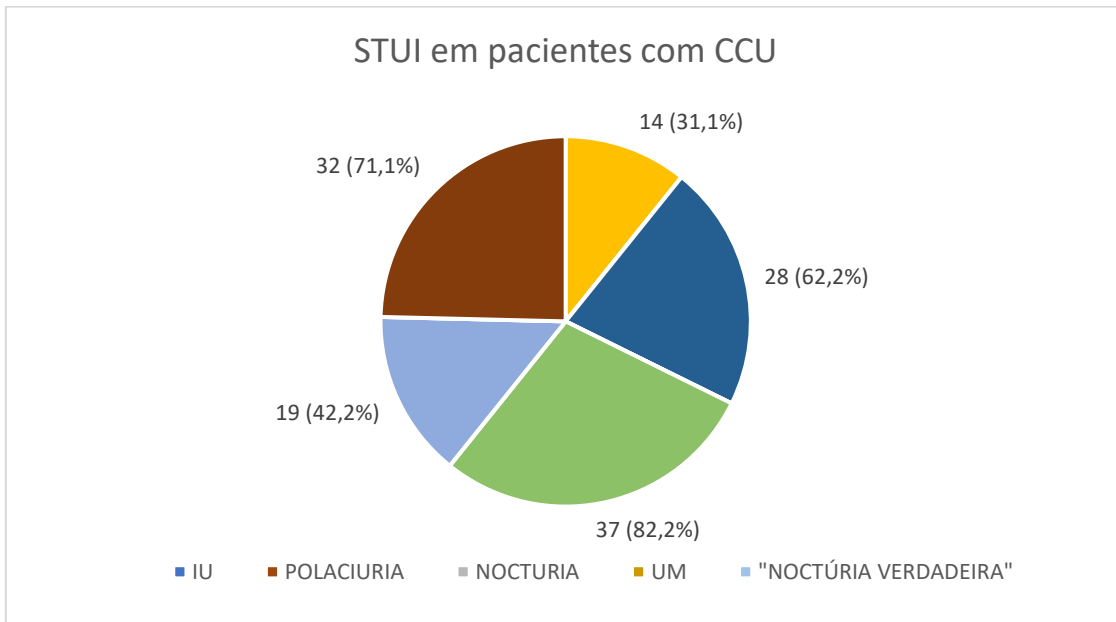


STUI = sintomas do trato urinário inferior; IU = incontinência urinária; UM = urgência miccional

Fonte: Próprio autor

As pacientes com CCU também apresentaram noctúria como o sintoma mais frequente, tanto com noctúria em geral (37-82,2%) como a “noctúria verdadeira”, essa acometendo 32 (71,1 %) mulheres. **(Gráfico 4)**

**Gráfico 4** – Distribuição dos STUI em pacientes com CCU



Fonte: Próprio autor

Foi observado que mulheres com CCU apresentaram mais noctúria ( $p = 0,003$ ), “noctúria verdadeira” ( $0,001$ ) e polaciúria ( $p = 0,002$ ) do que as mulheres sem lesão invasiva (NIC III). Por outro lado, não houve associação entre tais diagnósticos e a presença de incontinência urinária ( $p = 0,069$ ) e urgência miccional ( $p = 0,161$ ). (**Tabela 6**).

**Tabela 6** - Presença de STUI em pacientes com NIC III e CCU

Variável STUI n (%)	NIC 3 N = 73	CCU N = 45	P valor
Incontinência urinária	12 (16,2)	14 (31,1)	0,069*
Noctúria	40 (54,1)	37 (82,2)	0,003*
Polaciúria	24 (32,4)	28 (62,2)	0,002*
Urgência miccional	21 (28,4)	19 (42,2)	0,161*
"Nocturia verdadeira"	30 (40,5)	32 (71,1)	0,001*

STUI: sintomas do trato urinário inferior; \*Teste Qui-Quadrado

Fonte: próprio autor

Houve associação entre UI e idade mais avançada [52,5 (IIQ 42 – 61,5) X 41 (IIQ 32-53,5),  $p = 0,002$ ]. Nenhum outro STUI demonstrou associação com essa variável. Houve também

associação entre número de partos e IU ( $p = 0,002$ ), assim como urgência miccional ( $p = 0,000$ ) e “noctúria verdadeira” ( $p = 0,001$ ) (**Tabela 7**).

**Tabela 7** – Associação entre idade, número de partos e STUI

Variável	Idade M (IIQ)	P valor *	Número de partos M (IIQ)	P valor *
IU SIM	52,5 (42-61,5)	0,002	3 (2-5)	0,002
NÃO	41 (32-53,5)		2 (1-3)	
Polaciúria SIM	43,5 (36,25-57,75)	0,225	2 (1-4)	0,282
NÃO	41 (33-54)		2 (1-3)	
Noctúria SIM	43 (35-56,5)	0,586	3 (1-4)	0,550
NÃO	43,5 (32,5-55,25)		2 (1-3)	
“Noctúria verdadeira”		0,062		0,001
SIM	45,5 (36-57,25)		3 (2-4)	
NÃO	40 (31-53,5)		2 (1-3)	
Urgência miccional		0,126		< 0,001
SIM	48 (36,25-57)		3 (2-5)	
NÃO	41 (33-54)		2 (1-3)	

\*Teste de Mann Whitney

Fonte: próprio autor

Ao analisar STUI e tipos de partos, foi observado que apenas urgência miccional apresenta associação ( $p = 0,010$ ), como demonstra a Tabela 8.

**Tabela 8** – Associação entre STUI e tipo de partos.

Variáveis	Parto cesáreo exclusivamente	Parto vaginal exclusivamente	Parto cesáreo e vaginal	P valor*
n (%)	n = 10	n = 72	n = 21	
IU SIM	1 (10)	16 (22,2)	9 (42,9)	0,081
NÃO	9 (90)	56 (77,8)	12 (57,1)	
UM SIM	2 (20)	24 (33,3)	14 (66,7)	0,010
NÃO	8 (80)	48 (66,7)	7 (33,3)	
Noctúria SIM	4 (40)	47 (65,3)	17 (81)	0,077
NÃO	6 (60)	25 (34,7)	4 (19)	
“Noctúria verdadeira”				0,092
SIM	3 (30)	40 (55,6)	15 (71,4)	
NÃO	7 (70)	32 (44,4)	6 (28,6)	
Polaciúria SIM	5 (50)	27 (37,5)	13 (61,9)	
NÃO	5 (50)	45 (62,5)	8 (38,1)	

UM = urgência miccional; IU = incontinência urinária; n = número; \*Teste Qui-Quadrado;

Fonte: Próprio autor

Ademais, ao comparar as pacientes com CCU que ainda não haviam sido tratadas (11- 27,5%) por qualquer modalidade de tratamento com as pacientes com CCU submetidas à radioterapia associada ou não a braquiterapia (29 – 72,5%), foi observado que o grupo não tratado apresentou maior frequência de urgência miccional. (**Tabela 9**).

**Tabela 9** – Associação entre STUI em pacientes não tratadas e pacientes com CCU tratadas com radioterapia associada ou não com braquiterapia. (continua)

Variáveis	Pacientes não tratadas	Pacientes submetidas à RT e/ou braquiterapia	p valor
	N = 11	N = 29	
<b>Incontinência urinária</b>	2 (18,2)	11 (37,9)	0,23*
<b>Polaciúria</b>	9 (81,8)	16 (55,2)	0,15*

\*Teste exato de Fisher; n = número;

**Tabela 9** – Associação entre STUI em pacientes não tratadas e pacientes com CCU tratadas com radioterapia associada ou não com braquiterapia. (continuação)

Variáveis	Pacientes não tratadas	Pacientes submetidas à RT e/ou braquiterapia	p valor
	N = 11	N = 29	
Noctúria	10 (90,9)	23 (79,3)	0,65*
Urgência miccional	8 (72,7)	19 (34,5)	0,04*
Noctúria “verdadeira”	8 (72,7)	21 (72,4)	1,0*

\*Teste exato de Fisher; n = número;

Fonte: Próprio autor.

### 5.3. Avaliação da frequência dos STUI e seu impacto no cotidiano em pacientes com NIC III e CCU

Na avaliação da IU, das 12 pacientes com NIC III que apresentavam esse sintoma, a maioria (10 = 83,3%) referia frequência de perda urinária acima de 2x/semana. Da mesma forma, a maioria (11 - 78,65%) dos pacientes com CCU que apresentavam IU (14 pacientes), também apresentaram a frequência acima descrita. Em relação ao comprometimento no cotidiano associada à incontinência urinária, não houve associação com a presença de câncer invasivo ( $p=0,085$ ), com os dois grupos apresentando escores acima de 7. (**Tabela 10**)

**Tabela 10** - Associação entre frequência da incontinência urinária e qualidade de vida entre pacientes com CCU e NIC III.

Variáveis	NIC III N=12	CCU N=14	P valor
Frequência de perdas > 2x/semana N(%)	10 (83,3)	11 (78,6)	0,154 *
Escore qualidade de vida M(IIQ)	7,5 (5,5-9)	7,9 (4,75-10)	0,085 **

\*Teste Qui quadrado; \*\* Teste Mann Whitney; N=número; M= mediana; IIQ= intervalo interquartil

Fonte: próprio autor

Na avaliação da polaciúria, das 24 pacientes com NIC III que apresentavam esse sintoma, 8 (33,3%) referiram micção de 7-8x por dia e apenas 2 (8,3%) de 13x ou mais. Da mesma forma, das 28 pacientes com CCU que apresentavam polaciúria, a maior prevalência foi de 7-8x de

urina por dia (10-35,7%) e a menor prevalência de 13x ou mais (1 - 3,6%). Dessa forma, a presença de câncer invasivo não se associou a frequência urinária mais elevada. Em relação ao comprometimento da qualidade de vida associada à polaciúria, não houve associação com a presença de câncer invasivo ( $p=0,106$ ), com os dois grupos apresentando escores menor/igual a 5. (**Tabela 11**)

**Tabela 11** - Associação entre frequência de polaciúria e qualidade de vida entre pacientes com CCU e NIC III.

<b>Variáveis</b> n (%)	<b>NIC III</b> <b>N=24</b>	<b>CCU</b> <b>N=28</b>	<b>P valor</b>
Frequência de micção/dia			*0,425
1-6	5 (20,8)	8 (28,6)	
7-8	8 (33,3)	10 (35,7)	
9-10	6 (25)	7 (25)	
11-12	3 (12,5)	2 (7,1)	
13 ou mais	2 (8,3)	1 (3,6)	
Escore qualidade de vida M(IIQ)	5 (0,0-7,0)	0 (0,0-7,75)	**0,106

\*Teste Qui quadrado; \*\* Teste Mann Whitney; N=número; M= mediana; IIQ= intervalo interquartil

Fonte: próprio autor

Em relação à noctúria, das 40 pacientes com NIC III, apenas 6 pacientes (15%) levantam-se menos de 2 vezes por noite. Ao comparar com o grupo de mulheres com CCU (37), foi observado que apenas 2 referiram ausência de noctúria. Ademais, foi visto que não houve associação entre CCU e frequência da noctúria ( $p = 0,168$ ), com os dois grupos apresentando mesmo escore de interferência na qualidade de vida (1). (**Tabela 12**)

**Tabela 12** - Associação entre frequência de noctúria e qualidade de vida entre pacientes com CCU e NIC III.



<b>Variáveis</b> n(%)	<b>NIC III</b> <b>N=40</b>	<b>CCU</b> <b>N=37</b>	<b>P valor</b>
Frequência de noctúria			*0,006
Não se levanta	4 (10)	2 (5,4)	
1	2 (5)	0 (0)	
2-4	32 (80)	27 (72,9)	
5 ou mais	2 (5)	8 (21,6)	
Escore qualidade de vida M(IIQ)	1 (1-1)	1 (1-1)	**0,168

\*Teste Qui quadrado; \*\* Teste Mann Whitney; N=número; M= mediana; IIQ= intervalo interquartil

Fonte: próprio autor

Já quanto à UM, das pacientes com NIC III (21), 11 (52,4%) mulheres referiram ter UM “sempre”. Já das mulheres com CCU (19), 8 (42,1%) tinham “sempre” e 3 (15,8%) “raramente”. Ademais, foi visto que o incômodo no cotidiano, das mulheres afetadas pela UM, independe da presença de CCU ( $p = 0,059$ ). De modo que os dois grupos apresentaram escores igual/inferior a 6. (**Tabela 13**)

**Tabela 13** - Associação entre frequência de UM e qualidade de vida entre pacientes com CCU e NIC III.

<b>Variáveis</b> n(%)	<b>NIC III</b> <b>N=21</b>	<b>CCU</b> <b>N=19</b>	<b>P valor</b>
Frequência de UM			*0,449
Raramente	0 (0)	3 (15,8)	
Ocasionalmente	8 (38,1)	7 (36,8)	
Frequentemente	2 (9,5)	1 (5,3)	
Sempre	11 (52,4)	8 (42,1)	
Escore qualidade de vida M(IIQ)	6 (0,0-7,5)	4 (2,0-10)	**0,059

UM = urgência miccional; \*Teste Qui-quadrado; \*\* Teste Mann Whitney; N=número; M= mediana; IIQ= intervalo interquartil

Fonte: próprio autor

## 6 DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observado que, dentre os STUI, a noctúria foi o que apresentou maior prevalência, em ambos os diagnósticos avaliados (NIC III ou CCU). Ademais, quando comparadas, as mulheres com CCU apresentaram mais noctúria ( $p = 0,003$ ), “noctúria verdadeira” ( $p = 0,001$ ) e polaciúria ( $p = 0,002$ ) do que àquelas sem lesão invasiva. Em relação ao impacto dos STUI no cotidiano das pacientes, independente do diagnóstico apresentado, observou-se elevado comprometimento daquelas com incontinência urinária e “noctúria verdadeira” (escore  $> 7$ ) e escores menos expressivos ( $< 7$ ) nos outros sintomas. Dessa forma, quando presentes, são sintomas que demonstraram afetar a qualidade de vida das mulheres, mesmo que em diferentes níveis.

Existem algumas hipóteses para ocorrência desses sintomas, mas sua maior frequência em mulheres com CCU quando comparadas àquelas com NIC III chamam atenção para alguns pontos. Primeiramente, pacientes com maior gravidade também necessitam ser submetidas à tratamentos mais agressivos para resolução do quadro, como a cirurgia, radioterapia, braquiterapia e quimioterapia, inclusive necessitando de associação terapêutica em alguns casos<sup>7,11,18,19</sup>. Consequentemente, pacientes com CCU teriam mais complicações, visto que tais tratamentos têm sido relacionados à disfunção do trato urinário em algum nível<sup>21</sup>. Ademais, a presença do próprio tumor, pode estar relacionada, uma vez que poderia comprometer estruturas adjacentes à lesão, gerando uma incapacidade funcional, por compressão da bexiga. Além disso, mulheres diagnosticadas com CCU podem apresentar problemas no trato urinário prévios, que poderiam ser exacerbados pelos métodos de tratamento, idade tipo e número de partos realizados.

Em relação ao tratamento, na realização da histerectomia radical, acredita-se que a lesão do nervo autonômico desempenha um papel importante na etiologia das disfunções do assoalho pélvico observadas posteriormente à cirurgia<sup>33</sup>. Porém, apenas 2 pacientes com CCU desse estudo foram submetidas à terapia exclusiva com cirurgia, sendo que também não foi avaliado o tipo de histerectomia realizado (parcial, total ou radical), gerando uma limitação para avaliação dessa modalidade de tratamento quanto à presença da noctúria e dos outros STUI.

Por outro lado, nesse estudo, a maioria das mulheres com CCU foram submetidas a radioterapia externa. Tal achado é compatível com o esperado, visto que a maioria das mulheres com CCU do presente estudo apresentavam estadiamento superior à 2B. Pesquisas mostram que esse tratamento, não apenas age sobre a tumoração, como também afeta os tecidos adjacentes à lesão, provocando alterações fibroelásticas e relacionadas à redução de força dos músculos do assoalho pélvico<sup>34</sup>. Dessa forma, a bexiga poderia ter alteração da sua complacência, contribuindo para aparecimento da noctúria, bem como dos outros STUI.

Além disso, nesse estudo foi verificado que a maioria das pacientes com NIC III (73 - 98,6%) foi submetida apenas à LEEP como tratamento. Enquanto pacientes com CCU em sua maioria (29 – 64,4%) já havia sido submetida a tratamento multimodal, o que se justifica pela gravidade da lesão invasiva. Por outro lado, embora pacientes com CCU tenham realizado mais tratamento multimodal, não foi observada associação entre o tipo de tratamento e os STUI. Tais resultados são similares àqueles relatados por Lin et al., 1998, o qual não encontrou diferenças significantes quanto à instabilidade do detrusor ou complacência vesical em mulheres submetidas à radioterapia e/ou histerectomia radical<sup>35</sup>.

Em consonância a isso, outro dado importante foi observado ao comparar pacientes com CCU ainda sem tratamento (11 - 27,5%) e àquelas, com mesmo diagnóstico, submetidas à radioterapia associada ou não à braquiterapia (29-72,5%). Isso porque, diferente dos outros sintomas urinários, a UM foi mais frequente proporcionalmente em pacientes que não receberam tratamento (8 – 72,7%) do que no outro grupo (19 – 34,5%) ( $p = 0,04$ ). Dessa forma, o presente estudo indica que o tratamento não é um fator que contribui para o aumento da ocorrência desse sintoma, levando a pensar em outras variáveis que poderiam estar relacionados à ocorrência de STUI e de UM em pacientes com CCU. Assim, a idade avançada, tipo de parto, número de partos e comprometimento de estruturas pélvicas adjacentes pela própria presença da tumoração, seriam outros aspectos necessários para avaliação.

Nesse cenário, foi observado que as mulheres com CCU eram mais velhas. Dado que já era esperado, visto que a doença invasiva ocorre através da progressão das lesões precursoras (NIC)

que não foram devidamente rastreadas e tratadas no período adequado. Assim, as lesões de alto grau ocorrem previamente ao CCU. Ademais, a idade média do diagnóstico ocorre aos 50 anos e raramente se desenvolve em mulheres com menos de 20 anos<sup>7</sup>.

Nesse contexto, sabe-se que os STUI são mais comuns em mulheres com idade avançada (Milsom et al., 1993) devido à alterações relacionadas à idade na função uretral, sensorial e do músculo detrusor<sup>20</sup>. M. Basu et al., 2013 evidenciou que a maior frequência de sintomas urinários pode estar associada a um aumento no diagnóstico de hiperatividade do detrusor em mulheres mais velhas, enquanto a idade por si só não antecipa a deterioração da função da bexiga<sup>47</sup>. A bexiga hiperativa ocorre quando o músculo detrusor na parede da bexiga se contrai de forma involuntária e excessiva, podendo ocasionar os STUI.<sup>47</sup>

Corroborando com tais dados, nesse estudo, as mulheres mais velhas apresentaram mais IU. Wagg, A.S., 1996, demonstrou que mulheres mais velhas têm pressões detrusoras mais baixas na abertura e no fechamento uretral em comparação com pacientes mais jovens<sup>48</sup>. Tal achado pode indicar um enfraquecimento da musculatura detrusora da bexiga, o que pode levar a problemas de esvaziamento vesical e retenção urinária. Dessa forma, a baixa pressão detrusora pode ser associada a distúrbios do trato urinário, como incontinência urinária, retenção urinária e dificuldades para esvaziamento completo da bexiga. Ademais, Collas, D. M., et al., 1996, fornece evidências de que a capacidade total da bexiga é reduzida em associação com a idade avançada, em mulheres com sintomas de disfunção do TUI<sup>49</sup>.

Da mesma forma, houve também associação entre IU e número de partos ( $p = 0,002$ ), assim como urgência miccional ( $p = 0,000$ ) e “noctúria verdadeira” ( $p = 0,001$ ). Esse achado está associado a essa variável, possivelmente pela repercussão da gestação e parto sobre o assoalho pélvico. Diversos estudos fisiológicos têm evidenciado o impacto do parto vaginal em diversas características do assoalho pélvico, incluindo a redução do suporte dos órgãos pélvicos<sup>50</sup>, lesões no músculo levantador do ânus<sup>51</sup> e alterações na função do nervo pudendo<sup>44,52</sup>. Embora a etiologia desses distúrbios durante a gravidez ainda seja desconhecida, há especulações de que o próprio estado de gravidez, as alterações hormonais, as mudanças no ângulo uretrovesical,

possíveis defeitos anatômicos que podem ocorrer no pós-parto e a influência da força dinâmica dos músculos do assoalho pélvico e do tecido conjuntivo podem desempenhar um papel nesse processo<sup>53,54</sup>. Em consonância com os resultados do presente estudo, Valeton, C. T, et al., 2011 e outros investigadores também relataram uma associação entre multiparidade e IU<sup>55,56,57</sup>. Segundo a literatura, esses achados sustentam a ideia de que a própria gravidez parece ter um efeito cumulativo adverso nos componentes da bexiga.

Vale ressaltar que, independentemente do diagnóstico, a ordem de prevalência dos sintomas não se alterou. Assim, a noctúria, seguida da “noctúria verdadeira” e polaciúria apresentaram as maiores taxas de prevalência e demonstraram ter associação com diagnóstico. Desse modo, pacientes com CCU estariam mais associadas à ocorrência de tais sintomas quando comparadas àquelas apresentando NIC III. (**Tabela 6**). No presente estudo, a “noctúria verdadeira” seria a ocorrência do sintoma na frequência de  $\geq 2$  vezes/noite. Foi realizada tal diferenciação, pois geralmente apenas 1 episódio de noctúria não seria considerado algo patológico, em contrapartida o aumento desse ritmo poderia comprometer a qualidade de vida das pacientes. Em estudos, foi observada uma prevalência de noctúria que aumenta com a idade, alcançando cerca de 10% em mulheres mais jovens (< 30 anos) e 20-30% as mulheres de meia idade (40-50 anos)<sup>58-60</sup>. Assim, nota-se que na amostra do estudo essa prevalência encontra-se aumentada em relação à população geral, independente do diagnóstico apresentado. Dessa maneira, esse estudo salienta a necessidade de pesquisar esse STUI nas mulheres em geral, visto que ainda é pouco explorado.

Ademais, avaliando alguns fatores associados a presença de STUI foi observado que apenas a IU apresentava relação com idade mais avançada [52,5 (IIQ 42 – 61,5) X 41 (IIQ 32-53,5), (p = 0,002)]. Em consonância ao que foi encontrado, estudos sugerem que a IU está presente em aproximadamente 20 a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, crescendo para 25 a 30%, entre 40 e 49 anos<sup>5,6</sup>. No entanto, apesar de evidências demonstrarem o aumento da prevalência dos outros STUI (UM, noctúria e polaciúria) em mulheres com idade avançada, isso não foi visualizado nessa amostra como significativo.

Em relação à interferência dos STUI no cotidiano das mulheres, observamos que não houve associação com a presença de invasão tumoral. Por sua vez, algum dos sintomas apresentados causaram comprometimento do cotidiano em ambos os grupos, demonstrando que, independentemente da gravidade da lesão genital, eles geram impacto no cotidiano feminino.

Nesse contexto, foi verificado que a “noctúria verdadeira” era o sintoma que apresentava escore com a maior mediana (8) dentre os outros STUI, ou seja, o que mais comprometia a qualidade de vida das mulheres. De acordo com resultados encontrados por Hong-Jeng Yu, et al., 2006, a noctúria em adultos parece ter um impacto significativo nas atividades diárias, incluindo sono, vitalidade e saúde emocional<sup>58</sup>. Ademais, foi visto no estudo citado e em outros que o impacto na qualidade de vida foi mais significativo quando os pacientes apresentaram dois ou mais episódios de noctúria por noite.<sup>58-61</sup>. Apesar dessa alta pontuação esse é um sintoma ainda pouco explorado na literatura, nos alertando da necessidade de atenção maior a essas queixas nas mulheres em geral.

Vale salientar que, a incontinência urinária, nesse estudo, também indicou escores altos de impacto no cotidiano das mulheres. Tal dado reforça achados de outros investigadores que mostram que a IU está associada a uma redução na qualidade de vida geral e relacionada à saúde.<sup>62,63</sup>. Kwon, B.E., et al., 2010, relatou que variáveis como a idade, peso corporal, estresse, gravidade, tipo e número de episódios de IU, foram variáveis estatisticamente significantes para a análise do impacto da qualidade de vida<sup>64</sup>.

O presente estudo, pelo seu desenho transversal, não pode inferir causalidade, o que exige estudos futuros para determinar os fatores causais dos STUI em mulheres. Além disso, devido ao pequeno número de pacientes submetidas a cirurgias, apenas 2 (4,4%) pacientes com CCU foram submetidas à cirurgia exclusivamente, não é possível avaliar de forma eficaz o impacto dos diversos tratamentos sobre a ocorrência de STUI em mulheres com CCU. Outra limitação foi a não utilização de questionários específicos para avaliação da qualidade de vida para cada sintoma específico (IU, UM, polaciúria e noctúria). Porém, a análise por meio de uma questão

simples e direta, pode, possivelmente, informar o quanto os STUI contribuem para o comprometimento da qualidade de vida das mulheres.

## 7 CONCLUSÃO

Dessa forma, pode-se constatar que a noctúria foi o STUI mais frequente dentre os que foram avaliados, tanto em mulheres com diagnóstico de NIC III, quanto CCU. Ademais, quando determinada “noctúria verdadeira”, ou seja, micção ocorrendo acima de 2x/noite, este sintoma continuou sendo o mais prevalente. Além disso, foi visto que não houve associação entre o diagnóstico e presença de sintomas de IU e UM, porém os outros sintomas demonstraram ser mais prevalentes em pacientes com CCU. Análise de fatores como idade, multiparidade, tipo de parto e modalidades de tratamentos as quais as pacientes foram submetidas foram importantes para avaliar a prevalência dos STUI nessas mulheres. Assim, apenas IU teve relação com idade avançada e somente UM representou significância quanto ao tipo de parto. Em relação à multiparidade, foi visto que IU, UM e “noctúria verdadeira” apresentam relação quanto maior a quantidade de gestações. Por fim, os STUI demonstraram impacto relevante no cotidiano das mulheres, independente do diagnóstico de NIC III ou CCU, devendo esses serem melhor explorados, definindo condutas para minimizar o comprometimento desses sintomas sobre o cotidiano das mulheres.



## REFERÊNCIAS

1. Tallon B, Monteiro D, Soares L, Rodrigues N, Morgado F. Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). *Saúde Debate*. 2020; 44(125): 362-371. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012506>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2023**: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> (abre em nova janela).
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>
5. Minassian, V. A., Drutz, H. P., & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2003; 82(3), 327–338. doi:10.1016/s0020-7292(03)00220-0
6. Buckley, B. S., & Lapitan, M. C. M. Prevalence of Urinary Incontinence in Men, Women, and Children—Current Evidence: Findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*, 2010; 76(2), 265–270. doi:10.1016/j.urology.2009.11.078
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>
8. Wild CP, Weiderpass E, Stewart B. World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2020. Acesso em 12/09/2022.
9. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support. *Clinical Therapeutics*. 2015; 37(1): 39-48.
10. Ferrandina G, Mantegna G, Petrillo M, et al. Qualidade de vida e sofrimento emocional em pacientes com câncer cervical em estágio inicial e localmente avançado: um estudo prospectivo e longitudinal. *Oncologia Ginecológica*. março; 2012 124(3):389–394.
11. Rogers L, Siu SS, Luesley D, Bryant A, Dickinson HO. Radiotherapy and chemoradiation after surgery for early cervical cancer. *Cochrane Database*. 2014; 5(2): 43 p. doi: 10.1002/14651858.CD007583.pub3.

12. Neerja BN, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan, R, et al: Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 143 (S2):22–36, 2018. <https://doi.org/10.1002/ijgo.1261128>
13. Denton AS, Andreyev JJ, Forbes A, Maher J. Non surgical interventions for late radiation proctitis in patients who have received radical radiotherapy to the pelvis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002; (1); 35 p. doi: 10.1002/14651858.CD003455
14. Grodsky MB, Sidani SM. Radiation proctopathy. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2015; 28(2):103–111. doi: 10.1055/s-0035-1547337.
15. Wit EM, Horenblas S. Urological complications after treatment of cervical cancer. *Nature reviews Urology*. Feb; 2014 11(2):110–117. doi: 10.1038/nrurol.2013.323
16. Skjeldestad FE, Hagen B. Long-term consequences of gynecological cancer treatment on urinary incontinence: a population-based cross-sectional study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2008; 87(4):469–475.
17. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support. *Clinical Therapeutics*. 2015; 37(1): 39-48.
18. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer do Colo do Útero. *Revista brasileira de cancerologia*, Rio de Janeiro, out./dez 2000; 46 (4): p.351-354. (Conduas do INCA/MS).
19. Michalas S, Rodolakis A, Voulgaris Z, Vlachos G, Giannakoulis N, Diakomanolis E. Management of early-stage cervical carcinoma by modified (Type II) radical hysterectomy. *Gynecologic oncology*. Jun; 2002 85(3):415–422.
20. Milsom I, Altman D, Cartwright R, et al. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. *Incontinence*. 6th ed. Paris: Health Publications Ltd; 2016:17–24
21. Fitz FF, SANTOS AC, Bernardes AP, Marx AG. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. *FEMINA*. 2011; 29 (7) 403-409
22. Jackson, K. S., & NAIK, R. Pelvic floor dysfunction and radical hysterectomy. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2006; 16(1), 354–363. doi:10.1111/j.1525-1438.2006.00347.x
23. Pisarska M, Zietkowiak W, Sibila A, Sajdak S. Czynność dolnego odcinka układu moczowego u chorych po leczeniu raka szyjki macicy [Function of the lower urinary tract in patients after treatment of cervical cancer]. *Ginekol Pol*. 2002; 73(11):919-24. Polish. PMID: 12722374.
24. Do NL, Nagle D, Poylin VY. Radiation proctitis: current strategies in management. *Gastroenterol Res Pract*. 2011; 2011:917941. doi: 10.1155/2011/917941.

25. Omer NN, Araujo ID, Cruz GM, Rodrigues FG. Therapeutics in Radiation-induced Proctopathy: A Systematic Review. *Journal of Coloproctology*. 2022; 42(1): 85-98. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1742258>
26. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support. *Clinical Therapeutics*. 2015; 37(1): 39-48. doi: 10.1016/j.clinthera.2014.11.013.
27. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas*. 2011; 70(3): 210–215. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.07.015.
28. Ferrandina G, Mantegna G, Petrillo M, et al. Qualidade de vida e sofrimento emocional em pacientes com câncer cervical em estágio inicial e localmente avançado: um estudo prospectivo e longitudinal. *Oncologia Ginecológica*. março; 2012 124(3):389–394. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2017.v43.2898>
29. Cotti G, Seid V, Araujo S, Junior AH, Kiss D, Habr-Gama A. Conservative therapies for hemorrhagic radiation proctitis: a review. *Revista do Hospital das Clínicas*. 2003; 58(5): 284-292 doi: 10.1590/s0041-87812003000500008
30. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas*. 2011; 70(3): 210–215. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.07.015.
31. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2007; 21(2):321–329. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.002.
32. Eifel PJ, Levenback C, Wharton JT, Oswald MJ. Time course and incidence of late complications in patients treated with radiation therapy for FIGO stage IB carcinoma of the uterine cervix. *International journal of radiation oncology, biology, physics*. Jul 30; 1995; 32(5):1289–1300. doi: 10.1016/0360-3016(95)00118-I.
33. Lontos M, Kyriazoglou A, Dimitriadis I, Dimopoulos MA, Bamias A. Systemic therapy in cervical cancer: 30 years in review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2019 May;137:9-17. doi: 10.1016/j.critrevonc.2019.02.009.
34. Andersson, K.-E. The overactive bladder: Pharmacologic basis of drug treatment. *Urology*, 1997; 50(6), 74–84. doi:10.1016/s0090-4295(97)00595-5
35. Robinson, D., & Cardozo, L. Managing overactive bladder. *Climacteric*, 2019; 22(3), 250–256. doi:10.1080/13697137.2018.1552254
36. Hashim, H., & Abrams, P. Is the Bladder a Reliable Witness for Predicting Detrusor Overactivity? *The Journal of Urology*, 2006; 175(1), 191–194. doi:10.1016/s0022-5347(05)00067-4

37. Cardozo, L., Coyne, K. S., & Versi, E. Validation of the Urgency Perception Scale. *BJU International*, 2005; 95(4), 591–596. doi:10.1111/j.1464-410x.2005.05345.x
38. Haylen B.T., De Ridder D., Freeman R.M., 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;21:5–26. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9.
39. Lim R., Liong M.L., Leong W.S., Khan N.A., Yuen K.H. Effect of Stress Urinary Incontinence on the Sexual Function of Couples and the Quality of Life of Patients. *J. Urol.* 2016;196:153–158. doi: 10.1016/j.juro.2016.01.090.
40. Van Kerrebroeck, P., Abrams, P., Chaikin, et al. The standardisation of terminology in nocturia: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 2002; 21(2), 179–183. doi:10.1002/nau.10053
41. Everaert K, Hervé F, Bosch R, Dmochowski R, Drake M, Hashim H, et al. International Continence Society consensus on the diagnosis and treatment of nocturia. *Neurourology and Urodynamics*. 2019; 38(2):478–98. doi: 10.1002/nau.23939.
42. Tikkinen, K. A. O., Johnson, T. M., Tammela, T. L. J. et al. Nocturia Frequency, Bother, and Quality of Life: How Often Is Too Often? A Population-Based Study in Finland. *European Urology*, 2010;57(3), 488–498. doi:10.1016/j.eururo.2009.03.080
43. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 2001;98: 1004–1010
44. Press, J. Z., Klein, M. C., Kaczorowski, J., Liston, R. M., & von Dadelszen, P.. Does Cesarean Section Reduce Postpartum Urinary Incontinence? A Systematic Review. *Birth*, 2007; 34(3), 228–237. doi:10.1111/j.1523-536x.2007.00175.x
45. Coyne, K. S., Sexton, C. C., Thompson, A. J et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU International*, 2009; 104(3), 352–360. doi:10.1111/j.1464-410x.2009.08427.x
46. Pereira SB. *Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa*. Poços Caldas, 26 May 2010.
47. Basu, M., Postlethwaite, C., Cheema, K., & Duckett, J. The effect of age on pressure flow parameters in women with lower urinary tract symptoms. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2013; 33(8), 873–876. doi:10.3109/01443615.2013.820265
48. Wagg AS, Lieu PK, Ding YY, Malone-Lee JG. A urodynamic analysis of age associated changes in urethral function in women with lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 1996;156(6):1984-8. PMID: 8911371.

49. Collas, D. M., & Malone-Lee, J. G.. Age-associated changes in detrusor sensory function in women with lower urinary tract symptoms. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 1996; 7(1), 24–29. doi:10.1007/bf01895101
50. Dietz HP, Bennett MJ. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. *Obstet Gynecol*. 2003;102(2):223-8. doi: 10.1016/s0029-7844(03)00476-9.
51. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2003;101(1):46-53. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02465-1.
52. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101(1):22-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.1994.tb13005.x.
53. Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*. 2010;65(2):167-71. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.10.004.
54. Lewicky-Gaupp C, Cao DC, Culbertson S. Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008;21(1):21-6. doi: 10.1016/j.jpag.2007.05.003.
55. Valeton, C. T., & do Amaral, V. F. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. *International Urogynecology Journal*, 2011; 22(7), 813–818. doi:10.1007/s00192-011-1365-8
56. Wesnes SL, Rortveit G, Bø K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007 Apr;109(4):922-8. doi: 10.1097/01.AOG.0000257120.23260.00.
57. Adaji SE, Shittu OS, Bature SB, Nasir S, Olatunji O. Suffering in silence: pregnant women's experience of urinary incontinence in Zaria, Nigeria. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 May;150(1):19-23. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.02.008.
58. Yu HJ, Chen FY, Huang PC, Chen TH, Chie WC, Liu CY. Impact of nocturia on symptom-specific quality of life among community-dwelling adults aged 40 years and older. *Urology*. 2006 Apr;67(4):713-8. doi: 10.1016/j.urology.2005.10.054.
59. Swithinbank LV, Donovan JL, du Heaume JC, Rogers CA, James MC, Yang Q, Abrams P. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *Br J Gen Pract*. 1999 Nov;49(448):897-900. PMID: 10818656; PMCID: PMC1313561.
60. Coyne KS, Zhou Z, Bhattacharyya SK, Thompson CL, Dhawan R, Versi E. The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. *BJU Int*. 2003;92(9):948-54. doi: 10.1111/j.1464-410x.2003.04527.x. PMID: 14632853.
61. Fiske J, Scarpero HM, Xue X, Nitti VW. Degree of bother caused by nocturia in women. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(2):130-3. doi: 10.1002/nau.20022.

62. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care*. 2005 Jul;11(4 Suppl):S103-11.
63. Teunissen D, van den Bosch W, van Weel C, Lagro-Janssen T. "It can always happen": the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24:166–173. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14947>
64. Kwon, BE; Kim GY, Son YJ, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: A systematic literature review. *International Neurourology Journal* 2010; 14 (3) 133-138. doi: 10.5213/inj.2010.14.3.133.

## Apêndice A – Questionário de Autorrelato

1. Nome Completo \*

\_\_\_\_\_

2. Data de nascimento \*

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Cor da pele (autorreferida) \*

Marcar apenas uma oval.

- Preto  
 Pardo  
 Branco  
 Indígena  
 Amarelo

4. Alguma vez já sentiu sintomas de constipação? \*

\*Entenda por constipação: condição em que há dificuldade para defecar, sendo a evacuação infrequente ou incompleta.

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

8. Já apresentou algum dos seguintes sintomas? \*

Marque todas que se aplicam.

- Polaciúria: aumento do número de vezes que urina durante o dia  
 Noctúria: acorda frequentemente à noite para urinar  
 Urgência miccional: desejo súbito e inadiável de urinar  
 Incontinência urinária: perda involuntária de urina

9. Utiliza diariamente algum desses medicamentos? \*

Marque todas que se aplicam.

- Analgésicos  
 Anti-hipertensivos  
 Diuréticos  
 Laxantes  
 Outro: \_\_\_\_\_

10. Já passou por alguma cirurgia? \*

Marque todas que se aplicam.

- Sim  
 Não

5. Se sim, com que frequência sente esse sintoma?

Marcar apenas uma oval.

- Sempre  
 Quase sempre  
 De vez em quando  
 Raramente  
 Muito raramente

6. Já apresentou eliminação involuntária de flatos e fezes? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

7. Se sim, com que frequência sente esse sintoma? \*

Marcar apenas uma oval.

- Todo dia  
 Toda semana, porém menos de 3 vezes por semana  
 Todo mês, porém menos de 4 vezes por mês  
 Raramente, não tendo um intervalo de tempo exato

10. Já passou por alguma cirurgia? \*

Marque todas que se aplicam.

- Sim  
 Não

11. Se sim, qual(is)?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12. Já passou por alguma gestação? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

13. Se sim, quantas? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 Mais de 4

14. Já passou por algum parto? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

15. Se sim, quantos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 Mais de 4

16. Se sim, qual tipo de parto e o número de vezes que passou por cada um

---

---

---

---

---

17. Tem diagnóstico de alguma doença crônica, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doença cardiovascular, hepática ou renal?

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

18. Se sim, qual(is)? \*

---

---

---

---

---



## **Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa denominada “**AValiação DE SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM PACIENTES COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU (NIC III) E CâNCER DE COLO DE ÚTERO**” que avalia como a perda de fezes ou gases influencia na qualidade de vida de pacientes acompanhadas no CICAN, isto é, como esses sintomas podem perturbar a vida de quem tem eles. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias. Caso a senhora aceite essa pesquisa fará com que seja possível avaliar de que maneira e o quanto a incontinência fecal, ou seja, a saída de fezes e de gases sem que se tenha intenção e de maneira descontrolada, influencia negativamente no dia a dia e no bem-estar de pessoas cuidadas no CICAN. Será perguntado a respeito da dificuldade para fazer xixi e cocô, e como essa dificuldade interfere em sua qualidade de vida, em alguns itens como medo de sair de casa por causa dessa perda sem controle. Com isso, poderemos ter maior conhecimento sobre essa queixa e nos ajudará a entender mais sobre a incontinência fecal e sua associação com outras queixas e ajudar na escolha de condutas adequadas para manejá-las. A sua participação no estudo consiste em responder às perguntas que estão nos questionários. As suas respostas serão analisadas pelos pesquisadores em conjunto com as de outros pacientes, mas o seu nome e das outras participantes não serão reveladas para ninguém. A senhora tem o nosso compromisso de que vamos garantir sigilo, confidencialidade e anonimato, de acordo com as normas brasileiras, isto é, ninguém ficará sabendo que foi você quem respondeu a essas perguntas, pois os questionários serão identificados por números apenas. Todas as informações coletadas ficarão com o pesquisador responsável por 5 anos, guardados em HD externo do pesquisador, isto é, serão guardados em um aparelho eletrônico usado apenas para guardar as respostas da pesquisa. Garantimos a você que, após o término do período da pesquisa, as informações que você deu serão destruídas, para que as respostas dos questionários não sejam lidas ou usadas por mais ninguém. Essa destruição é feita apagando do aparelho eletrônico (HD externo) todas as informações dadas. Essa destruição é feita pelo próprio pesquisador responsável utilizando o computador particular dele. O pedido para participar da pesquisa será feita diretamente a você pelo pesquisador, enquanto você estiver no CICAN aguardando para ser atendida, sendo,

portanto, informado a você que leia com atenção esse documento. Antes de você ler esse consentimento, o pesquisador irá explicar tudo sobre a pesquisa de forma detalhada para que você compreenda do que se trata o estudo e o que está escrito neste documento que você está lendo agora. Após você receber essas informações, você irá ler este consentimento impresso em papel. Após ler com cuidado, observando todos os detalhes mostrados da pesquisa, caso decida participar da pesquisa, o pesquisador irá enviar imediatamente para seu e-mail (correio eletrônico) o questionário que você terá que responder, enquanto aguarda a consulta médica ou após esta, sempre observando que a sua participação nesse estudo não pode atrasar ou prejudicar o seu atendimento. Não irá existir listas com seu nome ou nome de outros participantes da pesquisa, o que evitará ainda mais que alguém fora da pesquisa saiba que você está participando. Você somente receberá os questionários após dar o seu consentimento, quando, então, receberá as perguntas pelo seu e-mail para serem respondidas, sendo esse e-mail enviado única e exclusivamente para você. É importante que você guarde em lugar seguro e com cuidado a via deste documento que você está agora lendo e a via do questionário que você receberá por e-mail. Se existir alguma pergunta que você não queira responder, você estará livre para fazer o que quiser, sem prejuízo nenhum a você e ao tratamento que será dado no CICAN, portanto, é você quem decide as perguntas que quer responder. O questionário que você irá responder é do *Google Forms*, uma plataforma digital sem qualquer custo para você e para o pesquisador, que assegura a guarda cuidadosa das suas respostas. Chamamos atenção que ao responder ao questionário, você não irá se identificar por meio de nome ou qualquer documento pessoal, pois o questionário não questiona essas informações, sendo a identificação do questionário feito com número e não associado a você. Dessa forma, ninguém sabe que foi você quem respondeu ao questionário. Após responder as perguntas que você quiser responder, o pesquisador irá imediatamente baixar as informações para o HD externo (aparelho eletrônico particular do pesquisador), apagando qualquer informação que fique no ambiente virtual, impedindo que qualquer informação fique na internet e que possa ser vista por outras pessoas. Isso será feito após você ficar com uma via do questionário que você respondeu, sendo orientada a guardá-la em local seguro, lembrando que a via deste consentimento impresso também deve ser guardada pela senhora em ambiente seguro. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade nunca será revelada nessas apresentações. Como risco que a pesquisa pode trazer a sua pessoa, há o de constrangimento (vergonha). Caso você sinta isso, o CICAN apresenta uma equipe de psicólogos que poderão ajudá-la e acolhê-la quanto a isso. Além disso, há o risco de quebra do sigilo e privacidade. Para diminuir estes

riscos, a equipe de pesquisa é treinada com relação à proteção das informações que você deu, bem como não haverá exposição dos nomes dos participantes nos resultados da pesquisa, porque iremos identificar os pacientes por números e não por nomes, como explicado anteriormente. Em relação ao questionário que será respondido pela plataforma *Google Forms*, embora haja um pequeno risco de suas respostas serem vistas por alguma pessoa fora da pesquisa que acesse o ambiente virtual, como qualquer documento preenchido on-line, esse problema é raro, pois o *Google Forms* é uma plataforma que garante segurança. Além disso, novamente salientamos que o questionário não conterá seu nome ou qualquer informação de identificação que possa demonstrar que foi você quem respondeu às perguntas. A pesquisa não alterará qualquer tratamento que a senhora esteja fazendo ou não será necessário a realização de nenhum exame a mais que o seu médico(a) solicitar. Também se a senhora não quiser participar, nenhum prejuízo isso trará a seu tratamento. Você somente deverá confirmar esse termo se todas as informações que deseja conhecer sobre a pesquisa foram dadas pelos pesquisadores, sabendo que você tem a qualquer momento a possibilidade de fazer perguntas e questionar dúvidas, por e-mail ou telefone. Você tem o direito de se manter atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa. Para isto, basta entrar em contato com a investigadora responsável (Dra. GLICIA Abreu), que se encontra no CICAN todas às quintas-feiras e sextas-feiras no horário das 7h às 9h, estando disponível para tirar dúvidas se a senhora precisar. Também você tem, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, o direito de suspender o consentimento, saindo da pesquisa sem a necessidade de dar explicação e isso não trará nenhum problema para o seu acompanhamento e tratamento no CICAN, pois a senhora tem total liberdade para participar ou não deste estudo. Você não terá despesas com exames e consultas e não terá compensações financeiras relacionadas à sua participação, assim como os pesquisadores também não estão recebendo nenhum benefício em dinheiro para realizar essa pesquisa. Você não precisa comparecer ao CICAN em dias que não forem da sua consulta, pois o questionário somente será aplicado no dia que você esteja aqui para seu atendimento habitual. Caso haja danos comprovadamente causados pela pesquisa, a senhora terá o direito de solicitar indenização, bem como será ressarcida caso a senhora tenha custos comprovadamente decorrentes de sua participação na pesquisa. Esse documento está impresso em duas vias, ficando uma com a senhora e outra com o pesquisador. Em caso de denúncia, a senhora poderá contactar o Comitê de Ética da Fundação para o desenvolvimento da Ciência-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Avenida Dom João VI, nº 274,

Brotas. Ao lado do Salvador Card, Salvador – Bahia. Telefones para contato: (71) 2101- 1921; (71) 98383-7127.

Contato do pesquisador responsável: Dra. Glicia de Abreu Tourinho - Serviço Estadual de Oncologia- CICAN - Av. Vasco da Gama, s/nº, Brotas – CEP.: 40.240-090 – Salvador, Bahia. Telefone para contato: (71) 3116-5481/ telefone pessoal do pesquisador responsável - 32472369/21084670/981727202/ e-mail-gliabreu@hotmail.com

Salvador, de                      de 20



\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura de testemunha

**Anexo A - Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB)**

Initial number

ICIQ-OAB (UK English) 11/05  
**CONFIDENTIAL**

DAY MONTH YEAR

**Today's date**

**Overactive bladder**

Many people experience urinary symptoms some of the time. We are trying to find out how many people experience urinary symptoms, and how much they bother them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

1. Please write in your date of birth:        
DAY MONTH YEAR

2. Are you (tick one): Female  Male

3a. How often do you pass urine during the day?

1 to 6 times  0  
7 to 8 times  1  
9 to 10 times  2  
11 to 12 times  3  
13 or more times  4

3b. How much does this bother you?  
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
not at all a great deal

4a. During the night, how many times do you have to get up to urinate, on average?

none  0  
one  1  
two  2  
three  3  
four or more  4

4b. How much does this bother you?  
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
not at all a great deal

5a. Do you have to rush to the toilet to urinate?

never  0  
occasionally  1  
sometimes  2  
most of the time  3  
all of the time  4

5b. How much does this bother you?  
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
not at all a great deal

6a. Does urine leak before you can get to the toilet?

never  0  
occasionally  1  
sometimes  2  
most of the time  3  
all of the time  4

6b. How much does this bother you?  
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
not at all a great deal