



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCS / ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

Ano letivo 2018-2019

PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

Conhecimento de mulheres sobre o pavimento pélvico feminino

Enora Morvan

Estudante de Fisioterapia

Faculdade de Ciência de Saúde / Escola Superior de Saúde – UFP

33615@ufp.edu.pt

Fátima Santos

Professor Auxiliar

Faculdade de Ciência de Saúde / Escola Superior de Saúde – UFP

fatimas@ufp.edu.pt

Maria da Conceição Manso

Professora Associada

Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde - UFP

cmanso@ufp.edu.pt

Porto, Junho 2019

Resumo

Introdução: Mundialmente o conhecimento das mulheres sobre o pavimento pélvico (PP) feminino é escasso. **Objetivo:** Identificar o conhecimento das mulheres sobre a anatomia, função/disfunção do PP, reabilitação uro-ginecológica (fisioterapia pré e pós-natal). **Metodologia:** Realizou-se um questionário *on-line*, a mulheres ≥ 18 anos, com 29 perguntas: características sociodemográficas, conhecimento sobre anatomia, funções/ disfunções do PP e reabilitação uro-ginecológica (fisioterapia pré e pós-natal). Resultados comparados segundo três grupos distintos (“Profissionais de saúde”, “Estudantes de saúde”, “Outras”). Análise de dados utilizando análise temática de conteúdo e o IBM© SPSS© Statistics vs. 25.0 ($\alpha=0,05$). **Resultados:** Responderam 322 mulheres. Cerca de 95,3% referiram que o PP é constituído por músculos, mas apenas 52,5% localiza corretamente o PP e 57,1% respondeu incorretamente ou *não sabe* quantas aberturas/orifícios existem no PP feminino. A maioria das participantes (84,9%) referem apenas *uma* função e 87,3% identificaram em maior percentagem a incontinência urinária como a principal consequência de disfunção do PP. **Conclusão:** Há uma necessidade urgente de educação na área da saúde da mulher sobre o PP feminino. **Palavras-chave:** mulher, pavimento pélvico, conhecimento, função/disfunção, fisioterapia.

Abstract

Introduction: Worldwide women's knowledge of female pelvic floor (PF) is scarce. **Objective:** Identify women's knowledge about the anatomy, function / dysfunction of the PF, gynecological urology rehabilitation (pre and postnatal physiotherapy). **Methodology:** An online questionnaire was carried out for women aged ≥ 18 years, with 29 questions: sociodemographic characteristics, knowledge about anatomy, PF functions / dysfunctions and gynecological urology rehabilitation (pre and postnatal physiotherapy). Results compared to three different groups ("Health professionals", "Health students", "Other"). Analysis of data using thematic content analysis and IBM © SPSS © Statistics Vs. 25.0 ($\alpha = 0.05$). **Results:** 322 women answered. About 95.3% reported that PF is composed of muscles, but only 52.5% correctly locate PF and 57.1% answered incorrectly or do not know how many openings / holes exist in female PF. Most of the participants (84.9%) reported only one function and 87.3% identified a higher percentage of urinary incontinence as the main consequence of PF dysfunction. **Conclusion:** There is an urgent need for education in the area of women's health on female's PF. **Key words:** woman, pelvic floor, knowledge, function / dysfunction, physiotherapy.

Introdução

O pavimento pélvico ou períneo, fecha a cavidade inferior abdomino-pélvica, sendo limitado anteriormente pelo arco púbico e posteriormente pelo cóccix (Baracho, 2012) e define-se como uma estrutura muscular complexa, composta de um conjunto de músculos, tecidos conjuntivos, ligamentos e fâscias (Nolasco et al, 2007; Hyakutake et al, 2016), que desempenha um papel importante nas funções ginecológicas, urológicas, gastroenterológicas e pulmonares (Neels et al., 2016). Essa estrutura está organizada em três segmentos: anterior - uretra, médio - vagina e posterior - ânus (Healy et al, 1997). O pavimento pélvico representa a única musculatura transversal do corpo que suporte carga (Sapsford, 2004) e tem como funções: suportar os órgãos pélvicos e abdominais, manter a continência, atuar na função sexual e permitir passagem do feto no momento do parto (Baracho, 2012). Para garantir essas diferentes funções, o pavimento pélvico precisa de uma estrutura anatómica intacta e eficaz (Jundt et al, 2015).

A disfunção do pavimento pélvico, que afecta 23,7% das mulheres adultas (Nygaard e Barber, 2008), é um termo geral que descreve uma ampla gama de problemas clínicos funcionais agrupados anatomicamente (Davis, 2003). Pode ser causada por anomalias estruturais, por uma doença subjacente ou um traumatismo físico (Lawson e Sacks, 2018) e que incluem prolapso de órgãos pélvicos, incontinência urinária e fecal (Geynisman-Tan et al, 2017), dor pélvica, dispareunia (Phillips e Monga, 2004) e disfunção sexual (Camargo et al, 2016). Para além de causar sofrimento físico, as disfunções do pavimento pélvico provocam distúrbios emocionais significativos tais como depressão, isolamento social, diminuição da participação em atividades físicas estruturadas (Farage et al, 2008), inibição sexual, absentismo laboral e diminuição de atividades de lazer (Davis e Kumar, 2003).

Nalguns estudos, as conclusões sugerem que existe a nível mundial uma falta de conhecimento sobre o pavimento pélvico as suas disfunções e as opções de tratamentos disponíveis em mulheres adultas (Mandimika et al, 2014; Andrade et al, 2018; Neels et al, 2016 e Caagbay et al, 2017).

Por exemplo, a educação pré-natal é considerada como insuficiente e as mulheres continuam a ser mal informadas sobre as alterações que ocorrem na gravidez, nos diferentes tipos de parto e as consequências possíveis que podem modificar o seu próprio corpo (McLennan, 2005 e Dunbar, 2011). Segundo o estudo realizado por Daly et al. (2018) é necessário estabelecer métodos gerais de prevenção e de informação para as mulheres, e mais precisamente, proporcionar às mulheres recursos de forma a aumentarem o conhecimento e a

consciencialização sobre o pavimento pélvico, e consequentemente desenvolver estratégias motivacionais para uma adesão aos programas de prevenção e/ou de reabilitação.

Por todos esses motivos, os objetivos deste estudo são: identificar o conhecimento de mulheres sobre a anatomia, funcionalidade e disfunções do pavimento pélvico, assim com o conhecimento sobre o papel da fisioterapia pré-natal e pós-natal e reabilitação uroginecológica.

Metodologia

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de carácter observacional, descritivo e transversal.

Ética

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (UFP) (Anexo 1). Para participar, cada participante deu o seu assentimento informado de acordo com a declaração de Helsínquia. Foi igualmente especificado que cada questionário era preenchido de forma anónima e as informações recolhidas, analisadas assegurando o anonimato e confidencialidade das participantes. As perguntas não permitiam identificar os participantes uma vez que os questionários foram identificados através de um código alfanumérico. Os dados obtidos foram armazenados numa pasta unicamente acessível pelo investigador e orientadores.

Amostra

A amostra não-probabilística foi constituída por 322 mulheres que aceitaram participar no estudo. Os critérios de inclusão considerados foram: ser mulher, ter ≥ 18 anos e dominar a língua portuguesa. O acesso ao grupo de participantes foi feito por e-mail institucional da Universidade Fernando Pessoa (UFP) à sua comunidade académica e foi também recrutado através da disponibilização do link/caminho do questionário em grupos nas redes sociais. Foram analisados os dados dos questionários preenchidos entre 29 de abril de 2019 a 8 de maio de 2019.

Instrumentos

Elaborou-se um questionário (Anexo 2), aplicado *on-line*, tendo por base o questionário do estudo de Neels et al (2016).

Procedimento

Numa primeira fase o questionário foi submetido a um processo de validação por especialistas na área da Saúde da Mulher. Para a avaliação da reprodutibilidade/confiabilidade das respostas obtidas foi realizado um teste-reteste, tendo-se aplicado o questionário em dois momentos distintos, com intervalo de 15 dias, em 10 mulheres. Posteriormente, o questionário foi disponibilizado por meio digital (correio eletrónico e redes sociais) com um texto explicativo

do estudo e tendo sido pedido a sua colaboração para o seu preenchimento (Anexo 2). O questionário era composto de 29 perguntas: 5 sobre as características demográficas e dados pessoais, 7 sobre a estrutura e as funções do pavimento pélvico, 8 sobre as disfunções do pavimento pélvico, 5 sobre a fisioterapia e a reabilitação uro-ginecológica e 4 sobre a educação e a prevenção. Dependendo da informação desejada foram utilizadas questões de tipo “aberta” (respostas curtas) e “fechada” (escolha múltiplas). Para melhorar a taxa de resposta de algumas questões foi adicionado a opção de resposta indecisa “não sei”. As perguntas abertas permitiam ao participante de descrever, explicitar, nomear especificamente temas questionados nas perguntas fechadas.

Procedimentos para tratamento e interpretação dos resultados

Análise de conteúdo

As respostas abertas foram tratadas através da análise temática de conteúdo tendo como base a revisão da literatura de onde foram criadas *categorias a priori*. Estas foram confrontadas com as respostas das participantes, num constante diálogo entre a literatura e o *corpus* das respostas ao questionário.

Procedimento de Análise de dados

As respostas do questionário foram analisadas estatisticamente com o Software IBM[®] SPSS[®] Statistics vs. 25.0. A confiabilidade (teste reteste) das perguntas do questionário (parte I, II, III, IV e V) foi avaliada utilizando o coeficiente Kappa de Cohen e a questão final de conhecimento geral sobre o pavimento pélvico foi avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach, após aplicação do questionário a 10 mulheres com 15 dias de diferença. Calculou-se também a proporção de respostas concordantes e discordantes para cada pergunta do questionário.

A análise descritiva para os 322 questionários, para questões fechadas, quase exclusivamente questões de escala qualitativa nominal ou ordinal, assim como para questões abertas após categorização (análise de conteúdo), foi realizada através de contagens e respectiva percentagem de respostas. Em alguns casos, sendo questões de resposta múltipla, a percentagem de respostas foi calculada com base no número de inquiridos e não no número total de respostas obtidas. A descrição do grau de informação dos participantes sobre “anatomia, funções e disfunções do pavimento pélvico” (escala ordinal de zero (nada informada) a dez (totalmente informada)) foi realizada através da mediana de respostas e respectivos quartis, assim como da amplitude de respostas (mínimo e máximo), sendo ainda calculado a média e respectivo desvio padrão para posterior comparação com dados publicados noutros estudos. No que diz respeito à análise inferencial, a comparação de respostas por grupo profissional (3 grupos: “Outras”: Estudante + Profissional em áreas diferentes da Saúde +

Desempregada/Doméstica ou Aposentada/Reformada”, “*Estudante da área de Saúde*” e “*Profissionais da área de Saúde*”) foi realizada através de testes de qui-quadrado. A comparação, nos 3 grupos, da percepção sobre o grau de informação das participantes sobre “anatomia, funções e disfunções do pavimento pélvico” foi realizada através da mediana de cada grupo com o teste de Kruskal-Wallis, sendo que após detecção de diferenças significativas estas foram identificadas pelo teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni para assegurar a manutenção do grau de confiança de 95%. Em toda a análise inferencial foi considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados

Seis das 29 questões do questionário apresentaram alteração de resposta entre os dois momentos de aplicação, e com exceção de uma das questões (profissão), as 5 questões em que a resposta se alterou é de resposta múltipla, tendo as mulheres acrescentado opções de resposta no segundo momento. Vinte e três questões apresentaram 100% de respostas concordantes. A qualidade de concordância obtida foi caracterizada segundo Byrt (1996) e as questões 6, 9, 13 e 18 mostraram uma boa concordância (Kappa= 0,7 e 0,8) e as questões 3 e 17 uma excelente concordância (Kappa=0,9).

Um total de 322 mulheres responderam ao questionário, entre elas 173 (53,7%) são profissionais ou estudantes na área da saúde e 149 (46,3%) não são da área da saúde (denominadas por “*Outras*”). A maioria das mulheres que responderam (n=240; 74,5%) têm entre 18 e 44 anos. Relativamente ao grau mais alto de escolaridade, cerca de 64% das participantes têm formação do ensino superior, sendo que 42,2% têm licenciatura, 14,9% o mestrado e 6,8% o doutoramento. Das restantes inquiridas, 34,2% têm do 9º ao 12º ano, sendo que uma minoria da amostra tem até ao 9º ano. Das 136 participantes com licenciatura, 44% são profissionais de saúde e 56% têm formação noutras áreas. Assim, estudantes na área de Saúde são 78, profissionais na área de Saúde são 95 e 149 são de outras áreas (“*Outras*”: estudante ou profissionais em áreas diferentes da Saúde, ou desempregada/doméstica ou aposentada/reformada). A nacionalidade mais representada é a portuguesa com 250 (77,6%) participantes, seguido pela francesa (n=62; 19,3%) e com 10 (3,1%) participantes de origem brasileira, espanhola, italiana, angolana e venezuelana.

Das 322 mulheres, 169 (52,5%) referiram não ter filhos. Das restantes participantes, 42,4% (n=64) mencionaram ter 1 filho, 39,1% têm 2 filhos e 18,5% referiram ter mais de 2 filhos. Apenas duas mulheres estavam grávidas no momento do preenchimento do questionário.

Relativamente ao conhecimento sobre a **constituição e a localização do pavimento pélvico** (Tabela 1), 95,3% (n=307) das participantes referiram que o pavimento pélvico é constituído

por músculos, 51,9% por tendões e ligamentos (n=167), 31,7% por artérias, veias e nervos (n=102), 31,1% mencionaram órgãos abdominais (n=100), 22,7% assinalaram ossos e articulações (n=73) e 19,6% referiram pele e gordura (n=63). Quando estas respostas foram comparadas por grupo de participantes, verificou-se existir diferenças significativas ($p < 0,001$), que se detetam unicamente para o grupo de profissionais de saúde que mencionou *mais* a resposta “tendões e ligamentos” em relação ao grupo “*Outras*”. Cerca de metade das mulheres (n=169; 52,5%) localiza corretamente o pavimento pélvico no esquema do corpo da mulher (presente no questionário), não diferindo significativamente entre os grupos ($p = 0,086$).

Grande parte das participantes (n=241; 75%) mencionam saber as **funções do pavimento pélvico**, nomeadamente as profissionais de saúde que afirmam *mais saber as funções do PP* comparativamente com as “*Outras*” ($p < 0,001$), contudo a grande maioria (n=157; 84,9%) referem apenas *uma* função do pavimento pélvico. A identificação correta das 3 funções do pavimento pélvico foi feita por apenas 3 mulheres que pertencem ao grupo das profissionais da área da saúde, com diferença significativa comparativamente com os restantes grupos ($p = 0,006$).

A função de suporte (n=156; 83,9%) e a função no controlo esfíncteriano (n=54; 29%) foram as funções do pavimento pélvico amplamente assinaladas. Somente 7 mulheres (3,8%) referiram o papel do pavimento pélvico na função sexual (sendo 4 mulheres do grupo das profissionais da saúde). Quase todas as participantes (n=299; 92,9%) referiram que o pavimento pélvico pode ser conscientemente contraído, e a maioria (n=217; 67,4%) respondeu que os movimentos do pavimento pélvico são de “apertar” e “elevar para dentro”, mas estes movimentos foram significativamente mais referidos pelas profissionais de saúde ($p = 0,002$). Não se detetou diferença por grupo no movimento de “empurrar para fora”, globalmente indicado por 141 (43,8%) mulheres. Mais de metade das mulheres (n=184; 57,1%) respondeu incorretamente ou *não sabe* quantas aberturas/orifícios existem no PP feminino, sendo que apenas 93 mulheres responderam e nomearam corretamente as três (uretra, vagina e ânus).

As respostas às questões referentes às **disfunções do pavimento pélvico** estão representadas na Tabela 2. O parto vaginal, a cirurgia do trato urinário, do útero e/ou abdómen e a gravidez são consideradas como as três principais causas possíveis/mais comuns de disfunções do PP, respostas que não diferem significativamente por grupo de participantes ($p = 0,099$).

Relativamente às perdas de urina, 169 participantes (52,5%) acham normal uma mulher saudável perder ocasionalmente urina. Contudo, a mesma percentagem não acha normal uma mulher perder urina a espirrar, a tossir ou durante um exercício, o que é maioritariamente referido pelas mulheres dos grupos de estudantes e profissionais de saúde ($p < 0,009$).

Cerca de 85% das mulheres referem que os músculos do PP não são tão fortes como antes da gravidez, sem diferenças entre os grupos ($p=0,090$) e que, após o parto, as consequências possíveis de uma disfunção do PP podem ser: incontinência urinária ($n=281$; 87,3%), dor durante as relações sexuais ($n=147$; 45,7%), dor no pavimento pélvico ($n=144$; 44,7%), diminuição do orgasmo nas relações sexuais ($n=86$; 26,7%) e flatulência ($n=49$; 15,2%). A resposta “diminuição do orgasmo nas relações sexuais” foi mais assinalada pelas profissionais de saúde comparativamente com o grupo “Outras” ($p<0,001$).

Tabela 1 – Distribuição de respostas para conhecimento dos inquiridos sobre Pavimento Pélvico, Anatomia e Funções, e sua comparação por área de atuação.

		Área de atuação				P
		Todos, n=322	Outros, n=149	Estudante, área de Saúde, n=78	Profissional, área de Saúde, n=95	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
O PP é constituído por	Músculos	307 (95,3)	138 (92,6)	76 (97,4)	93 (97,9)	<0,001
	Pele e gordura	63 (19,6)	25 (16,8)	11 (14,1)	27 (28,4)	
	Ossos e articulações	73 (22,7)	25 (16,8)	20 (25,6)	28 (29,5)	
	Tendões e ligamentos	167 (51,9)	62 ^b (41,6)	43^{ab} (55,1)	62^a (65,3)	
	Artérias, veias e nervos	102 (31,7)	40 (26,8)	28 (35,9)	34 (35,8)	
	Órgãos abdominais (,,)	100 (31,1)	41 (27,5)	28 (35,9)	31 (32,6)	
Localiza o PP corretamente	Não	153 (47,5)	69 (46,3)	45 (57,7)	39 (41,1)	0,086
	Sim	169 (52,5)	80 (53,7)	33 (42,3)	56 (58,9)	
Sabe funções do PP?	Não	81 (25,2)	53^a (35,6)	20^a (25,6)	8 ^b (8,4)	<0,001
	Sim	241 (74,8)	96 ^b (64,4)	58 ^b (74,4)	87^a (91,6)	
Quais as funções do PP	Suporte	156 (83,9)	61 (63,5)	37 (63,8)	58 (66,7)	0,297
	Controlo esfíncteriano	54 (29,0)	17 (17,7)	19 (32,8)	18 (20,7)	
	Função sexual	7 (3,8)	2 (2,1)	1 (1,7)	4 (4,6)	
Quantas funções do PP identifica	1 função	157 (84,9)	68^a (91,9)	33 ^b (73,3)	56^{ab} (84,8)	0,006
	2 funções	25 (13,5)	6 ^b (8,1)	12^a (26,7)	7 ^b (10,6)	
	3 funções	3 (1,6)	0	0	3 (4,5)	
Que movimento realiza o PP	Apertar	217 (67,4)	100 ^{ab} (67,1)	43 ^b (55,1)	74 ^a (77,9)	0,002
	Elevar para dentro	217 (67,4)	89 ^b (59,7)	56 ^{ab} (71,8)	72 ^a (75,8)	
	Empurrar para fora	141 (43,8)	60 (40,3)	34 (43,6)	47 (49,5)	
	Controlo não é possível	2 (0,6)	2 (1,3)	0	0	
	Não sei	24 (7,5)	13 ^{ab} (8,7)	9 ^a (11,5)	2 ^b (2,1)	
Controlo voluntário do PP	Não	4 (1,2)	2 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,1)	0,215
	Sim	299 (92,9)	135 (90,6)	71 (91)	93 (97,9)	
	Não sei	19 (5,9)	12 (8,1)	6 (7,7)	1 (1,1)	
	nenhum	9 (2,8)	8 ^a (5,4)	1 ^{ab} (1,3)	0 ^b	
Quantos orifícios existem no PP da mulher?	1	21 (6,5)	13 (8,7)	4 (5,1)	4 (4,2)	<0,001
	2	108 (33,5)	48 (32,2)	29 (37,2)	31 (32,6)	
	+ de 2	138 (42,9)	47 ^b (31,5)	38 ^a (48,7)	53 ^a (55,8)	
	Não sei	46 (14,3)	33 ^a (22,1)	6 ^b (7,7)	7 ^b (7,4)	

Outros: Estudante + Profissional em áreas diferentes da Saúde + Desempregada/Doméstica ou Aposentada/Reformada; * valor p calculado de acordo com o teste de Qui-quadrado. **Teste de Kruskal-Wallis. ^{a,b,c}, letras diferentes, em cada linha/categoria, indicam diferenças significativas detetadas por área profissional (a- maior % ou mediana (conforme aplicável); b- % ou mediana de valor imediatamente inferior; c, se existir - menor % ou mediana). § grau de informação de zero (nada informada) a dez (totalmente informada).

Relativamente a disfunções sexuais, 57,5% ($n=185$) afirma que uma mulher pode ter dor durante as relações sexuais. Já 58,4% ($n=188$) respondem que uma mulher saudável não pode perder urina durante essas mesmas relações, sendo nesta questão detetada uma diferença

significativa ($p=0,001$) por grupo de participantes, com a resposta “não sei” mais referida pelo grupo “*Outras*” (26,8%) e significativamente menos por profissionais de saúde (10,5%), enquanto os estudantes de saúde (17,9%) não mostram diferenças com as restantes.

Apesar de não ter existido diferenças significativas, entre os diferentes grupos, na resposta “...dor durante as relações sexuais”, foi detetada diferença para a questão “...perder urina durante as relações sexuais”, sendo que o grupo das “*Outras*” (26,8%) referiu significativamente mais vezes “não sei” do que por profissionais de saúde (10,5%).

Os resultados da questão “**Que tipo(s) de parto pode(m) ter as consequências mais negativas para os músculos do pavimento pélvico?**” (Tabela 2) revelam que o parto vaginal com fórceps ($n=221$; 25%), o parto vaginal com episiotomia ($n=191$; 21,6%) e o parto com rotura ($n=169$; 19,1%) são identificados pelas mulheres como os tipos de parto com repercussões mais negativas para o pavimento pélvico. Existem diferenças significativas ($p<0,001$) no tipo de parto identificado com consequências negativas, sendo que o “parto vaginal com episiotomia” é mais referido por profissionais de saúde (70,5%) e menos por estudantes de saúde (50%). O grupo “*Outras*” não mostrou diferenças significativas relativamente aos outros dois grupos. A resposta “Parto demorado” é mais referida por estudantes (44,9%) e profissionais de saúde (40%).

Relativamente às questões de conhecimento das inquiridas sobre **Fisioterapia e Reabilitação Uroginecológica** (Tabela 3), cerca de 60% das mulheres ($n=192$) que responderam ao questionário dizem conhecer as modalidades de tratamento e de reabilitação das disfunções do PP, mas as profissionais de Saúde afirmam *mais* conhecê-los (77,9%) que as restantes mulheres ($p<0,001$). A resposta “Não” nessa questão é mais referida pelo grupo “*Outras*” e menos referida por os profissionais de saúde. O papel do fisioterapeuta na reabilitação das disfunções do pavimento pélvico é conhecido por 55,9% ($n=180$) das participantes, o que difere por grupo ($p<0,001$), com os estudantes (60,3%) e os profissionais de Saúde (73,7%) a afirmá-lo mais que as restantes mulheres do grupo *Outras*. Acerca da fisioterapia pré e pós-natal, a grande maioria das mulheres ($n=274$; 85,1% ; $n=300$; 93,2%, respetivamente) mencionam que essas áreas são úteis. No caso da **fisioterapia pré-natal ser uma área útil** foram detetadas diferenças significativas ($p<0,001$) na percentagem de respostas positivas por grupo de participantes, sendo a resposta “sim” mais referida por profissionais de saúde (94,7%) e menos pelo grupo “*Outras*” (79,2%), enquanto os estudantes de saúde (84,6%) não mostraram diferenças relativamente aos dois restantes. Também a resposta “não sei” foi mais referida pelo grupo “*Outras*” (17,4%) e menos pelos profissionais de saúde (3,2%). No caso da **fisioterapia pós-**

natal não foram detetadas diferenças significativas entre grupos, sendo que a grande maioria das participantes considera esta área útil (Todos [93,2%]; “*Outras*” [89,3%]; Estudantes de saúde [96,2%]; Profissionais de saúde [96,8%]). Vinte e seis mulheres (17,4%), pertencentes ao grupo “*Outras*”, respondeu *não saber* o papel do fisioterapeuta no pós-parto.

Tabela 2 – Distribuição de respostas para conhecimento dos inquiridos sobre Pavimento Pélvico e Disfunções, e sua comparação por área de atuação.

	Todos, n=322	Situação Profissional			p	
		Outros, n=149	Estudante, área de Saúde, n=78	Profissional, área de Saúde, n=95		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Quais as principais causas da DPP	Cesariana	84 (7,7%)	40 (26,8)	19 (32,1)	40 (20)	0,099
	Cirurgia do trato urin.	198 (18,3%)	101 (67,8)	50 (60,3)	101 (52,6)	
	Consumo de álcool	10 (0,9%)	3 (2)	3 (5,1)	3 (3,2)	
	Excesso de peso/obesid	191 (17,6%)	90 (60,4)	61 (51,3)	90 (64,2)	
	Gravidez	193 (17,8%)	84 (56,4)	56 (67,9)	84 (58,9)	
	Hereditariedade	32 (3,0%)	14 (9,4)	9 (11,5)	14 (9,5)	
	Obstipação	60 (5,5%)	24 (16,1)	20 (20,5)	24 (21,1)	
	Parto vaginal	226 (20,8%)	102 (68,5)	70 (69,2)	102 (73,7)	
	Tabagismo	11 (1,0%)	6 (4)	0 (6,4)	6 (0)	
	Esforço para urinar	79 (7,3%)	29 (19,5)	27 (29,5)	29 (28,4)	
... perder ocasionalmente urina?	Não	129 (40,1%)	50 (33,6)	36 (46,2)	43 (45,3)	0,078
	Sim	169 (52,5%)	86 (57,7)	34 (43,6)	49 (51,6)	
	Não sei	24 (7,5%)	13 (8,7)	8 (10,3)	3 (3,2)	
... perder urina a espirrar, tossir, exercício	Não	169 (52,5%)	64 ^b (43)	50^a (64,1)	55^a (57,9)	0,009
	Sim	134 (41,6%)	71^a (47,7)	26 ^b (33,3)	37 ^{ab} (38,9)	
	Não sei	19 (5,9%)	14 (9,4)	2 (2,6)	3 (3,2)	
PP tão forte antes e depois da gravidez?	Não	272 (84,5%)	117 (78,5)	71 (91)	84 (88,4)	0,090
	Sim	22 (6,8%)	15 (10,1)	3 (3,8)	4 (4,2)	
	Não sei	28 (8,7%)	17 (11,4)	4 (5,1)	7 (7,4)	
Após o parto, quais as consequências	Dim orgasmo nas RS	86 (26,7%)	27 ^b (18,1)	30^a (38,5)	29 ^{ab} (30,5)	< 0,001
	Dor no PP	144 (44,7%)	54 (36,2)	41 (52,6)	49 (51,6)	
	Dor durante RS	147 (45,7%)	57 ^b (38,3)	38 ^{ab} (48,7)	52^a (54,7)	
	Flatulência (gazes)	49 (15,2%)	12 ^b (8,1)	19^a (24,4)	18^a (18,9)	
	Perda inv fezes/urina	281 (87,3%)	123 (82,6)	73 (93,6)	85 (89,5)	
Consequências mais negativas para o PP	Cesariana	58 (6,6%)	22 (14,8)	21 (26,9)	15 (15,8)	0,001
	Parto vaginal c/ episiot	191 (21,6%)	85 ^{ab} (57)	39 ^b (50)	67^a (70,5)	
	Parto com rotura	169 (19,1%)	68 (45,6)	46 (59)	55 (57,9)	
	Parto demorado	108 (12,2%)	35 ^b (23,5)	35^a (44,9)	38^a (40)	
	Parto rápido	14 (1,6%)	8 (5,4)	5 (6,4)	1 (1,1)	
	Parto vaginal	123 (13,9%)	52 (34,9)	29 (37,2)	42 (44,2)	
	Parto vaginal c/ forceps	221 (25,0%)	101 (67,8)	54 (69,2)	66 (69,5)	
... dor durante as RS?	Não	110 (34,2%)	45 (30,2)	24 (30,8)	41 (43,2)	0,081
	Sim	185 (57,5%)	87 (58,4)	47 (60,3)	51 (53,7)	
	Não sei	27 (8,4%)	17 (11,4)	7 (9)	3 (3,2)	
... perder urina durante RS?	Não	188 (58,4%)	83 (55,7)	43 (55,1)	62 (65,3)	0,021
	Sim	70 (21,7%)	26 (17,4)	21 (26,9)	23 (24,2)	
	Não sei	64 (19,9%)	40^a (26,8)	14 ^{ab} (17,9)	10 ^b (10,5)	

Outros: Estudante + Profissional em áreas diferentes da Saúde + Desempregada/Doméstica ou Aposentada/Reformada; * valor p calculado de acordo com o teste de Qui-quadrado. **Teste de Kruskal-Wallis. ^{a,b,c}, letras diferentes, em cada linha/categoria, indicam diferenças significativas detetadas por área profissional (a- maior % ou mediana (conforme aplicável); b- % ou mediana de valor imediatamente inferior; c, se existir - menor % ou mediana). § grau de informação de zero (nada informada) a dez (totalmente informada).

Tabela 3 – Distribuição de respostas para conhecimento dos inquiridos sobre Fisioterapia e Reabilitação Uroginecológica, e sua comparação por área de atuação.

		Situação Profissional				P
		Todos, n=322	Outros, n=149	Estudante, área de Saúde, n=78	Profissional, área de Saúde, n=95	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Conhece os trat, reab, DPP	Não	130 (40,4%)	79^a (53)	30 ^{ab} (38,5)	21 ^b (22,1)	<0,001
	Sim	192 (59,6%)	70 ^b (47)	48 ^{ab} (61,5)	74^a (77,9)	
Conhece o papel do Fisiot nas DPP?	Não	142 (44,1%)	86^a (57,7)	31 ^b (39,7)	25 ^b (26,3)	<0,001
	Sim	180 (55,9%)	63 ^b (42,3)	47^a (60,3)	70^a (73,7)	
Papel – áreas de atuação n=240	Prevenção	5 (2,8%)	1 (1,6)	2 (4,3)	2 (2,9)	0,082
	Reabilitação	85 (47,2%)	23 (36,5)	23 (48,9)	39 (55,7)	
	Prev + Reab	16 (8,9%)	3 (4,8)	5 (10,6)	8 (11,4)	
	Contexto não identific.	56 (31,1%)	30 (47,6)	12 (25,5)	14 (20)	
	Não responde	18 (10,0%)	6 (9,5)	5 (10,6)	7 (10)	
A fisioterapia pré-natal é útil?	Não	10 (3,1%)	5 (3,4)	3 (3,8)	2 (2,1)	0,016
	Sim	274 (85,1%)	118 ^b (79,2)	66 ^{ab} (84,6)	90^a (94,7)	
	Não sei	38 (11,8%)	26^a (17,4)	9 ^{ab} (11,5)	3 ^b (3,2)	
A fisioterapia pós-parto é útil?	Não	3 (0,9%)	3 (2)	0	0	0,102
	Sim	300 (93,2%)	133 (89,3)	75 (96,2)	92 (96,8)	
	Não sei	19 (5,9%)	13 (8,7)	3 (3,8)	3 (3,2)	

Outros: Estudante + Profissional em áreas diferentes da Saúde + Desempregada/Doméstica ou Aposentada/Reformada; * valor p calculado de acordo com o teste de Qui-quadrado. **Teste de Kruskal-Wallis. ^{ab,c}, letras diferentes, em cada linha/categoria, indicam diferenças significativas detetadas por área profissional (a- maior % ou mediana (conforme aplicável); b- % ou mediana de valor imediatamente inferior; c, se existir - menor % ou mediana). § grau de informação de zero (nada informada) a dez (totalmente informada).

Numa escala de conhecimento geral sobre o pavimento pélvico de 0 a 10 (0: nada informada; 10: totalmente informada), globalmente, as mulheres classificaram o seu conhecimento geral como $5,6 \pm 2,1$ (média \pm desvio padrão), sendo que metade classificaram como 6 ou mais e os 50% que apresentam classificação intermédia, classificaram entre 4 e 7. A variação total abrangeu todos os valores da escala, zero a dez.

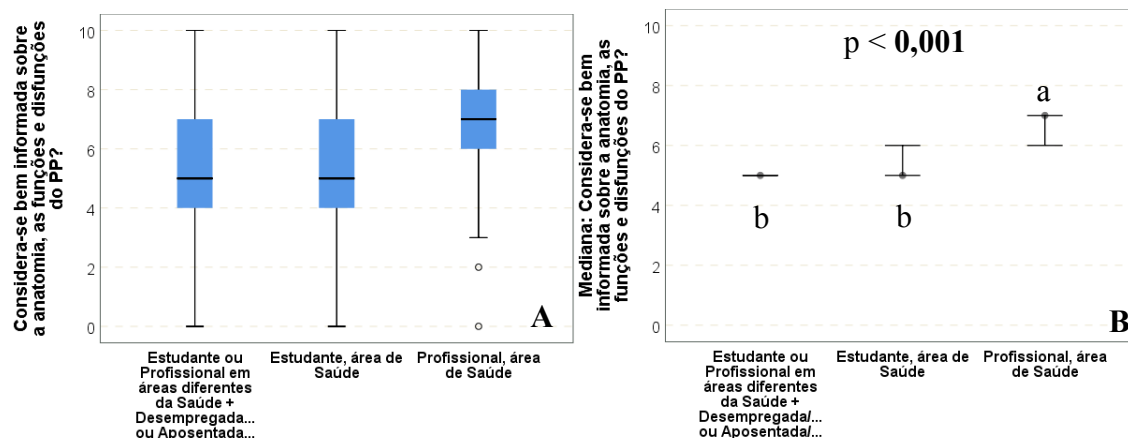


Figura 1- Perceção sobre o grau de informação (escala de 0 a 10) sobre a anatomia, as funções e disfunções do pavimento pélvico dos participantes no estudo, agrupados segundo 3 categorias profissionais: A- diagrama de caixa de respostas obtidas pelas inquiridas dos três grupos; B- diagrama da comparação da mediana de grau de informação percecionada pelos três grupos (o símbolo “bola” representa a mediana de grau de informação de cada grupo; as barras de erro representam o intervalo de confiança com 95% de confiança para a mediana). Letras diferentes (a, b) indicam os grupos com mediana de grau de informação significativamente diferentes.

Foi possível verificar que a distribuição de conhecimento geral percebido pelos 3 grupos (Figura 1A) variou significativamente ($p < 0,001$) sendo percebida como significativamente mais elevada nas profissionais de saúde e mais baixa tanto em estudantes da área de saúde como em “*Outras*” participantes, mas não significativamente diferente nestes dois grupos (Figura 1B).

Discussão

No presente estudo 95,3% das participantes sabem que o PP é constituído por músculos contudo, somente cerca de metade (52,5%) identificaram corretamente a localização do PP, não havendo diferenças entre os grupos analisados, ou seja, não existiram diferenças significativas entre os grupos constituídos por estudantes e profissionais da área da saúde e o grupo de *Outras* participantes ($p=0,086$) (tabela 1). No estudo de Neels et al. (2016) efetuado em 212 mulheres, quase a totalidade (93%) das participantes sabia que o PP é constituído por músculos, mas cerca de 92% das participantes foram também capazes de localizar corretamente o PP, ao contrário do que aconteceu no nosso estudo em que a percentagem foi bem menor. Da mesma maneira, no estudo na de Hill et al. (2017), que avaliou o conhecimento de mulheres grávidas australianas, maiores de idade, em 620 respostas recolhidas, 82,6 % das mulheres já ouviram falar do termo “músculos do pavimento pélvico”. Na comparação do conhecimento das funções do pavimento pélvico (tabela 1) constatamos, no presente estudo, que 84% das mulheres conhecem pelo menos *uma função* do PP e que 15,1 % conhecem *mais dos que uma função*. Comparativamente ao estudo de Neel et al. (2016) verificamos que as mulheres do nosso estudo demonstram conhecer em maior percentagem *uma* das funções do PP, contudo isso não se reflete da mesma forma quando se analisa, nas respostas das participantes do nosso estudo, uma percentagem muito mais baixa de inquiridas (15,1%) que soube identificar *mais de que uma* função do PP em relação às 43% das mulheres do estudo de Neel et al. (2016) que souberam identificar mais do que que uma função. Aproximadamente 25% das mulheres do nosso estudo respondem *não saber* as funções do pavimento pélvico (tabela 1). Esses resultados concordam com o estudo de Hill et al. (2017) onde 20,7% das participantes não conseguiram identificar pelo *menos uma função* do PP. Quando questionadas sobre as funções do PP, 83,9% das nossas participantes mencionaram a função de suporte, seguida por uma função no controlo esfíncteriano (29%), contrariamente às participantes do estudo de Neels et al. (2016) que referiram em maior percentagem a função no controlo esfíncteriano (56%) seguida pela função de suporte (44%). Da mesma maneira, no estudo de Hill et al. (2017), as mulheres identificaram a função esfíncteriana (continência) em primeiro lugar: 76% na prevenção da incontinência urinária e 27,3% na prevenção da incontinência fecal. Tal como no estudo de Neels et al. (2016),

anteriormente citado, também no de Hill et al. (2017) somente 11,4% as mulheres identificaram que o PP tem uma função de suporte. No estudo de Neels et al. (2016), 10% (n=20) das mulheres identificaram que o PP tem um papel na função sexual, contudo nas inquiridas do nosso estudo, uma percentagem muito baixa (n=7; 3,8%) mencionaram essa função. Quando analisado o estudo de Hill et al. (2017) os resultados não fazem referência à função sexual. Apesar de os resultados do nosso estudo mostrarem que somente cerca de metade das mulheres (52,5%) do nosso estudo conhecem a localização do PP (tabela 1) e 42,9% sabem identificar quantas aberturas/orifícios têm (tabela 1), no estudo de Hill et al. (2017), o conhecimento do número de aberturas/orifícios é muito baixo, sendo que apenas 5,4 % (n=34) das mulheres conseguiram identificar as 3 aberturas/orifícios do PP. Apesar disso, das 42,9% das participantes do presente estudo que responderam + do que 2 orifícios/aberturas, somente 34,8% das mulheres conseguiram nomeá-los corretamente, significando mesmo assim que esta percentagem foi superior ao encontrado no estudo de Neels et al. (2016), em que unicamente 13% das participantes souberam identificá-las de forma correta. Apesar deste contraste sobre o conhecimento anatómico das participantes do nosso estudo constatamos que 92,9% das inquiridas, similarmente às 90% das mulheres do estudo de Neels et al. (2016), sabem que os músculos do pavimento pélvico podem ser conscientemente contraídos, sendo que a maioria das nossas participantes (67,4%) e também das 57% mulheres integrantes na investigação de Neels et al. (2016) identificaram que os principais movimentos do PP são os de “apertar” e “elevar para dentro”. Na nossa investigação, as participantes citaram como as principais causas para as disfunções do pavimento pélvico, o parto vaginal (20,8%), as cirurgias do trato urinário, útero e/ou abdómen (18,3%) e a gravidez (17,8%). No estudo de Neels et al. (2016), e de forma semelhante, o parto vaginal foi igualmente mencionado em maior percentagem (57,2%) contudo, contrariamente ao presente estudo, a segunda causa mais citada foi a gravidez (50%), seguida das cirurgias do trato urinário, útero e/ou abdómen (47,1%).

A gravidez e o parto são experiências importantes na vida de uma mulher (Martins et al., 2015), uma vez que provocam alterações na sua anatomia e na fisiologia e envolvem todos os sistemas orgânicos, podendo assim causar limitações funcionais importantes (Phillips e Monga, 2004; Valeton e Do Amaral, 2011). O estudo de Phillips e Monga (2004) referiu que o parto vaginal pode causar lesões significativas a longo prazo para o pavimento pélvico e que podem exigir, mais tarde, cirurgias ginecológicas (trato urinário, útero e/ou abdómen). De facto, a revisão da literatura de Pivetta et al. (2014) refere que essas cirurgias ginecológicas como, por exemplo, a histerectomia, podem levar a disfunções do pavimento pélvico tais como: incontinência urinária. Finalmente, o estudo Rocha et al. (2017) sugere que a gravidez é também um fator que

pode levar ao aparecimento da incontinência urinária e que, nesta ótica, deve ser dada ênfase e importância à educação em relação aos meios de prevenção e aos tratamentos disponíveis para essas disfunções. O estudo de Geynisman-Tan et al. (2017) demonstrou que menos de 50% das mulheres grávidas têm conhecimento sobre as disfunções do PP, apesar de terem um risco aumentado para essas condições durante e após a gravidez. Apesar das mulheres terem assinalado as 3 principais causas anteriormente citadas, a literatura sugere que existe outros fatores no aparecimento de disfunção do PP. O estudo caso-controlo de Tampakoudis et al. (1995) destaca várias explicações plausíveis quanto à relação entre tabagismo (referido por 11 participantes do nosso estudo; 1%) e incontinência urinária, alterações neurológicas e anatómicas. Os autores explicam que os danos causados pela tosse violenta do fumador podem ter efeitos adversos na síntese de colagénio dos músculos (resultando numa perda de tónus muscular), na síntese dos vasos sanguíneos e sobre os níveis de estrogénio. Segundo o estudo de Anselem et al. (2010), efetuado na população feminina de uma clínica ginecológica, existe uma associação entre a obstipação e o aparecimento de disfunções do pavimento pélvico. De facto, a obstipação, identificada por 5,5% (n=60) das participantes do nosso estudo, pode ser tanto um fator de risco quanto uma consequência de uma disfunção do pavimento pélvico. A incontinência urinária foi identificada por uma grande maioria das participantes do nosso estudo (n=281; 87,3%) e as do estudo de Neels et al. (2016) (n=147; 80,2%) como a consequência possível de uma disfunção do pavimento pélvico. Goldstick e Constantini (2014) reportam que a disfunção do pavimento pélvico e, principalmente a incontinência urinária, é uma condição que pode afetar a mulher em qualquer período da sua vida, contudo a sua prevalência aumenta com a idade, desde 9,7% em mulheres não grávidas com idade entre 20-39 anos, 26,5% nas idades de 40 a 59 anos, 36,8% na faixa etária dos 60-79 e 49,7% em mulheres com mais de 80 anos (Nygaard e Barber, 2008). A obesidade, reportada por 17,6% (n=191) das nossas participantes, é considerada com um fator precipitante no aparecimento da incontinência urinária devido ao aumento da pressão intra-abdominal que leva a um aumento da pressão vesical e da mobilidade uretral (Ramalingam e Monga, 2015), sendo que uma redução da massa corporal tem um impacto altamente positivo nos sintomas da incontinência urinária (Pomian et al, 2016). Segundo o estudo de Melville et al. (2008) em 3536 mulheres, verificou-se que as mulheres acham normal a perda ocasional de urina devido a vários fatores independentes da sua vontade como estilo de vida, excesso de ingestão de líquidos, esperar muito tempo para urinar, hereditariedade (n=32; 3,0%), envelhecimento, doença, cirurgias, ou simplesmente uma “condição normal” de ser mulher. Ao contrário, as mulheres do nosso estudo assinalaram que o facto de perder urina a espirrar, tossir, durante o exercício (52,5%) ou durante as relações

sexuais (58,4%) é uma condição anormal, tal como as mulheres do estudo de Neels et al. (2016) com respetivamente 45,2% e 54,5%. No nosso estudo, foi observado uma contradição sobre a perceção/conhecimento das mulheres sobre a função sexual do pavimento pélvico. De facto, só 3,8% das participantes identificaram essa função e uma grande proporção delas (57,5%) acham que a dispareunia, ou seja, a dor durante as relações sexuais, é normal, mas na questão **“Quais as consequências possíveis de uma disfunção do pavimento pélvico?”** essas mesmas mulheres colocaram “dor durante as relações sexuais” (47,7%), proporcionalmente em segundo lugar. Assim, parece que não estabelecem a relação entre as dores durante a relação sexual numa mulher saudável e a presença de uma disfunção, fazendo-no apenas após ter existido uma intervenção direta no PP, como é o caso do parto vaginal. Segundo Mendonça e Amaral (2011), é fundamental que os constituintes do pavimento pélvico mantenham uma boa funcionalidade para prevenir as disfunções sexuais tais como: vaginismo, dispareunia, distúrbios do desejo sexual, do orgasmo e da excitabilidade. O estudo de Viana et al. (2012) revelou que, de facto, as mulheres têm dificuldade a conversar sobre problemas íntimos, tais como disfunção sexual e/ou incontinência urinária durante a relação sexual. As mulheres desse estudo referem também que a fisioterapia uroginecológica é bastante útil. As participantes têm consciência que a fisioterapia dita de “prevenção” é útil para limitar o aparecimento de disfunções do pavimento pélvico. De facto, o papel do fisioterapeuta não se restringe apenas à aplicação de técnicas específicas de tratamento, sendo imprescindível o ensino/aprendizagem da anatomia, consciencialização dos movimentos e funções do pavimento pélvico (Glisoi e Girelli, 2011). Isso é apoiado com os resultados do nosso próprio estudo. De facto, 85,1% acham que a fisioterapia pré-natal é útil e 93,2% também a consideram útil no período pós-natal. Essa tendência é de igual forma confirmada pelos resultados do estudo de Neels et al. (2016), sendo que 78,7% e 89,1% das participantes consideram útil a fisioterapia pré-natal e fisioterapia pós-natal, respetivamente. Relativamente ao tipo de parto que tem as consequências mais negativas para o pavimento pélvico, as mulheres do nosso estudo, responderam em maior proporção o “parto vaginal com fórceps/ventosa” (25%) seguido por “parto vaginal com episiotomia” (21,6%) e por “parto com rotura” (19,1%). Esses resultados contrariam os da investigação de Neels et al (2016), onde 89% das participantes responderam em maior percentagem o “parto vaginal” seguido por “parto demorado” e apenas em terceiro lugar “parto vaginal com fórceps/ventosa”. O estudo de Phillips e Monga (2005) referiu que o maior risco de disfunções do pavimento pélvico pós-parto é o parto com fórceps/ventosa, concordante com o nosso estudo. Além disso, os artigos que relatam os efeitos da episiotomia no PP são contraditórios e não permitem obter certeza quanto ao impacto dessa técnica no aparecimento de disfunção. De

facto, o estudo de Bertozzi et al. (2011) demonstrou que as mulheres que receberam episiotomia tiveram um aumento da qualidade de vida depois do parto. Ao contrário, nos estudos de Rocha et al. (2017) e Valeton e Do Amaral (2011) a episiotomia faz parte de um dos procedimentos realizados durante o parto que não está relacionada com a incontinência urinária. Finalmente, o estudo de Phillips e Monga (2005), demonstrou que a realização da episiotomia não permite reduzir o risco de rotura do pavimento pélvico.

Os pontos fortes do nosso estudo são a alta taxa de resposta ao questionário e a existência de respostas abertas, que permite às participantes explicitar as suas ideias e respostas fechadas de escolha múltipla, que permite de oferecer mais opções de respostas, bem como opções de resposta indecisa. Das limitações do estudo, reconhecemos que, como o questionário foi disponibilizado *on-line* não foi possível explicar eventuais dúvidas que pudessem ter surgido às participantes durante o seu preenchimento. Neste trabalho não foi também possível descrever/analisar todos os resultados relativos às respostas do questionário face ao limite de páginas.

Conclusão

Este estudo revelou que a maioria das mulheres sabe que o PP é constituído por músculos e que estes podem ser conscientemente contraídos, contudo mais de metade das participantes não sabe localizar corretamente a localização do PP nem quantos orifícios/aberturas existem. A grande maioria consegue somente identificar uma função do PP e identificam o parto vaginal, a cirurgia do trato urinário/útero e/ou abdómen como as três causas mais comuns de disfunções desta estrutura, sendo que mais de metade assinalou conhecer as diferentes modalidades de tratamento. De ressaltar que a grande maioria das participantes considera útil a fisioterapia pré e pós-natal.

Salienta-se que, pelos resultados obtidos, há uma necessidade urgente de educação na área da saúde da mulher no sentido de proporcionar um maior autoconhecimento anatómico e funcional das mulheres sobre o pavimento pélvico feminino e as repercussões que podem ocorrer, no caso de existir uma disfunção do PP, em qualquer fase da sua vida.

Referências Bibliográficas

- Andrade, R. L., Bø, K., Antonio, F. I., Driusso, P., Mateus-Vasconcelos, E. C., Ramos, S., Julio, M. P. e Ferreira, C. H. (2018). An education program about pelvic floor muscles improved women's knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64, 91-96.
- Anselem, C., Puigdollers, A., Azpiroz, F., Sala, C., Videla, S., Fernández-Fraga, X., Whorwell, P. e Malagelada, J-R. (2010). Constipation: a potential cause of pelvic floor damage? *Neurogastroenterology & Motility*, 22, 150-48.
- Baracho, E. (2012). *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 5ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Bertozzi, S., Londero, A. P., Fruscalzo, A., Driul, L., Delneri, C., Calcagno, A., Di Benedetto, P. e Marchesoni, D. (2011). Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Women's Health*, 11(12).
- Caagbay, D. M., Black, K., Dungal, G. e Raynes-Greenow, C. (2017). Can a leaflet with brief verbal instruction teach Nepali women how to correctly contract their pelvic floor muscles? *Journal of Nepal Health Research Council*, 15, 105-109.

- Camargo, A. S., Nunes, R. R., Yamada, A. S., Adorno, M. L. (2016). A influência da força muscular do assoalho pélvico no grau de satisfação sexual feminina. *Revista Amazônia Science & Health*, 4(2), 2-8.
- Daly, D., Cusack, C. e Begley, C. (2018). Learning about pelvic floor muscle exercises before and during pregnancy: a cross-sectional study. *The International Urogynecological Association*, 30(6), 965-975.
- Davis, K. e Kumar, D. (2003). Pelvic floor dysfunction: a conceptual Framework for collaborative patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 555-568.
- Dunbar, A., Ernst, A., Matthews, C. e Ramakrishnan, V. (2011). Understanding vaginal childbirth: what do women know about the consequences of vaginal childbirth on pelvic floor health? *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 35(2), 51-56.
- Farage, M. A., Miller, K. W., Berardesca, E. e Maibach, H. I. (2008). Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 277, 285-290.
- Geynisman-Tan, J. M., Taubel, D., Asfaw, T. S. (2017). Is something missing from antenatal education: a survey of pregnant women's knowledge of pelvic floor disorders. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 24(6), 440-443.
- Glisoi, S. F., Girelli, P. (2011). Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 9(6), 408-413.
- Goldstick, O. e Constantini, N. (2014). Urinary incontinence in physically active women and female athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 48, 296-298.
- Healy, J. C., Halligan, S., Reznek, R. H., Watson, S., Phillips, R. K. e Armstrong, P. (1997). Patterns of prolapse in women with symptoms of pelvic floor weakness: assessment with MR imaging. *Radiology*, 203(1), 77-81.
- Hill, A.-M., McPhail, S. M., Wilson, J. M. e Berlach, R. G. (2017). Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. *International Urogynecology Journal*, 28(10), 1557-1565.
- Hyakutake, N. T., Han, V., Cundiff, G. W., Baerg, L., Koenig, N. A., Lee, T. e Geoffrion, R. (2016). Pelvic floor education: Can a workshop enhance patient counseling during pregnancy? *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 22(5), 336-9.
- Jundt, K., Peschers, U., Kentenich, H. (2015). The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112, 564-74.
- Lawson, S. e Sacks, A. (2018). Pelvic floor physical therapy and women's health promotion. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(4), 410-417.
- Mandimika, C. L., Murk, W., McPencow, A. M., Lake, A., Wedderburn, T., Collier, C.H., Connell, K. A. e Guess, M. K. (2014). Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 210(2), 165.e1-165.e9.
- Martins, Q. P., Ferreira, G. S., Aragão, A. E., Gomes, F. M., Araújo, L. M. e Ferreira, F. I. (2015). Conhecimentos de gestantes no pré-natal : evidências para o cuidado de enfermagem. *S A N A R E, Sobral*, 14(2), 65-71.
- McLennan, M. T., Melick, C. F., Young, B. A. e Hoehn, M. R. (2005). Patients' knowledge of potential pelvic floor changes associated with pregnancy and delivery. *International Urogynecology Journal*, 17, 22-26.
- Melville, J. L., Wagner, L. E., Fan, M.-Y., Katon, W. J. e Newton, K. M. (2008). Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *Journal of women's health*, 17(7), 1093-1098.
- Mendonça, C. R. e Amaral, W. N. (2011). Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – revisão de literatura. *FEMINA*, 39(3), 139-142.
- Neels, H., Wyndaele, J.-J., Tjalma, W. A., De Wachter, S., Wyndaele, M. e Vermandel, A. (2016). Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *The Journal of Physical Therapy Science*, 28, 1524-1533.
- Nolasco, J., Martins, L., Berquo, M., Sandoval, R. A. (2007). Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino. *F&T*, 56(10), 14-8.
- Nygaard, I. e Barber, M. D. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 300, 1311-1316.
- Phillips, C. e Monga, A. (2004). Childbirth and the pelvic floor: "The gynecological consequences". *Reviews in Gynaecological Practice*, 5(1), 15-22.
- Pivetta, H. M. F., Braz, M. M., Real, A. A., Nascimento, J. R., Cabeleira, M. E., Veye, A. P. (2014). Disfunções do assoalho pélvico em pacientes submetidas à histerectomia : um estudo de revisão. *Cinergis*, 15(1), 48-52.
- Pomian, A., Lisik, W., Kosieradzki, M. e Barcz, E. (2016). Obesity and pelvic floor disorders: a review of the literature. *Medical Science Monitor*, 22, 1880-1886.
- Ramalingam, K. e Monga, A. (2015). Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Practice & Research clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29, 541-547.
- Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., Mota, L. e Costa, F. (2017). Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Acta medica portuguesa*, 30(7-8), 568-572.
- Sapsford, R. (2004). Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Manual Therapy*, 9, 3-12.
- Tampakoudis, P., Tantanassis, T., Grimbizis, G., Papaletsos, M. e Mantalenakis, S. (1995). Cigarette smoking and urinary incontinence in women – a new calculative method of estimating the exposure to smoke. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 63, 27-30.
- Valeton, C. T. e do Amaral, V. F. (2011). Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba mothers program: a prospective study. *International Urogynecology Journal*, 22, 813-818.
- Viana, S. B., Volkmer, C., Klein, J. A. e Pincegher, D. (2012). Incontinência Urinária e Sexualidade no cotidiano de mulheres em tratamento fisioterápico: uma abordagem qualitativa. *Saúde & Transformação Social*, 3(4), 62-70.

ANEXO 1 – Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS

Porto, 01 de Março de 2019

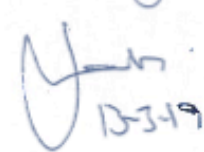
Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de investigação de Enora Morvan, intitulado 'Conhecimento de mulheres sobre o pavimento pélvico', realizado no âmbito da Licenciatura em Fisioterapia, considera nada haver a opor à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Susana Teixeira Magalhães

Autoriza

13-3-19



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

Reg. 302 820 820 - Reg. 02674017 - 28 Conservatória do Registo Comercial de Porto

REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciências e Tecnologia] (Praça 9 de Abril 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1000 - F. +351 22 550 8200 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] (R. Carlos da Maia, 290 - 4200-000 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4030 - F. +351 22 507 4037 - R. Debes Maia, 204 - 4300-251 Porto - Portugal
T. +351 22 508 6271 - geral.assu@ufp.pt UNIDADES de Porto de Lisboa - Casa da Garrida - R. Conde de Barcelos - 4910-079 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 030 - F. +351 258 741 412 - geral@ufp.pt

ANEXO 2 – Questionário

Exma Sra

Encontro-me a realizar um estudo no âmbito do meu projeto de graduação em Fisioterapia. O estudo intitula-se "Conhecimento de mulheres sobre o pavimento pélvico feminino". O objetivo deste estudo é avaliar o nível do conhecimento das mulheres sobre a anatomia e funcionalidade do pavimento pélvico feminino. Gostaria que respondesse espontaneamente a essas perguntas sem procurar respostas noutras fontes (pessoas, livros, internet).

A participação é voluntária e os dados serão recolhidos e armazenados de forma anónima e confidencial.

A duração do questionário é de cerca 10-15 minutos.

Obrigada pela sua colaboração.

Assentimento Informado:

Eu aceito de minha livre vontade, participar neste estudo intitulado “Conhecimento de mulheres sobre o pavimento pélvico feminino.” Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluída. Percebi que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial sendo a minha participação anónima.

- Aceito

PARTE I: Dados Pessoais.

1) Que idade tem?

Entre 18 e 24 anos

Entre 25 e 34 anos

Entre 35 e 44 anos

Entre 45 e 54 anos

Mais de 55 anos

2) Por favor indique o seu grau de escolaridade:

Até ao 9º ano

Até ao 12º ano

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

3) Profissão ou, no caso de ser estudante, em que curso se encontra atualmente: (Resposta Aberta)

4) Nacionalidade:

Portuguesa

Brasileira

Espanhola

Francesa

Inglesa

Italiana

Outra

→ Se respondeu outra, qual é a sua nacionalidade? (Resposta aberta)

5) Tem filhos?

- Não

- Sim (se a participante seleciona sim, ela vai responder na próxima questão “quantos filhos tem”)

- Estou grávida

→ Se respondeu sim, quantos filhos tem?

1

2

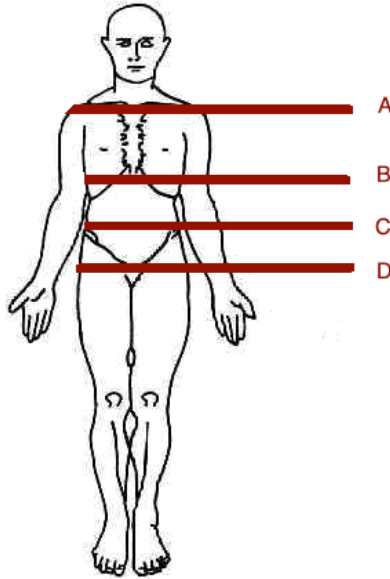
+ de 2

PARTE II: Pavimento pélvico, anatomia e funções.

6) O pavimento pélvico é constituído por: (Pode assinalar mais do que uma opção)

- | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------|
| Músculos | Pele e gordura |
| Ossos e articulações | Tendões e ligamentos |
| Artérias, veias e nervos | Órgãos abdominais (útero, bexiga, intestino, rins) |

7) Onde localizaria o pavimento pélvico? Selecione uma opção



- A
- B
- C
- D
- B e C
- C e D

8) Sabe quais as funções do pavimento pélvico?

Sim Não

→ Se respondeu sim, por favor indique quais as suas funções (resposta aberta)

9) Que movimento o pavimento pélvico realiza? (Pode assinalar + do que uma opção)

Apertar	Elevar para dentro	Empurrar para fora
Nenhum controlo é possível		Não sei

10) Uma mulher saudável é capaz de controlar (contrair e relaxar) o pavimento pélvico quando ela quer?

Sim Não Não sei

11) Quantos orifícios (ou aberturas) existem no pavimento pélvico da mulher?

1 2 + 2 Não sei

12) Pode nomeá-los? (resposta aberta).....

PARTE III: Pavimento pélvico e disfunções.

13) Quais são as principais causas possíveis de disfunção do pavimento pélvico? Por favor, selecione as 3 (três) causas mais comuns.

Cesariana	Cirurgia do trato urinário, útero e / ou abdómen
Consumo de álcool	Excesso de peso/obesidade
Gravidez	Hereditariedade
Obstipação	Parto vaginal
Tabagismo	Fazer esforço para urinar

14) Uma mulher saudável pode perder ocasionalmente urina?

Sim Não Não sei

15) Uma mulher saudável pode perder urina a espirrar, a tossir ou durante o exercício?

Sim Não Não sei

16) O pavimento pélvico é tão forte antes como depois a gravidez?

Sim Não Não sei

17) Após o parto, quais as consequências possíveis de uma disfunção do pavimento pélvico? (pode assinalar mais do que uma opção).

- Diminuição do orgasmo durante as relações sexuais
- Dor no pavimento pélvico
- Dor durante as relações sexuais
- Flatulência (gazes)
- Perda involuntária de fezes e/ou de urina

18) Que tipo(s) de parto pode(m) ter as consequências mais negativas para o pavimento pélvico? (Pode assinalar mais do que uma opção)

Cesariana	Episiotomia
Parto com rotura	Parto demorado
Parto rápido	Parto vaginal
Parto vaginal assistido com fórceps e/ou ventosa	

19) Uma mulher saudável pode sentir dor durante as relações sexuais?

Sim Não Não sei

20) Uma mulher saudável pode perder urina durante as relações sexuais?

Sim Não Não sei

PARTE IV: Fisioterapia e reabilitação uroginecológica

21) Conhece os tratamentos que são utilizados na reabilitação de mulheres com disfunção do pavimento pélvico?

Sim Não

22) Já foi tratada a uma disfunção do pavimento pélvico?

Sim Não

→ Se respondeu sim, indique por favor o motivo. (Reposta Aberta)

23) Conhece o papel do fisioterapeuta nas disfunções do pavimento pélvico?

Sim Não

→ Se respondeu sim, indique por favor qual o papel do fisioterapeuta nas disfunções do pavimento pélvico. (resposta aberta).....

24) Considera que a fisioterapia pré-natal (durante a gravidez, antes do parto) é útil?

Sim Não Não sei

25) Considera que a fisioterapia pós-parto é útil?

Sim Não Não sei

PARTE V: Educação e prevenção.

26) Já obteve informações sobre o pavimento pélvico?

Sim Não

→ Se sim, indique como: (Pode assinalar mais do que uma opção)

Amigos / Família	Enfermeira(o)
Enfermeira(o) especialista em saúde materna e obstétrica (enfermeira parteira)	
Escola/Universidade	Fisioterapeuta
Ginecologista	Internet
Livros	Médico de família
Sessões informativas	Formação profissional

27) Já procurou, pela sua própria iniciativa, informações sobre este assunto?

Sim Não

→ Se sim, onde? (Pode assinalar mais de que uma opção)

Amigos / Família	Enfermeira(o)
Enfermeira(o) especialista em saúde materna e obstétrica (enfermeira parteira)	
Escola/Universidade	Fisioterapeuta
Ginecologista	Internet
Livros	Médico de família
Sessões informativas	Formação profissional

28) Gostaria de saber mais sobre este assunto?

Sim Não

→ Se respondeu sim, indique o que gostaria de saber mais sobre este assunto.

29) Numa escala de 0 a 10, considera-se bem informada sobre a anatomia, funções e disfunções do pavimento pélvico? (0 é "nada informada" e 10 é "totalmente informada")

- 1, - 2, - 3, - 4, - 5, - 6, - 7, - 8, - 9, - 10,