

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**GABRIELA BARBOSA CARNEIRO E SILVA**

**MARINA BAUR RIBAS ANTONIETTO**

**RAFAELA FERREIRA DE AMORIM**

**PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DISFUNÇÕES  
DO ASSOALHO PÉLVICO EM SERVIDORAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA  
BRASILEIRA**

**CURITIBA**

**2021**

**GABRIELA BARBOSA CARNEIRO E SILVA  
MARINA BAUR RIBAS ANTONIETTO  
RAFAELA FERREIRA DE AMORIM**

**PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DISFUNÇÕES  
DO ASSOALHO PÉLVICO EM SERVIDORAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA  
BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Fisioterapia, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Fisioterapeuta.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Raciele Ivandra Guarda Korelo  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Rubneide Barreto da Silva Gallo  
Colaboradora: Viviane Jarek Magaton

**CURITIBA**

**2021**

## **Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Disfunções do Assoalho Pélvico em Servidoras de uma Universidade Pública Brasileira**

Gabriela Barbosa Carneiro e Silva

Marina Baur Ribas Antonietto

Rafaela Ferreira de Amorim

### **RESUMO**

As disfunções do Assoalho Pélvico (AP) atingem cerca de 33,5% das mulheres, porém, 81% nunca receberam informações sobre o que é o AP e 79% não sabem suas funções. Devido a esses fatores, este projeto objetivou avaliar os efeitos de um programa de promoção da saúde e prevenção das disfunções, associando educação em saúde e cinesioterapia. Trata-se de uma pesquisa experimental, com medição pré-pós intervenção, com 35 servidoras de uma Universidade Pública, com idade entre 20 e 60 anos. Todas as participantes realizaram avaliação fisioterapêutica do AP, antes e após o protocolo de exercícios. A intervenção consistiu em 4 encontros presenciais, de 60 minutos de duração, realizados em grupos de 5 a 8 servidoras. Com a intervenção, houve melhora significativa no conhecimento sobre a musculatura do AP em todos os quesitos avaliados. Houve melhora das condições da musculatura com aumento da função muscular, do tempo de contração e do número de contrações rápidas da musculatura superficial e profunda após a intervenção. Na primeira avaliação, 80% das participantes apresentavam queixas relacionadas ao AP, reduzindo para 51,4% após a intervenção. Sintomas relacionados ao aparelho urinário e gastrointestinal foram reduzidos, e variáveis como desempenho sexual, satisfação sexual e qualidade de vida melhoraram. A pesquisa demonstrou evidências suficientes para suportar que um programa de intervenção fisioterapêutica de 4 semanas, incluindo educação em saúde e treinamento da musculatura do AP, é capaz de proporcionar benefícios a curto prazo para a promoção da saúde e melhora de queixas relacionadas ao AP de mulheres adultas.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Fisioterapia, Distúrbios do Assoalho Pélvico.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde do Assoalho Pélvico (AP) feminino ainda é um assunto pouco conhecido e discutido pela sociedade. Quando há um desequilíbrio na saúde da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) ocorrem as disfunções, que podem levar a problemas econômicos, sociais, físicos, psicológicos e emocionais para as mulheres, podendo interferir na satisfação sexual, vida familiar, produtividade, autoestima e confiança (LOPES *et al.*, 2018; PILOTO *et al.*, 2019).

As Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) atingem cerca de 33,5% das mulheres adultas e incluem: Incontinência Urinária (IU), Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), Bexiga Hiperativa (BH), Disfunções Sexuais (DSF) e Disfunções Anorretais como Incontinência Fecal (IF) e a Constipação Intestinal (CI) (BARACHO, 2018). Estas patologias são prevalentes, geram altos custos e causam restrições às mulheres, mas muitas vezes não são associadas como patologias graves, sendo comumente negligenciadas (FANTE *et al.*, 2019; PILOTO *et al.*, 2019).

Cerca de 81% das mulheres nunca receberam informações sobre o que é o Assoalho Pélvico e 79% não sabem suas funções. Além disso, as mulheres desconhecem as possibilidades de tratamento conservador para as DAP, o que resulta em atrasos na intervenção e conseqüentemente cura (FANTE *et al.*, 2019).

Programas conservadores fisioterapêuticos, por meio do Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP), são a primeira linha de tratamento para as DAP, e possuem grau A de recomendação. Destacam-se devido ao baixo risco, redução de custos cirúrgicos e medicamentosos além de sua eficácia comprovada (STEIN *et al.*, 2019; FANTE *et al.*, 2019).

O conhecimento sobre a musculatura aumenta as chances de uma reabilitação satisfatória, mudanças nos hábitos de vida e redução dos sintomas da doença (FANTE *et al.*, 2019). Este, combinado à melhora da propriocepção e conhecimento corporal, por meio da cinesioterapia, tendem a corroborar para uma intervenção precoce, com maior chance de sucesso na reabilitação funcional do AP. Além disso, o autoconhecimento inter-relaciona-se com a melhora da qualidade de vida (QV), autoestima e confiança. Partindo-se da carência feminina acerca da abordagem e instruções sobre o tema, este projeto de pesquisa buscou aliar a educação em saúde como ferramenta de prevenção/tratamento, associada à cinesioterapia.

Desta forma, o estudo foi conduzido com o objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção de educação em saúde associada à cinesioterapia em servidoras de uma universidade pública brasileira, com idade entre 20 a 60 anos, considerando a adesão ao programa, o nível de conhecimento acerca da Musculatura do assoalho pélvico (MAP), a função muscular, queixas e disfunções, o desempenho sexual, QV e autoestima. Espera-se com as intervenções desse estudo encontrar evidências que fomentem que 4 semanas de TMAP associado à metodologia aplicada para educação em saúde, são capazes de produzir efeitos benéficos nas queixas relacionadas ao AP e na função muscular, além de elevar o nível de conhecimento das servidoras acerca da MAP.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa transversal de caráter experimental, com medição pré-pós intervenção. O estudo clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 98183818.4.0000.0102) (ANEXO 1) e inscrito no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-6mk8r3). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Os critérios de inclusão foram mulheres com 20 a 60 anos de idade, servidoras da Universidade estudada, que desejaram participar do estudo, e que possuíam disponibilidade para comparecer às intervenções semanais com datas e horários previamente estabelecidos. Os critérios de exclusão foram mulheres que já estivessem realizando tratamento medicamentoso, fisioterapia ou qualquer outro tratamento direcionado às DAP, bem como mulheres que não conseguiram realizar a contração do AP durante a avaliação inicial, mesmo após o treino proprioceptivo. Os critérios para interrupção do estudo foram mulheres que desejaram sair da pesquisa, que não concordaram em realizar o exame físico do AP, que não compareceram a pelo menos 2 encontros semanais e/ou que não compareceram à reavaliação após a intervenção.

Os desfechos analisados foram: a adesão ao programa de intervenção, o nível de conhecimento acerca do AP feminino, a função da MAP, a presença de disfunções e queixas relacionadas ao AP, além do desempenho sexual, qualidade de vida e autoestima das participantes.

## 2.2 DESFECHOS CLÍNICOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ESTUDO

A avaliação das características gerais e clínicas das participantes se deu por meio da anamnese, com o preenchimento de uma ficha de avaliação fisioterapêutica uroginecológica (APÊNDICE 2), apresentando os dados gerais da participante.

A avaliação do AP se deu de forma individualizada, seguindo orientações da Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) e da Sociedade Internacional de Continência (ICS), com inspeção visual e palpação do AP (Bo *et al.*, 2017). Para a realização do exame as participantes permaneceram na posição de litotomia modificada (decúbito dorsal com joelhos flexionados).

A avaliação da MAP foi realizada por meio da palpação vaginal bidigital, visando mensurar a capacidade da paciente de contrair e relaxar a musculatura, além de repetir e sustentar essa contração. A mensuração da percepção de contração e função muscular pré e pós intervenção foi realizada por um mesmo avaliador, utilizando a Escala de Oxford modificada (ANEXO 2), que gradua em 6 níveis a percepção da contração do AP (SANCHES, 2010). Para as mulheres que apresentaram hipertonicidade ou tensão muscular da MAP foi orientado a técnica de massagem perineal e banhos de assento com o objetivo de minimizar essa condição.

Para avaliação de POP, foi utilizado o sistema de quantificação de prolapso, proposto pela ICS, denominado de *Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POP-Q), que verifica o grau de protrusão de um órgão pélvico, por meio da avaliação do seu desprendimento da parede vaginal. Ele classifica o prolapso em 5 estágios (0, I, II, III e IV) (HAYLEN *et al.*, 2016) (ANEXO 3).

Para avaliação do nível de conhecimento das servidoras acerca do AP, foi utilizado um questionário que está em processo de validação, elaborado pelo Grupo

de Pesquisa do Laboratório de Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico Feminino (LAFAP – FMRP-USP) (BATISTA, 2017) composto por 5 perguntas abertas (ANEXO 4). A primeira questiona se a mulher já ouviu falar da MAP e o questionário só é continuado caso a resposta seja positiva. Nas 4 seguintes perguntas, a entrevistada responde questões relacionadas a MAP. A pontuação e análise dos resultados do questionário foi realizada de acordo com o estudo de De Freitas e colaboradores (2019), variando de 0 a 4, sendo que quanto mais próximo de 4, melhor o conhecimento sobre o AP, conforme o ANEXO 4.

Com objetivo de avaliar a frequência, gravidade e impacto da IU, foi utilizado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ - SF). Este é composto de cinco questões que avaliam frequência, gravidade e impacto da IU, além de um conjunto de oito itens autoavaliativos. O escore varia de 0 a 21 pontos, sendo que quanto mais alto o escore, maior é o impacto da IU na vida do indivíduo (TAMANINI *et al.*, 2004) (ANEXO 5).

Para avaliar o impacto das portadoras de BH e seus sintomas miccionais (frequência diurna, noctúria, urgência e perda de urina durante a urgência), foi utilizado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB). Este pode ser auto aplicável, e quanto mais alto o escore, maior o comprometimento (PEREIRA *et al.*, 2010) (ANEXO 6).

A avaliação da Constipação Intestinal foi realizada pelos critérios de Roma III (ANEXO 7), composto de 6 itens. A disfunção é avaliada pelas variáveis esforço evacuatório; fezes endurecidas; sensação de evacuação incompleta; sensação de obstrução/bloqueio anorretal; manobras manuais para facilitar a defecação; menos do que 3 evacuações por semana; número de sintomas necessários para o diagnóstico e o critério temporal (LONGSTRETH *et al.*, 2006).

Foi utilizado o Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F) para avaliação do desempenho e satisfação sexual, composto por 10 questões que devem ser pontuadas de 0 a 5 (ANEXO 8). A pontuação atingida é multiplicada por 2 e o score de 0 a 100 indica o desempenho sexual da mulher avaliada, onde um número mais próximo de 100 indica uma melhor satisfação sexual (ABDO, 2006).

A Escala de Autoestima de Rosenberg, para avaliação da autoestima, foi criada em 1965 e avalia de uma maneira geral o conjunto de pensamentos e sentimentos do indivíduo sobre o seu próprio valor. É composta por 10 perguntas relacionadas a autoestima, auto aceitação e autoestima geral (HUTZ; ZANON, 2011) (ANEXO 9).

O questionário WHOQOL-BREF foi utilizado para avaliação da qualidade de vida. É composto por 26 perguntas que seguem a escala de Likert (respostas de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a QV) (ANEXO 10). O questionário é capaz de avaliar o domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e o meio ambiente (KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY, 2009).

### 2.3 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO

Para realização do programa de educação em saúde e exercícios de cinesioterapêuticos, as pesquisadoras receberam treinamento prévio realizado pela professora orientadora. Para isso, foi realizado um estudo piloto com estudantes da universidade, onde foram replicadas todas as etapas do estudo. Dessa maneira, foi possível padronizar a anamnese e avaliação fisioterapêutica do assoalho pélvico, aplicação dos questionários avaliativos e comandos verbais durante a cinesioterapia.

As participantes foram recrutadas por meio de convite verbal em diferentes eventos comemorativos no formato de exposição relacionados à Saúde da Mulher promovidos pelo grupo de pesquisa em dois campi da universidade, e com divulgação do projeto por meio de cartazes nos corredores dos campi. O convite foi estendido a todas as servidoras de forma digital, pelo site oficial da Universidade. Aquelas que se interessaram, foram submetidas ao protocolo de avaliação individual para análise dos desfechos clínicos, intervenção fisioterapêutica e reavaliação.

A intervenção consistiu em 4 encontros, de 60 minutos de duração, realizados em grupos de 5 a 8 servidoras, incluindo: 40 minutos de educação em saúde (rodas de conversa para a explicação, esclarecimento de dúvidas e troca de experiências sobre um assunto) e 20 minutos de cinesioterapia (exercícios cinesiológicos em grupo, divididos em aquecimento, TMAP e relaxamento).



O conteúdo das rodas de conversa foi abordado de forma lúdica e clara, incluindo modelos artificiais e representações ilustradas da estrutura anatômica feminina (APÊNDICE 3), para maior exposição e explanação do tema, facilitando a visualização e entendimento. A descrição dos principais tópicos estão descritas no QUADRO 1. Em todos os encontros foram monitoradas a frequência de participação das servidoras através de uma lista de chamada, podendo desse modo verificar a adesão do programa proposto neste estudo. A descrição das etapas do estudo estão dispostas na FIGURA 1.

QUADRO 1 - TEMA E ABORDAGEM DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

<b>Encontro</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Abordagem</b>
Primeiro	Anatomia e fisiologia do sistema genito-urinário feminino	Estrutura óssea da pelve, estrutura muscular do assoalho pélvico, órgãos pélvicos, funções do assoalho pélvico
Segundo	Incontinência Urinária e Prolapso de Órgãos Pélvicos	Fisiologia da micção e sinergia do assoalho pélvico, tratamento fisioterapêutico e cirúrgico para IU e POP
Terceiro	Disfunções anorretais (Incontinência fecal e constipação)	Fisiologia da evacuação e sinergia do assoalho pélvico, posicionamento correto para evacuação; fatores de risco para incontinência fecal e tratamento fisioterapêutico para ambas
Quarto	Disfunções Sexuais	Sexualidade e o feminino; Dispareunia; vaginismo; disorgasmia; anorgasmia; ausência de excitação e desejo; vulvodínia; funções da lubrificação vaginal e orientação sobre tipos de lubrificantes

FONTE: As Autoras, adaptado de Dumoulin *et al* (2017).

O protocolo da cinesioterapia em grupo (QUADRO 2) foi adaptado do estudo de Dumoulin *et al.* (2017), em que os exercícios em grupo eram constituídos de exercícios de fortalecimento, resistência e coordenação da MAP, em conjunto com exercícios funcionais e de equilíbrio em forma de dança, contendo progressão. Os exercícios para propriocepção pélvica detalhados em imagens estão disponíveis no APÊNDICE 4.

QUADRO 2 - PROTOCOLO DE CINESIOTERAPIA EM GRUPO

	Aquecimento (5 minutos)	PROGRAMA TMAP (10 minutos)			Relaxamento (5 minutos)	
		Pré- contração do AP <sup>1</sup>	Exercícios para propriocepção pélvica	Contrações sustentadas (fibras tônicas) <sup>2</sup>		Contrações rápidas (fibras fásicas) <sup>3</sup>
1º encontro	Dança - movimentos de zumba (1 música)	1 tosse (3 repetições)	Em bipedestação, movimentos de ântero e retroversão da pelve (a) (4 repetições)  Orientação para execução dos exercícios e da percepção da contração da MAP durante a expiração pela palpação do músculo transverso do abdômen	6 repetições 6s. isométrico	2 repetições 8 contrações	Música tranquila, respiração profunda, momento “corpo e alma”.
2º encontro	Dança - axé (1 música)	1 tosse (3 repetições)	Em bipedestação, inclinação pélvica latero-lateral (b) (4 repetições)	8 repetições 6s. isométrico	2 repetições 8 contrações	Música tranquila + respiração profunda + alongamento de MMSS e MMII <sup>4</sup> (2 rep, 30s).
3º encontro	Dança - pop brasileiro (1 música)	2 tosses seguidas (3 repetições)	Em bipedestação, movimentos de inclinação pélvica bilateral alternadamente com uma rotação – “em movimento de 8” (c) (4 repetições)	8 repetições 8s. isométrico	2 repetições 10 contrações	Música tranquila + respiração profunda + alongamento de MMSS e MMII (2 rep, 30s).
4º encontro	Dança - anos 2000 (1 música)	3 tosses seguidas (3 repetições)	Em bipedestação, movimentos de inclinação pélvica bilateral alternadamente com uma rotação – “em movimento de 8 (c) (4 repetições)	10 repetições 10s. isométrico	2 repetições 10 contrações	Música tranquila + respiração profunda + <i>coffee break</i> para confraternização

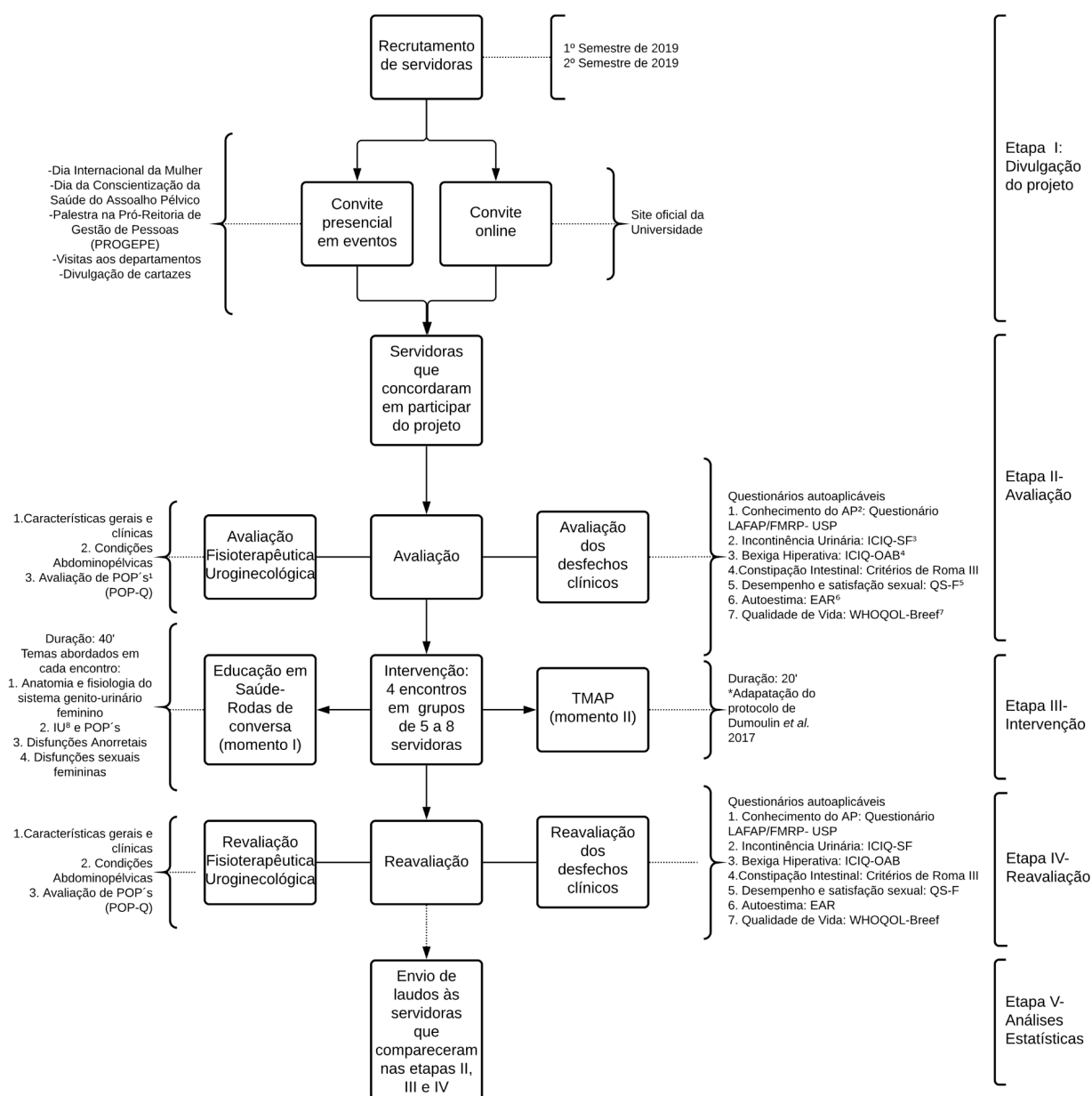
FONTE: As Autoras, adaptado de Dumoulin *et al* (2017).

LEGENDA: <sup>1</sup> Os exercícios de pré-contração envolvem a contração da MAP antes e durante o episódio de tosse solicitado. <sup>2</sup> Solicitada a contração da MAP e manutenção dessa contração pelo tempo determinado, seguida do relaxamento da MAP. <sup>3</sup> Solicitada a contração máxima, sem sustentação, seguida do relaxamento da MAP. <sup>4</sup>MMSS: membros superiores; MMII: membros inferiores.

As pesquisadoras eram responsáveis pelo comando verbal e pelo monitoramento das participantes enquanto realizavam os exercícios. As participantes foram orientadas a realizar os exercícios praticados durante encontro da semana em suas casas, cinco vezes na semana durante o período de realização da pesquisa, porém a frequência de realização não foi monitorada pelas pesquisadoras. Para padronizar esses exercícios, foi fornecido a todas as pacientes um roteiro de exercícios no formato de tabela com a descrição do TMAP da semana (DUMOULIN *et al.*, 2017).

Ao final dos quatro encontros, foi agendada a reavaliação, na qual foram repetidos todos os processos realizados na avaliação, buscando verificar os efeitos da intervenção. Todas as participantes que completaram o estudo receberam um laudo fisioterapêutico (APÊNDICE 5), demonstrando seu desempenho entre os dois momentos.

FIGURA 1 - DELINEAMENTO DAS ETAPAS DO ESTUDO



FONTE: As autoras (2021).

LEGENDA: <sup>1</sup>POP's - Prolapsos de Órgãos Pélvicos; <sup>2</sup>AP - Assoalho Pélvico; <sup>3</sup>ICIQ-SF - *Incontinence Questionnaire - Short Form*; <sup>4</sup>ICIQ-OAB - *International Consultation on Incontinence Questionnaire*

*Overactive Bladder*; <sup>5</sup>QSF - Quociente Sexual Feminino; <sup>6</sup>EAR - Escala de Autoestima de *Rosemberg*; <sup>7</sup>WHOQOL-bref - *The World Health Organization Quality of Life*; <sup>8</sup>IU - Incontinência Urinária

## 2.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As análises estatísticas foram processadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) software, versão 22.0 para Windows®, por um avaliador cego. Os dados categóricos foram apresentados em frequência e percentual. Os dados numéricos paramétricos foram descritos em média  $\pm$  desvio padrão da média, enquanto os dados não paramétricos foram expressos em mediana (mínimo e máximo).

Para comparar o grupo intervenção com o grupo que abandonou o tratamento, foram utilizados o Teste Qui-Quadrado corrigido pelo Likelihood Ratio (para variáveis categóricas) e o Teste de Mann-Whitney (para variáveis quantitativas não paramétricas), com nível de significância fixado em 0.05.

Os procedimentos estatísticos para analisar as variáveis desfecho, pré e pós intervenção, seguiram os princípios de intenção de tratar. Dados categóricos foram submetidos ao Teste Qui-quadrado de Pearson para analisar as diferenças entre antes e depois. O tamanho do efeito foi determinado pelo V de Cramer, sendo considerado valores menores que 0.10 como efeito negligenciável, entre 0.10 e 0.20 como efeito fraco, entre 0.20 e 0.40 como efeito moderado, entre 0.40 e 0.60 como relativamente forte, entre 0.60 e 0.80 como efeito forte e valores entre 0.80 e 1.0 como efeito muito forte (LEE, 2016).

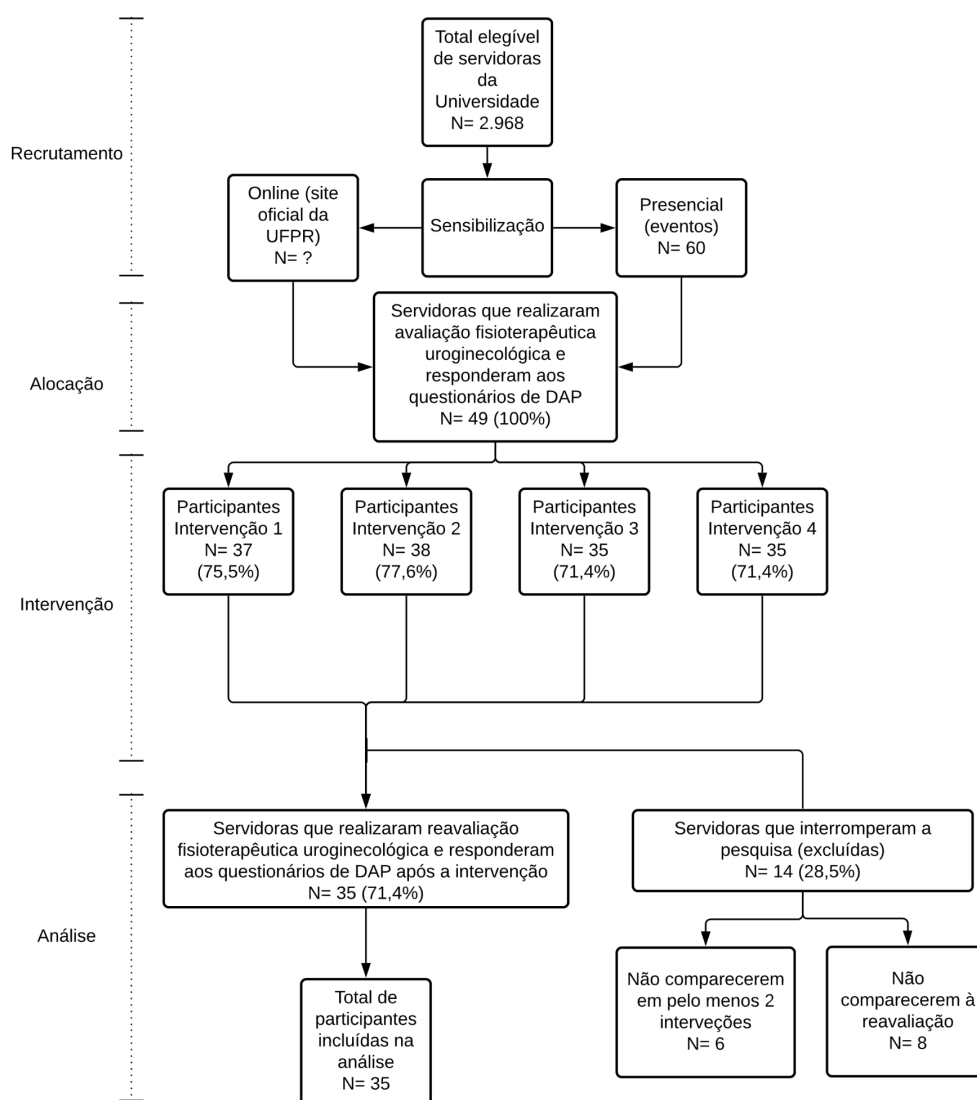
As comparações pré e pós-intervenção dos dados numéricos foram realizadas usando teste t pareado ou teste equivalente não paramétrico de Wilcoxon (no caso de qualquer violação da suposição de normalidade testada, usando a estatística de Shapiro-Wilk). O intervalo de confiança foi estabelecido em 95% para todas as análises. O nível de significância foi fixado em  $p < 0.05$ . Posteriormente, foram calculados os tamanhos de efeito, “Cohen’s d” para o teste t pareado e “r” para o teste de postos de Wilcoxon. Cohen’s d foi calculado dividindo o escore t do teste t pareado pela raiz quadrada do tamanho da amostra, enquanto o tamanho do efeito ‘r’ foi obtido pela divisão do valor Z do teste dos postos de Wilcoxon pelo total do número de observações. Para interpretação do Cohen’s d, valores menores que 0.19 foram considerados como efeito insignificante, entre 0.20 a 0.49 como efeito pequeno, entre 0.50 a 0.79 como efeito moderado, entre 0.80 a 1.29 como efeito

grande e valores acima de 1.30, como efeito muito grande (ESPÍRITO-SANTO e DANIEL, 2015). Para interpretação do efeito 'r' 0.10; 0.30 e acima de 0.50, representaram pequeno, médio e grande efeito respectivamente (LEE, 2016).

### 3 RESULTADOS

De um total de 2968 mulheres elegíveis para o estudo, 49 agendaram a avaliação fisioterapêutica e foram incluídas no estudo. Contudo, apenas 35 mulheres concluíram as condições mínimas de participação no estudo e foram incluídas nas análises estatísticas (FIGURA 2).

Figura 2 - FLUXOGRAMA DA AMOSTRA



FONTE: As autoras (2021).

### 3.1 ADESÃO AO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO E PERFIL DAS PARTICIPANTES

Entre as 49 participantes que realizaram a avaliação, 22 mulheres (44,9%) participaram das quatro intervenções, 14 (28.6%) de três, 7 (14.3%) de duas, 1 (2.0%) de apenas uma intervenção e 5 (10.2%) não participaram das intervenções.

14 mulheres tiveram sua participação interrompida pelos critérios definidos anteriormente na metodologia. Surpreendentemente, as mulheres que desistiram do estudo possuíam características sociodemográficas e clínicas semelhantes às aquelas que concluíram o estudo,  $p > 0.05$ , conforme Tabela 1 (APÊNDICE 6). As análises a seguir são referentes às 35 mulheres que atenderam a todos os critérios do estudo.

### 3.2 NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS SERVIDORAS ACERCA DO ASSOALHO PÉLVICO FEMININO E IMPACTO DA INTERVENÇÃO

O presente estudo se mostrou relevante na aprendizagem das servidoras, com magnitude de efeito pequeno quanto a localização ( $d = 0.44$ ), efeito muito grande para funções ( $d = 1.53$ ) e disfunções ( $d = 1.47$ ) e efeito moderado para as opções de tratamento do AP ( $d = 0.61$ ), tendo o escore total um tamanho de efeito muito grande ( $d = 1.70$ ) conforme a Tabela 2 (APÊNDICE 7).

### 3.3 AVALIAÇÃO ABDOMINOPÉLVICA E IMPACTO DA INTERVENÇÃO

Em relação à MAP houve aumento tanto da percepção da contração muscular/função superficial ( $Z = -3.67$ ;  $p = 0.00$ ;  $r = 0.62$  (grande)) e profunda ( $Z = -3.05$ ;  $p = 0.02$ ;  $r = 0.51$  (grande)), quanto do tempo de contração que cada uma apresentou (endurance), sendo ( $Z = -2.52$ ;  $p = 0.00$ ;  $r = 0.42$  (médio)) e ( $Z = -3.59$ ;  $p = 0.01$ ;  $r = 0.60$  (grande)) respectivamente. O número de contrações rápidas de ambas as musculaturas também foi analisado, sendo significativo nas duas situações ( $p = 0.01$  e  $p = 0.00$ ), com tamanho de efeito médio ( $r = 0.41$  e  $r = 0.45$ ), conforme Tabela 3 (APÊNDICE 8). Como o POP foi uma característica pouco frequente, não observamos diferenças pré e pós intervenção ( $Z = -1.34$ ;  $p = 0.18$ ;  $r = 0.22$ ). A frequência e percentual dos desfechos qualitativos da avaliação pré e pós intervenção foram descritos na Tabela 4 (APÊNDICE 9).

### 3.4 DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E IMPACTO DA INTERVENÇÃO

Das 35 participantes desta pesquisa que completaram o programa de intervenção, 28 (80%) apresentaram queixas relacionadas às DAP durante a avaliação. Após intervenção, este número reduziu para 18 (51,4%) participantes sintomáticas, sendo a melhora das queixas estatisticamente significativa ( $Z=-2.06$ ;  $p=0.03$ , com magnitude de efeito médio ( $r=0.34$ )). As principais queixas relatadas pelas participantes estão expostas no APÊNDICE 10.

### 3.5 INCONTINÊNCIA URINÁRIA, SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA, CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E IMPACTO DA INTERVENÇÃO

Os sintomas de IU apresentaram melhora significativa após intervenção ( $p=0.00$ ; magnitude de efeito moderado ( $d=0.57$ )), demonstrando impacto positivo. Em contrapartida, não observamos diferença significativa para os sintomas da Síndrome da Bexiga Hiperativa ( $p=0.25$ ; magnitude de efeito insignificante ( $d=0.18$ )). Os dados referentes ao ICIQ-SF e ICIQ-OAB encontram-se na Tabela 5 (APÊNDICE 11).

Em relação à CI, pode-se perceber que antes da intervenção 18 mulheres eram constipadas (51,4%), e após a intervenção apenas 12 (34,3%) ( $p=0.00$ ; tamanho de efeito forte  $V=0.58$ ). Houve uma melhora positiva em todas as características evacuatórias presentes no questionário ( $p<0,05$ ), exceto na variável “número de evacuações semanais”, o que elucida o impacto positivo do protocolo de intervenção. Esses achados estão disponíveis na Tabela 6 (APÊNDICE 12).

### 3.6 DESEMPENHO SEXUAL, AUTOESTIMA, QUALIDADE DE VIDA E IMPACTO DA INTERVENÇÃO

Após a intervenção, o desempenho e a satisfação sexual das participantes aumentaram ( $p=0.00$ ;  $d=0.74$  (tamanho de efeito moderado)), bem como a qualidade de vida (escore geral:  $p=0.00$ ;  $d=1.093$  (tamanho de efeito grande)). Quando levada em consideração a comparação da autoestima antes e após intervenção, não foi

encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p=0.15$ ;  $d=0.24$  (pequeno)). Esses dados encontram-se na Tabela 7 (APÊNDICE 13).

#### 4 DISCUSSÃO

Esse estudo demonstrou os efeitos imediatos de um programa de intervenção fisioterapêutica para promoção da saúde e prevenção de DAP, com duração de 4 semanas, incluindo educação em saúde associada à cinesioterapia, em servidoras públicas, com idade entre 20 a 60 anos. As análises pré e pós-intervenção, revelaram que houve adesão ao programa de 71% das participantes, com melhora estatisticamente significativa e magnitude de efeito moderado a grande, do nível de conhecimento acerca do AP, das condições da MAP, redução das queixas (sintomas urinários e anorretais) e das DAP (IU e CI), melhora do desempenho sexual e da QV.

O termo “adesão” foi tratado neste projeto como o número de participantes que se mantiveram presentes durante a Educação em Saúde (encontros semanais), sendo monitorado por uma lista de nomes em cada encontro. Já para outros autores, como Dumoulin *et al.* (2017), a adesão foi interpretada como a realização da terapêutica proposta pelo estudo por parte das participantes, entendida como uma mudança efetiva de comportamento. Outra ideia possível, segundo Dalla *et al.* (2009) é que a adesão fosse interpretada como o comparecimento das servidoras em pelo menos 80% das rodas de conversa. Se for levada em consideração a última definição, pode-se afirmar que a adesão ao programa de educação em saúde neste estudo foi relativamente baixa, pois menos da metade das participantes compareceram a todos os encontros semanais (44,9%), e 10,2% apesar de comparecerem a avaliação inicial, não participaram de nenhum encontro. Uma das possíveis explicações para a baixa adesão neste estudo talvez tenha sido o horário das intervenções, que ocorreram sempre no período da tarde, impossibilitando algumas participantes de comparecerem, muitas vezes por estarem em horário de trabalho.

Estudos mostram que a adesão a curto prazo depende da intenção e da vontade da paciente a aderir ao tratamento, da comunicação do profissional de saúde com o paciente, das expectativas que a paciente tem com relação ao tratamento, da percepção dos benefícios/efetividade dos exercícios, e de um bom conhecimento acerca de sua condição física (FRAWLEY *et al.*, 2015; DUMOULIN *et*



*al.*, 2015; DALLA *et al.*, 2009). De acordo com Frawley *et al.* (2015), existem facilitadores nesse processo, como estratégias para motivação do paciente, boa identificação da anatomia do AP, subsídio dos custos relacionados ao tratamento (ex.: transporte) e o fato de não coexistirem problemas de saúde que exijam prioridade; fatores os quais não conseguimos abranger e/ou mensurar nessa pesquisa.

Estudos reiteram o déficit de conhecimento de uma parcela significativa da população feminina acerca do seu AP. A falta de uma compreensão básica de aspectos anatômicos e funcionais da MAP pode prejudicar a identificação, tratamento e prevenção de DAP (ANDRADE *et al.*, 2020). Entre os motivos deste cenário, pode-se ressaltar a falta de acesso aos fóruns de saúde e educacionais, constrangimento ao se falar sobre o tema e a preocupação recorrente com o estigma social (FREITAS, 2018). Neste sentido, o presente projeto buscou através da educação em saúde, promover a disseminação do conhecimento feminino sobre como o seu corpo é protagonista dessa interação biopsicossocial a qual estamos inseridos.

A escolha de abordar a educação em saúde no formato de rodas de conversa foi pensada para gerar um ambiente acolhedor, que proporcionou uma constante troca, tanto de conhecimento técnico, quanto de experiências de vida, diferenças culturais e quebras de tabus entre as participantes e as pesquisadoras do estudo. Nesses encontros, as participantes puderam vivenciar um momento de autocuidado além de aprender sobre diferentes temas relacionados ao AP feminino, muitas vezes se identificando com sintomas, prestando maior atenção à sua própria rotina e transmitindo o conhecimento adquirido no projeto para sua família e amigos.

Após o protocolo de intervenção, as participantes do estudo melhoraram significativamente o conhecimento sobre a Musculatura do Assolho Pélvico em todos os quesitos avaliados pelo questionário, indo ao encontro do estudo realizado por Batista (2017), no qual foi utilizado o mesmo questionário, com palestras semanais realizadas em grupos de no máximo 10 pessoas.

Existem poucas evidências na literatura onde a intervenção ocorre em um período menor que 12 semanas de treino, devido a teoria da fisiologia muscular, que afirma que programas de treinamento de força mostram um efeito positivo após 8-12 semanas (DUMOULIN *et al.*, 2017). No entanto, no presente estudo, as queixas relacionadas ao AP estavam presentes em 80% das mulheres que participaram do

projeto antes da intervenção, caindo para 51,4% após o programa de exercícios. Isso demonstra que 4 semanas de treinamento orientado, já são capazes de produzir efeitos positivos, muito embora talvez não alterando verdadeiramente a função muscular, mas aumentando a coordenação e propriocepção das participantes após as intervenções, com impacto direto nas queixas referidas na reavaliação.

Em resposta ao TMAP, a percepção da contração da musculatura apresentou aumento em todos os parâmetros analisados (musculatura superficial, musculatura profunda, endurance e número de contrações rápidas). Cardoso *et al.* (2018) também encontrou aumento de função muscular após TMAP em menos de 8 semanas, corroborando com os achados deste estudo.

O presente estudo demonstrou que o treinamento isolado da musculatura do AP durante 4 semanas, não foi capaz de produzir incremento na força abdominal. Evidências na literatura afirmam que a realização de exercícios para fortalecimento abdominal associados à contração do AP podem potencializar o ganho de força e melhorar a função de ambas as musculaturas (KORELO *et al.*, 2011), porém, no presente estudo não foram orientados exercícios de fortalecimento abdominal, e isso justifica os resultados não terem sido positivos.

Na avaliação da diástase abdominal pré e pós intervenção, ocorreu aumento significativo da distância inter-retos, corroborando com os achados de Gluppe, Engh e BØ (2020), onde observaram que os exercícios de contração isolada do AP, ou seja, sem associação à isometria abdominal, reforçam essa distância. Além disso, estudos recentes demonstram que não há correlação entre presença de diástase do reto abdominal com fraqueza da MAP e com as DAP (WANG *et al.*, 2020; FEI *et al.*, 2021).

Uma revisão sistemática da *Cochrane* concluiu que 90% das mulheres com IU que participaram de TMAP em grupos, somada a supervisão individual (semanal, por exemplo) relataram melhora da IU, contra 57% das mulheres que receberam apenas supervisão individual. Isso demonstra como a intervenção em grupo, posterior a uma avaliação fisioterapêutica individualizada, pode trazer grandes benefícios no manejo da IU feminina (BØ, 2020).

A *International Continence Society* indica o TMAP como tratamento padrão ouro para tratamento da IU, sendo importante para o retorno da funcionalidade, controle do esfíncter e retorno da continência (CAVENAGHI, 2020). Os sintomas de IU das participantes tiveram melhora significativa - caindo de 10 participantes

(28,6%) com queixa de IU de esforço na pré intervenção, para 7 (20%) após o programa - ilustrando os efeitos do TMAP acerca dessas queixas. Esses achados corroboram com diversos outros estudos, onde registram significativa redução da IU após TMAP (BØ, 2020).

Com relação à bexiga hiperativa, não foi observada diferença significativa no pré e pós intervenção, o que pode ser justificado pelo baixo número de participantes com diagnóstico clínico de BH, que relataram ter realizado o exame de urodinâmica, porém que não foi avaliado pelas pesquisadoras. O mesmo efeito ocorreu com o POP, o qual a baixa incidência pode ser resultado de que a amostra não possuía idade avançada ( $\approx 45,3$  anos), foi composta majoritariamente por primíparas (40%) e nulíparas (31.4%), e com baixíssima taxa de histerectomia (2.9%). Piloto *et al.* (2019), observou que a idade avançada (>60 anos), a multiparidade ( $\geq 3$  partos) e a histerectomia (60%) foram os principais fatores de risco para POP e IU.

Em relação aos sintomas anorretais, a porcentagem de mulheres constipadas caiu de 51,4% para 34,3%, além de existir melhora em todos os parâmetros evacuatórios analisados no estudo. Uma pesquisa realizada com crianças constipadas, demonstrou que a fisioterapia quando utilizada como recurso adicional ao tratamento convencional da CI, pode aumentar a taxa de sucesso do tratamento em 30% (VAN SUMMEREN *et al.*, 2018; VAN ENGELENBURG-VAN LONKHUYZEN *et al.*, 2017).

Com a intervenção, o desempenho e satisfação sexual das participantes aumentaram, com tamanho de efeito moderado. Com relação aos sintomas, 7 participantes (20,3%) que durante a avaliação apresentavam Disfunções Sexuais tiveram a resolução de suas queixas após a intervenção. Da Costa *et al.* (2018) também encontrou efeitos positivos relacionados tanto ao aumento da função muscular, quanto à melhora das características sexuais, indo ao encontro dos achados da presente pesquisa.

O programa de promoção e prevenção não apresentou repercussões significativas na autoestima, o que pode ser explicado pelo alto índice de autoestima da amostra mesmo antes da intervenção. Porém, sabe-se que ela é um componente multifatorial da esfera psíquica, tendo diferentes maneiras de ser potencializada ou reduzida. Em contrapartida, no estudo de Jahromi, Talebizadeh e Mirzaei (2015) o TMAP repercutiu de forma positiva para a autoestima de mulheres idosas com IU.

O impacto da intervenção para a QV demonstrou-se positivo nos domínios físicos, meio ambiente e escore geral, o que demonstra como as DAP transcendem as características físicas femininas, repercutindo na QV de maneira biopsicossocial. A IU por exemplo, tem impacto na QV de quem a possui, mesmo quando essa não é a queixa principal que leva o indivíduo a buscar atendimento (ALAPPATTU *et al.*, 2016).

Entre as limitações do estudo, pode-se citar a baixa procura das servidoras para participarem da pesquisa, o que acarretou em uma amostra pequena, e isso pode ter culminado em uma distribuição com grande variabilidade das características das participantes. Outro fator importante foi a perda amostral, que juntamente com a ausência de monitoramento da razão das desistências e a carência de estratégias facilitadoras ao processo de adesão, dificultou uma análise elaborada quanto à adesão ao programa. Um número amostral maior possibilitaria a presença de um segundo grupo, onde poderiam ser comparados os efeitos da intervenção somente com a avaliação fisioterapêutica e encaminhamento para realização do TMAP em casa comparativamente ao acompanhamento presencial semanal, ou até mesmo um grupo controle. Deixamos essas sugestões para futuras pesquisas.

Entre os pontos fortes do estudo, destaca-se a presença dos encontros semanais, visto que a educação em saúde pode contribuir significativamente para o reconhecimento da disfunção presente, tratamento precoce e sucesso do tratamento. Eles possibilitaram a troca de experiências entre as participantes, que se sentiam mais acolhidas ao perceber que não eram as únicas enfrentando as DAP. Além disso, a avaliação fisioterapêutica funcional do AP, somada ao roteiro de exercícios com a descrição do TMAP semanal para incentivar o treinamento em casa, certamente favoreceu os bons resultados do estudo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa demonstrou evidências suficientes para suportar que um programa de intervenção fisioterapêutica de 4 semanas, incluindo educação em saúde e TMAP, é capaz de proporcionar benefícios para a promoção da saúde das mulheres. Os resultados demonstraram que a estratégia de intervenção adotada foi adequada para melhorar o conhecimento de mulheres acerca da MAP, com magnitude de efeito moderado. Os resultados também confirmaram, em curto prazo,

que as mulheres que realizaram a intervenção com adequada supervisão e orientação fisioterapêutica, apresentaram melhora das condições da MAP, redução das queixas e DAP, melhora do desempenho e satisfação sexual e da QV, com magnitudes de efeito médio a grande. Portanto, podemos afirmar que a prática dessa forma de intervenção poderá afetar positivamente a promoção da saúde e a prevenção das DAP.

## **REFERÊNCIAS**

ABDO, Carmita. Elaboração e validação do quociente sexual, versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, n. 9, p. 477-482, 2006.

ALAPPATTU, Meryl *et al.* Urinary incontinence symptoms and impact on quality of life in patients seeking outpatient physical therapy services. **Physiotherapy theory and practice**, v. 32, n. 2, p. 107-112, 2016.

ANDRADE, *et al.* Avaliação do autoconhecimento dos músculos do assoalho pélvico e incidência de incontinência urinária em mulheres praticantes de Crossfit®: Estudo transversal. **Revista Científica UMC**, v. 5, n. 3, 2020.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 269-449, 2018.

BATISTA, R. A. L. **Efeito de uma atividade educativa na função dos músculos do assoalho pélvico em mulheres: ensaio clínico randomizado e controlado**. 2017. 81f. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

BØ, Kari *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **International urogynecology journal**, v. 28, n. 2, p. 191-213, 2017.

BØ, Kari. Physiotherapy management of urinary incontinence in females. **Journal of Physiotherapy** 66:147–154, 2020.

CARDOSO, Laura Cristina Jorge. Efeitos de seis semanas de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na incontinência urinária de esforço em mulheres. 2018. 29 f. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

CAVENAGHI, Simone *et al.* Efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 10, n. 4, p. 658-665, 2020.

DA COSTA, Christiane Kelen Lucena *et al.* Cuidado fisioterapêutico na função sexual feminina: intervenção educativa na musculatura do assoalho pélvico. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 1, p. 65-71, 2018.

DALLA, M. D. B. *et al.* Aderência a tratamento medicamentoso. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, v. 24, 2009.

DUMOULIN, Chantale *et al.* 2014 consensus statement on improving pelvic floor muscle training adherence: International Continence Society 2011 State-of-the-Science Seminar. **Neurourology and urodynamics**, v. 34, n. 7, p. 600-605, 2015.

DUMOULIN, Chantale *et al.* Group physiotherapy compared to individual physiotherapy to treat urinary incontinence in aging women: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 18, n. 1, p. 544, 2017.

ESPIRITO-SANTO, H; DANIEL, F: Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do  $p < 0,05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos [Folha de cálculo suplementar]. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 1, n.1, p: 3-16, 2015.

FANTE, Júlia Ferreira *et al* . Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 8, p. 508-519, Aug. 2019.

FEI, Hui *et al*. The relationship of severity in diastasis recti abdominis and pelvic floor dysfunction: a retrospective cohort study. **BMC Women's Health**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2021.

FRAWLEY, Helena C. *et al*. Health professionals' and patients' perspectives on pelvic floor muscle training adherence—2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper IV of IV. **Neurourology and urodynamics**, v. 34, n. 7, p. 632-639, 2015.

DE FREITAS, Leticia Maciel *et al*. Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. **International urogynecology journal**, v. 30, n. 11, p. 1903-1909, 2019.

GLUPPE, Sandra B.; ENGH, Marie Ellström; BØ, Kari. Immediate effect of abdominal and pelvic floor muscle exercises on interrecti distance in women with diastasis recti abdominis who were parous. **Physical therapy**, v. 100, n. 8, p. 1372-1383, 2020.

HAYLEN, Bernard T. *et al*. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). **International urogynecology journal**, v. 27, n. 2, p. 165-194, 2016.

HUTZ, Claudio Simon; ZANON, Cristian. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

JAHROMI, Marzieh Kargar; TALEBIZADEH, Malihe; MIRZAEI, Maryam. The effect of pelvic muscle exercises on urinary incontinency and self-esteem of elderly females with stress urinary incontinency, 2013. **Global journal of health science**, v. 7, n. 2, p. 71, 2015.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia GC; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 0-0, 2009.

KORELO, Raciele Ivandra Guarda *et al*. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, p. 75-85, 2011.

LEE, D.K. Alternatives to P value: confidence interval and effect size. **Korean J Anesthesiol**, v. 69, n. 6, p: 555-562, 2016.

LONGSTRETH, George F. *et al*. Functional bowel disorders. **Gastroenterology**, v. 130, n. 5, p. 1480-1491, 2006.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes *et al.* Perfil e qualidade de vida de mulheres em reabilitação do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2496-2505, 2018.

PEREIRA, Simone Botelho *et al.* Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 6, p. 273-278, 2010.

PILOTO, Aline Marques *et al.* Análise das Características Clínicas em Mulheres com Disfunções do Assoalho Pélvico Atendidas em um Ambulatório no Interior da Bahia/Analysis of Clinical Characteristics in Women with Pelvic Floor Disorders Attended in an Ambulatory of the Interior of Bahia. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 48, p. 109-119, 2019.

SANCHES, Paulo Roberto Stefani *et al.* Correlação do escore de Oxford modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes. **Revista HCPA**. Porto Alegre. Vol. 30, n. 2 (2010), p. 125-130, 2010.

STEIN, Sara Regina *et al.* Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2019.

TAMANINI, José Tadeu Nunes *et al.* Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de saúde pública**, v. 38, p. 438-444, 2004.

VAN ENGELENBURG-VAN LONKHUYZEN, Marieke L. *et al.* Effectiveness of pelvic physiotherapy in children with functional constipation compared with standard medical care. **Gastroenterology**, v. 152, n. 1, p. 82-91, 2017.

VAN SUMMEREN, Jojanneke JGT *et al.* Physiotherapy plus conventional treatment versus conventional treatment only in the treatment of functional constipation in children: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study in primary care. **BMC pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2018.

WANG, Qing *et al.* Does diastasis recti abdominis weaken pelvic floor function? A cross-sectional study. **International urogynecology journal**, v. 31, n. 2, p. 277-283, 2020.



## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Rubneide Barreto Silva Gallo, Raciele Ivandra Guarda Korelo, Viviane Jarek, Gabriela Barbosa Carneiro e Silva, Marina Baur Ribas e Rafaela Ferreira de Amorim, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, mulher servidora da Universidade Federal do Paraná, que tenha entre 20 e 60 anos, a participar de um estudo intitulado **“PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM SERVIDORAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA”** o qual busca promover a saúde da mulher, identificar e diminuir os desconfortos causados pelas disfunções pélvicas dessa população e aumentar seu bem estar e qualidade de vida.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar os efeitos de um programa de promoção da saúde e prevenção de disfunções do assoalho pélvico feminino em servidoras públicas de uma universidade brasileira. b) Caso você queira participar desta pesquisa, irá receber instruções acerca do assoalho pélvico feminino e suas disfunções, responder a questionários, e participar de intervenções fisioterapêuticas para a disfunção pélvica apresentada. No entanto, você não poderá estar realizando outro tratamento (medicamentoso ou de fisioterapia) fora o desta pesquisa. c) Para tanto, você deverá comparecer no Setor de Ciências Biológicas e realizar uma intervenção semanal, com sessões de fisioterapia de até uma hora, por aproximadamente quatro semanas seguidas. d) É possível que você experimente algum desconforto durante o exame físico do assoalho pélvico (palpação da região da vagina) e na realização dos exercícios do durante as atividades em grupo, porém as pesquisadoras estarão devidamente treinadas e capacitadas para realizar o exame e estará sob o acompanhamento das Professoras responsáveis e/ou colaboradora da pesquisa especializadas na área. e) Um risco relacionado ao estudo pode ser o constrangimento, devido ao exame físico da região do assoalho pélvico, mas todos os procedimentos serão realizados em ambiente adequado, reservado, para avaliação individual da participante. f) Como benefícios, espera-se que essa pesquisa promova o conhecimento feminino acerca das disfunções do assoalho pélvico, bem como melhore o quadro das disfunções pélvicas eventualmente apresentadas por você, proporcionando também maior bem-estar no seu dia-a-dia e

durante a prática de exercícios físicos. De maneira geral, espera-se uma melhora significativa na sua qualidade de vida. g) As pesquisadoras Gabriela Barbosa Carneiro e Silva, Marina Baur Ribas e Rafaela Ferreira de Amorim (estudantes de Fisioterapia na UFPR), poderão ser contatadas pelos e-mails: [gabrielabces@gmail.com](mailto:gabrielabces@gmail.com) / telefone: (41) 99683-3726; [marinabribas@gmail.com](mailto:marinabribas@gmail.com) / telefone: (41) 99648-2019; [rafaamorinha.ra@gmail.com](mailto:rafaamorinha.ra@gmail.com) / telefone: (41) 99821-8282. As pesquisadoras responsáveis por este estudo poderão ser encontradas no Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, de segunda a sexta-feira das 8h às 15h para esclarecer quaisquer dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas pela orientadora Profa Rubneide Gallo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. j) O material obtido – fichas de avaliação e questionários – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de dois anos. k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A

explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu entendi que não posso fazer uso de qualquer medicamento durante a pesquisa, ou realizar outro tratamento fisioterapêutico. Fui informada que serei atendida sem custos para mim se eu apresentar problemas relacionados no item L.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_.

---

Assinatura da Participante da Pesquisa

---

Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE 2

### FICHA DE AVALIAÇÃO UROGINECOLÓGICA

Responsável pela avaliação: \_\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_/\_\_/\_\_

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ escolaridade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ tel: ( ) \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Cor da Pele: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( )

Índigena

Fumante: ( ) S ( ) N / Etilista: ( ) S ( ) N / Sedentarismo: ( ) Não ( ) Sim. Qual atividade?

Frequência/tempo: \_\_\_\_\_

#### 2. ANAMNESE

QP: \_\_\_\_\_

HDA (história da doença atual):

HDP (história da doença pregressa) :

**Uso de medicamento?** Quais? Há quanto tempo?

##### História ginecológica

- Estado reprodutivo: ( ) Menacme ( ) Climatério ( ) Pós-menopausa

- Idade da 1ª menstruação: \_\_\_\_\_ Menopausa: \_\_\_\_\_

##### Antecedentes obstétricos

- Você tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

##### Antecedentes proctológicos

- Intervenções cirúrgicas: ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

- Outras intervenções cirúrgicas: \_\_\_\_\_

- Tratamento Prévio: ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

##### História sexual

- Orientação sexual: ( ) Homossexual ( ) Heterossexual ( ) Bissexual ( ) Outro

- \*Se você está em um relacionamento sério ou é casada(o), responda por quanto tempo já dura seu relacionamento : \_\_\_\_\_

- Sua vida sexual é ativa? ( ) Sim ( ) Não ( ) Sou virgem

- No último mês, qual a frequência da prática das atividades sexuais? \_\_\_\_\_

- Data da última relação sexual: \_\_\_\_\_

- Você já sofreu algum tipo de violência sexual? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

- Disfunções: ( ) Nenhum ( ) Dispareunia ( ) Vaginismo ( ) Anorgasmia  
( ) Disorgasmia ( ) Ausência de desejo sexual ( ) Ausência de Excitação sexual

#### 3. EXAME FÍSICO

##### Geral

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

##### Exame abdominal

- Palpação abdominal ( ) flatus ( ) impactação fecal ( ) algias \_\_\_\_\_

- Percussão abdominal: ( ) som timpânico ( ) ausência de timpanismo

### Exame pélvico

- Aspecto da pele e mucosas: ( ) cicatrizes \_\_\_\_\_ ( ) fibrose/ aderência ou quelóide
- Vulva: ( ) Aberta ( ) Fechada
- Distância Ânus-Vulva (3cm): \_\_\_\_\_
- Períneo: ( ) episiotomia ( ) laceração ( ) escoriações ( ) coloração violácea normal ( ) eritema ( ) prurido ( ) presença de corrimento ( ) secura vaginal
- Núcleo Fibroso Central do Períneo: ( ) Atrofiado ( ) Tônico
- Sensibilidade: ( ) Grandes Lábios S2 ( ) Entrada Vaginal S3 ( ) Margem Anal S4
- Reflexos:
  - ( ) bulboesponjoso ou clitoridiano anal (S3 a S4) provocar com cotonete no clitóris e ocorre contração palpável dos músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso;
  - ( ) anal (S3 a S5) provocar com fricção da pele da região perianal e observar contração do músculo esfíncter anal externo;
  - ( ) vesicorretal (S5) introdução do dedo no anus e observar contração dos ms. esfíncter anal externo e detrusor da bexiga (só fazer se tiver incontinência fecal)
  - ( ) tosse (T6 a L1) ocorre contração dos músculos do assoalho pélvico.

### -Motricidade:

#### - Movimento interno do períneo:

- ( ) Sim (algum movimento no sentido interno é percebido no períneo)
- ( ) Não (nenhum movimento no sentido interno é percebido no períneo)
- ( ) Paradoxal (movimento de “descida” do períneo é percebido)

#### - Reflexo contrátil à tosse:

- ( ) Sim (contração reflexa do assoalho pélvico junto à tosse)
- ( ) Não (contração reflexa ausente, nenhum movimento)
- ( ) Paradoxal (movimento de “descida” do períneo à tosse)

- Palpação bidigital – vaginal: Contração perineal: ( ) simétrica ( ) assimétrica

Dor: ( ) Sim ( ) Não

Fibrose: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_

### Avaliação Muscular (contração relaxamento)

#### - Endurance/Contração rápida:

Pubovaginal: Fibras Tônicas (seg) \_\_\_\_\_ Fibras Fásicas (seg) \_\_\_\_\_

Bulboesponjoso: Fibras Tônicas (seg) \_\_\_\_\_ Fibras Fásicas (seg) \_\_\_\_\_

- Relaxamento: ( ) completo ( ) parcial ( ) ausente

- Presença de co-contração (musculatura acessória):

- ( ) não ( ) sim ( ) glúteos ( ) abdominais ( ) adutores ( ) apnéia

### Treino proprioceptivo:

( ) contração isolada ( ) glúteos ( ) adutores ( ) abdominais ( ) apnéia

( ) sincinesias (movimentos associados) \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

## 4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO (MAP)

---

**GRAU DE FORÇA**

---

**ESCALA DE OXFORD MODIFICADA**

---





<b>0</b>	Ausência de resposta muscular.
<b>1</b>	Esboço de contração não sustentada.
<b>2</b>	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta.
<b>3</b>	Contração moderada, sentida com o aumento da pressão intravaginal que comprime os dedos do examinador, com pequena elevação cranial da parede vaginal.
<b>4</b>	Contração satisfatória que aperta os dedos do examinador, com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica.
<b>5</b>	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador, com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

### 5. QUANTIFICAÇÃO DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

<b>Quantificação de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP-Q)</b>	
<b>Estágio 0</b>	Nenhum prolapso é demonstrado.
<b>Estágio I</b>	A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm acima do nível do hímen.
<b>Estágio II</b>	A porção mais distal do prolapso está a 1,0 cm acima ou abaixo do plano do hímen.
<b>Estágio III</b>	A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm abaixo do plano do hímen.
<b>Estágio IV</b>	Eversão completa do comprimento total do trato genital inferior







## APÊNDICE 3

MODELOS ARTIFICIAIS E REPRESENTAÇÕES ILUSTRADAS DA  
ESTRUTURA ANATÔMICA FEMININA UTILIZADOS NO ESTUDO

<p><b>Pelve Óssea com Assoalho Pélvico - Vista anterior</b></p>	<p><b>Pelve Óssea com Assoalho Pélvico - Vista Posterior</b></p>
 <p><b>Imagem 1</b></p>	 <p><b>Imagem 2</b></p>
<p><b>Pelve Óssea com Assoalho Pélvico - Vista Inferior</b></p>	<p><b>Modelo representativo do Clitório</b></p>
 <p><b>Imagem 3</b></p>	 <p><b>Imagem 4</b></p>

## APÊNDICE 4

### EXERCÍCIOS PARA PROPRIOCEPÇÃO DETALHADOS EM IMAGENS

Encontro	Descrição do movimento	Exercícios para propriocepção pélvica	
<b>1º</b>	Em bipedestação, movimentos de ânteroversão da pelve (Imagem 1) e retroversão (Imagem 2)	 <b>Imagem 5</b>	 <b>Imagem 6</b>
<b>2º</b>	Em bipedestação, inclinação pélvica látero-lateral. Inclinação à direita (Imagem 3) e à esquerda (Imagem 4)	 <b>Imagem 7</b>	 <b>Imagem 8</b>
<b>3º e 4º</b>	Em bipedestação, movimentos de inclinação pélvica bilateral alternadamente com uma rotação – “em movimento de 8”	 <b>Imagem 9</b>	 <b>Imagem 10</b>



## APÊNDICE 5

### LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Nome da paciente:

Data da Avaliação:

Data da Reavaliação:

Variável	Avaliação	Reavaliação	Conclusão
Queixa principal			
Disfunções sexuais relatadas			
Movimento vaginal observado durante a tosse			
Apresentava movimento evidente do Assoalho Pélvico (AP)?			
Dor à palpação?			
Havia pontos de tensão?			
Havia presença de co-contração de musculatura acessória (quando contrai outros músculos para compensar a falta de força do AP)?			
Como era o relaxamento da musculatura?			
Contração sustentada (contraí e mantém) profunda			
Contração sustentada (contraí e mantém) superficial			
Contração "rápida" (contraí-relaxa) profunda			
Contração "rápida" (contraí-relaxa) superficial			
Grau de função profunda (0 - 5)			
Grau de função superficial (0 - 5)			
Quantificação de Prolapso (0 - 5)			

#### Questionários

Questionário	Avaliação	Reavaliação	Conclusão
Teste de conhecimento sobre o assoalho pélvico			
Escala de autoestima de Rosemberg			
Questionário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF)			
Instrumento de definição de constipação intestinal (Critérios de Roma III)			
Quociente Sexual Feminino (QS-F)			
Questionário para Bexiga Hiperativa (ICIQ-OAB)			
Questionário para Incontinência Urinária (ICIQ-SF)			

Caso surja alguma dúvida em relação a qualquer dado do laudo, nos mande uma mensagem! Estaremos dispostas a esclarecê-la!

## APÊNDICE 6

**TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS INICIAIS DAS PARTICIPANTES QUE COMPLETARAM O ESTUDO (n=35) VS PARTICIPANTES QUE NÃO COMPLETARAM O ESTUDO (n=14)**

Características	Grupo Intervenção seguimento 1 mês (n=35)	Grupo abandonou intervenção (n=14)	<i>p</i> -valor
<b>Idade (anos) – média (DP)</b>	45.3 ± 8.4	47.2 ± 10.1	0.412
<b>Orientação sexual – n (%)</b>			
Heterossexual	34 (97.1)	14 (100)	0.409
Bissexual	1 (2.9)	0 (0)	
<b>Etnia – n (%)</b>			
Branca	28 (80.0)	12 (85.7)	0.547
Parda	4 (11.4)	2 (14.3)	
Amarela	2 (5.7)	0 (0)	
Negra	1 (2.9)	0 (0)	
<b>Estado civil – n (%)</b>			
Casada	23 (65.7)	8 (57.1)	0.150
Divorciada	7 (20.0)	2 (14.3)	
Solteira	5 (14.3)	2 (14.3)	
<b>Anos de estudo – n (%)</b>			
Ensino médio completo (técnico)	1 (2.9)	0 (0)	0.850
Ensino superior incompleto	1 (2.9)	1 (7.1)	
Ensino superior completo	4 (11.4)	2 (14.3)	
Pós graduação <i>lato sensu</i>	14 (40.0)	11 (78.5)	
Pós graduação <i>stricto sensu</i>	15 (42.8)		
<b>Cargo ocupacional – n (%)</b>			
Técnico	16 (45.7)	7 (50.0)	0.786
Docente	19 (54.3)	7 (50.0)	
<b>Hábitos de vida atuais – n (%)</b>			
Tabagismo	0 (0)	0 (0)	NI
Etilismo	1 (2.9)	0 (0)	0.409
Sedentarismo	6 (17.1)	5 (35.7)	0.172
<b>Perfil gestacional – n (%)</b>			
Nulíparas	11 (31.4)	3 (21.4)	0.759
Primíparas	14 (40.0)	6 (42.9)	
Múltiparas	10 (28.6)	5 (35.7)	
Abortos	7 (20.0)	5 (35.7)	0.398
<b>Estado reprodutivo – n (%)</b>			
Menacme	20 (57.1)	5 (35.7)	0.498
Climatério	7 (20.0)	2 (14.3)	
Pós menopausa	6 (17.1)	5 (35.7)	
Histerectomia	1 (2.9)	1 (7.1)	
Gestante	1 (2.9)	1 (7.1)	

**Informações relativas à sexualidade**

Vida sexual ativa – n (%)	25 (71.4)	12 (85.7)	0.275
Frequência sexual mensal – med.(min – máx)	3.0 (0 – 16.0)	3 (0 – 12)	0.955
Anos de relacionamento - med.(min – máx)	14.0 (0 – 26.0)	13.0 (0 – 32)	0.590
Sofreu violência sexual – n (%)	3 (8.6)	2 (14.3)	0.562
<b>Antecedentes proctológicos</b>			
Intervenções cirúrgicas pélvicas anteriores – n (%)	21 (60.0)	8 (57.1)	0.854
Tratamento prévio para DAP – n (%)	11 (31.4)	5 (35.7)	0.774

\*  $p < 0.05$ , Teste Qui-quadrado corrigido pelo Likelihood Ratio (variáveis categóricas) e Teste de Mann-Whitney (variáveis quantitativas não paramétricas)

## APÊNDICE 7

**TABELA 2 - ANÁLISE DO CONHECIMENTO DAS PARTICIPANTES (1) OU NÃO (0) DA LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA, FUNÇÕES E DISFUNÇÕES DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO, OPÇÕES DE TRATAMENTO E A QUANTIFICAÇÃO DE SEU CONHECIMENTO, APRESENTADOS COMO UMA PONTUAÇÃO PARA CADA QUESTÃO E O ESCORE TOTAL**

Questões avaliadas	Conhecimento sobre os MAP (n, %)		Escore total (média ± DP)	Média das diferenças (IC 95%)	p-valor	Cohen's d
	Sim	Não				
<b>Onde estão localizados os MAP?, 0-1<sup>a</sup></b>						
Pré-intervenção	29 (82.9)	6 (17.1)	0.82 ± 0.38	-0.17 (-0.30;-0.04)	0.012*	0.448
Pós-intervenção	35 (100.0)	0 (0.0)	1.00 ± 0.00			
<b>Quais as funções dos MAP? 0-1<sup>a</sup></b>						
Pré-intervenção	29 (82.9)	6 (17.1)	0.21 ± 0.13	-0.37 (-0.46;-0.29)	0.000*	1.531
Pós-intervenção	35 (100.0)	(0.0)	0.58 ± 0.23			
<b>Quais as disfunções dos MAP? 0-1<sup>a</sup></b>						
Pré-intervenção	24 (68.6)	11 (31.4)	0.25 ± 0.21	-0.31 (-0.38;-0.24)	0.000*	1.475
Pós-intervenção	35 (100.0)	0 (0.0)	0.56 ± 0.14			
<b>Quais as opções de tratamento para as disfunções do AP? 0-1<sup>a</sup></b>						
Pré-intervenção	30 (85.7)	5 (14.3)	0.47 ± 0.27	-0.18 (-0,28;-0.07)	0.001*	0.612
Pós-intervenção	35 (100.0)	0 (0.)	0.65 ± 0.22			
<b>Escore Total, 0-4<sup>b</sup></b>						
Pré-intervenção	33 (94.3)	2 (5.7)	1.76 ± 0.64	-1.04 (-1.25;-0.83)	0.000*	1.707
Pós-intervenção	35 (100.0)	0 (0.0)	2.80 ± 0.44			

p < 0.05; Teste t pareado.

Tamanho do efeito Cohen's d: <0.19 insignificante, 0.20 – 0.49 pequeno, 0.50-0.79 moderado, 0.80-1.29 grande e > 1.30 muito grande.

\*Legenda: MAP=Musculatura do Assoalho Pélvico; AP=Assoalho Pélvico. <sup>a,b</sup> Valores maiores indicam melhor nível de conhecimento sobre o Assoalho Pélvico.

## APÊNDICE 8

**TABELA 3 - ANÁLISE DA FORÇA, FUNÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO E PRESENÇA DE PROLAPSO DAS PARTICIPANTES E IMPACTO DA INTERVENÇÃO**

<b>Desfechos quantitativos</b>	<b>Mediana (min-max)</b>	<b>Z</b>	<b>p-valor</b>	<b>Efeito <i>r</i></b>
<b>ABDOMEN</b>				
<b>Força reto abdominal superior (segundos), média ± DP</b>				
Pré-intervenção	26.0 (6.0 – 60.0)	-1.375	0.169	0.232
Pós-intervenção	18.0 (5.0 – 60.0)			
<b>Força reto abdominal inferior (segundos), média ± DP</b>				
Pré-intervenção	17.0 (2-60.0)	-0.752	0.452	0.127
Pós-intervenção	16.0 (3-60.0)			
<b>ASSOALHO PÉLVICO</b>				
<b>Percepção de contração/função MAP Superficial (Escala Oxford Modificada), 0-5<sup>a</sup></b>				
Pré-intervenção	3 (1-4)	-3.674	0.000*	0.621
Pós-intervenção	4 (0-4)			
<b>Percepção de contração/função MAP Profunda (Escala Oxford Modificada), 0-5<sup>a</sup></b>				
Pré-intervenção	4 (1-5)	-3.054	0.002*	0.516
Pós-intervenção	4 (0-5)			
<b>Endurance pubovaginal (segundos)</b>				
Pré-intervenção	4 (1-28)	-2.522	0.012*	0.426
Pós-intervenção	8 (0-30)			
<b>Nº contrações rápidas pubovaginal</b>				
Pré-intervenção	11 (2-30)	-2.444	0.015*	0.413
Pós-intervenção	14 (0-29)			
<b>Endurance bulboesponjoso (segundos)</b>				
Pré-intervenção	4 (1-28)	-3.598	0.000*	0.608
Pós-intervenção	7 (0-28)			
<b>Nº contrações rápidas bulboesponjoso</b>				
Pré-intervenção	8 (1-26)	-2.668	0.008*	0.450
Pós-intervenção	14 (0-24)			
<b>Presença de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q), 0-4<sup>b</sup></b>				
Pré-intervenção	0 (0-1)	-1.342	0.180	0.226
Pós-intervenção	0 (0-2)			

\*  $p < 0.05$ , Teste de postos de Wilcoxon

Tamanho do efeito 'r': 0.10 pequeno, 0.30 médio e  $> 0.50$  grande.

Legenda: MAP=musculatura do Assoalho Pélvico; POP-Q = *Pelvic Organ Quantification System*. <sup>a</sup>

Valores maiores indicam melhor grau de força muscular. <sup>b</sup> Valores maiores indicam maior comprometimento.

## APÊNDICE 9

**TABELA 4 - FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DOS DESFECHOS QUALITATIVOS OBSERVADOS NA AVALIAÇÃO ABDOMINOPÉLVICA PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO**

<b>Desfechos qualitativos</b>	<b>Pré-intervenção n(%)</b>	<b>Pós intervenção n(%)</b>	<b>p-valor</b>	<b>V de Cramer</b>
<b>ABDOMEN</b>				
<b>Diástase do reto abdominal</b>				
Positivo	2 (5.7)	1 (2.9)	0.000*	0.590
Parcial	8 (22.9)	12 (34.3)		
Negativo	25 (71.4)	22 (62.9)		
<b>Impactação Fecal</b>				
Positivo	9 (25.7)	8 (22.9)	0.958	0.009
Negativo	26 (74.3)	27 (77.1)		
<b>ASSOALHO PÉLVICO</b>				
<b>Aspecto vulvar</b>				
Aberta	3 (8.6)	2 (5.7)	0.656	0.075
Fechada	32 (91.4)	33 (94.3)		
<b>Palpação núcleo fibroso</b>				
Tônico	31 (88.6)	33 (94.3)	0.077	0.298
Atrofiado	4 (11.4)	2 (5.7)		
<b>Reflexo clitorreidiano anal</b>				
Normorreflexivo	29 (82.9)	32 (91.4)	0.165	0.305
Hiporreflexivo	5 (14.3)	1 (2.9)		
Hiperreflexivo	1 (2.9)	2 (5.7)		
<b>Reflexo tosse</b>				
Presente	0 (0)	8 (22.9)	0.176	0.315
Ausente	1 (2.9)	2 (5.7)		
Paradoxal	34 (97.1)	25 (71.4)		
<b>Presença de contração da MAP (inspeção)</b>				
Presente	35 (100)	34 (97.1)	NI	NI
Ausente	0 (0)	1 (2.9)		
<b>Presença de dor no AP</b>				
Positivo	2 (5.7)	1 (2.9)	0.000*	0.697
Negativo	33 (94.3)	34 (97.1)		
<b>Presença de fibrose no AP</b>				
Positivo	2 (5.7)	4 (11.4)	0.000*	0.685
Negativo	33 (94.3)	31 (88.6)		



**Presença de pontos gatilhos na MAP**

Positivo	8 (22.9)	5 (14.3)	0.033*	0.361
Negativo	27 (77.1)	30 (85.7)		

**Presença de co-contrações musculatura acessória (abdominais, glúteos ou adutores)**

Positivo	24 (68.6)	8 (22.9)	0.189	0.222
Negativo	11 (31.4)	27 (77.1)		

**Relaxamento**

Completo	34 (97.1)	34 (97.1)	0.862	0.029
Parcial	1 (2.9)	0 (0.0)		
Ausente	0 (0.0)	1 (2.9)		

\*  $p < 0.05$ , Teste Qui-Quadrado de Pearson

Tamanho do efeito V de Cramer:  $< 0.10$  negligenciável,  $0.10-0.20$  fraco,  $0.20-0.40$  moderado,  $0.40-0.50$  relativamente forte,  $0.60-0.80$  forte e  $0.80-1.0$  muito forte.

Legenda: MAP=musculatura do Assoalho Pélvico, AP=Assoalho Pélvico

## APÊNDICE 10

### FREQUÊNCIAS E PERCENTUAIS (n, %) DAS QUEIXAS PRINCIPAIS PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO (n=35)

Pós-intervenção →	Total	Sem sintomas	Sintomas urinários de esforço	Sintomas urinários de urgência	Sintomas urinários mistos	Sintomas anorretais	Sintomas urinários + sexual	Enurese noturna
Pré-intervenção ↓								
Sem sintomas	7 (20)	7 (20)						
Sintomas urinários de esforço	10 (28.6)	3 (8.6)	5 (17.3)					2 (5.7)
Sintomas urinários de urgência	4 (11.4)	1 (2.9)		3 (8.6)				
Sintomas urinários mistos	1 (2.9)				1 (2.9)			
Sintomas anorretais	2 (5.7)	1 (2.9)				1 (2.9)		
Disfunções sexuais	3 (8.6)	3 (8.6)						
Sintomas urinários + sexuais	4 (11.4)	1 (2.9)	2 (5.7)				1 (2.9)	
Sintomas urinários + ginecológicos	2 (5.7)				1 (2.9)		1 (2.9)	
Sintomas urinários + anorretais	1 (2.9)	1 (2.9)						
Sintomas urinários + ginecológico + anorretais + sexuais	1 (2.9)		1 (2.9)					
Total	35 (100)	17 (48.6)	8 (22.9)	3 (8.6)	2 (5.7)	1 (2.9)	2 (5.7)	2 (5.7)

\* p<0.05, Teste de Wilcoxon

## APÊNDICE 11

**TABELA 5 - VALORES MÉDIOS PARA OS DESFECHOS DOS SINTOMAS URINÁRIOS AVALIADOS (INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA) PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO**

Desfecho avaliado	Média ± Desvio Padrão	Média das diferenças (IC 95%)	p-valor	Cohen's d
<b>Incontinência Urinária (ICIQ-SF), 0-21<sup>a</sup></b>				
Pré-intervenção	7.51 ± 5.84	1.85 (0.73; 2.97)	0.002*	0.570
Pós-intervenção	5.65 ± 4.88			
<b>Síndrome da bexiga hiperativa (ICIQ-OAB), 0-16<sup>b</sup></b>				
Pré-intervenção	4.20 ± 2.75	0.31 (-0.24; 0.87)	0.265	0.188
Pós-intervenção	3.88 ± 2.34			

\* p<0.05, Teste t pareado

Tamanho do efeito Cohen's d: <0.19 insignificante, 0.20 – 0.49 pequeno, 0.50-0.79 moderado, 0.80-1.29 grande e > 1.30 muito grande.

Legenda: ICIQ-SF=*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*; ICIQ-OAB=*International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder*; <sup>a,b</sup> Valores maiores indicam maior severidade.

## APÊNDICE 12

**TABELA 6 - FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DOS CRITÉRIOS DE ROMA III UTILIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO**

Critérios de Roma III	Pré-intervenção	Pós intervenção	p-valor	V de Cramer
<b>Esforço evacuatório</b>				
Nunca/raramente	12 (34.3)	15 (42.9)	0.015*	0.567
Algumas vezes	14 (40.0)	16 (45.7)		
Frequentemente	5 (14.3)	3 (8.6)		
Maior parte das vezes	3 (8.6)	0 (0.0)		
Sempre	1 (2.9)	1 (2.9)		
<b>Fezes endurecidas ou fragmentadas</b>				
Nunca/raramente	13 (37.1)	14 (40.0)	0.000*	0.660
Algumas vezes	13 (37.1)	17 (48.6)		
Frequentemente	3 (8.6)	2 (5.7)		
Maior parte das vezes	4 (11.4)	1 (2.9)		
Sempre	2 (5.7)	1 (2.9)		
<b>Sensação de evacuação incompleta</b>				
Nunca/raramente	14 (40.0)	14 (40.0)	0.007*	0.698
Algumas vezes	14 (40.0)	19 (54.3)		
Frequentemente	4 (11.4)	1 (2.9)		
Maior parte das vezes	1 (2.9)	0 (0.0)		
Sempre	2 (5.7)	1 (2.9)		
<b>Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal</b>				
Nunca/raramente	21 (60.0)	26 (74.3)	0.000*	0.884
Algumas vezes	8 (22.9)	8 (22.9)		
Frequentemente	2 (5.7)	0 (0.0)		
Maior parte das vezes	3 (8.6)	0 (0.0)		
Sempre	1 (2.9)	1 (2.9)		
<b>Manobras manuais para facilitar a evacuação</b>				
Nunca/raramente	29 (82.9)	31 (88.6)	0.002*	0.795
Algumas vezes	3 (8.6)	2 (5.7)		
Frequentemente	2 (5.7)	1 (2.9)		
Maior parte das vezes	1 (2.9)	1 (2.9)		
Sempre	0 (0.0)	0 (0.0)		
<b>Número de evacuações semanais</b>				

Mediana (min – max)	7 (1-14)	7 (0 – 12)	0.456	0.125
<b>Classificação<sup>a</sup></b>				
Presença de constipação	18 (51.4)	12 (34.3)	0.001*	0.582

\*  $p < 0.05$ , Teste Qui-Quadrado de Pearson (variáveis categóricas) e Teste de Wilcoxon (variáveis numéricas)

Tamanho do efeito V de Cramer:  $< 0.10$  negligenciável,  $0.10-0.20$  fraco,  $0.20-0.40$  moderado,  $0.40-0.50$  relativamente forte,  $0.60-0.80$  forte e  $0.80-1.0$  muito forte.

Legenda: <sup>a</sup> Positivo para constipação na presença de dois ou mais critérios, nos últimos seis meses.

## APÊNDICE 13

**TABELA 7- VALORES MÉDIOS PARA OS DESFECHOS ESPECÍFICOS AVALIADOS (DESEMPENHO/ SATISFAÇÃO SEXUAL, AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA) PRÉ E PÓS- INTERVENÇÃO)**

<b>Desfecho avaliado</b>	<b>Média ± Desvio Padrão</b>	<b>Média das diferenças (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>	<b>Cohen's d</b>
<b>Desempenho e Satisfação Sexual (QS-F), 0-100<sup>a</sup></b>				
Pré-intervenção	65.31 ± 21.60	-7.31 (-10.66; -3.96)	0.000*	0.749
Pós-intervenção	72.62 ± 18.99			
<b>Autoestima (EAR), 0-40<sup>b</sup></b>				
Pré-intervenção	34.08 ± 3.54	-0.65 (-1.58; 0.27)	0.159	0.243
Pós-intervenção	34.74 ± 3.41			
<b>Qualidade de vida (WHOQOL-BREEF)</b>				
<b>Domínio físico, 1-5<sup>c</sup></b>				
Pré-intervenção	3.71 ± 0.60	-0.17 (-0.30;-0.03)	0.019*	0.417
Pós-intervenção	3.88 ± 0.51			
<b>Domínio Psicológico, 1-5<sup>c</sup></b>				
Pré-intervenção	4.58 ± 5.50	0.81 (-0.20;2,74)	0.415	0.146
Pós-intervenção	3.76 ± 0.55			
<b>Relações Sociais, 1-5<sup>c</sup></b>				
Pré-intervenção	3.42 ± 1.00	-0.21 (-0.45;-0.02)	0.065	0.349
Pós-intervenção	3.64 ± 0.79			
<b>Meio Ambiente, 1-5<sup>c</sup></b>				
Pré-intervenção	3.70 ± 0.55	-0.13 (-0.24;-0.02)	0.026*	0.396
Pós-intervenção	3.83 ± 0.64			
<b>Escore Geral, 0-100<sup>c</sup></b>				
Pré-intervenção	73.7 ± 10.94	-3.05(-4.74;-1.49)	0.001*	1.093
Pós-intervenção	76.81 ± 10.24			

\* p<0.05, Teste t pareado

Tamanho do efeito Cohen's d: <0.19 insignificante, 0.20 – 0.49 pequeno, 0.50-0.79 moderado, 0.80-1.29 grande e > 1.30 muito grande.

Legenda: QS-F=Quociente Sexual-Versão Feminina; POP-Q=Prolapsos de Órgãos Pélvicos); EAR=Escala de Autoestima de Rosenberg. <sup>a</sup> Valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual. <sup>b</sup> Valores maiores indicam melhor autoestima do indivíduo. <sup>c</sup> Valores maiores indicam melhor qualidade de vida do indivíduo.

## ANEXO 1 CAAE CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM SERVIDORAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA

**Pesquisador:** Rubneide Barreto Silva Gallo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 98183818.4.0000.0102

**Instituição Proponente:** Curso de Fisioterapia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.040.870

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa de Trabalho de conclusão de Curso, intitulado "Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Disfunções do Assoalho Pélvico em servidoras de uma Universidade Pública Brasileira", sob a coordenação e orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rubneide Barreto Silva Gallo e Coorientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raciele Ivandra Guarda, do Departamento de Fisioterapia (UFPR) e colaboração da fisioterapeuta Viviane Jarek (UFPR), com a participação das estudantes Gabriela Barbosa Carneiro e Silva, Marina Baur Ribas e Rafaela Ferreira de Amorim do Curso de Fisioterapia (UFPR).

**Objetivo da Pesquisa:**

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral "Avaliar os efeitos de um programa de promoção da saúde e prevenção de disfunções do assoalho pélvico em servidoras de uma universidade pública brasileira."

**Objetivos Específicos**

"1) Avaliar o nível de conhecimento das servidoras acerca do assoalho pélvico feminino, por meio de um questionário de avaliação adaptado pela equipe de pesquisa."

"2) Avaliar a prevalência de disfunções do assoalho pélvico das servidoras por meio de questionários validados: Quociente Sexual - Versão Feminina (QS- F) para a função sexual, o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) e o International

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

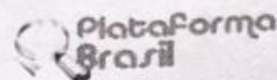
**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.040.870

Consultation on Incontinence Questionnaire Over active Bladder (ICIQ-OAB) para incontinência urinária, o Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) para avaliação da incontinência fecal e um instrumento de definição de constipação intestinal baseado nos critérios de Roma III."

"3) Avaliar a adesão ao programa de promoção e prevenção, quantificando por meio de uma frequência distribuída em todos os encontros."

"4) Avaliar o impacto de um programa de promoção e prevenção de disfunções do assoalho pélvico de servidoras de uma universidade pública brasileira por meio de um questionário socioambiental e da avaliação física, incluindo a função do assoalho pélvico das participantes antes e após a ação."

"5) Avaliar a qualidade de vida das servidoras antes e após a administração do programa de promoção e prevenção de disfunções de assoalho pélvico por meio do questionário World Health Organization Quality of Life – Breef (WHOQOL- BREEF)."

"6) Avaliar a auto-estima das servidoras antes e após a intervenção através da Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR)."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos, as pesquisadoras informam os cuidados e medidas que serão tomadas em relação aos participantes do estudo.

"A avaliação será realizada de forma individual em ambiente reservado, para evitar qualquer constrangimento."

"Durante a avaliação da Avaliação da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), as pacientes deste estudo estarão submetidas a possíveis desconfortos devido à palpação manual que será realizada pelas pesquisadoras, as quais estarão devidamente treinadas e capacitadas para realizar o exame."

"Todos os procedimentos serão realizados em ambiente adequado, sem grande movimentação de pessoas e devidamente reservado, além do acompanhamento das professoras responsáveis e colaboradora da pesquisa."

Quanto aos benefícios as pesquisadoras referem que esta pesquisa "proporcionará informações, por meio da promoção da saúde a prevenção de disfunções do assoalho pélvico para as participantes do estudo."

Espera-se com "o programa de promoção da saúde e prevenção das disfunções do assoalho pélvico que as participantes do estudo adquiram maior conhecimento e informações acerca do assoalho pélvico feminino, para que as mesmas tornem-se multiplicadoras de informações, resultando em uma maior divulgação da área da Fisioterapia da Saúde da Mulher."

Espera-se que "os resultados do estudo contribuam para a melhora da função do assoalho pélvico

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

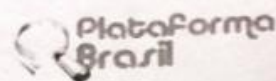
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.040.870

feminino e que sejam evitados novos casos de disfunções ou a progressão da gravidade de disfunções já existentes, relatados ou diagnosticados, melhorando sua qualidade de vida e autoestima, promovendo maior conforto para a realização das atividades de vida diária e na melhora de sua relação com familiares e amigos."

No âmbito científico, "o estudo poderá contribuir para a promoção da saúde e prevenção de agravos na área de Fisioterapia na Saúde da Mulher."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A contextualização do estudo pauta-se na literatura atualizada e pertinente à temática abordada, apropriada aos objetivos propostos.

O projeto apresenta de forma clara e pertinente, o contexto do estudo, o tipo de pesquisa, as técnicas, os procedimentos utilizados para a coleta, análise e tratamento dos dados.

Trata-se de uma pesquisa analítica experimental, de caráter quantitativo, a realizar-se no Campus Centro Politécnico da Universidade Federal do Paraná, com duração de 24 meses a partir da aprovação deste Comitê.

De acordo com as pesquisadoras o estudo possibilitará:

"ampliação das pesquisas na área de Saúde da Mulher, relacionada a Atenção Primária a Saúde, que ainda são escassos na literatura atual."

"A reprodutibilidade de um protocolo de exercícios de assoalho pélvico recentemente publicado Doumolin et al. 2018 na população brasileira."

As pesquisadoras apresentam a carta de ciência e concordância de realização do estudo assinada pela Profª. Drª. Silvia Regina Valderramas, Chefe do Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia da Universidade Federal do Paraná.

**Local do Estudo**

O estudo será no Campus Centro Politécnico da Universidade Federal do Paraná (UFPR), localizado na Avenida Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 100, Curitiba – Paraná.

O atendimento cinesiológico funcional será realizado no Laboratório de Fisioterapia, do Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia, localizado no Setor de Ciências Biológicas do Centro Politécnico.

**Participantes**

Os participantes da pesquisa serão "mulheres que tenham entre 20 a 60 anos de idade; servidoras da universidade estudada que seja vinculada ao Setor de Ciências Biológicas."

**Amostra**

A amostra será constituída de 50 participantes.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.040.870

**Crítérios de Inclusão:** "mulheres que tenham entre 20 a 60 anos de idade; servidoras da universidade estudada que seja vinculada ao Setor de Ciências Biológicas e que deseje participar da pesquisa."

**Crítérios de exclusão:** "mulheres que apresentem algum problema de deslocamento que a impeça de ir e/ou realizar as atividades das intervenções do estudo; mulheres que já estejam realizando tratamento medicamentoso, fisioterapia ou qualquer outro tratamento direcionado às disfunções do assoalho pélvico."

**Plano de Recrutamento**

O recrutamento dos participantes será realizado em uma abordagem setorial individual e coletiva das servidoras do Setor de Ciências Biológicas.

As pesquisadoras farão visitas a todos os departamentos e instalações do setor de Biológicas, a fim de convidar as servidoras a participar da pesquisa.

A divulgação do estudo será realizada por meio de folders e banner junto as chefias de departamento e empresas terceirizadas e afins.

"As servidoras interessadas receberão orientações quanto aos procedimentos do estudo e aquelas que se interessarem receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE."

"Será aplicado um questionário pela equipe de pesquisa com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento das servidoras acerca do Assoalho Pélvico (AP) feminino."

"As servidoras que aceitarem participar da pesquisa serão convidadas a participar de rodas de conversa onde serão abordados conteúdos a respeito dos MAP, sua função e importância, assim como as principais disfunções que a musculatura apresenta."

**Etapas da Pesquisa**

As pesquisadoras descrevem as etapas da pesquisa: "Campanha de promoção e prevenção; Avaliação fisioterapêutica (pré-intervenção); Intervenção fisioterapêutica; Reavaliação fisioterapêutica (pós-intervenção)."

**Instrumentos utilizados**

O estudo utilizará os seguintes instrumentos: "Avaliação fisioterapêutica, Quociente Sexual - Versão Feminina (QS- F) para a função sexual, Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q), Escala de Oxford modificada, Manometria para Assoalho Pélvico, International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) e o International Consultation on Incontinence Questionnaire Over active Bladder (ICIQ-OAB) para incontinência urinária, o Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL), um instrumento de definição de constipação intestinal baseada nos critérios de Roma III, World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL- BREEF) e a Escala de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

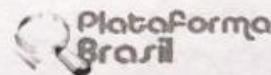
Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.040.870

Autoestima de Rosenberg (EAR)."

Análise de dados

"O tratamento estatístico dos dados será realizado por meio da utilização do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, versão 21.0."

"As variáveis nominais e/ou ordinais serão descritas em frequência e percentual, já as variáveis numéricas serão descritas em média e desvio padrão da média."

"Para testar normalidade dos dados, será utilizado o teste de Kolmogorof-Smirnov. Para correlacionar as diversas variáveis do estudo, serão utilizados testes de correlação (Coeficiente de Correlação de Pearson para dados paramétricos e Coeficiente de Correlação de Spearman para dados não paramétricos)."

"O nível de significância será fixado em  $p < 0.05$  (FIELD, 2009). Para interpretar os coeficientes de correlação, será utilizado a escala de magnitudes proposta por Hopkins (2000), sendo:  $r < 0,1$ =trivial;  $r$  entre  $0,1-0,29$ =pequena;  $r$  entre  $0,30-0,49$ =moderada;  $r$  entre  $0,50-0,69$ =alta;  $r$  entre  $0,70-0,90$ =muito alta;  $r > 0,90$ =quase perfeita."

Os pesquisadores apresentaram a atualização de informações no Projeto Detalhado e da Plataforma Brasil e os ajustes solicitados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram atendidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta todos os termos e documentos requeridos para realização da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto cumpre os requisitos necessários para sua realização.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

\*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br), necessário informar o CAAE.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 3.040.870

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1156870.pdf	08/11/2018 23:37:26		Aceito
Outros	CartaRespostaPENDENCIA.docx	08/11/2018 23:35:36	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.docx	08/11/2018 23:35:07	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCORRIGIDO.docx	08/11/2018 23:34:50	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	DECLARACAOUOESPECIFICOMATERIAAL.pdf	11/09/2018 21:36:53	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	DECLARACAOTORNARPUBLICO.pdf	11/09/2018 21:35:58	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTOCEP.pdf	11/09/2018 21:34:50	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	11/09/2018 21:32:56	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	CHECK_LIST.pdf	08/08/2018 07:49:42	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	EXTRATO_DE_ATA.pdf	08/08/2018 07:28:44	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.pdf	08/08/2018 06:50:53	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	08/08/2018 06:50:14	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	08/08/2018 06:48:37	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_SERVICOS_ENVOL	07/08/2018	Rubneide Barreto	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.040.870

Outros	DOS.pdf	23:33:07	Silva Gallo	Aceito
Outros	ANALISE_MERITO.pdf	07/08/2018 23:29:54	Rubneide Barreto Silva Gallo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 27 de Novembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 2****ESCALA DE OXFORD MODIFICADA**

<b>GRAU DE FORÇA</b>	<b>ESCALA DE OXFORD MODIFICADA</b>
<b>0</b>	Ausência de resposta muscular.
<b>1</b>	Esboço de contração não sustentada.
<b>2</b>	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta.
<b>3</b>	Contração moderada, sentida com o aumento da pressão intravaginal que comprime os dedos do examinador, com pequena elevação cranial da parede vaginal.
<b>4</b>	Contração satisfatória que aperta os dedos do examinador, com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica.
<b>5</b>	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador, com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

**ANEXO 3****ESCALA PELVIC ORGAN QUANTIFICATION SYSTEM (POP-Q)**

<b>Quantificação de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP-Q)</b>	
<b>Estágio 0</b>	Nenhum prolapso é demonstrado.
<b>Estágio I</b>	A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm acima do nível do hímen.
<b>Estágio II</b>	A porção mais distal do prolapso está a 1,0 cm acima ou abaixo do plano do hímen.
<b>Estágio III</b>	A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm abaixo do plano do hímen.
<b>Estágio IV</b>	Eversão completa do comprimento total do trato genital inferior

**ANEXO 4**

## TESTE DE CONHECIMENTO SOBRE O ASSOALHO PÉLVICO

Questionário elaborado pelo Grupo de Pesquisa do Laboratório de Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico Feminino (LAFAP).

É composto por 5 perguntas abertas, a primeira corresponde se a mulher já ouviu falar da musculatura do AP e só é continuado caso a resposta seja positiva.

Você já ouviu falar sobre A Musculatura do Assoalho Pélvico?

---

1. Onde estão localizados os Músculos do Assoalho Pélvico?

---

2. Quais são as funções dos Músculos do Assoalho Pélvico?

---

3. Quais são as disfunções do Assoalho Pélvico?

---

4. Quais são as opções de tratamento para disfunções do Assoalho Pélvico?

---

Questões	Possíveis respostas	Escore
1. Onde estão localizados os MAP?	Está localizado na pelve ou músculos que circundam a vagina ou algo localizado aqui embaixo (apontando para a parte inferior da pelve)	1,0
2. Quais as funções dos MAP?	Contração voluntária e involuntária gerando movimento interno do períneo Suporte de órgãos pélvicos Manutenção da continência urinária e anal Relação com a função sexual Permite o parto	Cada 0,2
3. Quais as disfunções do AP?	Sintomas do trato urinário inferior Sintomas sensoriais do trato urinário inferior Sintomas de prolapsos dos órgãos pélvicos Disfunções sexuais Sintomas Anorretais	Cada 0,2
4. Quais as opções de tratamento para as disfunções do AP?	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico Tratamento farmacológico Tratamento cirúrgico	Cada 0,33
Escore total		4

Questionário elaborado pelo grupo de pesquisa LAFAP-FMRP-USP

## ANEXO 5

### INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE- SHORT FORM (ICIQ-SF)



Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
2. Sexo: Feminino ( ) / Masculino ( )

3. Com que frequência você perde urina? (Assinale uma resposta)

- Nunca ( ) 0  
 Uma vez por semana ou menos ( ) 1  
 Duas ou três vezes por semana ( ) 2  
 Uma vez ao dia ( ) 3  
 Diversas vezes ao dia ( ) 4  
 O tempo todo ( ) 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (Assinale uma resposta)

- Nenhuma ( ) 0  
 Uma pequena quantidade ( ) 2  
 Uma moderada quantidade ( ) 4  
 Uma grande quantidade ( ) 6

5. Em geral, o quanto perder urina interfere na sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (Interfere muito).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não interfere Interfere muito

Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- ( ) Nunca  
 ( ) Perco antes de chegar ao banheiro  
 ( ) Perco quando tusso ou espirro  
 ( ) Perco quando estou dormindo  
 ( ) Perco quando estou fazendo atividades físicas  
 ( ) Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo  
 ( ) Perco sem razão óbvia  
 ( ) Perco o tempo todo

ICIQ - Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = \_\_\_\_\_

**Obrigado por você ter respondido às questões!**

## ANEXO 6

### INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE OVERACTIVE BLADDER (ICIQ-OAB)

Muitas pessoas sofrem eventualmente de sintomas urinários. Estamos tentando descobrir quantas pessoas têm sintomas urinários e o quanto isso incomoda. Agradecemos a sua participação ao responder estas perguntas, para saber como tem sido seu incômodo durante as **últimas 04 semanas**.

1. Informe sua data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
2. Informe seu sexo: Feminino ( ) / Masculino ( )

**3a. Quantas vezes você urina durante o dia?**

- 1 a 6 vezes ( ) 0  
7 a 8 vezes ( ) 1  
9 a 10 vezes ( ) 2  
11 a 12 vezes ( ) 3  
13 vezes ou mais ( ) 4

**3b. O quanto isso incomoda você? Circule um número entre 0 (não incomoda) e 10 (incomoda muito).**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Muito

**4a. Durante a noite, quantas vezes, em média, você tem que se levantar para urinar?**

- Nenhuma vez ( ) 0  
Uma vez ( ) 1  
Duas vezes ( ) 2  
Três vezes ( ) 3  
4 vezes ou mais ( ) 4

**4b. O quanto isso incomoda você? Circule um número entre 0 (não incomoda) e 10 (incomoda muito).**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Muito

**5a. Você precisa se apressar para chegar ao banheiro para urinar?**

- Nunca ( ) 0  
Poucas vezes ( ) 1  
Às vezes ( ) 2  
Na maioria das vezes ( ) 3  
Sempre ( ) 4

**5b. O quanto isso incomoda você? Circule um número entre 0 (não incomoda) e 10 (incomoda muito).**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Muito

**6a. Você perde urina antes de chegar ao banheiro?**

- Nunca ( ) 0  
Poucas vezes ( ) 1  
Às vezes ( ) 2

Na maioria das vezes ( ) 3

Sempre ( ) 4

**6b. O quanto isso incomoda você? Circule um número entre 0 (não incomoda) e 10 (incomoda muito).**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Muito

**Muito obrigado por ter respondido esse questionário.**

Cálculo do score = somatório simples das questões 3a, 4a, 5a e 6a (mínimo = zero; máximo = 16).

Quanto maior o valor do score, maior o comprometimento.

## ANEXO 7

### INSTRUMENTO DE DEFINIÇÃO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL BASEADO NOS CRITÉRIOS DE ROMA III

Critério	Pergunta	Opções de respostas
----------	----------	---------------------

<b>Esforço evacuatório</b>	(A) Desde <seis meses atrás>, com que frequência o (a) Sr. (a) teve que fazer força ou esforço para fazer cocô?	(1) Nunca ou raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Maior parte das vezes (5) Sempre
Fezes endurecidas ou fragmentadas	(B) Desde <seis meses atrás>, com que frequência o (a) Sr. (a) teve fezes duras, endurecidas ou como se fossem bolinhas	(1) Nunca ou raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Maior parte das vezes (5) Sempre
Sensação de evacuação incompleta	(C) Desde <seis meses atrás>, com que frequência o (a) Sr. (a) teve a sensação de evacuação incompleta, ou seja, mesmo após ter feito cocô, permaneceu com vontade?	(1) Nunca ou raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Maior parte das vezes (5) Sempre
Sensação de obstrução ou bloqueio anorectal	(D) Desde <seis meses atrás>, com que frequência o (a) Sr. (a) sentiu que as fezes não conseguem passar, que estão trancadas ou presas no ânus?	(1) Nunca ou raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Maior parte das vezes (5) Sempre
Manobras manuais para facilitar a evacuação	(E) Desde <seis meses atrás>, com que frequência o (a) Sr. (a) teve que usar o dedo para ajudar na saída das fezes	(1) Nunca ou raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Maior parte das vezes (5) Sempre
Número de evacuações semanais	(F) Quantas vezes por semana o (a) Sr. (a) costuma fazer cocô?	_____vezes/semana

## ANEXO 8

### QUOCIENTE SEXUAL - VERSÃO FEMININA (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

**0 = nunca / 1 = raramente / 2 = às vezes / 3 = aproximadamente 50% das vezes / 4 = a maioria das vezes / 5 = sempre**

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

## ANEXO 9

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

**Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada**

**1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**5. Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**9. Às vezes eu me sinto inútil.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

**10. Às vezes eu acho que não presto para nada.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

## ANEXO 10

## QUESTIONÁRIO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREFE)

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. **Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito



		0				
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
--	--	------	-------------	-------	-------	---------------

10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....