

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**THAIANE MOLETA VARGAS**

**DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO: QUALIDADE DE VIDA, EXERCÍCIO  
FÍSICO E RECOMENDAÇÕES**

**PONTA GROSSA**

**2023**

**THAIANE MOLETA VARGAS**

**DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO: QUALIDADE DE VIDA, EXERCÍCIO  
FÍSICO E RECOMENDAÇÕES**

Tese apresentada para obtenção do título de doutora em Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de Concentração Cidadania e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa História, Cultura e Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso  
Coorientador: Prof. Dr. João Irineu de Resende  
Miranda

**PONTA GROSSA**

**2023**

V297 Vargas, Thaianie Moleta  
Disfunção do assoalho pélvico: qualidade de vida, exercício físico e recomendações / Thaianie Moleta Vargas. Ponta Grossa, 2023.  
113 f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso.

Coorientador: Prof. Dr. João Irineu de Resende Miranda.

1. Assoalho pélvico - distúrbios. 2. Período pós-parto. 3. Exercício físico. 4. Qualidade de vida. I. Pedroso, Bruno. II. Miranda, João Irineu de Resende. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. IV.T.

CDD: 610.736.2


## TERMO DE APROVAÇÃO

### THAIANE MOLETA VARGAS

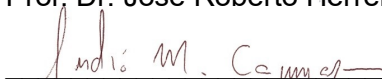
**“Disfunção do assoalho pélvico: qualidade de vida, exercício físico e recomendações”.**

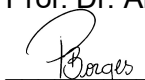
Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor(a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

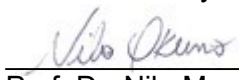
Assinatura pelos Membros da Banca:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Bruno Pedroso – UEPG-PR - Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Roberto Herrera Cantorani - UTFPR-PR - Membro Externo

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. André Mendes Capraro – UFPR-PR - Membro Externo

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges – UEPG-PR - Membro Interno

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Nilo Massaru Okuno - UEPG-PR - Membro Interno

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Luiz Alberto Pilatti – UTFPR-PR - Suplente Externo

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Lenir Aparecida Mainardes da Silva - UEPG-PR - Suplente Interno

Ponta Grossa, 30 de janeiro de 2023.

Dedico este trabalho aos meus pais, Elizeu (*In memoriam*) e Dorileia; ao meu marido, Leandro; e aos meus filhos, Juan e Helena.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as bênçãos em minha vida. Como meu pai ensinou (lembro-me dele me consolando quando cancelaram meu primeiro contrato de estágio): “Deus fecha uma porta para que possamos abrir outras, que trarão melhores oportunidades”. Com certeza, as novas oportunidades me proporcionaram grandes aprendizados e me transformaram na pessoa que sou hoje. Obrigada, pai, vou levar esse aprendizado comigo para sempre... Saudades eternas!

Agradeço também a minha mãe por sempre incentivar e priorizar o estudo na minha vida e de meus irmãos. Pai e mãe, vocês nos criaram para o mundo! Valorizo todo o esforço de vocês, de coração, obrigada por tudo.

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Bruno Pedroso, por acreditar no meu potencial (muitas vezes, eu mesma duvidei desse potencial) e por permitir que eu realizasse as pesquisas que realmente queria fazer. Sempre deixou claro que nenhum professor deveria determinar meu tema de pesquisa, e assim aconteceu no mestrado e no doutorado. Obrigada por todas as orientações, revisões e por aceitar trabalhar nas suas férias para que eu pudesse cumprir os prazos. Espero poder contribuir com boas publicações desta pesquisa.

Agradeço à UEPG, por oportunizar toda a minha formação acadêmica e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas pela oportunidade de cursar o Doutorado. Um agradecimento especial à Profa. Dra. Lenir Aparecida Mainardes da Silva e ao professor Prof. Dr. Nei Alberto Salles Filho pelo acolhimento durante o processo de obtenção dos créditos.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado, fundamental para que eu pudesse me dedicar a esta pesquisa.

Aos colegas de doutorado, que sempre estavam ouvindo e fazendo sugestões no processo de construção do projeto. Em especial, ao colega Guilherme Moreira Caetano Pinto, por seus conselhos precisos e verdadeiros, não apenas com relação ao doutorado, mas à vida profissional também, já o considero um amigo.

Para a construção e execução do projeto, são tantos agradecimentos que espero esquecer nenhuma pessoa... Agradeço:

- À Annanda Agotani, colega da faculdade, por me incentivar a fazer a formação do LPF;

- À Bruna Carneiro Santos, Master Coach Low Pressure Fitness, por me incentivar a iniciar esta pesquisa, pois a ideia nasceu da formação do LPF nível 2 que eu e a Annanda fizemos com essa incrível profissional em Curitiba;

- Ao Guilherme Arcaro, pelo auxílio no processo de submissão ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG);

- A minha prima e enfermeira Laryssa Dalazoana, por seu apoio e contribuição com documentos e informações importantes para o projeto e principalmente para o primeiro estudo desta tese;

- À enfermeira-chefe da maternidade do HUMAI, Thalita Taques Fonseca Celinski, assim como a todos os funcionários do HUMAI, por todo o apoio na fase de recrutamento das mães;

- A todas as mulheres e seus familiares que me receberam e compartilharam comigo um pouco da história de suas vidas no momento de recrutamento;

- Agradeço especialmente a todas as voluntárias que permaneceram comigo durante o processo do ensaio clínico randomizado controlado. Sei que foram muitos questionários, exercícios e avaliações. Agradeço de coração por acreditarem nesta pesquisa! Por vocês, farei o possível para que este estudo faça a diferença na vida de outras mulheres, para que os sintomas das disfunções da musculatura do assoalho pélvico passem a ser mais divulgados e que tenham um acesso facilitado para tratamento;

- Agradeço aos avaliadores, profissionais de Educação Física: Edher Lucas Antunes (Ponta Grossa), Franciele Aparecida Soncoski Mainardes (Castro), Aline Tramontin Almeida (Ipiranga) e Gabrielle Caroline Vardenski Costa (Palmeira). Graças a vocês foi possível realizar as avaliações físicas nas diversas cidades onde as voluntárias moravam, o que foi fundamental para o sucesso da coleta de dados. Muito obrigada por contribuírem com este estudo, principalmente o número 2. Sei que não foi fácil fazer as avaliações, pois muitas vezes vocês tiveram que se deslocar até a casa das voluntárias e isso, principalmente para o Edher, resultou em alguns quilômetros rodados pela cidade. Agradeço pela dedicação e profissionalismo de todos!

- Agradeço ao profissional de Educação Física Rafael Carlos Sochodolak, responsável pelo grupo Intervenção Mínima, e à fisioterapeuta Jessica Vanat de Oliveira, responsável pelo grupo TMAP. Vocês foram excelentes profissionais

durante o período de aplicação das intervenções! Agradeço com muito carinho pela contribuição para que o estudo 2 fosse possível.

- Agradeço aos professores que compuseram a banca de qualificação e defesa deste trabalho: Dr<sup>a</sup>. Cristina Ide Fujinaga, Dr<sup>a</sup>. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges, Dr. José Roberto Herrera Cantorani, Dr. André Mendes Capraro e Dr. Nilo Massaru Okuno. Todas as considerações foram importantes para melhorar a qualidade do trabalho. Muito obrigada!

Não posso deixar de agradecer ao meu marido, Leandro Martinez Vargas, por ser a minha referência e o maior incentivador para que eu não interrompesse a minha formação acadêmica, principalmente após a chegada dos nossos filhos. Nunca permitiu que eu me acomodasse, sempre disse que eu poderia ser esposa, mãe, pesquisadora e continuar com a minha vida profissional, pois ele sempre “daria um jeito” para que eu pudesse evoluir... Obrigada por todo o apoio, compreensão, orientações e revisões (em cada momento do mestrado e do doutorado), também pelos momentos de descontração. Amo você!

Tenho certeza de que ele fez de tudo para que eu pudesse manter o foco nos estudos, mas precisamos concordar que tivemos a ajuda de um super time...

A começar pela vovó Vânia (minha sogra), sempre presente e nos ajudando a cuidar dos nossos filhos... a você, Vânia, minha eterna gratidão. A vovó Leia (minha mãe) também teve a sua participação nesta história, sempre que possível ajudava a cuidar das crianças ou os levava para Ipiranga. O vovô Luciano (meu sogro), os tios e tias (Tissiane e Eleandro, Rubia e Gregório) também sempre estiveram por perto e, quando as vovós não podiam, eles agiam.

Agradeço também a minha amiga Carla Matras... Com certeza, minha amiga, esta trajetória foi muito mais leve com as nossas conversas e encontros. Saber que temos o ombro uma da outra para desabafar e que torcemos pelo sucesso uma da outra já é algo extraordinário, que faz uma diferença enorme no dia a dia. Obrigada pelo seu apoio e compreensão.

Para finalizar, agradeço aos meus filhos queridos, Juan e Helena. Obrigada por compreenderem os momentos de ausência da mamãe... Peço desculpas pelos momentos de estresse, mas agradeço muito pelos momentos de carinho! Todo pai e mãe sabem o quanto é exaustiva, mas também o quanto é satisfatória a criação dos filhos. Obrigada por tudo, meus amores, vocês são o meu combustível diário!



## RESUMO

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é mencionado como uma prática promissora para o tratamento das disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP), no entanto há poucas evidências científicas que comprovem a sua eficácia, bem como de outras intervenções. Considerando a hipótese de que as DMAP podem ter relação com a insatisfação da qualidade de vida (QV) das mulheres no puerpério e que as orientações da Organização Mundial da Saúde para a composição das diretrizes das políticas públicas nacionais voltadas à mulher são baseadas em evidências científicas, o objetivo geral da presente pesquisa foi investigar a importância da recuperação da musculatura do assoalho pélvico (MAP) para a QV de mulheres no pós-parto. Para alcançar este objetivo, esta tese foi desenvolvida no modelo escandinavo (alternativo), composta por três estudos para atender aos objetivos específicos: 1) verificar se as diretrizes relacionadas ao puerpério presentes nas políticas públicas nacionais em vigência apresentam cobertura suficiente sobre a atenção de saúde no puerpério, especificamente sobre as orientações para recuperação da MAP; 2) analisar a relação entre a percepção da QV das mulheres no puerpério, após 45 dias da data do parto, com as DMAP e fatores associados; e 3) avaliar o efeito de três tipos de treinamento sobre as DMAP no pós-parto. Para o objetivo 1, foi realizada uma busca documental nos sites do Ministério da Saúde e do Governo do Estado do Paraná, a fim de realizar um levantamento das diretrizes relacionadas à saúde da mulher. Para os objetivos 2 e 3, a população-alvo foi composta por mulheres que realizaram o parto no Hospital Universitário Materno Infantil da cidade de Ponta Grossa - referência regional. Foram convidadas para participar da pesquisa 601 mulheres no período de três meses (junho, julho e agosto de 2021). A partir dos estudos realizados, pode-se concluir que: 1) No Brasil, é necessário melhorar o acesso à reabilitação perineal após o parto e à triagem de distúrbios do assoalho pélvico, bem como melhorar o acesso à informação sobre os sintomas das DMAP e sobre como procurar ajuda; 2) a amostra investigada apresentou uma percepção satisfatória da QV, porém foi encontrada uma correlação negativa entre a percepção da QV e o escore geral das DMAP; 3) Após 12 semanas de intervenções, as mulheres que realizaram o treinamento com o método *Low Pressure Fitness* apresentaram recuperação significativa em alguns distúrbios relacionados às DMAP e no escore global do *Pelvic Floor Bother Questionnaire*. No entanto, não houve diferença significativa entre os grupos.

**Palavras-chave:** Distúrbios do assoalho pélvico; Período pós-parto; Exercício físico; Qualidade de vida.

## ABSTRACT

Pelvic floor muscle training (PFMT) is mentioned as a promising practice for the treatment of pelvic floor muscle disorders (PFMD), however there is little scientific evidence to prove its effectiveness, as well as other interventions. Considering the hypothesis that PFMD may be related to quality of life (QoL) dissatisfaction in women in the puerperium and the World Health Organization guidelines for the composition of the national public policies guidelines aimed to women are based on scientific evidence, the general objective of the present research was to investigate the importance of recovery of the pelvic floor muscles (PFM) for the QoL of postpartum women. To achieve this objective, this thesis was developed in the Scandinavian (alternative) model, consisting of three studies to meet the specific objectives: 1) to verify whether the guidelines related to the puerperium present in current national public policies have sufficient coverage of health care in the puerperium, specifically on guidelines for recovery from PAM; 2) to analyze the relationship between the perception of the QoL of women in the postpartum period, 45 days after the date of delivery, with the PFMD and associated factors; and 3) to evaluate the effect of three types of training on postpartum PFMD. For objective 1, a documentary search was carried out on the websites of the Ministry of Health and the Government of the State of Paraná, in order to carry out a survey of guidelines related to women's health. For objectives 2 and 3, the target population consisted of women who gave birth at the Materno Infantil University Hospital in the city of Ponta Grossa - a regional reference. A total of 601 women were invited to participate in the survey over a period of three months (June, July and August 2021). From the studies carried out, it can be concluded that: 1) In Brazil, it is necessary to improve access to perineal rehabilitation after childbirth and to screening for pelvic floor disorders, as well as to improve access to information about the symptoms of PFMD and about seeking help; 2) the investigated sample presented a satisfactory perception of QoL, but a negative correlation was found between the perception of QoL and the general score of the PFMD; 3) After 12 weeks of interventions, women who performed training with the Low Pressure Fitness method showed significant recovery in some disorders related to PFMD and in the global score of the Pelvic Floor Bother Questionnaire. However, there was no significant difference between groups.

**Keywords:** Pelvic floor disorders; Postpartum period; Physical exercise; Quality of life.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
CCPI	Comitê Consultivo de Procedimentos Intervencionistas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DMAP	Disfunções da Musculatura do Assoalho Pélvico
DNAPN	Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal
DSP	Dispareunia
DSA	Disúria
EO	Evacuação Obstruída
FMAN	Frequência Miccional Aumentada e Noctúria
GDG	Guidelines Development Group
HUMAI	Hospital Universitário Materno Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	International Continence Society
IF	Incontinência Fecal
IM	Intervenção Mínima
IMC	Índice de Massa Corporal
IOG	Institute of Obstetrician & Gynaecologists
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUGA	International Urogynecological Association
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
LPF	Low Pressure Fitness
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFBQ	Pelvic Floor Bother Questionnaire
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos

QV	Qualidade de Vida
Rami	Rede de Atenção Materna e Infantil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPI	Royal College of Physicians of Ireland
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TAH	Técnica Abdominal Hipopressiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMAP	Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
UM	Urgência Miccional
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	22
<b>1 ESTUDO 1 – DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO DE MULHERES NO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	23
RESUMO.....	23
1.1 INTRODUÇÃO.....	23
1.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
1.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
1.3.1 Brasil.....	26
1.3.1.1 <i>Protocolo da Atenção Básica - Saúde das Mulheres (2016)</i> .....	26
1.3.1.2 <i>Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017)</i> .....	27
1.3.1.3 <i>Rede Mãe Paranaense (2018)</i> .....	28
1.3.1.4 <i>Rede de Atenção Materna e Infantil (2022)</i> .....	29
1.3.2 Organização Mundial da Saúde (OMS).....	29
1.3.2.1 Recomendações da OMS: cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva (2018).....	30
1.3.2.2 Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022).....	30
1.3.3 Reino Unido.....	32
1.3.3.1 Cuidados pós-parto - NICE Guideline (NG194) - publicada em 20 de abril de 2021.....	32
1.3.3.2 Disfunção do assoalho pélvico: prevenção e tratamento não cirúrgico – NICE Guideline (NG210) – publicada em 09 de dezembro de 2021.....	33
1.3.4 Irlanda.....	37
1.3.4.1 Diretrizes de prática clínica para o gerenciamento de lesão obstétrica do esfíncter anal (2014).....	38
1.3.5 Espanha.....	40
1.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
<b>2 ESTUDO 2 – QUALIDADE DE VIDA E DISTÚRBIOS DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO NO PUERPÉRIO</b> .....	45
RESUMO.....	45
2.1 INTRODUÇÃO.....	45
2.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
2.2.1 População.....	47
2.2.2 Instrumentos.....	48
2.2.3 Coleta de Dados.....	48
2.2.4 Análise Estatística.....	48
2.3 RESULTADOS.....	49
2.4 DISCUSSÃO.....	52
2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	55

<b>3 ESTUDO 3 – EFEITOS DO LPF E TMAP SOBRE O INCÔMODO RELACIONADO ÀS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NO PÓS-PARTO: UM ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO POR PLACEBO</b> .....	57
RESUMO.....	57
3.1 INTRODUÇÃO.....	57
3.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	60
3.2.1 Participantes.....	60
3.2.2 Medições de Resultados e Acompanhamento.....	61
3.2.2.1 Desfechos primários.....	62
3.2.2.1.1 <i>Desconforto relacionado aos distúrbios da MAP</i> .....	62
3.2.2.2 Desfechos secundários.....	62
3.2.2.2.1 <i>Percepção da qualidade de vida (QV)</i> .....	62
3.2.2.2.2 <i>Circunferência da cintura e abdômen</i> .....	62
3.2.2.3 Intervenções.....	62
3.2.3 Procedimentos de Estudo.....	64
3.2.4 Análise Estatística.....	65
3.2.5 Estudo Cego.....	66
3.3 RESULTADOS.....	66
3.3.1 Desconforto Relacionado aos Distúrbios da MAP.....	68
3.3.2 Percepção de Qualidade de Vida.....	69
3.3.3 Circunferência da Cintura e Abdômen.....	75
3.4 DISCUSSÃO.....	75
3.4.1 Desconforto Relacionado aos Distúrbios da MAP.....	75
3.4.2 Percepção de Qualidade de Vida.....	76
3.4.3 Circunferência da Cintura e Abdômen.....	76
3.4.4 Limitações do Estudo.....	76
3.4.5 Validade Interna e Externa.....	77
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	77
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
<b>APÊNDICE 1 – TCLE</b> .....	84
<b>APÊNDICE 2 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b> .....	88
<b>APÊNDICE 3 - COLETA DE DADOS (AVALIAÇÃO FÍSICA)</b> .....	90
<b>ANEXO 1 - ABEP 2020</b> .....	92
<b>ANEXO 2 - WHOQOL-BREF</b> .....	94
<b>ANEXO 3 - PFBQ</b> .....	99
<b>ANEXO 4 - IPAQ</b> .....	102
<b>ANEXO 5 - PAR-Q+</b> .....	109

## INTRODUÇÃO

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (DNAPN) (BRASIL, 2017), a cada ano são realizados aproximadamente três milhões de partos no Brasil e aproximadamente 98% destes partos ocorrem em hospitais. Isto significa que apenas cerca de 60.000 partos não são realizados nesse ambiente.

É importante destacar o lado positivo do nascimento em ambiente hospitalar, considerando a segurança materno-infantil, a redução do número de taxas de mortalidade e outras complicações, as quais podem ser evitadas em razão dos profissionais, procedimentos e tecnologias disponíveis apenas em hospitais. Por outro lado, segundo as DNAPN de 2017, os partos hospitalares podem expor as gestantes e bebês a altas taxas de intervenções, como episiotomia<sup>1</sup>, cesariana, uso de hormônios, anestesia, aspiração nasofaringeana, etc. Ainda de acordo com este documento, essas intervenções deixaram de considerar os aspectos “emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular, que vai além do processo de adoecer e morrer” (BRASIL, 2017, p. 7).

Outra discussão acerca da cultura do nascimento envolve o protagonismo da mulher no momento do parto. Por este motivo, nos últimos anos, os sistemas de atenção básica de alguns estados e municípios estão aderindo ao *plano de parto*, sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1996, no qual a mulher recebe esclarecimentos sobre todos os procedimentos possíveis e pode escolher quais podem ou não ser realizados durante o seu parto.

A equipe médica deve, sempre que possível, seguir o plano de parto apresentado pela parturiente, restringindo o uso de outros procedimentos apenas em casos de risco, desde que a mulher seja comunicada sobre o procedimento e qual é o objetivo dele. Qualquer gestante pode fazer o seu plano de parto e, mesmo que não seja oferecido pela equipe de saúde, ela pode requerer um. Infelizmente, o fato de muitas mulheres desconhecerem esse direito, por falta de acesso à informação, pode ser responsável por não integrar as futuras mães à cultura do parto, sujeitando-as a uma atuação passiva e de submissão a intervenções potencialmente desnecessárias.

---

<sup>1</sup> A episiotomia consiste em corte na pele e músculos do períneo para ampliar o canal do parto e permitir o nascimento (HIAE, 2019).

A literatura destaca basicamente dois tipos de parto: o parto vaginal (popularmente chamado de parto normal) e a cesárea. O parto vaginal, como o próprio nome revela, é considerado qualquer nascimento não cirúrgico, no qual o bebê nasce pela via vaginal. Já o parto cesárea (cesariana) consiste em uma incisão (corte) horizontal de 10 a 12 centímetros na região inferior do abdômen da mulher para a retirada do bebê.

A cesárea pode ser realizada de forma emergencial, com o objetivo de reduzir o risco de morbimortalidade materna e fetal, como pode também ser realizada de forma planejada. No entanto, por se tratar de um procedimento cirúrgico, a cesariana pode gerar alguns riscos à saúde da mulher e do bebê. Antes do procedimento, que necessita de internação hospitalar, a mulher recebe uma anestesia na região lombar. Um cateter é colocado no espaço peridural da paciente para administração de medicamentos, assim como uma sonda, que terá o objetivo de conter a urina. São cortadas sete camadas de tecido (pele, gordura, fáscia muscular, músculo, peritônio parietal, peritônio visceral e, por fim, o útero), que serão fechadas uma a uma após a retirada do bebê e da placenta. Todos esses procedimentos podem elevar o risco de infecção e hemorragia para a mãe durante e após o parto, e de problemas respiratórios ao recém-nascido. Por essas e outras razões, as cesáreas deveriam ser indicadas apenas quando os riscos não superam os benefícios (MASCARELLO *et al.*, 2021).

Segundo Mascarello *et al.* (2021), o parto vaginal também pode oferecer benefícios e malefícios. Neste tipo de parto, a recuperação da mãe é relativamente mais rápida e pode favorecer a amamentação. Por outro lado, existe o risco de laceração do períneo da mulher, entre outras complicações que podem vir a comprometer a saúde do bebê, principalmente se a assistência médica não estiver à disposição. Entre os benefícios e possíveis malefícios, a escolha do tipo de parto depende da condição de saúde da mãe e da saúde e desenvolvimento do bebê.

Com o intuito de frear o grande número de intervenções desnecessárias e preocupada com o nível de mortalidade materno-infantil, a OMS estabeleceu em 1985 uma taxa aceitável entre 10% e 15% de cesáreas em relação ao total de partos realizados (WHO, 1985). No entanto, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registraram que, dos brasileiros nascidos entre julho de 2017 e julho de 2019, 55% foram por



cesárea, colocando o Brasil apenas atrás da República Dominicana como o país com mais nascidos por essa via de parto.

Não obstante, essa taxa de nascimentos por cesárea pode variar de acordo com a região e tipo de hospital (público ou privado). Um exemplo disso é o Hospital Universitário Materno Infantil (HUMAI) de Ponta Grossa, hospital público de referência regional no Paraná, que apresenta uma taxa de 37% de nascimentos por cesárea, o que é menor que a média nacional considerando o ano 2021 como referência. Mas essa conquista pode sofrer alterações devido à lei nº 20127/2020 aprovada pela Assembléia Legislativa do Paraná, a qual infere que a gestante tem o direito de escolher a modalidade de parto, seja na rede privada ou pública, garantindo a igualdade e isonomia para todas as mulheres.

Independentemente do tipo de parto, existem complicações comuns a todas as mulheres, como alterações físicas, hormonais e fisiológicas, durante todos os períodos de gestação, parto e pós-parto. Entre as alterações adversas relatadas no pós-parto, destacam-se os sintomas relacionados às disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP), como a incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, dispareunia (desconforto no ato sexual) e dor perineal (SIQUEIRA et al., 2019).

O assoalho pélvico é um conjunto de músculos voluntários e involuntários formado por três camadas (superior, média e inferior), ligamentos conectados a estruturas ósseas e tem a função de sustentar os órgãos das regiões abdominal e pelve, como bexiga, útero e intestino (GARCIA et al., 2018). Segundo Garcia *et al.* (2018), a musculatura do assoalho pélvico (MAP) é responsável pelo controle de importantes funções fisiológicas (como micção e evacuação) e possui importante participação durante a gestação, acompanhando o crescimento do feto, e durante o parto, visando à expulsão do feto através de contrações voluntárias.

A capacidade viscoelástica faz com que as fibras musculares da MAP se distendam (se alonguem) de forma significativa em preparação para o parto, porém, após o nascimento, essas fibras podem demorar semanas, até meses, para retornar ao comprimento anterior, assim como ter sua capacidade de contração restabelecida. Enquanto isso não acontece, é comum que a mulher sofra com distúrbios relacionados à perda de capacidade contrátil dessa musculatura (GARCIA et al., 2018).

Durante o parto, aproximadamente 10% das mulheres apresentam lesões (distensão ou laceração) da MAP, principalmente na região do períneo<sup>2</sup>, o que pode causar comprometimento das funções do assoalho pélvico (HIAE, 2019). Esse comprometimento pode predispor as mulheres a incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso dos órgãos pélvicos, dispareunia e dor perineal, podendo perdurar por longos períodos se não houver tratamento adequado (SIQUEIRA et al., 2019).

Para esclarecimento, as terminologias dos distúrbios relacionados às DMAP serão descritas de acordo com o relatório conjunto da *International Urogynecological Association* (IUGA) com a *International Continence Society* (ICS) de 2010 publicado por Haylen *et al.* (2010):

A incontinência urinária (IU) é definida como perda involuntária de urina e tem várias classificações: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), a qual se caracteriza pela perda involuntária de urina ao esforço ou esforço físico (por exemplo, atividades esportivas, espirrar ou tossir); Frequência Miccional Aumentada e Noctúria (FMAN), caracterizada pela queixa de que a micção ocorre mais frequentemente durante as horas de vigília, com interrupção do sono uma ou mais vezes por necessidade de micção; Urgência Miccional (UM), um distúrbio caracterizado pelo desejo súbito e irresistível de urinar que é difícil de adiar; Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que se refere à queixa de perda involuntária de urina associada à urgência.

A Disúria (DSA) é um sintoma miccional referente a queimação ou outro desconforto durante a micção. Já o Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) caracteriza-se por um desvio da sensação, estrutura ou função normal experimentada pela mulher em relação à posição de seus órgãos pélvicos e pode se manifestar principalmente através da protuberância vaginal (queixa de uma “protuberância” ou “algo descendo” em direção ou através do intróito vaginal) e da pressão pélvica (queixa de aumento de peso ou arrasto na região suprapúbica e/ou pelve).

A Evacuação Obstruída (EO) relaciona-se com o esforço para defecar (queixa da necessidade de fazer um esforço intenso para iniciar, manter ou melhorar a defecação); e com a sensação de evacuação incompleta (queixa de que o reto não se sente vazio após a defecação). Acompanhando os sintomas de disfunção anorretal, a Incontinência Fecal (IF) caracteriza-se pela perda involuntária de fezes

---

<sup>2</sup> O períneo é o principal músculo componente do assoalho pélvico que sofre laceração durante o parto vaginal.

sólidas ou líquidas, porém, em alguns questionários utilizados para mensurar o desconforto relacionado com as DMAP, como no *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ), a IF também contempla a queixa de perda involuntária de flatos (gases).

Outro distúrbio muito discutido na literatura é a Dispareunia (DSP) que se refere ao desvio da sensação e/ou função normal experimentada por uma mulher durante a atividade sexual. Este distúrbio caracteriza-se principalmente pela queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente associado à tentativa ou penetração vaginal completa.

Após o esclarecimento dos distúrbios relacionados as DMAP, ao descrever o quadro hipotético de uma mulher no pós-parto, consideremos que esta mulher apresenta incontinência urinária e dispareunia. Com escapes de urina constantes, seja por esforço ou por urgência, esta mulher pode deixar de praticar atividades físicas ou de manter as suas relações sociais, considerando que os escapes de urina podem provocar constrangimentos e odores desagradáveis. Sobre a dispareunia, a dor perineal pode levar a mulher a evitar as relações sexuais, o que pode comprometer o seu relacionamento conjugal, por exemplo. Nesse sentido, acredita-se que os aspectos sociais, físicos e psicológicos da qualidade de vida (QV) podem ser alterados negativamente pelas DMAP.

A QV pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua condição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (FLECK et al., 2008, p. 25). Neste contexto, a QV também pode ser considerada uma questão de cidadania ao destacar, segundo Thomas Humphrey Marshall (1967), a divisão da cidadania em três elementos: civil, político e social. Para o autor, os direitos civis estão ligados aos direitos necessários à liberdade individual; os direitos políticos relacionam-se ao direito de participar do exercício do poder político; e os direitos sociais são os direitos relacionados ao bem-estar - sobre este direito é possível fazer associação com a QV.

Por outro lado, Carvalho (2011) destaca que, no caso do Brasil, os direitos sociais antecederam a conquista dos direitos civis, fato que favoreceu uma visão corporativista dos direitos coletivos, ou seja, a distribuição dos benefícios sociais acontece mediante a negociação entre governo e categorias sindicais, ao invés de se pensar os direitos como de todos.

Sobre os regimes de assistência social, Juliana Martinez Franzoni (2007) fez uma interessante análise entre os países da América Latina e verificou que eles compartilham características comuns, como mercados de trabalho ineficientes e políticas públicas fracas ou inexistentes. A autora também destaca que a esfera doméstica e o trabalho feminino desempenham um papel central apontando para a necessidade de as políticas públicas considerarem a enorme quantidade de responsabilidades que foram depositadas na esfera doméstica em geral, e nas mulheres em particular. Franzoni (2007) infere sobre a importância para que as políticas públicas tenham melhor alocação de recursos e maior capacidade, tanto para antecipar lacunas e desacordos quanto para promover acordos.

O conceito de políticas públicas está presente diante de uma realidade em constante transformação histórica, principalmente no que se refere às relações entre Estado e sociedade (DI GIOVANNI, 2009). O autor indica quatro estruturas elementares como base para analisar as políticas públicas: formal, substantiva, material e simbólica. Essas estruturas estão interligadas e sua aplicação depende do olhar subjetivo do observador.

A estrutura simbólica, especificamente, é composta por valores, saberes e linguagens, argumentando que não há apenas a interferência do conhecimento científico sobre as políticas públicas, mas também há relação com a “concretização empírica”, considerando que as políticas públicas são orientadas por saberes historicamente desenvolvidos (DI GIOVANNI, 2009, p. 28).

Nesse sentido, as políticas públicas nacionais voltadas à mulher no período gravídico-puerperal foram fundamentadas nas orientações da OMS e referem-se principalmente ao período gestacional e parto (BRASIL, 2017). Com relação ao período pós-parto, essas políticas públicas apenas incitam a necessidade de atenção com o períneo, indicando se tratar de um músculo bastante exposto a lesões por laceração ou episiotomia durante o parto vaginal.

Por este motivo, os protocolos e diretrizes nacionais apresentam orientações para a prática de exercícios físicos durante a gestação, com o objetivo de preparar o corpo da mulher para o parto, principalmente para o parto vaginal, e se preocupam com a recuperação física e psicológica da parturiente (BRASIL, 2017). Não obstante as orientações fundamentadas em evidências científicas, os documentos baseados nas orientações da OMS não abordam todas as possibilidades de preparação para o parto e recuperação pós-parto.

Nesses documentos, orienta-se a prática de massagem perineal antes do parto e destaca-se a importância da prática de exercícios para o assoalho pélvico. Porém, não há indicação de métodos ou protocolos para exercitar a MAP de forma preventiva ou tratamento pós-parto, como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), muito utilizado na fisioterapia do assoalho pélvico, ou um método mais atual como o *Low Pressure Fitness* (LPF). Pode-se explicar a inexistência de indicação dessas práticas pelo fato de não ser possível definir um protocolo global para aplicação, considerando a individualidade biológica de cada mulher, respeitando sua condição física, tipo de parto, entre outras variáveis.

O TMAP, procedente do método criado na década de 1950, pelo ginecologista Arnold Kegel, é uma técnica cinesioterápica da fisioterapia que consiste basicamente em contrações voluntárias da MAP, intercalando contrações isométricas e contrações rápidas com o propósito de estimular as fibras musculares dessa região (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021).

Em alternativa, há o treinamento abdominal hipopressivo (TAH), ou apenas treinamento hipopressivo, com origem na técnica respiratória milenar utilizada no yoga, na qual é realizado um vácuo abdominal através da abertura costal. Além do objetivo estético, a partir da década de 1990, na Europa, o TAH passou a ser utilizado pela fisioterapia na reabilitação do pavimento pélvico. Posteriormente, em 2014, foi criado o *International Hypopressive and Physical Therapy Institute*, na Espanha, com o objetivo de investigar melhor a técnica proposta e difundir o método através da formação de profissionais em diversos países (RIAL; PINSACH, 2016).

Através do Instituto, surgiu o *Low Pressure Fitness*®, uma técnica de TAH, cuja base são exercícios posturais e respiratórios associados a uma diminuição da pressão na cavidade abdominopélvica. Os objetivos do LPF consistem em diminuir a pressão das cavidades abdominal e perineal; ativar a musculatura estabilizadora da coluna vertebral e lombo pélvica; e normalizar as tensões miofasciais (RIAL; PINSACH, 2016).

Durante a execução da manobra respiratória do TAH, foi registrada ativação da musculatura do assoalho pélvico e transversal do abdome, além de diminuição da pressão intra-abdominal, também foi evidenciada mobilização do ângulo uretrovesical (MUÑOZ et al., 2021). Por isso, o TAH tem sido proposto como técnica para melhorar a estabilidade da musculatura lombopélvica e como recurso específico para mulheres com propriocepção deficiente da MAP.

Buscas na base de dados Cochrane e Pubmed não encontraram estudos de revisão sistemática e ensaios clínicos randomizados controlados que comprovassem a eficácia do LPF sobre o tratamento das DMAP. Já em relação ao TMAP, apesar de ser mencionado como uma prática promissora para o tratamento das DMAP, as evidências não são seguras o suficiente para que se possa fazer esta afirmação devido a motivos metodológicos (DUMOULIN et al., 2018).

Face ao exposto, esta Tese foi construída a partir de três problemas que envolvem o objeto de estudo: a) As diretrizes nacionais apresentam cobertura suficiente sobre a atenção de saúde no puerpério, especificamente sobre as orientações para recuperação da MAP?; b) As DMAP tem relação com a QV das mulheres no puerpério?; b) O LPF é tão eficaz quanto ou mais do que o TMAP para reduzir as DMAP no pós-parto?

As hipóteses deste estudo são: a) As diretrizes nacionais apresentam cobertura insuficiente sobre a atenção de saúde no puerpério, especificamente sobre as orientações para recuperação da MAP; b) As DMAP podem ter relação com a insatisfação da QV das mulheres no puerpério; c) O LPF pode ser tão eficaz quanto o TMAP sobre as DMAP no pós-parto.

Considerando os problemas e hipóteses apresentados, propusemos esta Tese no formato *multipaper*, também chamado de modelo escandinavo ou alternativo, cuja divisão e objetivos estão descritos a seguir:

#### OBJETIVO GERAL:

- a) Investigar a recuperação da MAP para a QV de mulheres no pós-parto.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Realizar uma revisão integrativa das diretrizes/*guidelines* nacionais e internacionais relacionadas à prevenção ou ao tratamento das DMAP em puérperas. Para atender a este objetivo, foi realizado o terceiro estudo (bibliográfico descritivo). Com este estudo, pretende-se verificar se as diretrizes relacionadas ao puerpério presentes nas políticas públicas nacionais em vigência apresentam cobertura suficiente sobre a atenção

de saúde no puerpério, especificamente sobre as orientações para recuperação da MAP.

- b) Analisar a relação entre a percepção da QV das mulheres no puerpério, após 45 dias da data do parto, com as DMAP e fatores associados. Para atender a este objetivo, foi realizado o primeiro estudo (quantitativo, transversal e descritivo). Pretendia-se, com este estudo, testar a hipótese de que os distúrbios relacionados à MAP têm relação com a percepção insatisfatória de QV. Também foram discutidas outras variáveis que podem ter relação com a percepção da QV, para que as diretrizes sejam direcionadas de forma específica para solução dos problemas.
- c) Avaliar o efeito do LPF e do TMAP sobre as DMAP no pós-parto. Para atender a este objetivo, foi realizado o segundo estudo (ensaio clínico randomizado controlado). Com este estudo, pretendia-se apontar qual intervenção apresentava maior eficácia sobre a recuperação das DMAP e, conseqüentemente, sobre a recuperação da MAP. Com uma evidência científica de qualidade, será possível fazer um encaminhamento deste trabalho para as autoridades competentes indicando a necessidade de ampliar a cobertura das políticas públicas sobre a atenção da saúde no puerpério.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

O modelo de Tese escolhido para apresentação dos resultados do presente estudo se refere a elaboração do trabalho em um conjunto de artigos científicos. O formato *multipaper*, também chamado de modelo escandinavo ou alternativo, encontra-se cada vez mais em evidência nos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu do Brasil pelo fato de facilitar e acelerar a publicação dos resultados das pesquisas (MUTTI; KLÜBER, 2018).

Neste sentido, cada artigo desta Tese apresenta objetivo, método, resultados, discussão e conclusão próprios, de maneira que possam ser submetidos e aprovados em periódicos acadêmicos indexados.

De acordo com Costa (2014), o formato *multipaper* pode seguir uma construção de artigos horizontais ou verticais/sequenciais. Na primeira opção, todos os artigos abordam o mesmo problema, mas apresentam diferentes metodologias, de forma a apresentar opções de solução para um problema específico. Na segunda opção, utilizada para a construção do presente estudo, cada artigo atende a um objetivo específico, neste caso, os resultados parciais são somados para atender ao objetivo geral do trabalho.

Embora o formato *multipaper* esteja em evidência, ainda não há uma padronização nacional sobre os tópicos que devem constar para a apresentação final do trabalho (Tese ou Dissertação), portanto cada programa possui autonomia para estabelecer as suas normas. No caso do presente estudo, considerando que o Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa não apresenta uma normativa própria para elaboração de Tese no formato *multipaper*, será adotado o seguinte formato: introdução, aspectos metodológicos, resultados (composto pelos artigos), considerações finais (da Tese) e referências (dos tópicos introdução e aspectos metodológicos).



# 1 ESTUDO 1 – DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO DE MULHERES NO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## RESUMO

**Introdução:** O comprometimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) pode predispor as mulheres às disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP), envolvendo sintomas como: incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso dos órgãos pélvicos, dispareunia e dor perineal. As DMAP podem perdurar por longos períodos se não houver tratamento adequado. Para melhorar a qualidade do cuidado, tanto no sistema público de saúde, como no privado, os profissionais da saúde precisam ter acesso a diretrizes/*guidelines*.

**Métodos:** Este estudo bibliográfico descritivo realizou uma revisão integrativa das diretrizes/*guidelines* nacionais e internacionais relacionadas a prevenção ou tratamento das DMAP em puérperas.

**Resultados:** Com a busca documental no site do Ministério da Saúde do Brasil e no site do Estado do Paraná, foram selecionados três documentos de nível federal e um documento de nível estadual que abordavam sobre algum cuidado com a MAP de mulheres no pós-parto. Após revisão dos documentos selecionados por Baratieri *et al.* (2021) e nova busca nos sites das instituições autoras das *guidelines* indicadas, foram selecionadas seis diretrizes internacionais de prática clínica que abordavam sobre algum cuidado com a MAP de mulheres no puerpério, incluindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), Reino Unido, Irlanda e Espanha.

**Conclusões:** Concluiu-se que, no Brasil, é necessário melhorar o acesso à reabilitação perineal após o parto; o acesso à triagem de distúrbios do assoalho pélvico; e o acesso à informação sobre os sintomas das DMAP e sobre como procurar ajuda.

### 1.1 INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico é um conjunto de músculos voluntários e involuntários formado por três camadas (superior, média e inferior), ligamentos conectados a estruturas ósseas e tem a função de sustentar os órgãos das regiões abdominal e

pelve, como bexiga, útero e intestino (GARCIA et al., 2018). Segundo Garcia *et al.* (2018), a musculatura do assoalho pélvico (MAP) é responsável pelo controle de importantes funções fisiológicas (como micção e evacuação) e possui importante participação durante a gestação, acompanhando o crescimento do feto, e durante o parto, visando à expulsão do feto através de contrações voluntárias.

A capacidade viscoelástica faz com que as fibras musculares da MAP se distendam (se alonguem) de forma significativa em preparação para o parto, porém, após o nascimento, essas fibras podem demorar semanas, até meses, para retornar ao comprimento anterior, assim como ter sua capacidade de contração restabelecida. Enquanto isso não acontece, é comum que a mulher sofra com distúrbios relacionados à perda de capacidade contrátil dessa musculatura (GARCIA, et al., 2018).

Durante o parto, aproximadamente 10% das mulheres apresentam lesões (distensão ou laceração) da MAP, principalmente na região do períneo, o que pode causar comprometimento das funções do assoalho pélvico (HIAE, 2019). Esse comprometimento pode predispor as mulheres a incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso dos órgãos pélvicos, dispareunia e dor perineal, podendo perdurar por longos períodos se não houver tratamento adequado.

Tanto no sistema público de saúde, como no privado, os profissionais da saúde precisam ter acesso a *guidelines*, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado. As *guidelines* são diretrizes de prática clínica desenvolvidas por instituições e organizações de diversos países. Essas diretrizes são formadas por recomendações baseadas em evidências científicas, prioritariamente por revisões sistemáticas com meta análise, que avaliam os riscos e benefícios das diferentes intervenções para os mais diversos problemas de saúde (BARATIERI et al., 2021).

O desenvolvimento de *guidelines* começa com a identificação de um problema para o qual é necessária orientação baseada em evidências (BROUWERS et al., 2019). Grupos interdisciplinares formam um comitê que trabalha para elaborar - e depois executar - um protocolo que servirá como modelo para o processo de desenvolvimento. Esse protocolo inclui o escopo do projeto; a função de cada membro do comitê; a revisão sistemática específica e os métodos de consenso que serão usados para garantir recomendações de qualidade e para mitigar o viés. As *guidelines* devem passar por uma revisão formal e as recomendações finais devem ser documentadas no relatório final do comitê (BROUWERS et al., 2019).

Atividades de divulgação, incluindo o uso de plataformas de mídia social, e atividades de implementação mais propositadamente projetadas são necessárias para otimizar a adoção de recomendações (BROUWERS et al., 2019). Métodos para manter as recomendações atualizadas também são necessários para garantir a validade e a credibilidade contínuas das recomendações, sobretudo para evitar a disseminação de diretrizes fracas, sem eficácia, de difícil implementação ou até mesmo potencialmente prejudiciais (BARATIERI et al., 2021).

Os sistemas de saúde devem seguir as diretrizes de prática clínica divulgadas pela instituição responsável do país correspondente, principalmente os sistemas organizados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), como no Brasil, Espanha, Inglaterra e Irlanda, que tem como base uma “Atenção Primária forte, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários” para garantir um sistema de saúde mais efetivo, com menores custos, mais satisfatório e justo, mesmo diante das diversidades sociais (OLIVEIRA, 2016, p.16).

Face ao exposto, a presente pesquisa tem como objetivo revisar as diretrizes relacionadas a prevenção ou tratamento das disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP) em puérperas.

## 1.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para atender ao objetivo, foi realizada uma busca documental nos sites do Ministério da Saúde e do Governo do Estado do Paraná, a fim de realizar um levantamento das diretrizes relacionadas à saúde da mulher.

Posteriormente, com base na revisão sistemática de Baratieri *et al.* (2021), na qual os autores avaliaram a qualidade de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na Atenção Primária à Saúde, foram analisadas as diretrizes indicadas pelos autores e selecionadas apenas as diretrizes que continham orientações sobre a MAP.

Com este estudo, pretende-se apontar a insuficiência de diretrizes nacionais sobre a atenção de saúde das mulheres, especificamente sobre as orientações para recuperação da MAP no período pós-parto.

### 1.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre a busca documental no site do Ministério da Saúde do Brasil e no site do Estado do Paraná, foram selecionados três documentos de nível federal e um documento de nível estadual que abordavam sobre algum cuidado com a MAP de mulheres no pós-parto.

Após revisão dos 10 documentos selecionados por Baratieri *et al.* (2021) e nova busca nos sites das instituições autoras das *guidelines* indicadas, foram selecionadas seis diretrizes internacionais de prática clínica que abordavam sobre algum cuidado com a MAP de mulheres no pós-parto.

#### 1.3.1 Brasil

No Brasil, a organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população é de responsabilidade do Ministério da Saúde. Para que isso seja possível, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988, por meio da Lei nº. 8.080/1990, cujo sistema está em constante processo de construção e fortalecimento (BRASIL, 2022b).

A partir do diagnóstico epidemiológico da saúde da mulher no Brasil e da necessidade de estabelecer diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher de forma integral, em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (BRASIL, 2004). A PNAISM foi essencial para a criação de outros programas e planos destinados à saúde das mulheres por todo o país.

Sobre as diretrizes relacionadas a prevenção ou tratamento das DMAP, destacam-se os seguintes documentos:

##### 1.3.1.1 Protocolo da Atenção Básica - Saúde das Mulheres (2016)

Os Protocolos da Atenção Básica foram criados para subsidiar a tomada de decisão qualificada por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na Atenção Básica (BRASIL, 2016). O documento

é composto por diretrizes para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde.

Sobre a atenção relacionada à MAP, o Protocolo de Atenção Básica para a saúde das mulheres aponta alguns protocolos relacionados a queixas urinárias, como:

- Em caso de incontinência urinária de urgência (IUU - perda de urina involuntária acompanhada ou precedida de urgência), orienta-se mudança no estilo de vida, fortalecimento do assoalho pélvico e reeducação da bexiga.

- Em caso de incontinência urinária mista (IUM - perda de urina involuntária associada com urgência e esforço), orienta-se mudança no estilo de vida, como redução de ingestão de líquidos, cafeína e bebidas gaseificadas; preenchimento de diário miccional; manejo na constipação; redução do índice de massa corporal (IMC); e treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP).

O referido documento também aborda sobre a atenção à mulher no puerpério indicando que o profissional enfermeiro(a) ou médico(a) deve fazer um plano de cuidado materno durante o puerpério tardio (11° ao 45° após o parto).

De acordo com esse protocolo, para o plano de cuidado, os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (o profissional deve orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia). Outra orientação é para o profissional avaliar a condição física da puérpera e orientar o início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transversos, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal (BRASIL, 2016).

No referido documento, nas recomendações gerais sobre as queixas urinárias, as orientações são muito vagas e não há diretrizes sobre protocolos para encaminhamento, tipo ou prescrição de exercícios do assoalho pélvico. As recomendações sobre IUM também são vagas, no mínimo há menção sobre o TMAP, porém não há diretrizes sobre protocolos para encaminhamento, ou prescrição do exercício.

As recomendações para o puerpério são ainda mais preocupantes no sentido de que há um protocolo para TMAP, porém sem referência de eficácia, e a responsabilidade de orientação e prescrição do TMAP é do enfermeiro(a) ou médico(a). Nesse caso, não se levou em consideração se o profissional é

capacitado para esse objetivo, assim como não há diretrizes para avaliação e diagnóstico das disfunções da MAP.

### *1.3.1.2 Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017)*

Este documento tem como objetivo:

Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017, p. 8).

Sobre a atenção relacionada à MAP, esse documento aponta alguns cuidados com o períneo durante a assistência no segundo período do parto, como a recomendação para não massagear o períneo durante esse período; a utilização de compressas mornas e técnicas de auxílio para a expulsão do bebê durante o parto vaginal.

O documento também aborda alguns cuidados com o períneo imediatamente após o parto como avaliação de trauma perineal ou genital (provocado por episiotomia ou lacerações) com descrição detalhada do procedimento para diagnóstico e reparo.

Após a conclusão do reparo (caso seja necessário), o documento infere sobre a importância de dar informação à mulher sobre a extensão do trauma, o alívio da dor, dieta, higiene e a importância dos exercícios do assoalho pélvico.

As orientações dessa diretriz são muito específicas para o trabalho de parto e as orientações pós-parto são muito vagas. Também não há diretrizes sobre protocolos para encaminhamento, tipo ou prescrição de exercícios do assoalho pélvico.

### *1.3.1.3 Rede Mãe Paranaense (2018)*

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações do Estado do Paraná que tem como objetivo garantir o acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2018).

Como o objetivo do referido documento destaca, as ações são voltadas especificamente para os cuidados com a criança. A atenção com a puérpera se dá

no sentido de redução da mortalidade materna considerando uma visita domiciliar até o 5º dia após o parto para observar o estado geral da mãe, verificar o estado geral da criança e passar algumas orientações sobre higiene e aleitamento materno. Diante disso, não há menção sobre preocupações relacionadas à MAP ou as suas disfunções.

#### *1.3.1.4 Rede de Atenção Materna e Infantil (2022)*

Para reestruturação da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Segundo a portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022, são objetivos da Rami:

- Implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis;
- Garantir a integralidade do cuidado com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- Reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

A Rami prevê a implementação de práticas seguras na atenção ao puerpério de acordo com as evidências científicas e diretrizes do Ministério da Saúde; e a disponibilização de medicamentos profiláticos e de tratamento de morbidades relacionadas à gestação (BRASIL, 2022a).

Assim como na Rede Cegonha, na Rami não há menção sobre preocupações relacionadas à MAP, apenas indica a prática baseada em evidências e o tratamento de morbidades relacionadas à gestação, sem especificações de quais seriam estas morbidades. Portanto, supõe-se que o tratamento das DMAP se enquadre nesse tópico.

#### *1.3.2 Organização Mundial da Saúde (OMS)*

A OMS, fundada em 1948, é uma agência das Nações Unidas que tem como principal objetivo promover a saúde para que todos tenham a garantia do mais alto nível de saúde (OMS, 2022a).

Para que isso seja possível, a OMS desenvolve diretrizes globais garantindo o uso apropriado de evidências. As diretrizes da OMS estão sujeitas a um rigoroso processo de revisão que ajuda a garantir que todas as diretrizes publicadas sejam confiáveis, impactantes e atendam aos mais altos padrões internacionais para a prática clínica ou política de saúde pública (OMS, 2022a).

#### 1.3.2.1 Recomendações da OMS: cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva (2018)

Este documento é um conjunto consolidado de recomendações sobre práticas essenciais de trabalho de parto que devem ser fornecidas a todas as mulheres grávidas e seus bebês, independentemente da situação socioeconômica. Tem como objetivo principal garantir que o parto não seja apenas seguro, mas também uma experiência positiva para as mulheres e suas famílias (OMS, 2018).

Ao delinear um novo modelo de atendimento intraparto que é adaptável aos contextos de cada país, essa diretriz permite economias substanciais de custos por meio da redução de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto (OMS, 2018).

Sobre a MAP, esse documento infere, com base em evidências de baixa qualidade, que pode haver pouca ou nenhuma diferença na incontinência urinária pós-parto entre puxos (momentos em que a mulher faz força para a expulsão fetal) espontâneos e direcionados durante o parto vaginal e que não houve relatos de dor perineal, dispareunia ou prolapso do assoalho pélvico no pós-parto entre as evidências levantadas pelo documento.

Sobre os cuidados com a mulher após o parto, essa diretriz prevê a avaliação do tônus uterino com o objetivo principal de redução da mortalidade, visando a prevenção e tratamento de hemorragia pós-parto. Ao analisar o documento completo, não foram encontradas recomendações para prevenção ou tratamento das DMAP.

#### 1.3.2.2 Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022)

Esta diretriz atualiza e expande as recomendações da OMS de 2014 sobre cuidados pós-natais da mãe e do recém-nascido e complementa as diretrizes



existentes da OMS sobre o gerenciamento de cuidados pós-natais. Visa a melhorar a qualidade dos cuidados pós-natais de rotina essenciais para mulheres e recém-nascidos, com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar materno e neonatal a curto e longo prazo (OMS, 2022b).

Uma experiência pós-natal positiva é definida como aquela em que mulheres, recém-nascidos, parceiros, pais, cuidadores e famílias recebem informações, segurança e apoio de maneira consistente de profissionais de saúde motivados; na qual um sistema de saúde flexível e com recursos reconhece as necessidades de mulheres e bebês e respeita seu contexto cultural (OMS, 2022b).

De acordo com o referido documento, aproximadamente um terço das mulheres apresenta incontinência urinária nos primeiros três meses após o parto, mas esse sintoma diminui gradualmente durante o primeiro ano pós-parto. Ainda de acordo com esta diretriz, tanto a incontinência urinária quanto a fecal podem ter um impacto significativo na qualidade de vida das puérperas, que pode persistir por anos.

Segundo essa diretriz, o TMAP é proposto principalmente para prevenir perdas de urina ou fezes em mulheres continentas, ou como um tratamento supervisionado para mulheres que desenvolvem sintomas de incontinência durante a gravidez ou puerpério. O TMAP também pode melhorar a função sexual e outros distúrbios do assoalho pélvico em mulheres pós-parto, incluindo incontinência fecal e prolapso (OMS, 2022b).

Em contrapartida, a OMS (2022b) infere que não é recomendado iniciar o TMAP após o parto visando à prevenção da incontinência urinária e fecal, devido à falta de evidências. Embora o TMAP iniciado após o parto não seja recomendado como medida preventiva, mulheres com perda involuntária de pequenos volumes de urina (incontinência urinária de esforço) após o parto devem ser informadas sobre os benefícios potenciais do TMAP para o tratamento da incontinência urinária (OMS, 2022b).

Para essas mulheres, na ausência de evidências mais fortes, o *Guidelines Development Group* (GDG) concordou que os exercícios não supervisionados do assoalho pélvico realizados em casa podem ser benéficos e é improvável que causem efeitos prejudiciais. O TMAP também pode afetar positivamente a função sexual no período pós-natal e promover o autocuidado.

Nesse contexto, o TMAP refere-se à realização de contrações voluntárias repetidas da MAP, de acordo com um protocolo que define a frequência (uma ou mais séries de exercícios por dia), intensidade e progressão dos exercícios, bem como a duração do período de treinamento (por exemplo, pelo menos vários dias da semana, por pelo menos oito semanas) e pode incluir exercícios de manutenção da MAP após o treinamento inicial (OMS, 2022b).

Ainda segundo o documento, todas as mulheres devem ser informadas durante a gravidez e pós-parto sobre possíveis problemas do assoalho pélvico, incluindo incontinência urinária ou fecal após o parto. Em resumo, percebe-se uma evolução sobre a preocupação com a MAP e os efeitos das DMAP comparando este documento com as diretrizes anteriores.

### 1.3.3 Reino Unido

O sistema de saúde público do Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) foi criado em 1948. Conhecido como *National Health Service* (NHS), é coordenado pelo Estado e financiado predominantemente por impostos. Garante a todos os cidadãos acesso gratuito a cuidados primários, como cobertura médica e hospitalar básica.

O NHS serviu de inspiração para a criação do SUS no Brasil e a principal semelhança entre eles é que ambos são universais, gratuitos e financiados por meio da arrecadação de impostos.

O *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) é um órgão público executivo do Departamento de Saúde e Assistência Social da Inglaterra que publica diretrizes para o uso de tecnologias de saúde e prática clínica dentro do NHS.

Sobre as recomendações relacionadas à MAP, destacam-se as seguintes diretrizes da NICE:

#### 1.3.3.1 Cuidados pós-parto - NICE *Guideline* (NG194) - publicada em 20 de abril de 2021

Entre os itens abordados por esta diretriz, nos cuidados pós-parto orienta-se que em cada contato pós-natal a mulher seja questionada sobre sua saúde geral e se ela tem alguma preocupação, também precisa ser avaliado o seu bem-estar

geral. O profissional responsável pelo atendimento, normalmente a parteira, deve discutir tópicos que possam estar afetando a vida diária da puérpera e fornecer informações, segurança e cuidados adicionais de acordo com a necessidade. Os tópicos a serem discutidos podem incluir:

- O período pós-natal e o que esperar;
- Sintomas ou sinais de possíveis problemas de saúde mental e físicos pós-natal e como procurar ajuda;
- A importância dos exercícios do assoalho pélvico, como fazê-los e quando procurar ajuda;
- Fadiga;
- Fatores como nutrição e dieta, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e uso de drogas recreativas;
- Contracepção;
- Relação sexual;
- Questões de proteção, incluindo abuso doméstico.

Para cada tópico, há indicação de diretrizes específicas e, em caso de detecção de problemas, a puérpera deve receber encaminhamento para serviços especializados em cuidados secundários ou outros serviços de saúde, como fisioterapia.

#### 1.3.3.2 Disfunção do assoalho pélvico: prevenção e tratamento não cirúrgico – NICE *Guideline* (NG210) – publicada em 09 de dezembro de 2021

Esta diretriz orienta como aumentar a conscientização sobre as DMAP para todas as mulheres; destaca quais são os fatores de risco; orienta como prevenir; como comunicar e fornecer informações às mulheres com DMAP; como deve ser realizada avaliação na atenção primária e o manejo não cirúrgico.

Sobre o tratamento não cirúrgico das DMAP, de acordo com esta diretriz, a equipe multidisciplinar de base comunitária deve ter membros com competências relacionadas com a avaliação e gestão das disfunções do pavimento pélvico, tais como:

- Realizar avaliações iniciais;
- Avaliar problemas de mobilidade e cuidados pessoais relacionados às DMAP;
- Conscientizar sobre as implicações psicossociais das DMAP;

- Identificar os fatores de risco;
- Interpretar urinálise;
- Realizar e interpretar varreduras da bexiga para medir o volume residual pós-miccional;
- Realizar avaliações digitais do assoalho pélvico para contração e relaxamento da MAP;
- Treinar mulheres, suas famílias e cuidadores em intervenções comportamentais para DMAP (como retreinamento da bexiga);
- Prescrever e revisar medicamentos e conhecer as interações e efeitos colaterais relacionados às DMAP;
- Supervisionar um programa de TMAP;
- Gerenciar o uso de pessários e dispositivos intravaginais;
- Treinar e apoiar outros provedores de cuidados para avaliar e gerenciar as DMAP (por exemplo, cuidadores ou funcionários de casas de repouso);
- Identificar quais mulheres precisam de encaminhamento para cuidados especializados ou outros serviços (serviços pediátricos de ginecologia, dependendo da idade).

Após o diagnóstico das DMAP, a equipe multidisciplinar de base comunitária deve discutir e elaborar um plano de manejo para essas mulheres, que incluam orientações como: mudanças no estilo de vida; perda de peso; dieta balanceada e ingestão adequada de líquidos; prática de exercícios físicos.

Sobre a indicação do TMAP (NG 210):

- Por pelo menos 4 meses: para prolapso de órgão pélvico que não se estenda mais do que 1 cm além do hímen durante o esforço; e para incontinência fecal com coexistência de prolapso de órgão pélvico;
- Por pelo menos 3 meses para incontinência urinária de esforço ou incontinência urinária mista;
- Durante toda a vida, para prevenir os sintomas de DMAP: para mulheres de todas as idades;
- A partir da 20ª semana de gestação: para gestantes com parentes de primeiro grau com DMAP;
- Durante o cuidado pós-natal: para mulheres que experimentaram algum fator de risco durante o parto, como parto vaginal assistido (fórceps ou vácuo), parto vaginal com o bebê deitado de bruços (occipito-posterior) e/ou lesão do esfíncter anal;

- Antes da alta hospitalar e durante os cuidados pós-natais de rotina.

Sobre a supervisão do TMAP (NG 210):

- Os programas de TMAP devem ser supervisionados por um fisioterapeuta ou outro profissional de saúde com experiência em TMAP;
- O TMAP pode ser realizado em grupo ou individual;
- Deve-se oferecer pelo menos uma avaliação para verificar o progresso durante o programa e uma avaliação no final do programa;
- Deve-se adaptar o programa de TMAP à capacidade da mulher de realizar uma contração e relaxamento da MAP, suas necessidades individuais e objetivos de treinamento;
- Para mulheres que são incapazes de realizar uma contração eficaz da MAP, deve-se complementar o TMAP com técnicas de biofeedback, estimulação elétrica ou cones vaginais;
- Se o programa for benéfico, deve-se aconselhar as mulheres a continuarem o TMAP após o término do programa supervisionado.

Segundo essa diretriz, as evidências inferem que o TMAP demonstrou ser eficaz na prevenção dos sintomas das DMAP quando iniciado durante ou após a gravidez.

Devido à falta de evidências e aos custos de fornecer TMAP supervisionado, o Comitê Consultivo de Procedimentos Intervencionistas (CCPI), comitê responsável por aconselhar o NICE na formulação de orientações sobre a segurança e eficácia dos procedimentos intervencionistas, não recomendou o treinamento rotineiro para todas as mulheres.

Não obstante, o CCPI infere sobre a importância para que o TMAP seja supervisionado por um profissional de saúde treinado, pois isso garante que a contração e o relaxamento da MAP sejam feitos corretamente. Também é importante adaptar o treinamento para cada mulher, para garantir que seja administrável e atenda as suas metas de treinamento.

De acordo com a NG 210, houve evidência limitada sobre a eficácia a longo prazo, no entanto, todos os estudos utilizados para a elaboração dessa diretriz mostraram que a adesão ao TMAP diminuiu ao longo do tempo. Na experiência do CCPI, continuar com o treinamento é fundamental para a prevenção contínua dos sintomas, bem como concordaram que a baixa adesão a longo prazo provavelmente explica a evidência limitada de eficácia a longo prazo.

A Revisão Independente de Segurança de Medicamentos e Dispositivos Médicos do Reino Unido recomendou que o NHS adote o modelo francês para a reabilitação pós-natal universal do assoalho pélvico, para ajudar a prevenir as DMAP.

Esse modelo inclui 10 sessões de reabilitação perineal rotineiramente prescritas (TMAP com técnicas internas manuais, biofeedback e estimulação elétrica) iniciando pelo menos 8 semanas após o parto, independentemente dos sintomas. O CCPI não achou que as evidências (em particular as evidências de custo-efetividade) eram fortes o suficiente para apoiar essa ação para todas as mulheres durante ou após a gravidez. Em vez disso, eles identificaram os fatores que colocam as mulheres em maior risco (Quadro 1.1), para garantir a relação custo-efetividade.

Quadro 1.1 Fatores de risco para disfunção do assoalho pélvico

<p><b>Fatores de risco modificáveis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Fumar</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Prisão de ventre</li> <li>• Diabetes</li> </ul> <p><b>Fatores de risco não modificáveis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade (o risco aumenta com o aumento da idade)</li> <li>• História familiar de incontinência urinária, bexiga hiperativa ou incontinência fecal</li> <li>• Câncer ginecológico e quaisquer tratamentos para isso</li> <li>• Cirurgia ginecológica (como uma histerectomia)</li> <li>• Fibromialgia</li> <li>• Doença respiratória crônica e tosse (a tosse crônica pode aumentar o risco de incontinência fecal e incontinência de gases)</li> </ul> <p><b>Relacionado à gravidez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter mais de 30 anos ao ter um bebê</li> <li>• Ter dado à luz antes da gravidez atual</li> </ul> <p><b>Relacionado ao trabalho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto vaginal assistido (fórceps ou vácuo)</li> <li>• Um parto vaginal quando o bebê está deitado de bruços (occipito-posterior)</li> <li>• Um segundo estágio ativo do trabalho de parto que leva mais de 1 hora</li> <li>• Lesão do esfíncter anal durante o parto</li> </ul>
--

Fonte: NICE, 2021 - Adaptado pela autora.

De acordo com a NG 210, atualmente o TMAP raramente é usado para prevenção, e geralmente só é considerado e ensinado às mulheres quando elas desenvolvem sintomas de DMAP. Provavelmente, haveria um impacto significativo nos recursos se o treinamento fosse oferecido a todas as mulheres com os fatores

de risco especificados na recomendação. Parte desse custo provavelmente será compensado pela economia de prevenir ou retardar as DMAP (NICE, 2021).

Como os sintomas das DMAP costumam ser angustiantes e embaraçosos, a comunicação e a sensibilidade são muito importantes para todos os profissionais de saúde para garantir um bom atendimento. Os serviços já usam serviços de tradução conforme necessário para superar as barreiras de comunicação. No entanto, pode haver um impacto em áreas onde a consulta por vídeo ou os recursos de informação digital não estão disponíveis atualmente.

Até o momento, as orientações do NICE formam uma das diretrizes mais completas sobre a atenção relacionada à MAP de mulheres em todas as fases da vida, não apenas no período pós-parto. O NICE deixa claro que não é possível ofertar o TMAP supervisionado para todas as mulheres, mas é possível ampliar o acesso à informação e esclarecer para todas as mulheres sobre os sintomas das DMAP e as possíveis formas de prevenção e tratamento.

O NICE considera apenas o TMAP como forma de tratamento, mas sugere-se, como lacuna de evidência, a investigação de outros métodos, como a técnica abdominal hipopressiva (TAH). Infelizmente, ainda não existem evidências de qualidade para embasar diretrizes de saúde pública que utilizem a TAH.

#### 1.3.4 Irlanda

Na Irlanda, a saúde pública é exclusiva para os cidadãos que estejam desempregados e que comprovem a impossibilidade de arcar com despesas médicas, para os aposentados e crianças até os 6 anos de idade (RCPI, 2022). Para os demais residentes do país, os serviços de saúde são pagos, mas há uma tabela com teto de valores que podem ser cobrados em caso de cirurgia e internamento.

O *Institute of Obstetrician & Gynaecologists* (IOG), fundado em 1968, é o órgão profissional e de treinamento para as áreas de Obstetrícia e Ginecologia na Irlanda, compõe um dos seis órgãos do *Royal College of Physicians of Ireland* (RCPI), faculdade dedicada à educação e formação de médicos desde 1654 (RCPI, 2022).

O IOG, além da formação de ginecologistas e obstetras, é responsável pela formulação das diretrizes referentes a essa área médica. Relacionada à MAP

destaca-se a diretriz número 8, publicada em abril de 2012 e revisada em abril de 2014:

#### 1.3.4.1 Diretrizes de prática clínica para o gerenciamento de lesão obstétrica do esfíncter anal (2014)

Posteriormente a uma lista de diretrizes sobre diagnóstico e reparo de trauma perineal após o parto, o IOG recomenda que todas as mulheres devem ser avaliadas por um fisioterapeuta antes da alta hospitalar e devem receber fisioterapia e exercícios do assoalho pélvico por 6 a 12 semanas após lesão e reparo obstétrico do esfíncter anal. Algumas mulheres podem precisar de fisioterapia por um período mais longo, mas é o fisioterapeuta especialista quem deve indicar quando a fisioterapia deve ser descontinuada (IOG, 2014).

Segundo essa diretriz, folhetos de informativos sobre DMAP devem estar prontamente disponíveis nas unidades de maternidade, escritos de uma maneira fácil de ler, com diagramas claros, se necessário.

Para acelerar a cicatrização do trauma perineal, além das recomendações sobre higiene e alimentação, recomenda-se que a puérpera evite levantar pesos, empurrar ou puxar objetos pesados enquanto o períneo não estiver totalmente recuperado. Apoiar manualmente o períneo durante atividades que aumentam a pressão no abdômen e no assoalho pélvico, como espirrar, tossir ou vomitar pode ajudar a preservá-lo durante o processo de cicatrização. Essa diretriz também orienta evitar forçar e orienta apoiar o períneo com uma almofada ou um chumaço de papel higiênico enquanto esvazia os intestinos.

Os exercícios do assoalho pélvico podem ser iniciados assim que o cateter for removido. Esses exercícios ajudam a aumentar a circulação sanguínea na área e auxiliam no processo de cicatrização. Os músculos do assoalho pélvico e do esfíncter anal ajudam a sustentar os órgãos pélvicos e ajudam a controlar a bexiga, a vagina e o ânus.

Após o parto e lesões no períneo, é normal que a região perineal fique dormente e dolorida inicialmente, mas seguindo a orientação do fisioterapeuta, é possível sentir uma leve contração do assoalho pélvico nos primeiros dias. Os pontos geralmente se dissolvem em algumas semanas e a cicatrização total pode levar de 6 a 8 semanas.



O IOG (2014) orienta as puérperas, com uma linguagem fácil de compreender, como fazer os exercícios do assoalho pélvico: deite-se de costas confortavelmente com os joelhos flexionados. Aperte sua “passagem traseira” como se estivesse segurando gases e aperte a “passagem frontal” como se estivesse tentando parar o fluxo de urina (a passagem traseira e passagem frontal se referem à MAP). Você deve sentir um aperto e uma elevação; segure por alguns segundos e repita algumas vezes. Se a frente estiver dolorida, deixe-a por alguns dias e trabalhe apenas na passagem de trás. Depois de um ou dois dias, tente contrair a passagem de trás e a frente simultaneamente. É importante respirar normalmente e não apertar as nádegas. Depois de dominar esse exercício, você pode fazê-lo em qualquer posição, deitada, sentada ou em pé. É importante contrair os músculos do assoalho pélvico antes de fazer qualquer movimento que os coloque sob pressão, como tossir ou espirrar. Lembre-se de “apertar quando espirrar”. Você precisa fazer esses exercícios algumas vezes ao dia durante os próximos 3-4 meses para fortalecer os músculos do assoalho pélvico e do esfíncter anal.

Sobre as consultas de acompanhamento, a Enfermeira de Saúde Pública visita a puérpera em casa para os cuidados pós-natais de rotina. Nessa visita poderá ser oferecida uma consulta com um fisioterapeuta especialista durante 2-3 semanas após o parto e novamente com 6-8 semanas. É importante certificar-se de que a MAP está funcionando corretamente para evitar problemas urinários e/ou intestinais.

Nos casos de reparo de trauma perineal, uma consulta de acompanhamento com um médico no hospital poderá ser marcada de 6 a 12 semanas após o parto para verificar se os pontos cicatrizaram adequadamente. Nessa consulta, a puérpera será questionada sobre suas funções urinárias e intestinais e, se necessário, caso ainda não tenha recebido encaminhamento, será encaminhada para um fisioterapeuta (IOG, 2014).

Percebe-se uma preocupação com a MAP de puérperas na Irlanda. Sobre o reparo do períneo, as orientações são similares ao SUS, mas há um direcionamento para a importância do acesso à informação e um direcionamento para método de recuperação da MAP, com avaliação e acompanhamento de especialista.

No caso da Irlanda, o serviço público é muito restrito, então é possível fazer o atendimento adequado para todas as puérperas usuárias do sistema público; enquanto, no Brasil, seria mais adequado adotar as recomendações de seleção por fatores de risco de acordo com o modelo do Reino Unido.

### 1.3.5 Espanha

A saúde pública na Espanha é financiada por meio da arrecadação de impostos do governo e é administrada pelas Comunidades Autônomas, criadas em 1978 (SACARDO et al., 2010). De acordo com a Constituição de 1978, o *Instituto Nacional de Salud* (Insalud) constitui o organismo federal responsável pela gestão direta dos serviços de saúde no território espanhol, organizado em três níveis de assistência: primária, especializada extra-hospitalar e hospitalar (SACARDO, et al., 2010).

Sobre os cuidados com a MAP, na Espanha destaca-se a diretriz de prática clínica para cuidados com a gravidez e o pós-parto, publicada em 2014, a qual tem como objetivo apresentar os benefícios de tratamentos específicos para as possíveis morbidades relacionadas a esse momento da vida da mulher, como dor perineal, cefaléia, lombalgia e constipação intestinal (prisão de ventre).

De acordo com a diretriz de prática clínica para cuidados com a gravidez e o pós-parto (ESPANHA, 2014), sugere-se: começar a praticar exercícios do assoalho pélvico durante a preparação para o parto para reduzir o risco de incontinência urinária após o parto; oferecer um programa de TMAP para mulheres que apresentam incontinência urinária ou fecal após o parto; e uma visita de controle pós-parto com profissionais adequados na atenção básica 40 dias após o parto para avaliação do assoalho pélvico.

Como boa prática clínica, o documento recomenda que o programa de preparação para o parto deve incluir a prática de TMAP para reduzir o risco de incontinência urinária no futuro. As mulheres são orientadas para realizar os três exercícios a seguir:

a) Contração seletiva da MAP

A mulher deve ficar sentada com as costas retas, em uma cadeira ou colchonete, com os joelhos estendidos ou flexionados (unindo as solas dos pés com os calcanhares próximos da pelve). Nessa posição, a mulher é instruída a:

1. Contrair e levantar apenas os músculos do assoalho pélvico, evitando a contração dos abdominais, adutores e glúteos. A contração é mantida por 4 a 5 segundos.
2. Relaxar cerca de 8 ou 10 segundos.
3. Fazer 10 contrações seguidas. Respiração livre, sem apneias. Durante o dia, deve fazer 2 ou 3 repetições das 10 contrações em diferentes posições.

Para garantir a execução correta do exercício, deve ser feita uma avaliação da MAP antes de iniciar o treinamento. Se isso não for possível, em princípio, basta fazer uma avaliação do núcleo fibroso central. Essa avaliação consiste em colocar o dedo médio sobre o núcleo e se, ao realizar a contração, for percebida uma forte pressão para fora, está sendo realizada uma "contração reversa", que afeta negativamente o assoalho pélvico. Os exercícios do assoalho pélvico indicados não devem ser realizados até que seja verificada a correta compressão e execução do movimento por meio de um toque.

b) Contração perineal e abdominal

Deve-se inspirar abdominalmente e depois expirar longamente, mantendo a contração do abdômen e períneo por 3 segundos.

c) Reconhecimento da estrutura anatômica da pelve e sua mobilidade

Com o auxílio de um modelo que reproduz a pelve e explorando a própria pelve da gestante, pretende-se que a gestante reconheça o espaço que seu filho ou filha deve percorrer ao nascer. O modelo da pelve será mostrado, os ossos que a formam serão apontados e sua mobilidade será explicada.

Durante a preparação para o parto, deve-se iniciar os exercícios do assoalho pélvico para reduzir o risco de incontinência urinária no futuro, orientando a mulher sobre como realizar exercícios de contração seletiva da MAP, contração perineal e abdominal, e reconhecimento da estrutura anatômica da pelve e sua mobilidade (ESPANHA, 2014).

Segundo o comitê responsável por essa diretriz, o TMAP parece ser um tratamento eficaz para a incontinência urinária e fecal em mulheres no pós-parto, embora não haja evidências suficientes sobre os efeitos e segurança em longo prazo. Não foram identificados estudos que analisassem custos e uso de recursos ou valores e preferências de gestantes.

Além de começar a praticar exercícios do assoalho pélvico durante a preparação para o parto, sugere-se a realização de um programa de TMAP em mulheres que apresentam incontinência urinária ou fecal após o parto.

Para que o atendimento seja eficaz, a diretriz orienta que, na 25<sup>a</sup>-26<sup>a</sup> semana de gestação, seja oferecida à gestante a oportunidade de participar de um programa de treinamento de preparação para o parto e começar a praticar exercícios do assoalho pélvico. Para a alta hospitalar, 24 horas após o parto, deve-se promover a

prática de exercícios do pavimento pélvico, assim como é sugerido repetir a prática dos mesmos exercícios 24-48 horas após a alta hospitalar (ESPANHA, 2014).

Essa diretriz espanhola apresenta uma atenção considerável com a MAP na preparação para o parto e no pós-parto e indica o TMAP não apenas como tratamento, mas também como medida preventiva. Orienta-se que a avaliação e prescrição sejam feitos por um profissional capacitado, porém não há recomendação para continuidade do treinamento, a intervenção é aplicada apenas no momento isolado da preparação para o parto ao pós-parto imediato.

#### 1.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta revisão, foi possível perceber que as recomendações brasileiras são muito vagas e os exercícios para a MAP são apenas indicados para o tratamento de incontinências urinárias. O TMAP é mencionado em 2016 no Protocolo da Atenção Básica, porém não há diretrizes sobre protocolos para encaminhamento ou prescrição do exercício. Nas diretrizes posteriores, também não há recomendação sobre protocolos para encaminhamento, tipo ou prescrição de exercícios do assoalho pélvico.

Sobre as recomendações da OMS, as quais deveriam servir de exemplo, principalmente para os países que não possuem comitês próprios para elaboração de diretrizes de qualidade, apenas em 2022 ampliou a atenção sobre a MAP de mulheres no pós-parto, recomendando melhora na comunicação e instrução sobre o TMAP.

Entre as recomendações internacionais, a Espanha e a Irlanda não tiveram atualização das suas diretrizes desde 2014, apesar de contemplarem a orientação do TMAP. Em contrapartida, o Reino Unido possui um comitê efetivo e consegue manter suas diretrizes em constante atualização.

No Brasil, é necessário melhorar o acesso à reabilitação perineal após o parto, o acesso à triagem de distúrbios do assoalho pélvico, bem como melhorar o acesso à informação sobre os sintomas das DMAP e sobre como procurar ajuda.

Conclui-se que, se o sistema de saúde inglês serviu de exemplo para a criação do SUS, seria plausível utilizarmos como modelo o sistema de elaboração de diretrizes públicas do Reino Unido, pois apresenta as diretrizes mais completas com relação aos cuidados com a MAP, considerando a relação custo-efetividade.

## REFERÊNCIAS

BARATIERI, T. *et al.* Avaliação de guidelines para atenção pós-parto na Atenção Primária: revisão sistemática. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. 616-623, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022**. Brasília, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. 2022b. Acesso em: 17 dez. 2022.

BROUWERS, M. C. *et al.* Clinical practice guidelines: tools to support high quality patient care. In: **Seminars in nuclear medicine**. WB Saunders, 2019. p. 145-152.

ESPAÑA. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. **Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio**. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2014.

GARCIA, A. M. M. R. *et al.* **Disfunções do assoalho pélvico: abordagem multiprofissional e multiespecialidades**. São Paulo: Atheneu, 2018.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (HIAE). **Notícias de saúde**. Disponível em: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/quais-sao-os-musculos-do-assoalho-pelvico>. Acesso em: 10 dez. 2019.

INSTITUTE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (IOG). Clinical Practice Guideline – **Management of Obstetric Anal Sphincter Injury** - Guideline No. 8 – Publicada em abril de 2012 e revisada em abril de 2014. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinicalguidelines/management-of-obstetric-analsphincternatal-care-of-the-woman>. Acesso em: 15 dez. 2022.

NICE. Cuidados pós-parto - **Diretriz NICE (NG194)** - Publicado: 20 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations#post-injury.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

NICE. Disfunção do assoalho pélvico: prevenção e tratamento não cirúrgico - **Diretriz NICE (NG210)** - Publicado: 09 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/chapter/Recommendations#risk-factors-for-pelvic-floor-dysfunction>. Acesso em: 15 dez. 2022.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.

OMS. **About WHO**. Disponível em: <https://www.who.int/about>. 2022a Acesso em: 17 dez. 2022.

OMS. **Recomendação da OMS**: cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022b. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. Governo do Estado do Paraná, Secretaria de Saúde. 7ª Ed. Paraná: Secretaria de Saúde, 2018.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF IRELAND (RCPI). Institute of Obstetricians and Gynaecologists. Disponível em: <https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/#:~:text=Established%20in%201968%2C%20we%20are,leading%20experts%20in%20their%20field>. Acesso em: 17 dez. 2022.

SACARDO, D. P. *et al.* Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 170-179, 2010.

## 2 ESTUDO 2 – QUALIDADE DE VIDA E DISTÚRBIOS DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO NO PUERPÉRIO

### RESUMO

**Introdução:** Durante o período gestacional, diversas alterações físicas, hormonais e fisiológicas podem resultar em disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP) das mulheres, ocasionando dor, desconforto, sentimentos de constrangimento, vergonha e isolamento social.

**Métodos:** Este estudo quantitativo, transversal e descritivo avaliou a qualidade de vida (QV) de 182 mulheres no pós-parto e verificou os distúrbios relacionados com as DMAP que apresentaram maior relação com cada um dos domínios da QV. Foram utilizados os questionários WHOQOL-bref e *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ).

**Resultados:** A amostra investigada apresentou uma percepção satisfatória da QV e foi encontrada uma correlação negativa entre a percepção da QV e o escore geral das DMAP. Os domínios físico e autoavaliação da QV apresentaram correlação significativa com as DMAP.

**Conclusão:** sugere-se a ampliação das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, possibilitando um melhor preparo da MAP durante a gestação e/ou a recuperação da MAP no pós-parto, além de facilitar o acesso à informação sobre a MAP e suas disfunções.

### 2.1 INTRODUÇÃO

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (DNAPN) (BRASIL, 2017), o período de puerpério, ou pós-parto, é considerado o período entre o nascimento do bebê até 45 após a data do parto e caracteriza-se pela retomada dos níveis hormonais e restituição dos órgãos às características anteriores à gestação. Seja o nascimento ocorrido pela via vaginal (parto normal) ou cirúrgico (cesárea), a mulher passa por diversas alterações físicas, hormonais e fisiológicas durante todo o período gravídico-puerperal.

De acordo com Oliveira (2021), as mulheres estão propensas a algumas alterações adversas comumente relatadas no pós-parto, como a incontinência

urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, dispareunia (desconforto no ato sexual) e dor perineal. Todas essas alterações adversas podem estar relacionadas com as disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP).

O assoalho pélvico é uma das regiões do corpo da mulher que mais sofre alterações físicas, composto por três camadas de músculos (superior, média e inferior), as quais são responsáveis por sustentar os órgãos das regiões do abdômen e pelve, como bexiga, útero e intestino. A musculatura do assoalho pélvico (MAP) é responsável pelo controle de importantes funções fisiológicas (como micção e evacuação) e possui importante participação durante a gestação e o parto devido a sua grande característica viscoelástica com grande capacidade de distensão (GARCIA, 2018).

Durante o parto, aproximadamente 10% das mulheres apresentam lesões (distensão ou laceração) da MAP, principalmente na região do períneo<sup>3</sup>, o que pode causar comprometimento das funções relacionadas a esta musculatura (HIAE, 2019). Este comprometimento predispõe as mulheres às alterações adversas, que podem perdurar por longos períodos se não houver tratamento adequado, podendo impactar negativamente na percepção da qualidade de vida (QV).

Segundo Siqueira *et al.* (2019), a via de parto (vaginal ou cesárea) pode influenciar em maior ou menor incidência de lesões e desconfortos relacionados às DMAP, sobretudo no que diz respeito aos sintomas urinários. Por outro lado, o período gestacional é o principal responsável pelas DMAP no pós-parto, considerando as alterações anatômicas e funcionais que ocorrem durante o período da gestação.

Com a criação do Grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) no ano de 1993, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida (QV), passou a ser considerada um constructo subjetivo e multidimensional, conceituado como “a percepção do indivíduo de sua condição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (FLECK *et al.*, 2008, p. 25). Além da definição utilizada atualmente sobre a QV, o grupo WHOQOL tem elaborado instrumentos destinados à avaliação da percepção da QV de forma

---

<sup>3</sup> O períneo é o principal músculo componente do assoalho pélvico que sofre laceração durante o parto vaginal.



genérica e para populações específicas, como idosos, crianças, pessoas com deficiência, entre outros.

Considerando que o constructo QV é formado pelo conjunto dos domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e percepção global da QV, as DMAP podem resultar em uma percepção insatisfatória da QV, sobretudo nos domínios físico e relações sociais, considerando que esta mulher pode sentir dor, desconforto, ter a sua atividade sexual comprometida (componentes dos respectivos domínios físico e relações sociais). Sentimentos de depressão, ansiedade, diminuição do humor, medo e vergonha também podem influenciar negativamente na percepção da QV, pois é comum que mulheres com DMAP se isolem do convívio social para evitar situações constrangedoras (DUMOULIN et al., 2018).

Face ao exposto, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar a QV das mulheres no puerpério e seus fatores associados. Partindo da hipótese de que as DMAP têm relação negativa com a percepção de QV, pretende-se apontar quais são os distúrbios relacionados com as DMAP que tem maior relação com cada um dos domínios da QV.

## 2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. Baseado nas preocupações éticas e metodológicas, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa sob parecer 47184521.2.0000.0105. Todas as participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concedendo a autorização para a participação na pesquisa.

### 2.2.1 População

A população-alvo foi composta por mulheres que realizaram o parto no Hospital Universitário Materno Infantil (HUMAI) da cidade de Ponta Grossa - referência regional. Foram convidadas para participar da pesquisa 601 mulheres no período de três meses (junho, julho e agosto de 2021).

Como critérios de inclusão, foram adotados: ter 18 anos ou mais; ter feito o parto (cesárea ou vaginal) no HUMAI; e apresentar incômodo relacionado às DMAP

(ao menos 1 resposta positiva no *Pelvic Floor Bother Questionnaire* - PFBQ). Em contrapartida, as mulheres que apresentavam condições físicas agudas ou crônicas que resultassem em perda das funções motoras, fisiológicas e/ou das capacidades cognitivas (lesões medulares e doenças neurodegenerativas) foram excluídas do estudo.

### 2.2.2 Instrumentos

Um questionário semiestruturado, baseado nas orientações da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) de 2020, foi utilizado para o levantamento dos dados sociodemográficos. Também foram acrescentadas questões referentes à idade, à escolaridade e ao número de partos.

O questionário WHOQOL-bref, da OMS, traduzido e validado no Brasil por Fleck (2000), foi utilizado para a avaliação da QV. O desconforto relacionado às DMAP foi mensurado através do *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ), traduzido e validado no Brasil por Peterson, Pinto e Davila (2019).

### 2.2.3 Coleta de Dados

Para a coleta de dados, as puérperas foram abordadas nos quartos do HUMAI, onde estavam aguardando a alta hospitalar após o parto. No momento da abordagem, as puérperas apenas foram convidadas para participar da pesquisa. Quando aceitavam, a pesquisadora anotava os telefones para contato e coletava a assinatura do TCLE. Como o objetivo do estudo não era avaliar as mulheres no puerpério imediato, cada voluntária da pesquisa recebeu um link da plataforma do *Google Docs*®, via *WhatsApp*®, para responder aos questionários sociodemográfico, WHOQOL-bref e PFBQ após 45 dias da data do parto.

### 2.2.4 Análise Estatística

A variável “idade” da presente pesquisa foi relatada em anos completos, assim como a “quantidade de partos”. Para a variável “nível socioeconômico”, foi utilizada a pontuação da ABEP (2020), considerando uma pontuação que varia de 0

a 100, a partir da qual é determinada a classe social, que difere de “A” a “E”, incluindo subdivisões.

A variável “escolaridade” das avaliadas foi representada em uma escala igualmente utilizada pela ABEP (2020), considerando 0 (analfabeto/ fundamental I incompleto), 1 (fundamental I completo/ fundamental II incompleto), 2 (fundamental II completo/ médio incompleto), 4 (médio completo/ superior incompleto) e 7 (superior completo).

Os escores do WHOQOL-bref foram mensurados através da ferramenta proposta por Pedroso *et al.* (2010), cujos nível geral e domínios da QV estão representados em uma escala de 4 a 20. Assim como na QV, o escore geral das DMAP e cada um dos seus distúrbios são representados através de uma escala. A escala dos distúrbios varia de 0 a 5 e o escore geral das DMAP varia de 0 a 45.

O tratamento estatístico foi realizado por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 *for Windows*. Inicialmente foi aplicado o teste de normalidade Shapiro Wilk, com o qual foi possível verificar uma distribuição não paramétrica dos dados, de modo que a força e o sentido da relação entre os distúrbios da musculatura do assoalho pélvico e os domínios da QV das mulheres foram mensurados por meio do Teste de Correlação de Spearman.

## 2.3 RESULTADOS

De 601 mulheres convidadas, 508 (84,5%) aceitaram participar da pesquisa. Dos 508 links enviados, foram obtidas 182 respostas (35,8% dos links enviados). A Tabela 2.1 apresenta a descrição da amostra investigada.

Tabela 2.1 – Informações descritivas das participantes - domínios da QV, variáveis socioeconômicas e DMAP

(continua)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>TOTAL (N=182) MÉDIA (DP)</b>
Nível Geral QV (0 a 20)	14,30 (1,79)
D1. Físico (0 a 20)	14,94 (2,18)
D2. Psicológico (0 a 20)	14,26 (2,39)
D3. Relações sociais (0 a 20)	14,12 (3,07)
D4. Meio ambiente (0 a 20)	13,54 (2,04)
D5. Autoavaliação da QV (0 a 20)	15,45 (2,18)

Tabela 2.1 – Informações descritivas das participantes - domínios da QV, variáveis socioeconômicas e DMAP

(conclusão)

VARIÁVEIS	TOTAL (N=182) MÉDIA
Idade (anos)	26,04 (5,33)
Nível socioeconômico (0 a 100)	24,12 (7,21)
Grau Escolaridade (0 a 7)	3,07 (1,93)
Quantidade de partos	1,82 (1,01)
Escore Geral DMAP (0 a 45)	6,45 (7,26)
IUE (0 a 5)	0,86 (1,67)
FMAN (0 a 5)	0,62 (1,42)
UM (0 a 5)	0,44 (1,26)
IUU (0 a 5)	0,51 (1,36)
DAS (0 a 5)	0,26 (0,93)
POP (0 a 5)	0,42 (1,21)
EO (0 a 5)	0,67 (1,61)
IF (0 a 5)	0,67 (1,52)
DSP (0 a 5)	1,96 (1,31)

Fonte: Autoria própria

Notas: D: Domínio; QV: Qualidade de Vida; IUE: Incontinência Urinária de Esforço; FMAN: Frequência Miccional Aumentada e Noctúria; UM: Urgência Miccional; IUU: Incontinência Urinária de Urgência; DSA: Disúria; POP: Prolapso de Órgãos Pélvicos; EO: Evacuação Obstruída; IF: Incontinência Fecal; DSP: Dispareunia.

De acordo com a escala de níveis de satisfação da QV proposta por Timossi *et al.* (2009), como a média é maior que 10, é possível classificar a percepção da QV da amostra investigada como satisfatória. Apenas o domínio meio ambiente apresentou um valor um pouco abaixo da média dos demais domínios.

Sobre o nível socioeconômico, percebeu-se que a pontuação média da amostra foi baixa, o que representa a classe C para os cortes do critério da ABEP (2020). Com relação ao grau de escolaridade, a média da amostra investigada encontra-se entre o ensino médio completo e o ensino superior incompleto.

Para o escore geral das DMAP e seus distúrbios, foram percebidas pontuações baixas, o que representa menor percepção de desconforto com relação a essas variáveis. Apenas o distúrbio “dispareunia” apresentou escores mais altos, que está relacionado a dor ou desconforto durante o ato sexual.

Na Tabela 2.2, é possível perceber a relação entre a QV com as DMAP e outras variáveis investigadas.

Tabela 2.2 – Correlação entre os domínios da QV, com as variáveis socioeconômicas e DMAP

VARIÁVEIS		QV	DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4	DOM 5
DMAP	r	-,257**	-,380**	-,192**	-,194**	-,063	-,261**
	(p)	,000	,000	,009	,009	,395	,000
IUE	r	-,232**	-,274**	-,168*	-,205**	-,118	-,251**
	(p)	,002	,000	,023	,006	,114	,001
FMAN	r	-,152*	-,220**	-,121	-,116	-,032	-,127
	(p)	,040	,003	,103	,119	,664	,089
UM	r	-,087	-,113	-,074	-,114	-,016	-,158*
	(p)	,244	,128	,323	,125	,825	,033
IUU	r	-,001	-,095	-,026	-,039	-,125	-,099
	(p)	,986	,201	,725	,598	,092	,185
DSA	r	-,158*	-,165*	-,077	-,173*	-,059	-,151*
	(p)	,034	,026	,303	,020	,431	,041
POP	r	-,181*	-,181*	-,110	-,156*	-,096	-,245**
	(p)	,014	,014	,140	,036	,196	,001
EO	r	-,142	-,197**	-,109	-,151*	,000	-,187*
	(p)	,055	,008	,142	,142	,999	,012
IF	r	-,124	-,151*	-,105	-,110	-,035	-,172*
	(p)	,096	,042	,158	,141	,635	,020
DSP	r	-,142	-,141	-,118	-,176*	-,063	-,078
	(p)	,056	,058	,114	,017	,396	,296
Nível socioeconômico	r	,216**	,101	,154*	,081	,329**	,088
	(p)	,003	,173	,037	,274	,000	,240
Idade	r	,120	,073	,210**	,083	,038	,066
	(p)	,105	,327	,004	,266	,611	,375
Escolaridade	r	,175*	,086	,090	,154*	,269**	,082
	(p)	,018	,249	,277	,038	,000	,269
Quantidade de partos	r	-,156*	-,056	-,113	-,071	-,211**	-,078
	(p)	,035	,453	,130	,341	,004	,296

Fonte: Autoria própria

Notas: DOM: Domínio; QV: Qualidade de Vida; IUE: Incontinência Urinária de Esforço; FMAN: Frequência Miccional Aumentada e Noctúria; UM: Urgência Miccional; IUU: Incontinência Urinária de Urgência; DSA: Disúria; POP: Prolapso de Órgãos Pélvicos; EO: Evacuação Obstruída; IF: Incontinência Fecal; DSP: Dispareunia. \* Correlação significativa ao nível de confiança de 95%; \*\* Correlação significativa ao nível de confiança de 99%.

Na tabela 2.2, percebe-se uma correlação negativa entre a percepção da QV e o escore geral das DMAP ( $r=-,275$ ), sobretudo nos domínios físico ( $r=-,380$ ), psicológico ( $r=-,192$ ), relações sociais ( $r=-,194$ ) e autoavaliação da QV ( $r=-,261$ ).

Isso significa que, quanto maior o escore geral das DMAP, mais negativa é a percepção da QV, principalmente nos domínios supracitados.

O escore geral de QV apresentou correlação negativa com incontinência urinária de esforço (IUE) ( $r=-,232$ ), frequência miccional aumentada e noctúria (FMAN) ( $r=-,152$ ), disúria (DSA) ( $r=-,158$ ) e prolapso de órgãos pélvicos (POP) ( $r=-,181$ ), além de quantidade de partos ( $r=-,156$ ). A correlação entre QV foi positiva sobre o nível socioeconômico ( $r=,216$ ) e escolaridade ( $r=,175$ ), indicando que, quanto maior é o nível socioeconômico e a escolaridade, mais satisfatória é a percepção da QV.

Cada domínio da QV apresentou correlação significativa e negativa com pelo menos um distúrbio das DMAP. O domínio 1, correspondente ao domínio físico, apresentou relação com IUE ( $r=-,274$ ), FMAN ( $r=-,220$ ), DSA ( $r=-,165$ ), POP ( $r=-,181$ ), evacuação obstruída (EO) ( $r=-,197$ ) e incontinência fecal (IF) ( $r=-,151$ ). O domínio 2, correspondente ao domínio psicológico, apresentou relação com IUE ( $r=-,168$ ). Este domínio também apresentou correlação significativa e positiva com nível socioeconômico ( $r=,154$ ) e idade ( $r=,210$ ).

O domínio 3, correspondente às relações sociais, apresentou relação com IUE ( $r=-,205$ ), DAS ( $r=-,173$ ), POP ( $r=-,156$ ), EO ( $r=-,151$ ) e dispareunia (DSP) ( $r=-,176$ ). Também apresentou correlação significativa e positiva com escolaridade ( $r=,154$ ). Enquanto o domínio 5, correspondente à autoavaliação da QV, apresentou correlação significativa e negativa com DMAP ( $r=-,261$ ), IUE ( $r=-,251$ ), urgência miccional (UM) ( $r=-,158$ ), DSA ( $r=-,151$ ), POP ( $r=-,245$ ), EO ( $r=-,187$ ) e IF ( $r=-,172$ ).

O domínio 4, correspondente ao meio ambiente, foi uma exceção dos resultados encontrados, pois não apresentou correlação com os distúrbios das DMAP. No entanto, apresentou correlação significativa e positiva com nível socioeconômico ( $r=,329$ ) e escolaridade ( $r=,269$ ), o que significa que, quanto maior o nível socioeconômico e o nível de escolaridade, mais satisfatória é a percepção da QV no referido domínio. Por outro lado, quanto maior o número de partos, mais insatisfatória é a percepção da QV no domínio meio ambiente.

## 2.4 DISCUSSÃO

As puérperas participantes da presente pesquisa apresentaram uma percepção satisfatória da QV e uma correlação negativa entre a percepção da QV e

o escore geral das DMAP, sobretudo nos domínios físico, psicológico, relações sociais e autoavaliação da QV. Os domínios da QV que apresentaram maior relação com os distúrbios das DMAP foram os domínios físico e autoavaliação da QV, seguidos dos domínios psicológico e relações sociais.

Sobre a percepção da QV geral, Khwepeyaa *et al.* (2020) encontraram achados similares ao explorar a QV e fatores relacionados de 137 puérperas precoces no Malawi, na África, utilizando o WHOQOL-bref como instrumento de avaliação da QV. Nesse estudo, os autores constataram uma percepção satisfatória para a QV geral, indicando que o escore médio da QV foi maior nos domínios psicológico e relações sociais, seguidos pelos domínios meio ambiente e físico.

As mulheres investigadas no Malawi tinham uma média de idade de 29 anos e todas tiveram parto normal. Segundo os autores, a maioria das mulheres residentes em áreas rurais da África dá à luz seus recém-nascidos em casa e as complicações durante a gravidez e o parto são as principais causas de morbidade e mortalidade na gravidez (KHWEPEYAA *et al.*, 2020).

Sobre a classificação dos domínios, a presente pesquisa difere do estudo supracitado, pois foram encontrados maiores escores no domínio físico e psicológico, seguidos pelos domínios relações sociais e meio ambiente. Essa diferença pode ser explicada pela desigualdade das características das populações investigadas, considerando que, no Brasil, a maioria dos partos ocorre em ambiente hospitalar e o acesso à atenção à saúde é mais facilitado se comparado com as regiões rurais da África.

Sobre as DMAP em puérperas, Palmieri *et al.* (2021) realizaram um estudo prospectivo em hospitais de ensino na Itália e na Suíça com o objetivo de avaliar os fatores de risco, prevalência e gravidade das DMAP, bem como suas consequências no bem-estar emocional da mulher durante a gravidez e pós-parto. Os autores encontraram que mais de 48% das 2.007 mulheres investigadas sentiam-se incomodadas com pelo menos um tipo de distúrbio relacionado às DMAP. A DSP encontra-se como um dos distúrbios mais prevalentes nos dois períodos investigados e a incontinência urinária (IU) foi mais prevalente durante a gestação (PALMIERI *et al.*, 2021).

Corroborando o estudo de Palmieri, percebe-se que as puérperas investigadas também relataram maior desconforto relacionado à DP, porém esse distúrbio foi um dos que menos apresentou correlação com os domínios da QV.

Sobre a relação entre a QV e os distúrbios relacionados às DMAP, Galiano *et al.* (2019) apresentam um estudo transversal com 2.990 puérperas espanholas, no qual os autores determinaram os fatores relacionados a gravidez, parto e puerpério com a percepção da QV das mulheres após o parto. Os autores utilizaram o questionário de QV SF-36 e um questionário semiestruturado para o levantamento dos dados sociodemográficos e relato dos distúrbios relacionados às DMAP. Os autores concluíram que os problemas de relação sexual após o parto e IU estão entre os fatores de risco que afetam a QV da puérpera. A presente pesquisa também corrobora os achados de Galiano *et al.* (2019), na medida em que os distúrbios relacionados com a IU foram os que apresentaram maior correlação com os domínios da QV.

Segundo Palmieri *et al.* (2021), a gestação induz o relaxamento dos ligamentos e músculos lisos, determinando diminuição da motilidade intestinal e diminuição da contração dos esfíncteres. Isso, combinado com o aumento da pressão abdominal associada ao útero gravídico, pode favorecer o desenvolvimento de EO, POP e IU. Além disso, o próprio parto pode causar danos à MAP, por meio de lesões nos músculos, estruturas fasciais e/ou nervos durante a passagem do bebê pelo canal do parto. Por esse motivo e pelos resultados encontrados na presente pesquisa, destaca-se a importância de maior atenção das autoridades de saúde para os distúrbios relacionados às DMAP no pós-parto, para garantir a percepção satisfatória da QV dessas mulheres.

## 2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consideração aos objetivos traçados, é possível concluir que a amostra investigada apresentou uma percepção satisfatória da QV. Confirmou-se a hipótese de que as DMAP têm relação negativa com a percepção de QV.

Os distúrbios relacionados com as DMAP apenas não apresentaram correlação negativa com o domínio meio ambiente. Em contrapartida, os domínios da QV que apresentaram maior correlação com os distúrbios das DMAP foram os domínios físico e autoavaliação da QV, seguidos dos domínios psicológico e relações sociais.

O questionário aplicado face a face poderia garantir uma amostra maior, por outro lado, os instrumentos não poderiam ser aplicados no pós-parto imediato,



considerando as condições físicas e psicológicas das parturientes, o que poderia interferir no resultado da pesquisa. Uma alternativa seria a aplicação dos questionários durante a consulta de pós-parto, mas isso demandaria mais tempo e uma equipe para garantir a cobertura de todas as unidades de saúde responsáveis por essa consulta.

Durante a abordagem para realizar o convite às puérperas, ouviu-se muitos relatos espontâneos das acompanhantes (mães, avós e tias). Essas acompanhantes relataram que tiveram DMAP no pós-parto e que desconheciam a existência de tratamento para o problema. Portanto, sugere-se maior atenção das autoridades de saúde para os distúrbios relacionados às DMAP no pós-parto para garantir a percepção satisfatória da QV dessas mulheres, pois com o tratamento precoce é possível evitar agravamento desses problemas.

Como maior atenção das autoridades, sugere-se a ampliação das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, possibilitando um melhor preparo da MAP durante a gestação e/ou a recuperação da MAP no pós-parto, além de facilitar o acesso à informação sobre a MAP e suas disfunções.

Outro ponto levantado como questão a ser respondida é: as puérperas do sistema privado têm maior acesso à informação e, por esse motivo, se preparam melhor para o momento do parto? E, se apresentarem DMAP, as mulheres do sistema privado sabem reconhecer o desconforto como uma disfunção que precisa de tratamento? Para pesquisas futuras, sugere-se investigar a influência das DMAP sobre a QV das mulheres no pós-parto, realizando um comparativo entre as mulheres que realizaram o parto pelo sistema público e as mulheres que realizaram o parto no sistema privado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DUMOULIN C. *et al.* Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 10. Art. No.: CD005654, 2018.

FLECK, M. P. A. *et al.* (org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GALIANO, J. M. M. *et al.* Women's quality of life at 6 weeks postpartum: influence of the discomfort present in the puerperium. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 2, p. 253, 2019.

GARCIA, A. M. M. R. *et al.* **Disfunções do assoalho pélvico: abordagem multiprofissional e multiespecialidades.** São Paulo: Atheneu, 2018.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (HIAE). **Notícias de saúde.** Disponível em: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/quais-sao-os-musculos-do-assoalho-pelvico>. Acesso em: 10 dez. 2019.

KHWEPEYA, M.; MONSEN, K.; KUO, S. Quality of life and the related factors in early postnatal women in Malawi. **Midwifery**, v. 85, p. 102700, 2020.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Disfunções do assoalho pélvico em primíparas até 6 meses após o parto: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

PALMIERI, S. *et al.* Prevalence and severity of pelvic floor disorders in pregnant and postpartum women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 2021.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010.

PETERSON, T. V.; PINTO, R. A.; DAVILA, G. W. *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the pelvic floor bother questionnaire. **International Urogynecology Journal**, v.30, p. 81–88, 2019.

SIQUEIRA, S. V. *et al.* Sintomas Urinários em Primíparas de Parto Normal e Cesárea. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 107-110, 2019.

TIMOSSI, L. *et al.* Adaptação do modelo de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho. **Journal of Physical Education**, v. 20, n. 3, p. 395-405, 2009.

### **3 ESTUDO 3 – EFEITOS DO LPF E TMAP SOBRE O INCÔMODO RELACIONADO ÀS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NO PÓS-PARTO: UM ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO POR PLACEBO**

#### RESUMO

**Introdução:** O período gestacional é o principal responsável pelas disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP) de mulheres no pós-parto, mas ainda faltam evidências de qualidade que avaliem o efeito de intervenções sobre a recuperação da musculatura do assoalho pélvico de mulheres no pós-parto. Este estudo randomizado controlado por placebo testou os efeitos do *Low Pressure Fitness* (LPF) e do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) em puérperas com DMAP.

**Métodos:** Participaram do estudo 35 puérperas, alocadas aleatoriamente em três grupos: LPF, TMAP e intervenção mínima/placebo (IM). O desfecho primário investigado foi o desconforto relacionado às DMAP antes do início das intervenções, após 6 e 12 semanas, avaliado através do *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ). Os desfechos secundários foram: percepção da qualidade de vida, avaliada através do WHOQOL-bref; e medidas da circunferência da cintura e abdômen.

**Resultados:** Os treinamentos com LPF e TMAP apresentaram os melhores resultados em comparação à IM em alguns distúrbios relacionados às DMAP após 12 semanas de tratamento. No entanto, houve mudança significativa apenas no escore global do PFBQ no grupo LPF.

**Conclusões:** Os achados do estudo sugerem que é possível diminuir o desconforto relacionado às DMAP no pós-parto por meio do LPF e TMAP.

O que este estudo acrescenta?

O LPF foi mais eficaz sobre o escore global do PFBQ em 6 e 12 semanas, sobre incontinência urinária de esforço em 12 semanas e sobre dispareunia em 6 e 12 semanas.

#### 3.1 INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico compreende a interação dinâmica entre a fásia endopélvica, os músculos do complexo do levantador do ânus, a membrana

perineal, o corpo perineal e os músculos do períneo (GARCIA et al., 2018). Toda essa estrutura tem a função de sustentar os órgãos das regiões abdominal e pelve, como bexiga, útero e intestino, bem como é responsável pelo controle de importantes funções fisiológicas (como micção e evacuação) e possui importante participação durante a gestação, acompanhando o crescimento do feto, e durante o parto, visando à expulsão do feto através de contrações.

Independentemente do tipo de parto, existem complicações comuns a todas as mulheres, como alterações físicas, hormonais e fisiológicas, durante todos os períodos de gestação, parto e pós-parto. Entre as alterações adversas relatadas no pós-parto, destacam-se a incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, dispareunia (desconforto no ato sexual) e dor perineal (GALIANO et al., 2019). Todas essas alterações adversas podem estar relacionadas às disfunções da musculatura do assoalho pélvico (DMAP).

A capacidade viscoelástica da musculatura do assoalho pélvico (MAP) faz com que suas fibras musculares se distendam (se alonguem) de forma significativa em preparação para o parto, porém, após o nascimento, essas fibras podem demorar semanas, até meses, para retornar ao comprimento anterior, assim como ter sua capacidade de contração restabelecida. Enquanto isso não acontece, é comum que a mulher sofra com distúrbios relacionados à perda de capacidade contrátil dessa musculatura. Além disso, durante o parto, aproximadamente 10% das mulheres apresentam lesões (distensão ou laceração) da MAP, principalmente na região do períneo, o que pode causar comprometimento das funções do assoalho pélvico (HIAE, 2019).

Os protocolos e diretrizes nacionais apresentam orientações para a prática de exercícios físicos durante a gestação, com o objetivo de preparar o corpo da mulher para o parto, e também se preocupam com a recuperação física e psicológica da parturiente (BRASIL, 2017). Não obstante as orientações fundamentadas em evidências científicas, os documentos baseados nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) não abordam todas as possibilidades de preparação para o parto e recuperação pós-parto.

Nesses documentos, orienta-se a prática de massagem perineal antes do parto e destaca-se a importância da prática de exercícios para o assoalho pélvico. Porém, não há indicação de métodos ou protocolos para exercitar a MAP de forma preventiva ou tratamento pós-parto, como o treinamento dos músculos do assoalho

pélvico (TMAP), muito utilizado na fisioterapia, ou um método mais atual como o *Low Pressure Fitness* (LPF). Pode-se explicar a inexistência de indicação dessas práticas pelo fato de não ser possível definir um protocolo global para aplicação, considerando a individualidade biológica de cada mulher, condição física, tipo de parto, entre outras variáveis.

O TMAP, procedente do método criado na década de 1950 pelo ginecologista Arnold Kegel, é uma técnica cinesioterápica da fisioterapia que consiste basicamente em contrações voluntárias da MAP, intercalando contrações isométricas e contrações rápidas com o propósito de estimular as fibras musculares dessa região (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021).

Em alternativa, há o treinamento abdominal hipopressivo (TAH), ou apenas treinamento hipopressivo, com origem na técnica respiratória milenar utilizada no yoga, na qual é realizado um vácuo abdominal através da abertura costal. Além do objetivo estético, a partir da década de 1990, na Europa, o TAH passou a ser utilizado pela fisioterapia na reabilitação do pavimento pélvico. Posteriormente, em 2014, foi criado o *International Hypopressive and Physical Therapy Institute*, na Espanha, com o objetivo de investigar melhor a técnica proposta e difundir o método através da formação de profissionais em diversos países (RIAL; PINSACH, 2016).

Através do Instituto, surgiu o *Low Pressure Fitness*®, uma técnica de TAH, cuja base são exercícios posturais e respiratórios associados a uma diminuição da pressão na cavidade abdominopélvica. Os objetivos do LPF consistem em diminuir a pressão das cavidades abdominal e perineal; ativar a musculatura estabilizadora da coluna vertebral e lombo pélvica; e normalizar as tensões miofasciais (RIAL; PINSACH, 2016).

Outro ponto importante a destacar é o fato de que os protocolos e diretrizes nacionais baseiam-se em evidências científicas. No entanto, faltam estudos de qualidade que avaliem o efeito do TMAP sobre a recuperação do assoalho pélvico de mulheres no pós-parto e há escassez de estudos que avaliem o efeito de outras intervenções, como o LPF, para esse propósito.

Face ao exposto, o objetivo principal deste estudo foi investigar o efeito do exercício físico sobre o incômodo relacionado às DMAP no pós-parto. Os objetivos secundários foram avaliar os efeitos das intervenções sobre a qualidade de vida (QV), circunferência da cintura e circunferência abdominal das puérperas.

## 3.2 MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho do estudo foi um ensaio clínico randomizado controlado por placebo para testar o efeito do exercício físico sobre o incômodo relacionado às DMAP no pós-parto. Esta pesquisa foi registrada no *Brazilian Clinical Trials* sob o código RBR-10scxbgv. O estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa sob parecer 47184521.2.0000.0105.

Foram testadas duas intervenções, o TMAP e o LPF, em comparação com placebo. As intervenções foram aplicadas uma vez por semana, no formato de aulas de ginástica on-line ao vivo, através de uma chamada de vídeo pelo *WhatsApp*®, com duração de 30 minutos, e as participantes foram orientadas a realizar 5 minutos diários de manutenção. O avaliador e as participantes permaneceram cegas durante a aplicação das intervenções.

### 3.2.1 Participantes

Para participar do estudo, foram convidadas 601 mulheres que tiveram o parto realizado no Hospital Universitário Materno Infantil (HUMAI) na cidade de Ponta Grossa no período de três meses (junho, julho e agosto de 2021).

As puérperas receberam o convite para participar da pesquisa enquanto aguardavam a alta hospitalar. No momento da abordagem, a pesquisadora anotou os telefones para contato e coletou a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) das mulheres que consentiram a participação. Das 601 mulheres convidadas, 508 (84,5%) aceitaram participar da pesquisa.

Todas as participantes preencheram o TCLE, o qual continha informações sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas e assegurava a sua privacidade. Cada participante foi informada de que poderia retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa, respeitando a sua vontade.

Após 45 dias da data do parto, as participantes da pesquisa receberam um link da plataforma do *Google Docs*®, via *WhatsApp*®, para responder aos questionários sociodemográfico, de qualidade de vida (WHOQOL-bref), de desconforto relacionado aos distúrbios da MAP (PFBQ), questionário internacional

de atividade física (IPAQ) e prontidão para a atividade física (PAR-Q+). Dos 508 links enviados, foram obtidas 182 respostas (35,8%).

Mulheres que apresentavam condições físicas agudas ou crônicas que resultassem em perda das funções motoras, fisiológicas e/ou das capacidades cognitivas, por exemplo, lesões medulares e doenças neurodegenerativas, foram excluídas do estudo. Posteriormente, foram selecionadas apenas as puérperas que apresentaram incômodo relacionado às DMAP, com pelo menos uma resposta positiva do PFBQ. Das 182 respostas, foram selecionadas 139 (76,3%) que atenderam aos respectivos critérios de exclusão e inclusão.

Posteriormente, as 139 participantes que relataram incômodo relacionado às DMAP foram questionadas, via *WhatsApp*®, se continuavam apresentando os sintomas: 90 puérperas (64,7%) relataram não apresentar mais os sintomas, configurando a melhora natural da doença; e 49 puérperas (35,2%) relataram ainda apresentar os sintomas, atendendo ao critério de inclusão. Após análise das respostas do PAR-Q+, nenhuma das 49 puérperas selecionadas indicou a necessidade de um atestado médico para a prática de exercício físico. Antes do processo de randomização, 14 participantes desistiram da pesquisa, portanto 35 puérperas foram aleatoriamente designadas para um dos três grupos: TMAP (n = 12), LPF (n = 12) e grupo placebo/ intervenção mínima (IM) (n = 11).

A randomização foi realizada por um pesquisador que não estava envolvido no recrutamento ou tratamento das participantes. A alocação das participantes foi realizada de forma aleatória por meio do site *random.org*, a partir de codificação.

### 3.2.2 Medições de Resultados e Acompanhamento

A versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi utilizado apenas com a finalidade de controle sobre o nível de atividade física das participantes da pesquisa, considerando que elas foram orientadas a não praticar exercício físico além da intervenção que estavam recebendo de acordo com o grupo de alocação. O Questionário de Prontidão para Atividade Física foi utilizado com o propósito de identificar a necessidade de atestado médico para o início das intervenções.

### 3.2.2.1 Desfechos primários

#### 3.2.2.1.1 *Desconforto relacionado aos distúrbios da MAP*

O desconforto relacionado aos distúrbios da MAP foi avaliado utilizando a escala do *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ), traduzido e validado no Brasil por Peterson, Pinto e Davila (2019). Esse questionário permite avaliar o desconforto global (escala varia de 0 a 45) ou em cada distúrbio (0 a 5). De acordo com a escala, 0 é considerado “sem a presença do distúrbio”, 1 representa que há o distúrbio, mas não há desconforto percebido (nada), enquanto o 5 representa o desconforto máximo (muito). Esse resultado foi medido nas semanas 0, 6 e 12, a fim de avaliar o efeito das intervenções sobre o resultado.

### 3.2.2.2 Desfechos secundários

#### 3.2.2.2.1 *Percepção da qualidade de vida (QV)*

Para a avaliação da QV, foi utilizado o questionário WHOQOL-bref, da OMS, traduzido e validado no Brasil por Fleck (2000). Os escores do WHOQOL-bref foram mensurados através da ferramenta proposta por Pedroso *et al.* (2010) na qual o escore geral e os domínios da QV estão representados em uma escala de 4 a 20. Esse resultado foi medido nas semanas 0, 6 e 12.

#### 3.2.2.2.2 *Circunferência da cintura e abdômen*

De acordo com o protocolo proposto por Guedes (2006), o perímetro de cintura corresponde à circunferência do contorno desse segmento anatômico no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. O perímetro de abdômen corresponde à circunferência de maior contorno desse segmento, geralmente a altura da cicatriz umbilical.

Ambas as medidas foram aferidas por um avaliador que desconhecia os grupos de tratamento, utilizando uma fita antropométrica e o resultado foi anotado



em centímetros, com a avaliada em pé, após uma expiração normal e sem compressão de pele. Esses resultados foram medidos nas semanas 0, 6 e 12.

### 3.2.2.3 Intervenções

O estudo utilizou um projeto de ensaio randomizado controlado por placebo para as três intervenções: TMAP, LPF e placebo.

As participantes receberam os tratamentos no formato de aulas de ginástica on-line ao vivo, através de uma chamada de vídeo pelo *WhatsApp*®, uma vez por semana, por 30 minutos, durante 12 semanas. Para as participantes dos três grupos, foi recomendada a prática de 5 minutos diários de uma tarefa da intervenção que estavam realizando, em uma posição específica que aprendeu durante a sessão anterior.

O LPF foi aplicado com ciclos de três respirações para cada vácuo (abertura costal), evoluindo com os tempos de “inspiração: expiração” de 2:2 até 2:4 segundos, respeitando a evolução de cada paciente. A cada sessão, progrediu-se com o ensinamento dos fundamentos da técnica (postura, liberação do diafragma, respiração torácica, ciclos respiratórios e vácuo abdominal) e com as posturas aplicadas ao nível 1 do método (Atena, Vênus, Héstia, Artemisa, Maya e Deméter), conforme figura 3.1. Essas posturas são trabalhadas nas posições em pé, sentada no chão, quatro apoios e deitada em decúbito dorsal respectivamente. Não foram utilizados aparelhos durante a prática do LPF.

Figura 3.1 – Sequência das posturas realizadas durante as sessões de LPF nível 1



O TMAP foi aplicado progredindo de 8-15 contrações, 8-10 séries, 6-8 segundos de contração, também foram aplicadas contrações rápidas. A cada sessão progrediu-se com o ensinamento dos fundamentos da técnica (explicação sobre os músculos do assoalho pélvico, liberação abdominal, respiração e contração abdominal, freio labial, função da respiração com contração pélvica) e com posturas em pé, sentada e deitada em decúbito dorsal. Não foram utilizados aparelhos durante a prática do TMAP.

Para o grupo IM, foram aplicados exercícios de relaxamento e alongamento. Durante as sessões, foram aplicados alongamentos ativos (sem auxílio) e estáticos (sem movimento) com duração de 10-20 segundos cada, finalizando com 5 minutos de relaxamento geral com controle do ritmo respiratório orientado pelo profissional.

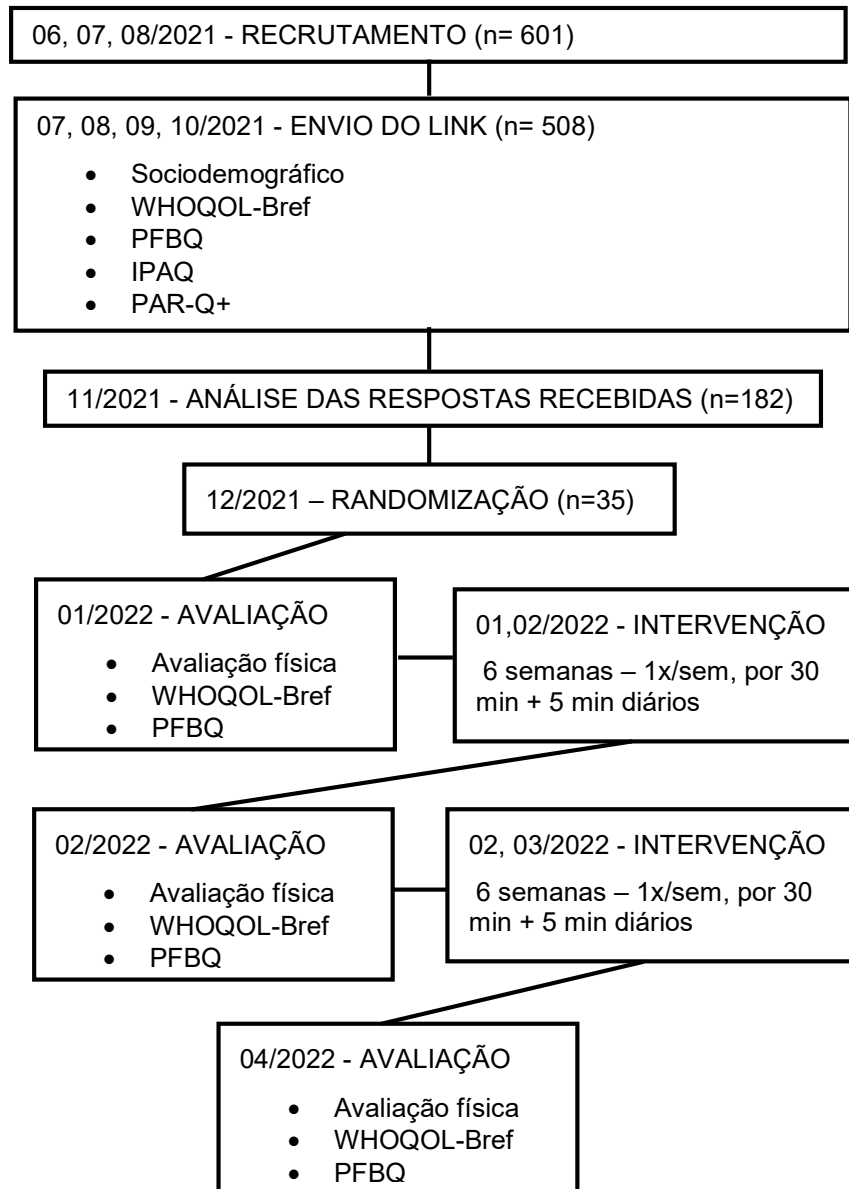
O LPF foi aplicado por uma profissional de Educação Física especialista no método, o TMAP foi aplicado por uma fisioterapeuta especialista em fisioterapia pélvica e a IM foi aplicada por um profissional de Educação Física. Para garantir o cegamento, as participantes não tinham conhecimento das outras intervenções que estavam sendo testadas, e o avaliador não participou das intervenções.

### 3.2.3 Procedimentos de Estudo

O cronograma dos procedimentos do estudo é apresentado na Figura 3.2. Todas as avaliações foram realizadas pelo mesmo avaliador e com os mesmos equipamentos. A triagem foi realizada e as participantes que assinaram o TCLE e atenderam aos critérios de inclusão foram incluídas no estudo. A ordem das avaliações foi a mesma para todas as participantes: questionário on-line (sociodemográfico, WHOQOL-bref, PFBQ, IPAQ e PAR-Q+), posteriormente foi realizada a avaliação física presencial (peso, estatura, circunferência de cintura e circunferência de abdômen).

Após a confirmação dos sintomas, as participantes foram randomizadas e categorizadas em grupos TMAP, LPF ou IM. As intervenções tiveram duração de 30 minutos, uma vez por semana, por 12 semanas, com orientação de treinamento diário de 5 minutos. As avaliações presenciais foram refeitas nas semanas 6 e 12. As participantes dos três grupos foram orientadas a não praticar exercícios físicos durante as 12 semanas de intervenções.

Figura 3.2 – Fluxograma dos procedimentos do estudo



Fonte: Autoria própria

### 3.2.4 Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada por um estatístico que desconhecia os grupos de tratamento. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados seguindo os princípios de intenção de tratar. A estatística descritiva das variáveis foi inicialmente utilizada para o estudo. A normalidade dos dados foi analisada através do teste de Shapiro-Wilk.

As diferenças entre os grupos para as medições de desfechos primários e secundários foram comparadas usando modelos mistos lineares (intercepções

aleatórias e coeficientes fixos), que incorporaram termos para tratamento, tempo e as interações tratamento por tempo, seguido do cálculo de significância (post hoc Bonferroni). Os coeficientes do tratamento por interações temporais forneceram estimativas dos efeitos da intervenção (a partir do comando de médias marginais estimadas no SPSS).

Decidiu-se pela utilização de modelos lineares mistos devido aos seguintes motivos: 1) Esse tipo de análise ajusta automaticamente os efeitos do tratamento para a dependência de estimativas de vários pontos no tempo (não ajustamos a análise para nenhuma outra variável); 2) Usa todos os dados de todos os pontos de tempo para calcular cada estimativa de tratamento; 3) Lida de forma otimizada com dados ausentes, prevendo o melhor valor para pacientes que não puderam ser avaliados em todos os períodos (TWISK, 2004).

O *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 20.0 foi utilizado para a análise dos dados. Todos os testes foram realizados assumindo um nível de significância de  $p < 0,05$ .

### 3.2.5 Estudo Cego

O processo de randomização foi realizado por um pesquisador que não estava envolvido no recrutamento ou tratamento das participantes. A alocação das participantes foi realizada de forma aleatória por meio do site *random.org*, a partir de codificação.

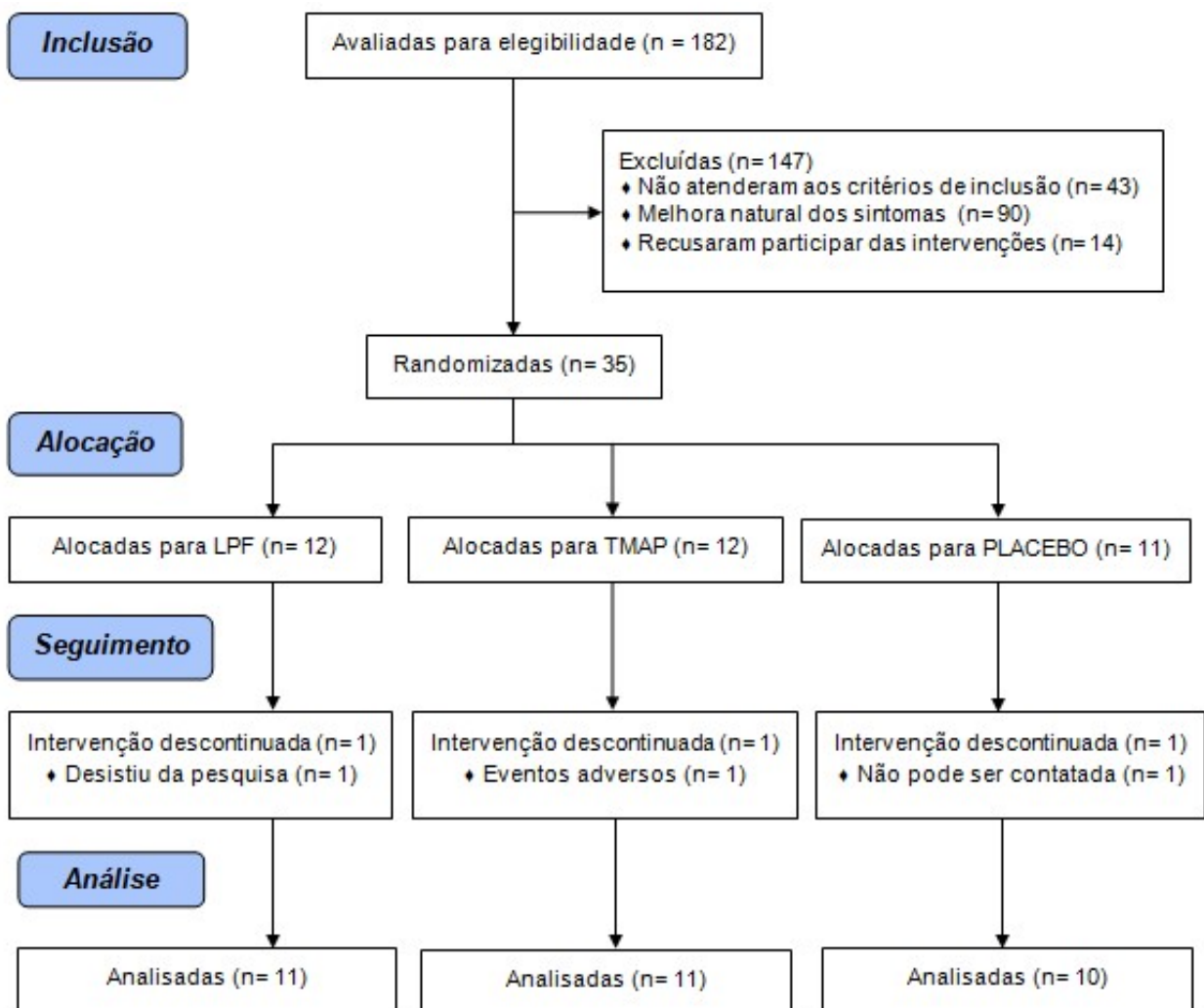
As participantes foram informadas que receberiam um tratamento para recuperação da MAP, mas não tinham conhecimento das outras intervenções que estavam sendo testadas. O avaliador desconhecia em quais grupos as participantes estavam alocadas, assim como não participou das intervenções.

Posteriormente, a análise dos dados foi realizada por um estatístico que desconhecia os grupos de tratamento e não participou das fases anteriores da pesquisa. Apenas os profissionais responsáveis pelas intervenções tinham conhecimento de qual intervenção estavam aplicando.

### 3.3 RESULTADOS

O estudo foi realizado na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil, entre junho de 2021 e abril de 2022, com as intervenções aplicadas no formato on-line através de aulas individuais ao vivo. O diagrama dos Padrões Consolidados de Relato de Ensaio (CONSORT) é mostrado na Figura 3.3.

Figura 3.3 – Diagrama CONSORT para o estudo



Fonte: Autoria própria

A Tabela 3.1 mostra os dados demográficos e os valores basais para cada medição para os grupos de estudo individuais. As participantes eram todas puérperas que apresentaram incômodo relacionado às DMAP. Nenhuma das participantes cruzou os grupos durante o estudo.

Tabela 3.1 - Características demográficas e clínicas na linha de base.

VARIÁVEIS	IM (n=10)	LPF (n=11)	TMAP (n=11)
<b>IDADE (anos)</b>			
Média (DP)	27,90 (4,12)	26,90 (6,93)	27,45 (6,78)
<b>ESCOLARIDADE</b>			
E.M. completo n (%)	6 (60,0)	9 (81,8)	8 (72,7)
E.M. incompleto n (%)	4 (40,0)	2 (18,2)	3 (27,3)
<b>OCUPAÇÃO</b>			
Remunerada n (%)	3 (30,0)	6 (54,5)	5 (45,5)
Não remunerada n (%)	7 (70,0)	5 (45,5)	6 (54,5)
<b>CONDIÇÃO DE SAÚDE AUTORRELATADA</b>			
Muito satisfatória n (%)	5 (50,0)	-	3 (27,3)
Satisfatória n (%)	5 (50,0)	11 (100)	8 (72,7)
<b>CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA – ABEP</b>			
Alto n (%)	5 (50,0)	3 (27,3)	2 (18,2)
Baixo n (%)	5 (50,0)	8 (72,7)	9 (81,8)
<b>NÚMERO DE PARTOS</b>			
Primíparas n (%)	4 (40,0)	7 (63,6)	3 (27,3)
Múltiparas n (%)	6 (60,0)	4 (36,4)	8 (72,7)

Fonte: Autoria própria

Notas: IM: intervenção mínima/placebo; LPF: *Low Pressure Fitness*; TMAP: treinamento da musculatura do assoalho pélvico.

### 3.3.1 Desconforto Relacionado aos Distúrbios da MAP

Na análise da diferença média ajustada entre os grupos, sobre o escore geral do PFBQ e sobre os distúrbios isoladamente, não houve diferença estatística nos diferentes períodos ao nível de confiança de 95% (Tabela 3.2).

De acordo com a Tabela 3.2, a intensidade média de desconforto global relacionado às DMAP (PFBQ - escala de 0 a 45) no início do estudo foi maior entre os grupos LPF e TMAP. A intensidade de desconforto diminuiu nos grupos LPF e

TMAP após 6 e 12 semanas, no entanto, apenas no grupo LPF, a diminuição foi significativa, com uma redução de 7,35 pontos comparando os dados iniciais com a semana 6 e 12,40 pontos comparando os dados da 1ª e última avaliação. Ao fazer a mesma comparação, o grupo TMAP apresentou uma redução de 6,37 e 7,23 pontos, respectivamente.

É interessante destacar que, segundo a análise das médias para cada grupo (Tabela 2.2), no grupo IM houve uma redução dos escores após 6 semanas, mas após 12 semanas voltaram a aumentar. Esse fato foi percebido no escore geral (PFBQ), incontinência urinária de esforço (IUE), frequência miccional aumentada e noctúria (FMAN), urgência miccional (UM), prolapso de órgãos pélvicos (POP) e dispareunia (DSP). No grupo LPF, esse fato foi percebido apenas em UM, enquanto no grupo TMAP os escores de disúria (DAS) e incontinência fecal (IF) apresentaram esse comportamento.

Foram encontradas reduções significativas na diferença entre os tempos do grupo LPF em IUE após 12 semanas (-2,00) e em DSP após 6 semanas (-0,61) e após 12 semanas (-1,02).

### 3.3.2 Percepção de Qualidade de Vida

A percepção de QV (escala de 0 a 20) no início do estudo foi semelhante entre os três grupos investigados (Tabela 3.2). Não foram encontrados resultados significativos na diferença média entre os grupos e na diferença dentro de cada grupo.

Destaca-se apenas o comportamento dos dados, pois nos três grupos percebe-se um aumento no escore geral de QV após 6 semanas e uma diminuição após 12 semanas.

Tabela 3.2 - Média (DP) dos desfechos do estudo para cada grupo e diferença média ajustada (IC 95%) entre grupos.

(continua)

VARIÁVEL	MÉDIA (DP)			DIFERENÇA MÉDIA AJUSTADA		
	IM $\bar{x}$ (DP)	LPF $\bar{x}$ (DP)	TMAP $\bar{x}$ (DP)	LPF VS IM (IC 95%)	TMAP VS IM (IC 95%)	LPF VS TMAP (IC 95%)
<b>PFBQ (0-45)</b>						
SEMANA 0	10,80 (2,25)	16,90 (3,24)	16,09 (2,97)	-	-	-
SEMANA 6	8,22 (2,47)	9,55 (2,41) <sup>A</sup>	9,71 (2,41)	1,33 (-9,71 a 12,38)	1,49 (-9,55 a 12,54)	-0,15 (-11,07 a 10,75)
SEMANA 12	10,60 (2,75)	4,50 (1,47) <sup>B</sup>	8,85 (2,60)	-6,10 (-16,07 a 3,87)	-1,74 (-13,85 a 10,37)	-4,35 (-13,92 a 5,21)
<b>QUALIDADE DE VIDA (0-20)</b>						
SEMANA 0	12,86 (0,49)	12,60 (0,59)	11,88 (0,44)	-	-	-
SEMANA 6	13,05 (0,60)	13,69 (0,60)	12,70 (0,45)	0,63 (-2,09 a 3,36)	-0,35 (-2,77 a 2,06)	0,98 (-1,44 a 3,42)
SEMANA 12	13,01 (0,50)	13,67 (0,58)	12,68 (0,32)	0,66 (-1,81 a 3,13)	-0,33 (-2,25 a 1,59)	0,99 (-1,15 a 3,14)
<b>INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (0-5)</b>						
SEMANA 0	1,70 (0,51)	2,90 (0,53)	2,54 (0,55)	-	-	-
SEMANA 6	1,33 (0,64)	1,55 (0,61)	2,00 (0,69)	0,22 (-2,62 a 3,09)	0,66 (-2,38 a 3,71)	-0,44 (-3,41 a 2,52)
SEMANA 12	1,50 (0,58)	0,90 (0,45) <sup>B</sup>	0,71 (0,66)	-0,60 (-2,97 a 1,77)	-0,78 (-3,61 a 2,04)	0,18 (-2,38 a 2,75)



Tabela 3.2 - Média (DP) dos desfechos do estudo para cada grupo e diferença média ajustada (IC 95%) entre grupos.

(continua)

VARIÁVEL	MÉDIA (DP)			DIFERENÇA MÉDIA AJUSTADA		
	IM $\bar{x}$ (DP)	LPF $\bar{x}$ (DP)	TMAP $\bar{x}$ (DP)	LPF VS IM (IC 95%)	TMAP VS IM (IC 95%)	LPF VS TMAP (IC 95%)
<b>FREQUÊNCIA MICCIONAL AUMENTADA E NOCTÚRIA (0-5)</b>						
SEMANA 0	0,70 (0,44)	2,00 (0,58)	1,27 (0,63)	-	-	-
SEMANA 6	0,44 (0,41)	1,22 (0,46)	0,85 (0,55)	0,77 (-1,22 a 2,78)	0,41 (-1,79 a 2,62)	0,36 (-1,94 a 2,67)
SEMANA 12	0,50 (0,47)	0,20 (0,18)	0,57 (0,34)	-0,30 (-1,93 a 1,33)	0,07 (-1,79 a 1,94)	-0,37 (-1,62 a 0,87)
<b>URGÊNCIA MICCIONAL (0-5)</b>						
SEMANA 0	0,90 (0,57)	1,72 (0,69)	2,18 (0,65)	-	-	-
SEMANA 6	0,55 (0,35)	0,22 (0,20)	1,85 (0,84)	-0,33 (-1,65 a 0,98)	1,30 (-1,62 a 4,22)	-1,63 (-4,41 a 1,14)
SEMANA 12	1,40 (0,68)	0,50 (0,32)	1,71 (0,72)	-0,90 (-3,31 a 1,51)	0,31 (-2,85 a 3,48)	-1,21 (-3,73 a 1,31)
<b>INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA (0-5)</b>						
SEMANA 0	1,00 (0,63)	2,09 (0,70)	2,00 (0,70)	-	-	-
SEMANA 6	1,00 (0,62)	1,00 (0,62)	1,71 (0,82)	0,00 (-2,84 a 2,84)	0,71 (-2,60 a 4,03)	-0,71 (-4,03 a 2,60)
SEMANA 12	1,74 (0,68)	0,50 (0,47)	1,00 (0,67)	-0,90 (-3,55 a 1,75)	-0,40 (-3,45 a 2,65)	-0,50 (-3,12 a 2,12)

Tabela 3.2 - Média (DP) dos desfechos do estudo para cada grupo e diferença média ajustada (IC 95%) entre grupos.

(continua)

VARIÁVEL	MÉDIA (DP)			DIFERENÇA MÉDIA AJUSTADA		
	IM $\bar{x}$ (DP)	LPF $\bar{x}$ (DP)	TMAP $\bar{x}$ (DP)	LPF VS IM (IC 95%)	TMAP VS IM (IC 95%)	LPF VS TMAP (IC 95%)
<b>DISÚRIA (0-5)</b>						
SEMANA 0	0,00 (0,00)	1,63 (0,65)	1,00 (0,53)	-	-	-
SEMANA 6	0,00 (0,00)	1,33 (0,64)	0,00 (0,00)	1,33 (-0,73 a 3,40)	0,00 (0,00 a 0,00)	1,33 (-0,73 a 3,40)
SEMANA 12	0,00 (0,00)	0,50 (0,47)	0,71 (0,66)	0,50 (-1,01 a 2,01)	0,71 (-1,39 a 2,82)	-2,21 (-2,81 a 2,38)
<b>PROLAPSO DE ORGÃOS PÉLVICOS (0-5)</b>						
SEMANA 0	0,60 (0,40)	1,18 (0,60)	1,36 (0,67)	-	-	-
SEMANA 6	0,33 (0,31)	1,44 (0,68)	0,71 (0,66)	1,11 (-1,30 a 2,52)	0,38 (-1,95 a 2,72)	0,73 (-2,31 a 3,77)
SEMANA 12	1,10 (0,55)	0,30 (0,28)	0,71 (0,66)	-0,80 (-2,79 a 1,19)	-0,38 (-3,14 a 2,37)	-0,41 (-2,71 a 1,88)
<b>EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA (0-5)</b>						
SEMANA 0	2,20 (0,71)	1,63 (0,67)	2,09 (0,70)	-	-	-
SEMANA 6	2,22 (0,73)	0,55 (0,52)	0,00 (0,00)	-1,66 (-4,54 a 1,21)	2,22 (-4,56 a 0,12)	0,55 (-1,11 a 2,23)
SEMANA 12	2,00 (0,64)	0,40 (0,37)	0,00 (0,00)	-1,60 (-4,00 a 0,80)	-2,00 (-4,07 a 0,71)	0,40 (-0,81 a 1,61)

Tabela 3.2 - Média (DP) dos desfechos do estudo para cada grupo e diferença média ajustada (IC 95%) entre grupos.

(continua)

VARIÁVEL	MÉDIA (DP)			DIFERENÇA MÉDIA AJUSTADA		
	IM $\bar{x}$ (DP)	LPF $\bar{x}$ (DP)	TMAP $\bar{x}$ (DP)	LPF VS IM (IC 95%)	TMAP VS IM (IC 95%)	LPF VS TMAP (IC 95%)
<b>INCONTINÊNCIA FECAL (0-5)</b>						
SEMANA 0	1,20 (0,62)	2,00 (0,68)	1,09 (0,58)	-	-	-
SEMANA 6	1,00 (0,62)	1,11 (0,69)	0,00 (0,00)	0,11 (-2,87 a 3,10)	-1,00 (-3,00 a 1,00)	1,11 (-1,10 a 3,32)
SEMANA 12	0,50 (0,47)	0,50 (0,47)	0,71 (0,66)	0,00 (-2,14 a 2,14)	0,21 (-2,38 a 2,81)	-0,21 (-2,81 a 2,38)
<b>DISPAREUNIA (0-5)</b>						
SEMANA 0	2,50 (0,58)	1,72 (0,36)	2,54 (0,53)	-	-	-
SEMANA 6	1,33 (0,52)	1,11 (0,29) <sup>A</sup>	2,57 (0,60)	-0,22 (-2,13 a 1,68)	1,23 (-1,30 a 3,78)	-1,46 (-3,59 a 0,67)
SEMANA 12	2,20 (0,48)	0,70 (0,24) <sup>A</sup>	2,71 (0,69)	-1,50 (-3,24 a 0,24)	0,51 (-2,18 a 3,21)	-2,01 (-4,36 a 0,33)
<b>CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA (cm)</b>						
SEMANA 0	82,42 (3,79)	83,31 (2,24)	82,45 (3,01)	-	-	-
SEMANA 6	80,47 (3,89) <sup>A</sup>	82,33 (2,09)	79,72 (3,72)	1,85 (-12,28 a 15,99)	-0,75 (-17,99 a 16,48)	2,60 (-11,06 a 16,27)
SEMANA 12	81,25 (3,64)	81,51 (2,14)	81,08 (3,55)	0,26 (-13,25 a 13,77)	-0,16 (-16,43 a 16,10)	0,42 (-12,83 a 13,68)

Tabela 3.2 - Média (DP) dos desfechos do estudo para cada grupo e diferença média ajustada (IC 95%) entre grupos.

(conclusão)

VARIÁVEL	MÉDIA (DP)			DIFERENÇA MÉDIA AJUSTADA		
	IM $\bar{x}$ (DP)	LPF $\bar{x}$ (DP)	TMAP $\bar{x}$ (DP)	LPF VS IM (IC 95%)	TMAP VS IM (IC 95%)	LPF VS TMAP (IC 95%)
<b>CIRCUNFERÊNCIA DE ABDÔMEN (cm)</b>						
SEMANA 0	91,68 (4,05)	96,24 (2,80)	92,53 (3,34)	-	-	-
SEMANA 6	89,84 (4,41) <sup>A</sup>	93,54 (2,74)	89,95 (4,11)	3,69 (-12,92 a 20,31)	0,10 (-19,18 a 19,39)	3,59 (-12,23 a 19,41)
SEMANA 12	89,96 (3,83) <sup>A</sup>	93,35 (2,55)	90,58 (3,87)	3,39 (-11,35 a 18,13)	0,62 (-16,82 a 18,07)	2,76 (-12,08 a 17,61)

Fonte: Autoria própria

Notas: IM: intervenção mínima/placebo; LPF: *Low Pressure Fitness*; TMAP: treinamento da musculatura do assoalho pélvico; <sup>A</sup> Diferença significativa comparado com a semana 0, ao nível de confiança de 95%. <sup>B</sup> Diferença significativa comparado com a semana 0, ao nível de confiança de 99%.

### 3.3.3 Circunferência da Cintura e Abdômen

No início do estudo, as medidas de circunferência de cintura e abdômen foram semelhantes nos grupos IM e TMAP com valores um pouco mais altos no grupo LPF (Tabela 2.2). Não foram encontrados resultados significativos na diferença média entre os grupos.

Na diferença dentro do grupo, apenas IM apresentou redução significativa de circunferência da cintura na semana 6 em comparação com a semana 0 (-1,94). Sobre a circunferência abdominal, o grupo IM também apresentou uma redução significativa na semana 6 (-1,83) e na semana 12 (-1,72).

Sobre o comportamento dos dados, no grupo LPF houve uma redução na circunferência de cintura e abdômen após 6 e 12 semanas, já no grupo TMAP observou-se uma redução após 6 semanas e um aumento dessas medidas após 12 semanas.

## 3.4 DISCUSSÃO

Este estudo mostra que os tratamentos com LPF e TMAP foram melhores que IM em alguns distúrbios relacionados às DMAP, principalmente após 12 semanas de tratamento. No entanto, houve mudança significativa apenas na comparação entre os tempos dentro do grupo LPF.

### 3.4.1 Desconforto Relacionado aos Distúrbios da MAP

Na presente pesquisa, o grupo LPF apresentou melhora significativa no escore global do PFBQ, em IUE e DSP após 12 semanas corroborando o estudo anterior. Torres *et al.* (2022), após a realização de 8 semanas de intervenção com exercícios hipopressivos em mulheres entre 18 e 60 anos, observaram uma diminuição nos sintomas associados às DMAP e diminuição na gravidade e nos sintomas associados à incontinência urinária.

Percebe-se que com o LPF é possível conseguir resultados significativos com 6 semanas de intervenção - tempo menor do que o estudo de Torres *et al.* (2022), mas com 12 semanas os resultados podem ser ainda mais expressivos, sobretudo no escore geral do PFBQ, IUE e DP.

Em uma revisão sistemática realizada por Hernández (2018), com o objetivo de verificar se a ginástica abdominal hipopressiva poderia ser mais eficaz do que o TMAP, concluiu que o TMAP continua sendo o tratamento de primeira linha para as DMAP. Porém, Hernández (2018) infere sobre a falta de ensaios clínicos de qualidade que tenham avaliado a eficácia da ginástica abdominal hipopressiva.

#### 3.4.2 Percepção de Qualidade de Vida

Os grupos de intervenção apresentaram uma discreta melhora na percepção da QV, principalmente na semana 6, mas essa diferença não foi significativa e teve uma pequena diminuição na semana 12. Esses resultados corroboram o ensaio clínico randomizado controlado de García *et al.* (2017), no qual observaram que as mulheres que realizaram o LPF no puerpério melhoram a percepção da QV, porém o método não é determinante para esse resultado.

Em oposição, Dumoulin *et al.* (2018) em uma revisão sistemática inferem que, para qualquer tipo de IU, as mulheres que praticam TMAP, comparado a placebo, têm maior probabilidade de relatar melhora significativa na QV.

#### 3.4.3 Circunferência da Cintura e Abdômen

Esperava-se que o grupo LPF apresentasse redução significativa das circunferências de cintura e abdômen devido à melhoria dos parâmetros de controle postural e ativação do transversos do abdome adquiridos com a prática desse método (MUÑOS *et al.*, 2021). Ao contrário do esperado, apenas o grupo IM apresentou redução significativa das referidas circunferências.

Esse resultado pode não ter sido encontrado devido à dose de exercício administrada, considerando que neste estudo foi realizada uma sessão semanal, enquanto em Muños *et al.* (2021) foram realizadas duas sessões de 30 minutos por semana por oito semanas.

#### 3.4.4 Limitações do Estudo

É possível que o tamanho pequeno da amostra tenha interferido nos resultados obtidos e, por mais que o exercício aplicado de forma on-line não

apresente a credibilidade do exercício presencial, este estudo mostrou ser possível diminuir o desconforto relacionado às DMAP no pós-parto tanto com o TMAP como com o LPF aplicados de forma on-line.

O período incerto de retorno das atividades presenciais no início de 2022 foi o que incentivou a aplicação das intervenções no formato on-line. No entanto, muitas puérperas relataram que não poderiam participar das intervenções presenciais devido ao deslocamento e a nova rotina de mãe de recém-nascido com a qual deveriam se adaptar. Talvez esse formato de tratamento possibilitasse uma cobertura mais abrangente de puérperas com DMAP no sistema público de saúde.

#### 3.4.5 Validade Interna e Externa

Este estudo foi realizado com puérperas da rede pública de um hospital da Região Sul do Brasil, e os resultados devem ser generalizáveis para grupos de pacientes com características semelhantes. As intervenções LPF e TMAP implementadas em nosso estudo foram bem definidas e estamos confiantes de que profissionais com treinamento adequado seriam capazes de realizar essa intervenção.

Revisões sistemáticas anteriores concluíram que a eficácia do TMAP e do TAH sobre as DMAP é incerta devido a preocupações metodológicas e ao pequeno número de ensaios existentes. O presente estudo evitou os principais problemas metodológicos de estudos anteriores usando um grupo de controle placebo e avaliadores cegos.

#### 3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo sugerem que é possível diminuir o desconforto relacionado às DMAP no pós-parto por meio do LPF e TMAP. Recomenda-se, para estudos futuros, a investigação da eficácia do TMAP e do LPF sobre a recuperação da MAP de mulheres que estão aguardando procedimento cirúrgico, como a cirurgia de prolapso e a cirurgia de incontinência urinária.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, G. M.; SILVA, C. P. C.; MARTINS, G. Proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.
- BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. 2017.
- DUMOULIN C. *et al.*; Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 10. Art. No.: CD005654, 2018.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.
- GALIANO, J. M. M. *et al.* Women’s quality of life at 6 weeks postpartum: influence of the discomfort present in the puerperium. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 2, p. 253, 2019.
- GARCIA, A. M. M. R. *et al.* **Disfunções do assoalho pélvico**: abordagem multiprofissional e multiespecialidades. São Paulo: Atheneu, 2018.
- GARCÍA, J. C. S. *et al.* Actividad física abdominal hipopresiva y su influencia en la recuperación del peso en el posparto: un Ensayo Clínico Aleatorizado. **Journal of Negative and No Positive Results**. v. 2, n. 10, p. 473-483, 2017.
- GUEDES, D. P. **Manual prático para avaliação em educação física**. Editora Manole Ltda, 2006.
- HERNÁNDEZ, R. R. V. Eficacia de la gimnasia abdominal hipopresiva en la rehabilitación del suelo pélvico de las mujeres: revisión sistemática. **Actas Urológicas Españolas**, v. 42, n. 9, p. 557-566, 2018.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (HIAE). **Notícias de saúde**. Disponível em: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/quais-sao-os-musculos-do-assoalho-pelvico>. Acesso em: 10 dez. 2019.
- International Hypopressive & Physical Therapy Institute. **LPF - Manual Prático Nível 1**. Vigo (Spain): International Hypopressive & Physical Therapy Institute, 2016. ISBN: 978-84-945252-5-4
- MUÑOZ, M. M. M. *et al.* The effects of abdominal hypopressive training on postural control and deep trunk muscle activation: a randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 2741, 2021.
- PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010.



PETERSON, T. V.; PINTO, R. A.; DAVILA, G. W. *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the pelvic floor bother questionnaire. **International Urogynecology Journal**, v.30, p. 81–88, 2019.

RIAL, T.; PINSACH, P. **Low Pressure Fitness**: Manual Prático – Nível 1. Vigo (Espanha): International Hypopressive & Physical Therapy Institute, 2016. ISBN: 978-84-945252-5-4.

TORRES, G. M. *et al.* The effects of an 8-week hypopressive exercise training program on urinary incontinence and pelvic floor muscle activation: A randomized controlled trial. **Neurourology and Urodynamics**, 2022.

TWISK, J. W. R. Longitudinal data analysis. A comparison between generalized estimating equations and random coefficient analysis. **European journal of epidemiology**, v. 19, n. 8, p. 769-776, 2004.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consideração aos objetivos traçados e aos estudos delineados, é possível concluir a partir do estudo 1, que no Brasil é necessário melhorar o acesso à reabilitação perineal após o parto, o acesso à triagem de distúrbios do assoalho pélvico, bem como melhorar o acesso à informação sobre os sintomas das DMAP e sobre como procurar ajuda.

Durante a abordagem para realizar o convite às puérperas, ouviu-se muitos relatos espontâneos das acompanhantes (mães, avós e tias). Essas acompanhantes relataram que tiveram DMAP no pós-parto e que desconheciam a existência de tratamento para o problema. Este fato reforça a confirmação da hipótese do estudo 1, de que as diretrizes nacionais apresentam cobertura insuficiente sobre a atenção de saúde no puerpério, especificamente sobre as orientações para recuperação da MAP.

O estudo 3 confirmou a hipótese de que o LPF pode ser tão eficaz quanto o TMAP sobre as DMAP no pós-parto e mostrou que é possível diminuir o desconforto relacionado às DMAP no pós-parto tanto por meio do TMAP como através do LPF aplicados de forma on-line. O formato de tratamento on-line possibilitou uma cobertura mais abrangente e segura com as puérperas com DMAP no sistema público de saúde, importante problema indicado pela revisão integrativa do estudo 1.

Portanto, sugere-se maior atenção das autoridades de saúde para os distúrbios relacionados às DMAP no pós-parto para garantir a percepção satisfatória da QV dessas mulheres, pois com o tratamento precoce é possível evitar agravamento desses problemas.

Como maior atenção das autoridades, sugere-se a ampliação das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, possibilitando um melhor preparo da MAP durante a gestação e/ou a recuperação da MAP no pós-parto, além de facilitar o acesso à informação sobre a MAP e suas disfunções. Os exercícios para o assoalho pélvico deveriam ser utilizados não apenas para tratamento, mas também como prevenção para o surgimento das DMAP.

Folhetos informativos entregues no momento da alta hospitalar poderiam ajudar a minimizar o problema de acesso à informação. Porém, é necessário revisar as diretrizes nacionais para padronizar o diagnóstico e encaminhamento das puérperas que apresentam DMAP.

Face ao exposto, conclui-se que, se o sistema de saúde inglês serviu de exemplo para a criação do SUS, seria plausível utilizarmos como modelo o sistema de elaboração de diretrizes públicas do Reino Unido, pois apresenta as orientações mais completas com relação aos cuidados com a MAP, considerando a relação custo-efetividade.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, G. M.; SILVA, C. P. C.; MARTINS, G. Proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.
- BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. 2017.
- CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. 14 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- COSTA, W. N. G. Dissertações e teses Multipaper: uma breve revisão bibliográfica. **Anais do Seminário Sul-Mato-Grossense de Pesquisa em Educação Matemática**, v. 8, n. 1, 2014.
- DATASUS. **Painéis de Monitoramento**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/paineis-de-monitoramento-svs/>. Acesso em: 8 jan. 2022.
- DI GIOVANNI, G. As Estruturas Elementares das Políticas Públicas. **Caderno de Pesquisa**, nº 82, Unicamp: NEPP, 2009.
- DUMOULIN C. *et al.* Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 10. Art. No.: CD005654, 2018.
- FLECK, M. P. A. *et al.* (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FRANZONI, J. M. Regímenes del bienestar en América Latina. **Documentos de Trabajo** (Fundación Carolina), n. 11, p. 1, 2007.
- GARCIA, A. M. M. R. *et al.* **Disfunções do assoalho pélvico: abordagem multiprofissional e multiespecialidades**. São Paulo: Atheneu, 2018.
- HAYLEN, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (HIAE). **Notícias de saúde**. Disponível em: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/quais-sao-os-musculos-do-assoalho-pelvico>. Acesso em: 10 dez. 2019.
- MASCARELLO, K.C. *et al.* Análise das complicações maternas precoces e tardias associadas à via de parto utilizando escore de propensão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210027, 2021.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MUÑOZ, M. M. M. *et al.* The effects of abdominal hypopressive training on postural control and deep trunk muscle activation: a randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 2741, 2021.  
RIAL, T.; PINSACH, P. **Low Pressure Fitness: Manual Prático - Nível 1**. Vigo (Espanha): International Hypopressive & Physical Therapy Institute, 2016. ISBN: 978-84-945252-5-4.

MUTTI, G. S. L.; KLÜBER, T. E. Formato Multipaper nos programas de pósgraduação stricto sensu brasileiros das áreas de educação e ensino: um panorama. **V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, v. 5, 2018.

THOMPSON, W. R. Worldwide Survey of Fitness Trends for 2022. **ACSM's Health & Fitness Journal**, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2022.

SIQUEIRA, S.V. *et al.* Sintomas Urinários em Primíparas de Parto Normal e Cesárea. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 107-110, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **Lancet**. v. 2, p. 436-437, 1985.

**APÊNDICE 1 - TCLE**

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**TÍTULO DO PROJETO:** DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO: QUALIDADE DE VIDA, EXERCÍCIO FÍSICO E RECOMENDAÇÕES

**Pesquisadora Responsável:** Thaiane Moleta Vargas.

**Pesquisadores participantes:** Prof. Dr. Bruno Pedroso, Prof. Dr. João Irineu de Resende Miranda.

**Local da Pesquisa:** a fase de convite às puérperas ocorrerá no HUMAI (Hospital Universitário Materno Infantil). As intervenções serão aplicadas no CETEP (Centro Tecnológico de Pesquisas em Ciências Humanas) da UEPG, localizado no Campus de Uvaranas, respeitando todos os protocolos sanitários devido à pandemia da COVID-19).

### **PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras difíceis **por favor, pergunte à pesquisadora que está conversando com você neste momento para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entendeu claramente. SE NÃO ENTENDER PERGUNTE QUANTAS VEZES FOREM NECESSÁRIAS.**

O objetivo deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa. Se você assinar este documento dará a sua permissão para participar do estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento.

### **INTRODUÇÃO**

Durante o parto as mulheres podem sofrer lesões da musculatura do assoalho pélvico, o que pode causar incontinência urinária e fecal, prolapso de órgãos, dor perineal e dispareunia, estes sintomas podem impactar negativamente na percepção da qualidade de vida (QV). Infelizmente, as diretrizes existentes no Brasil não oferecem a atenção necessária, no que diz respeito a recuperação da musculatura do assoalho pélvico no período pós-parto.

### **PROPÓSITO DO ESTUDO**

Avaliar o efeito de intervenções para a recuperação do assoalho pélvico sobre a percepção da QV em mulheres no período pós-parto.

### **SELEÇÃO**

- O critério de inclusão é: (1) ter 18 anos ou mais; (2) ter feito o parto (cesárea ou vaginal) no HUMAI até 60 dias antes do convite para participar da pesquisa; (3) apresentar incômodo relacionado às disfunções do assoalho pélvico - ao menos 1 resposta positiva no PFBQ; e (4) apresentar atestado médico, se houver necessidade - conforme o preenchimento do PAR-Q+.

- O critério de exclusão é: (1) mulheres que apresentem condições físicas agudas ou crônicas que resulte em perda das funções motoras, fisiológicas e/ou das capacidades cognitivas. Por exemplo, lesões medulares e doenças neurodegenerativas.
- Quarenta e cinco dias após assinar este documento, a pesquisadora entrará em contato para você responder a cinco questionários: (1) sociodemográfico – dados gerais; (2) WHOQOL-bref – qualidade de vida; (3) PFBQ – disfunções do assoalho pélvico; (4) IPAQ – atividade física e (5) PAR-Q+ – prontidão para a atividade física. Os resultados desta pesquisa serão usados somente neste projeto. Conforme a resolução CNS 247/05, com a sua autorização, o material armazenado poderá ser utilizado para pesquisas futuras.
- Se as respostas do questionário PAR-Q+ indicarem a necessidade de um atestado médico, este será solicitado antes da sua inclusão na pesquisa.
- Após o preenchimento dos questionários você poderá ser selecionada para participar de uma intervenção para a recuperação da musculatura do assoalho pélvico. As intervenções serão realizadas no formato on-line, por 20 minutos, uma vez por semana, por 12 semanas.
- Após o período de recrutamento, a pesquisadora fará a divisão dos grupos e entrará em contato com todas as participantes para informar sobre o início das intervenções.
- As participantes da pesquisa, além de responderem novamente aos questionários, farão uma avaliação física no início, após a 6ª e 12ª semanas das intervenções.
- A prática das intervenções não expõe as participantes a risco físico. Todos os protocolos sanitários serão seguidos a fim de evitar o contágio ou transmissão do coronavírus. As avaliações físicas e intervenções serão realizadas individualmente e o uso de máscara e álcool em gel também serão exigidos no caso de atendimento presencial.
- É muito importante sua participação. Você estará ajudando a mostrar a relação entre a percepção da QV e as disfunções do assoalho pélvico apresentadas durante o período pós-parto, com isso será possível requerer maior atenção para as mulheres que se encontram neste período dentro das políticas públicas existentes para as gestantes.

#### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:**

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar. Uma vez que você decidiu participar da pesquisa, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido, nem perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

#### **CUSTOS**

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos realizados no estudo.

#### **PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO**

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

#### **PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:**



A pesquisadora Thaianie Moleta Vargas irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos seus dados. Você pode discutir esta questão com a pesquisadora Thaianie Moleta Vargas em qualquer tempo do estudo nos dias que ela se coloca à disposição para as dúvidas abaixo.

### **CONTATO PARA PERGUNTAS**

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo, direitos, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar a pesquisadora Thaianie Moleta Vargas, de segunda a sexta-feira, no período da tarde, pelo telefone (42)988011253.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como uma participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pelo telefone: (42)3220-3108. A COEP é de um grupo de pessoas com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE:**

Eu, \_\_\_\_\_  
li e discuti com a pesquisadora que aplicou este TCLE os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o objetivo descrito acima. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Thaianie Moleta Vargas

**APÊNDICE 2 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO QUESTIONÁRIO  
SOCIODEMOGRÁFICO**

## Sobre você

Antes de iniciar os questionários sobre a sua saúde, gostaríamos que respondesse algumas questões sobre você. Por favor, responda selecionando uma resposta que corresponde a sua realidade ou digite no espaço fornecido.

1. Seu nome completo:
  
2. Data de Nascimento:
  
3. Estado Civil:
  - Solteira
  - Casada
  - Vivendo com alguém
  - Separada
  - Divorciada
  - Viúva
  
4. Local de residência: (Rua, n°):
  
5. Bairro e Cidade:
  
6. Qual é o seu grau de instrução? (até qual série você estudou)
  - Analfabeto / Fundamental I incompleto
  - Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
  - Fundamental completo/Médio incompleto
  - Médio completo/Superior incompleto
  - Superior completo
  
7. Qual é a sua ocupação ou trabalho?
  
8. A sua ocupação ou trabalho é remunerado?
  - Sim
  - Não
  
9. Caso você trabalhe, quantas horas você trabalha por dia?

**APÊNDICE 3 - COLETA DE DADOS (AVALIAÇÃO FÍSICA)**

**AVALIAÇÃO FÍSICA**

1. NOME:

---

2. ESTATURA:

---

3. PESO:

---

4. CIRCUNFERÊNCIA CINTURA:

---

5. CIRCUNFERÊNCIA ABDÔMEN:

---

6. ESTÁ PRATICANDO EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE?

( )SIM ( )NÃO

---

6.1 TIPO DE EXERCÍCIO:

---

6.2 FREQUÊNCIA (quantas vezes por semana e tempo de duração):

---

7. TIROU FOTOS? ( )SIM ( )NÃO

---

\*Orientar a participante a não realizar exercício físico durante a fase de intervenção da pesquisa.

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

ASSINATURA DO AVALIADOR

**ANEXO 1 - ABEP 2020**



Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.**

Vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	QUANTIDADE QUE POSSUI				
	NÃO POSSUI	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

**ANEXO 2 - WHOQOL-BREF**



### WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde ou outras áreas de sua vida. É apenas sobre você – você e a sua vida.

Por favor, tenha em mente **o que é importante para você**; o que faz você feliz, seus sonhos e esperanças e suas preocupações ou aflições.

**Por favor, responda a todas as questões.** Se você estiver em dúvida sobre a resposta que deve dar a uma questão (ou seja, se for difícil escolher uma resposta), **por favor, escolha a alternativa** que lhe parecer mais próxima ou mais apropriada. Essa resposta frequentemente será aquela que primeiro vier à sua mente.

Não existe resposta certa ou errada – apenas responda o que é verdadeiro para você. Por favor, pense em sua vida **NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

Marque um **x** ou circule o número que melhor corresponde à sua opinião, por exemplo:  2 ou 2

#### AS PRIMEIRAS DUAS QUESTÕES PERGUNTAM SOBRE **SUA VIDA E SUA SAÚDE DE UMA FORMA GERAL.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa
1G	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2G	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

#### AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO SOBRE **O QUANTO VOCÊ TEM SENTIDO** ALGUMAS COISAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

		Nada	Muito pouco	Mais ou	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 SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE **QUÃO COMPLETAMENTE** VOCÊ TEM SE SENTIDO CAPAZ OU É CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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 de 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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE **QUÃO BEM OU QUÃO SATISFEITO(A)** VOCÊ SE SENTIU A RESPEITO DE VÁRIOS ASPECTOS DE SUA VIDA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	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(a)?	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
----	--	---	---	---	---	---

A QUESTÃO SEGUINTE REFERE-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

**OBRIGADA POR SUA AJUDA!**

**ANEXO 3 - PFBQ**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INCÔMODO RELACIONADO ÀS  
DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO  
(PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE)**

**Instruções:** o questionário a seguir relaciona-se ao seu assoalho pélvico. Todas as informações são estritamente confidenciais. Marque com um (X) a condição que mais se relaciona ao seu estado no último mês.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

1. Você apresenta perda de urina (incontinência) associada a atividades físicas, como tossir,

espirrar, rir, carregar peso ou mudar de posição?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

2. Você apresenta frequência miccional aumentada (necessidade de urinar mais vezes do que o usual, incluindo ter que levantar da cama mais que duas vezes durante a noite para urinar)?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

3. Você apresenta urgência miccional (vontade súbita e forte de urinar e muito difícil de controlar)?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

4. Você apresenta perda de urina associada a urgência (perda de urina involuntária junto com vontade forte e súbita de urinar)?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

5. Você apresenta dificuldade ou desconforto para urinar?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

6.Você tem a sensação de que há uma bola na sua vagina (bexiga, útero ou reto caídos)?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

7.Você tem dificuldade para terminar de evacuar (como ter que pressionar a vagina ou o reto com a mão para terminar a evacuação)?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

8.Você apresenta perda acidental de fezes ou gases?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

9.Você é sexualmente ativa?

Sim       Não

Se sim, quanto isso a incomoda?

Nada  Apenas um pouco  Razoavelmente  Moderadamente  Muito

**ANEXO 4 - IPAQ**





## QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA.

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/

\_\_\_

Idade : \_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Você trabalha de forma remunerada: ( ) Sim ( ) Não.

Quantas horas você trabalha por dia: \_\_\_\_

Quantos anos completos você estudou: \_\_\_\_\_

De forma geral sua saúde está:

( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação às pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **última semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

### SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

**1a.** Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

( ) Sim ( ) Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

**1b.** Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para a questão 1d.**

**1c.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**1d.** Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para a questão 1f**

**1e.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

- 1f.** Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para a questão 2a.**

- 1g.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

## **SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE**

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

- 2a.** O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para questão 2c**

- 2b.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

- 2c.** Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

- 2d.** Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**2e.** Em quantos dias da última semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

**2f.** Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

### **SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.**

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

**3a.** Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 3c.**

**3b.** Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**3c.** Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 3e.**

**3d.** Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**3e.** Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a seção 4.**

**3f.** Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

#### **SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.**

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

**4a.** Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?**

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 4c**

**4b.** Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**4c.** Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 4e.**

**4d.** Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**4e.** Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA**                      ( ) Nenhum - **Vá para seção 5.**

**4f.** Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

### **SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO**

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

**5a.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**5b.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**ANEXO 5 - PAR-Q+**

## PAR-Q+ 2014


## Questionário de Prontidão para Atividade Física Complementar






Os benefícios que a atividade física regular traz para a saúde são nítidos; cada vez mais pessoas deveriam praticar atividades físicas diariamente. Praticar atividades físicas é algo seguro para a **maioria** da população. Este questionário irá dizer se é necessário que você busque informações adicionais com seu médico **ou** de um profissional da área qualificado antes de se tornar mais fisicamente ativo.


## Questões Gerais de Saúde


Por favor, leia as 7 questões a seguir com atenção e responda cada uma delas honestamente marcando SIM ou NÃO




- |  | Sim                      | Não                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) O seu médico alguma vez disse que você tem problema cardíaco <input type="checkbox"/> <b>ou</b> pressão alta <input type="checkbox"/> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Você sente dor no peito em repouso, durante as atividades diárias <b>ou</b> durante atividades físicas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Você perde o equilíbrio por causa de tonturas <b>ou</b> já perdeu a consciência nos últimos 12 meses?<br>Por favor, responda <b>não</b> se a tontura foi causada por hiperventilação (incluindo exercício vigoroso).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Você já foi diagnosticado com alguma condição de saúde crônica, excluindo problema cardíaco ou pressão alta? <b>Por favor, descreva a(s) condição(ões) aqui:</b><br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Você toma medicamentos prescritos para alguma condição de saúde crônica? <b>Por favor, descreva a(s) condição(ões) e a medicação aqui:</b><br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Você tem – ou teve nos últimos 12 meses – algum problema ósseo, nas articulações ou em tecidos moles (músculo, ligamento ou tendão) que poderia piorar ao se tornar mais fisicamente ativo? Por favor, responda <b>não</b> se você já teve um problema no passado que <i>não limita sua capacidade atual</i> de ser fisicamente ativo. <b>Por favor, descreva a(s) condição(ões) aqui:</b><br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Um médico alguma vez disse que você deve praticar atividade física apenas sob supervisão médica?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

 Se você respondeu **NÃO** a todas as questões anteriores, você está liberado para a atividade física. Para assinar a **declaração de participante**, vá para a página 4. Você não precisa preencher as páginas 2 e 3.

-  Torne-se mais fisicamente ativo – inicie devagar e avance gradualmente
-  Siga as recomendações dos níveis de atividade física para sua idade da OMS ([www.who.int/dietphysicalactivity/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/))
-  Você talvez tenha que passar por uma avaliação de saúde e aptidão
-  Se você tem mais de 45 anos e **não** está acostumado a exercícios regulares, vigorosos e de esforço máximo, consulte um profissional de Educação Física qualificado antes de iniciar exercícios nessas intensidades
-  Em caso de dúvidas, contate um profissional qualificado.

 Se você respondeu **SIM** a uma ou mais questões anteriores, **complete as páginas 2 e 3.**

 Espere para se tornar mais fisicamente ativo se:

-  Você tem uma doença temporária, como um resfriado ou febre; é melhor aguardar até você se sentir melhor
-  Você está grávida – converse com seu médico ou outro profissional da área qualificado e/ou complete o ePARmed-X+ no site [www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com) antes de se tornar mais fisicamente ativa
-  O seu estado de saúde mudar – responda as questões das páginas 2 e 3 desse documento e/ou fale com o seu médico ou profissional de Educação Física qualificado antes de continuar com qualquer programa de atividade física.



## PAR-Q+ 2014

## Acompanhamento do seu Estado de Saúde

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <b>Você tem artrite, osteoporose ou problemas nas costas?</b><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 1a a 1c.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 2.  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 1a. Você tem dificuldade de controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médico? (Responda <b>não</b> se você não está tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 1b. Você tem problemas de articulação que causam dor, teve fratura recente ou fratura causada por osteoporose ou câncer, vértebra deslocada (p. ex., espondilolistese) e/ou espondilólise/pars defect (ruptura no anel ósseo na parte posterior da coluna vertebral)?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 1c. Você já tomou esteroides (injeção ou comprimidos) regularmente por mais de 3 meses?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 2. <b>Você tem algum tipo de câncer?</b><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 2a e 2b. Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 3.   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 2a. O seu diagnóstico de câncer inclui algum dos seguintes tipos: pulmão/broncogênico, mieloma múltiplo (câncer de células plasmáticas), cabeça e pescoço?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 2b. Você está recebendo tratamento para o câncer, como quimioterapia ou radioterapia?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 3. <b>Você tem problema cardíaco ou cardiovascular?</b> <i>Essa categoria inclui doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, anomalias do ritmo cardíaco</i><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 3a a 3d.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 4.                         | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 3a. Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médico? (Responda <b>NÃO</b> se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 3b. Você tem arritmia cardíaca que necessita de acompanhamento médico? (p. ex., fibrilação atrial, contração ventricular prematura)  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 3c. Você tem insuficiência cardíaca?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 3d. Você tem diagnóstico de doença arterial coronariana (cardiovascular) e não participou de atividade física regular nos últimos 2 meses?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 4. <b>Você tem hipertensão (pressão sanguínea alta)?</b><br>Se você apresenta essa condição, responda as questões 4a e 4b.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 5.  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 4a. Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médico? (Responda <b>não</b> se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 4b. Você tem pressão sanguínea em repouso igual ou maior que 160/90 mmHg com ou sem medicação? (Responda <b>SIM</b> se você não sabe sua pressão em repouso)   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 5. <b>Você tem problemas metabólicos?</b> <i>Essa categoria inclui diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, pré-diabetes</i><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 5a a 5e.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 6.   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 5a. Você frequentemente sente dificuldade em controlar seus níveis de açúcar no sangue com alimentos, medicamentos ou outras terapias prescritas por médico?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 5b. Você frequentemente sofre de sinais ou sintomas de baixo açúcar no sangue (hipoglicemia) após exercício e/ou durante atividades do dia a dia?<br>Sinais de hipoglicemia podem incluir tremores, nervosismo, irritabilidade incomum, suor anormal, tontura ou dor de cabeça leve, confusão mental, dificuldade na fala, fraqueza ou sonolência. | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 5c. Você tem sinais ou sintomas de complicações da diabetes, como doença cardíaca ou vascular e/ou complicações que afetam olhos, rins ou sensações nos dedos e pés?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 5d. Você tem outros problemas metabólicos, como diabetes relacionada com a gravidez, doença renal crônica ou problemas hepáticos?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 5e. Você pretende se comprometer com exercícios de alta (ou vigorosa) intensidade em um futuro próximo?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |



## PAR-Q+ 2014

- |      |  |                                 |                                 |
|------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 6.   | <b>Você tem algum problema mental ou dificuldade de aprendizado?</b> <i>Essa categoria inclui Alzheimer, demência, depressão, transtorno de ansiedade, transtorno alimentar, transtorno psicótico, deficiência intelectual e síndrome de Down</i><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 6a e 6b.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 7. | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 6a.  | Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outros tipos de terapias prescritas por médico? (Responda <b>não</b> se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 6b.  | Você <b>também</b> tem problemas nas costas que afetam nervos ou músculos?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 7.   | <b>Você tem alguma doença respiratória?</b> <i>Essa categoria inclui doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e hipertensão pulmonar</i><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 7a a 7d.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 8.  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 7a.  | Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médico? (Responda <b>não</b> se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 7b.  | Seu médico já disse que seu nível de oxigênio no sangue é baixo em repouso ou durante exercício e/ou que você precisa de oxigenoterapia suplementar?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 7c.  | Em caso de asma – você apresenta sintomas como “aperto” ou chiado no peito, respiração difícil, tosse insistente (> 2 dias/semana) ou usou sua medicação de alívio mais de 2 vezes na última semana?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 7d.  | Seu médico já disse que você tem hipertensão nos vasos sanguíneos dos pulmões?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 8.   | <b>Você tem lesão na medula espinal?</b> <i>Essa categoria inclui tetraplegia e paraplegia</i><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 8a a 8c.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 9.  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 8a.  | Você tem dificuldade para controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médico? (Responda <b>não</b> se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 8b.  | Você apresenta, com frequência, pressão baixa em repouso que causa tontura, dor de cabeça leve e/ou desmaio?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 8c.  | Seu médico já indicou que você apresenta episódios repentinos de pressão alta (conhecidos como disreflexia autonômica)?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 9.   | <b>Você já teve um derrame?</b> <i>Essa categoria inclui ataque isquêmico transitório ou derrame cerebral</i><br>Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 9a a 9c.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, vá para a questão 10.  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 9a.  | Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médico? (Responda <b>não</b> se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 9b.  | Você tem alguma deficiência de locomoção ou mobilidade?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 9c.  | Você teve um derrame ou deficiência nos nervos ou músculos nos últimos 6 meses?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 10.  | Você tem algum outro problema de saúde não listado anteriormente ou apresenta dois ou mais problemas de saúde?<br>Se você apresenta outros problemas de saúde, responda as questões 10a a 10c.<br>Caso <b>não</b> <input type="checkbox"/> presente, leia as recomendações da página 4.  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 10a. | Você já desmaiou ou perdeu a consciência por causa de uma lesão na cabeça nos últimos 12 meses ou foi diagnosticada uma concussão nos últimos 12 meses?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 10b. | Você tem algum problema de saúde que não está listado (como epilepsia, problemas neurológicos, problemas nos rins)?  | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |
| 10c. | Você atualmente convive com dois ou mais problemas de saúde?   | Sim<br><input type="checkbox"/> | Não<br><input type="checkbox"/> |

**Por favor, descreva seus problemas de saúde e os respectivos medicamentos aqui:**

Vá para a página 4 para as recomendações sobre seus problemas de saúde e assine a **declaração de participante**



## PAR-Q+ 2014

- ✓ Se você respondeu **não** a todas as questões sobre a sua condição de saúde, você está pronto para se tornar mais fisicamente ativo – assine a **declaração de participante** a seguir:
- ▶ É aconselhável consultar um profissional de Educação Física qualificado, a fim de desenvolver um plano de atividade física seguro e efetivo de acordo com as suas necessidades de saúde
  - ▶ Você será encorajado a começar devagar e avançar gradualmente – 20 a 60 min de exercício de intensidade baixa a moderada, 3 a 5 dias/semana, incluindo exercícios aeróbios e de fortalecimento muscular
  - ▶ Conforme sua progressão, recomenda-se que você acumule 150 min ou mais de atividade física de intensidade moderada por semana
  - ▶ Se tem > 45 anos e **não** estiver acostumado a exercícios de esforço vigoroso ou máximo, consulte um profissional de Educação Física qualificado antes de fazer exercícios com essa intensidade.

- Se você respondeu **SIM** a **uma ou mais questões** sobre a sua condição médica: Você deve buscar orientações antes de se tornar mais fisicamente ativo ou se comprometer com uma avaliação de aptidão. Faça a triagem *on-line* e o programa de recomendações de exercício, o **ePARmed-X+** ([www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)), e/ou visite um profissional de Educação Física qualificado para trabalhar a partir do ePARmed-X+ e obter mais informações.

⚠ **Espera antes de se tornar mais fisicamente ativo se:**

- ✍ Você está com uma doença temporária, como resfriado ou febre; é melhor aguardar até que se sinta melhor
- ✍ Você está grávida – converse com seu médico, profissional de Educação Física qualificado e/ou complete o ePARmed-X+ ([www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)) antes de se tornar mais fisicamente ativa
- ✍ O seu estado de saúde mudar – fale com seu médico ou profissional de Educação Física antes de continuar com o programa de exercício.

- Aconselha-se tirar uma cópia do PAR-Q+. Você deve usar o questionário inteiro e **NÃO** são permitidas mudanças
- Os autores e os colaboradores do PAR-Q+, as organizações parceiras e seus agentes não assumem responsabilidade por pessoas que realizam atividade física e/ou usam o PAR-Q+ ou o ePARmed-X+. Em caso de dúvidas após responder o questionário, consulte seu médico antes de iniciar a atividade física.

### Declaração do participante

- Todas as pessoas que completaram o PAR-Q+ devem ler e assinar a declaração a seguir
- Se você ainda não tem a idade legal para consentir ou pedir a avaliação de um profissional de Educação Física, os pais ou os responsáveis também devem assinar este formulário.

*Eu, abaixo assinado, li, entendi e respondi este questionário. Reconheço que esta autorização de atividade física é válida por até 12 meses desde o preenchimento e que o formulário será inválido se minha condição de saúde mudar. Também reconheço que um Representante (como meu empregador, centro comunitário/academia de ginástica, profissional da saúde ou outro designado) pode manter uma cópia desse formulário. Nessas instâncias, o Representante será obrigado a acatar diretrizes locais, nacionais e internacionais relativas ao armazenamento de informações pessoais de saúde, garantindo que o Representante mantenha a privacidade da informação, não a use ou divulgue injustamente.*

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Testemunha \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/ responsável \_\_\_\_\_