

Mestrado em Fisioterapia

Especialidade em Fisioterapia na Saúde Pélvica e da Mulher

15ª edição

Intervenções de ensino sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de
exercícios do pavimento pélvico em mulheres grávidas da região autónoma
da Madeira: Um estudo quase experimental

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em
Fisioterapia na Saúde Pélvica e da Mulher

Carla Isabel de Jesus Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente

Dezembro, 2025

Mestrado em Fisioterapia

Especialidade em Fisioterapia na Saúde Pélvica e da Mulher

15ª edição

Intervenções de ensino sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de exercícios do pavimento pélvico em mulheres grávidas da região autónoma da Madeira: Um estudo quase experimental

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em Fisioterapia na Saúde Pélvica e da Mulher

Carla Isabel de Jesus Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente

Júri

Presidente: Professora Doutora Inês Tello Rato Milheiras Rodrigues, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Terapeuta da Fala

Arguente: Professora Doutora Lara Costa e Silva, Professora adjunta na ESSATLA- Instituto Universitário Atlântica, Fisioterapeuta

Vogal: Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Fisioterapeuta

Maio, 2026

Resumo

Introdução: A gravidez induz alterações fisiológicas, hormonais e biomecânicas que afetam significativamente o pavimento pélvico (PP), aumentando o risco de disfunções do pavimento pélvico (DPP), com impacto na continência, função sexual e qualidade de vida. Apesar da eficácia comprovada do treino muscular do pavimento pélvico (TMPP) na prevenção e tratamento destas disfunções, o conhecimento, atitudes e práticas (CAP) das grávidas permanece limitado. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de duas intervenções educativas — sessão de esclarecimento e folheto informativo — na melhoria do CAP relativamente ao PP e à prática do TMPP em grávidas da Região Autónoma da Madeira (RAM). **Metodologia:** Estudo quase-experimental, com desenho de teste–reteste e amostra de conveniência, constituída por 96 grávidas recrutadas nos concelhos de Câmara de Lobos e Funchal, onde decorreu a recolha de dados. As participantes foram distribuídas pelos grupos Folheto (n=47) e Sessão de Esclarecimento (n=49). A idade média foi de 31,57 (5,64) anos no grupo Folheto e 30,98 (5,90) no grupo Sessão predominando mulheres com ensino secundário ou licenciatura. A média da idade gestacional foi de 27,19 grupo Folheto e 22,63 no grupo Sessão. Foi aplicado, entre 19 de fevereiro e 2 de maio de 2025, um questionário online, antes e após as intervenções. A análise estatística incluiu comparações intra e intergrupais através do teste t de Student e cálculo do tamanho de efeito (d de Cohen). **Resultados:** Ambas as intervenções promoveram melhorias significativas o conhecimento sobre o PP e o TMPP. O grupo Sessão de Esclarecimento apresentou maior evolução do score total no pós-teste (M=14,59) face ao grupo Folheto (M=13,04), diferença estatisticamente significativa ($p = 0,008$) e com tamanho de efeito moderado ($d = -0,55$). Este grupo mostrou também maior prevalência de sintomas de DPP e menor contacto prévio com informação, fatores que poderão ter potenciado o impacto da intervenção. **Conclusão:** Ambas as estratégias educativas foram eficazes na melhoria do CAP das grávidas, destacando a relevância da literacia em saúde na gravidez. A sessão de esclarecimento demonstrou maior impacto, reforçando o valor de intervenções presenciais, breves e orientadas por profissionais especializados. Estes resultados sustentam a necessidade de integrar ações educativas estruturadas nos cuidados pré-natais, promovendo o autocuidado e prevenindo DPP.

Palavras-chave: Conhecimento, Atitudes e Práticas, Grávidas, Disfunções do Pavimento Pélvico, Treino Muscular do Pavimento Pélvico Literacia em saúde, Fisioterapia

Abstract

Introduction: Pregnancy induces physiological, hormonal, and biomechanical changes that significantly affect the pelvic floor (PF), increasing the risk of pelvic floor dysfunction (PFD), with an impact on continence, sexual function, and quality of life. Despite the proven effectiveness of pelvic floor muscle training (PFMT) in preventing and treating these dysfunctions, the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of pregnant women remain limited. **Objective:** To evaluate the effectiveness of two educational interventions—an information session and an informational brochure—in improving KAP regarding the PP and the practice of PMT in pregnant women in the Autonomous Region of Madeira (ARM). **Methodology:** Quasi-experimental study, with a test-retest design and convenience sample, consisting of 96 pregnant women recruited in the municipalities of Câmara de Lobos and Funchal, where data collection took place. Participants were divided into the Brochure group (n=47) and Information Session group (n=49). The average age was 31.57 (5.64) years in the Brochure group and 30.98 (5.90) in the Session group, with a predominance of women with secondary education or a bachelor's degree. The average gestational age was 27.19 in the Brochure group and 22.63 in the Session group. An online questionnaire was administered between February 19 and May 2, 2025, before and after the interventions. Statistical analysis included intra- and intergroup comparisons using Student's t-test and effect size calculation (Cohen's d). **Results:** Both interventions promoted significant improvements in knowledge about PP and TMPP. The Information Session group showed greater improvement in the total post-test score (M=14.59) compared to the Brochure group (M=13.04), a statistically significant difference (p=0.008) with a moderate effect size (d=0.55). This group also showed a higher prevalence of DPP symptoms and less prior contact with information, factors that may have enhanced the impact of the intervention. **Conclusion:** Both educational strategies were effective in improving the CAP of pregnant women, highlighting the relevance of health literacy in pregnancy. The information session had a greater impact, reinforcing the value of brief, face-to-face interventions led by specialized professionals. These results support the need to integrate structured educational activities into prenatal care, promoting self-care and preventing DPP.

Keywords: Knowledge, Attitudes, and Practices, Pregnant Women, Pelvic Floor Dysfunction, Pelvic Floor Muscle Training, Health Literacy, Physiotherapy

Índice

Lista de abreviaturas	I
Introdução	1
Metodologia.....	8
Participantes	8
Critérios de seleção.....	8
Cálculo da amostra	8
Variáveis	9
Instrumentos.....	9
Procedimentos.....	10
Tratamento de dados	12
Resultados	13
Caracterização da amostra	13
Conhecimentos sobre o pavimento pélvico	17
Análise intra-grupal: comparação pré vs. pós-teste em cada grupo	24
Comparação intra-grupal: pré vs. pós-teste	30
Comparação Intergrupal: Comparação dos dois grupos no pré e no Pós-teste	31
Limitações do estudo	37
Conclusão	39
Conflito de interesses	39
Referencias bibliográficas	40
Anexos.....	45
Questionário Conhecimento, Atitudes e Práticas de Exercícios do Pavimento Pélvico em mulheres grávidas.....	45
Folheto informativo: Conhecimento, atitudes e práticas de exercícios do pavimento pélvico em mulheres grávidas	53

Índice de Tabelas

Tabela 1- Perfil Sociodemográfico dos Participantes por Grupo de Intervenção.....	14
Tabela 2 - Características Obstétricas e Ginecológicas das Participantes por Tipo de Intervenção	16
Tabela 3 - Situações Relacionadas com Disfunções do Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção	20
Tabela 4 - Exercícios para o Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção	21
Tabela 5 - Conhecimento e Intenção de Prática de Exercícios do Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção	22
Tabela 6 - Conhecimentos e Percepções sobre Exercícios do Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção.....	23
Tabela 7 - Distribuição das respostas nas questões de conhecimento sobre o pavimento pélvico antes e após a intervenção (Grupo Folheto).....	26
Tabela 8 - Distribuição das respostas nas questões de conhecimento sobre o pavimento pélvico antes e após a intervenção (Grupo Sessão de Esclarecimento, N=49)	29
Tabela 9 - Resultados do teste t de Student para amostras emparelhadas no grupo Folheto: comparação entre o pré e o pós-teste de conhecimento.	31
Tabela 10 - Resultados do teste t de Student para amostras emparelhadas no grupo Sessão de Esclarecimento: comparação entre o pré e o pós-teste de conhecimento.	31

Índice de Figuras

Figura 1 - Representação gráfica da comparação dos scores de conhecimento no pré e pós-teste, em ambos os grupos.	32
--	----

Lista de abreviaturas

CAP - Conhecimento, Atitudes e Práticas

DPP - Disfunções do Pavimento Pélvico

ICS - International Continence Society

IUGA - International Urogynecological Association

IU - Incontinência urinária

IUE- Incontinência urinária de esforço

OMS - Organização Mundial de Saúde

PP - Pavimento pélvico

RAM - Região Autónoma da Madeira

TMPP - Treino muscular do pavimento pélvico

Introdução

A gravidez e o parto conduzem a distintas alterações no corpo da mulher, nomeadamente, no seu pavimento pélvico. Segundo a International Continence Society (ICS) e a International Urogynecological Association (IUGA), o pavimento pélvico (PP) é constituído por músculos, ligamentos e tecidos conjuntivos que fornecem suporte aos órgãos pélvicos, como a bexiga, o útero e o reto (Haylen, et al., 2010).

Além de função de suporte, o pavimento pélvico desempenha um papel crucial na manutenção da continência urinária e fecal. É responsável pelo controlo dos processos de micção e defecação mediante a regulação da contração e do relaxamento dos músculos esfinterianos. Adicionalmente, contribui de forma significativa para a função sexual, promovendo tanto a sensibilidade como a resposta muscular durante a atividade sexual. Estas funções são coordenadas por vias nervosas aferentes e eferentes, bem como por músculos estriados e não estriados, assegurando uma comunicação eficaz entre os músculos e os órgãos pélvicos, essencial para o funcionamento adequado do PP (Quaghebeur et al., 2021).

Desta forma, durante a gravidez ocorrem alterações fisiológicas, mecânicas e hormonais que aumentam o risco de desenvolver Disfunções do Pavimento Pélvico (DPP). As DPP englobam um conjunto de sintomas e alterações anatómicas resultantes de alterações no funcionamento das estruturas pélvicas, nomeadamente a musculatura pélvica. Estas disfunções podem manifestar-se através do aumento da atividade muscular (hipertonicidade), ou diminuição da atividade muscular (hipotonicidade), ou coordenação inadequada desta musculatura. Consequentemente, podem ocorrer alterações no suporte, continência e função sexual. Em suma, as DPP podem abranger componentes urológicas, ginecológicas e colorretais, muitas das vezes interligadas entre si (Riaz, Nadeem, & Rathore, 2022).

As causas mais comuns para o desenvolvimento de DPP na gravidez são o aumento da mobilidade do colo da bexiga, a diminuição da resistência uretral e o comprometimento da contractilidade muscular (Celenay et al., 2021). São consequência do aumento progressivo do volume do útero, alterações hormonais e o contínuo estiramento muscular do PP que promovem uma sobrecarga de todas as estruturas pélvicas (Ryhtä et al., 2023).

Segundo a literatura, as DPP são predominantes em mulheres e afetam cerca de um terço da população mundial (Rodríguez-Almagro et al., 2024). Em Portugal, as disfunções são

frequentes em mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade, porém são escassos os dados nacionais específicos acerca da prevalência das mesmas (Faria, 2022).

Condições clínicas como a incontinência urinária, o prolapso de órgãos pélvicos, a incontinência fecal e dor pélvica afetam cerca de 24% das mulheres adultas, sendo a multiparidade, o parto vaginal e as lesões obstétricas considerados fatores de risco. Os sintomas de possíveis DPP surgem, geralmente, pela primeira vez durante a gravidez e podem ou não persistir no pós-parto (Hyakutake et al., 2018).

A incontinência urinária (IU) é a DPP mais predominante, caracterizada pela perda involuntária de urina e apresenta uma elevada prevalência (30%-70%). Geralmente, aumenta durante a gravidez (nomeadamente no segundo trimestre) e diminui, de forma gradual, durante o primeiro ano pós-parto (Ryhtä et al., 2023). Entre os diferentes tipos de incontinência, a incontinência urinária de esforço (IUE) é a mais comum associada à gravidez e pós-parto sendo caracterizada pela perda involuntária de urina consequente de um esforço tal como o espirro, tosse ou esforço físico. A prevalência de IU persistente após os primeiros três meses pós-parto é de aproximadamente 30%, impactando na qualidade de vida da puérpera (Mørkved & Bø, 2014; Woodley et al., 2020).

Sintomas de DPP originam repercussões físicas e emocionais tais como, a redução da prática de exercício físico, o isolamento social, a diminuição da participação em atividades sociais e/ou de lazer, inibição sexual e o desenvolvimento de quadros depressivos ou de ansiedade (Morvan, 2019).

O treino muscular do pavimento pélvico (TMPP) é recomendado como primeira linha de intervenção e de prevenção das DPP, classificado como evidência Nível 1 (Recomendação A). Mulheres com sinais e sintomas de IUE que realizam estes exercícios apresentam uma probabilidade oito vezes superior de recuperar dessa condição clínica (Kari Bø & Nygaard, 2020). É uma intervenção de baixo risco e minimamente invasivo, quando realizado por fisioterapeutas especializados em reabilitação pélvica. Igualmente, visa o aumento do suporte dos órgãos pélvicos e auxilia no correto encerramento e abertura dos esfíncteres permitindo a continência. É prescrito para aumentar a força, a resistência e a coordenação muscular, sendo essencial nos períodos pré e pós-parto de forma a minimizar o impacto e a sobrecarga do PP no decorrer destas fases (Alouini, Memic, & Couillandre, 2022).

Este treino é recomendado na gravidez e no pós-parto para a prevenção de DPP e permite à mulher desenvolver uma maior capacidade de consciência de movimento dos seus músculos do PP, nomeadamente nas fases de contração e relaxamento. Além disso, aumenta a circulação sanguínea local permitindo uma maior flexibilidade, mobilidade e oxigenação destes músculos e tecidos podendo prevenir lacerações e a possível necessidade de episiotomia resultantes do parto (Zhang et al., 2024).

A correta estimulação do PP e a prática diária destes exercícios durante o período da gravidez permitem uma maior mobilidade dessas estruturas, auxiliando as adaptações ao crescimento do feto, bem como uma recuperação mais rápida e eficaz, uma vez que os padrões motores neuromusculares já foram corretamente aprendidos e treinados previamente (Alagirisamy et al., 2022; Bø & Nygaard, 2020).

A execução deste treino específico também auxilia no retorno à vida sexual pós-parto melhorando parâmetros tais como a laxidão vaginal, a lubrificação, o orgasmo e algumas situações de dispareunia, permitindo a promoção de qualidade de vida, e redução de ocorrência de DPP (Romeikienė & Bartkevičienė, 2021).

A ICS (2024) refere que o treino é mais eficaz quando iniciado entre as 18 e as 20 semanas de gravidez, mantendo-se durante, pelo menos, 8 a 12 semanas. Este deve ser realizado preferencialmente sob a supervisão de um profissional, de forma a garantir maior adesão, comprometimento da grávida e uma execução correta dos exercícios. O treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) pode, no entanto, ser efetuado sem supervisão direta, desde que a grávida siga rigorosamente as instruções previamente fornecidas por um profissional de saúde. (Ryhtä et al., 2023).

Atualmente, as *guidelines* recomendam a realização dos exercícios do PP, cerca de 5 a 7 vezes por semana, 1 a 2 vezes por dia, incluindo 2 a 3 séries de cada exercício. O protocolo de exercícios do PP tem como objetivo o aumento da força contrátil, da velocidade, da resistência e da coordenação muscular (Santos-Rocha et al., 2020). Estes exercícios devem incluir uma pré-ativação da musculatura do PP no sentido ascendente, na posição deitada ou sentada. Quando a pré-ativação é executada corretamente, devem iniciar-se contrações máximas, tentando mantê-las durante 6 a 8 segundos, e o respetivo período de descanso deve ter a mesma duração do tempo de contração. Devem ser realizadas, 8 a 12 repetições em três séries. No final de cada série, devem ser incluídas 3 a 4 contrações rápidas, de forma a treinar a resposta reflexa necessária em situações de aumento da

pressão intra-abdominal como é o caso do espirro ou tosse. Posteriormente, este treino deve evoluir para a posição de pé (Mørkved & Bø, 2014; NICE, 2021).

Quanto à relação entre a atividade física e o TMPP, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda às grávidas, salvo contraindicação médica, a prática de, no mínimo, 150 minutos por semana, de exercício físico de intensidade moderada. A prática do exercício reduz a incidência e o risco de desenvolver pré-eclampsia, diabetes gestacional, hipertensão, aumento excessivo de peso, complicações no parto e depressão pós-parto (Mantilla Toloza, Villareal Cogollo, & Peña García, 2024). Para além disso, a prática de exercício físico de intensidade moderada e TMPP são recomendados para grávidas e puérperas por forma a prevenir e tratar sintomas de DPP (Mottola et al., 2018).

A prática destes exercícios geralmente aumenta no período pós-parto imediato, dado que os sintomas estão mais presentes, diminuindo posteriormente. Apenas 23% das mulheres mantêm a prática do TMPP a longo prazo, comprometendo a eficácia dos resultados e potenciando o risco de DPP (Bø & Hilde, 2013). A adesão ao exercício é influenciada pelos conhecimento, atitudes e práticas das grávidas (Jaffar et al., 2022; Temtanakitpaisan et al., 2020).

Segundo Celenay et al. (2021), existem diversas barreiras de conhecimento nas populações, nomeadamente em grávidas primíparas. As mulheres consideram os sintomas de DPP como normais ou não tratáveis. Além disso, desconhecem a existência de tratamentos eficazes e acessíveis, como os exercícios de contração e relaxamento dos músculos do PP.

Morvan et al. (2019) demonstram que apenas uma pequena percentagem das mulheres consegue identificar corretamente a musculatura do PP, os esfíncteres e a respetiva função. Grande parte das mulheres associa o parto vaginal, a cirurgia do trato urinário/útero e/ou abdómen como as causas mais comuns de DPP.

O esquecimento e a monotonia associada à execução dos exercícios do pavimento pélvico foram identificados como barreiras à sua adesão. A motivação e a disciplina constituem facilitadores essenciais no âmbito da adesão ao TMPP durante a gravidez. Neste contexto, torna-se fundamental avaliar o comportamento e a atitude das grávidas face à prática do TMPP, selecionar estratégias motivacionais eficazes, clarificar os benefícios fisiológicos e funcionais dos exercícios, bem como educar as mulheres para a gestão das expectativas – promovendo a valorização de expectativas realistas. Adicionalmente, é crucial adaptar

os exercícios de forma a facilitar a sua integração na rotina diária das grávidas (Wallace, Miller, & Mishra, 2019)

Daly et al. (2018) evidenciam a relevância do investimento em formação e estratégias de prevenção, com vista ao aumento do conhecimento e da consciencialização relativamente ao pavimento pélvico. Referem ser necessário perceber quais as estratégias de ensino mais adequadas de forma a aumentar a motivação e respetiva prática do TMPP nos períodos da gravidez e pós-parto. Defendem que a promoção de iniciativas e/ou disponibilização de materiais acessíveis e compreensíveis, baseados na evidência, permitem uma maior adesão mesmo por parte de grávidas que não podem comparecer presencialmente à preparação para a parentalidade. Destacam também, a importância do desenvolvimento de estratégias motivacionais com o intuito de aumentar a adesão aos programas de prevenção e/ou de reabilitação.

A aplicação de questionários em formato digital na área da saúde tem vindo a crescer pela sua simplicidade e acessibilidade, é bem aceite pela população, permite maior inclusão de participantes, apresenta menores custos a nível material e permite uma recolha de dados mais rápida e eficaz (Clohessy et al., 2023).

É possível verificar que, segundo a literatura, já foram utilizadas várias formas de ensino relacionadas com o pavimento pélvico. As sessões de esclarecimento têm demonstrado bons resultados, sobretudo quando realizadas de forma repetida. Este método promove um aumento imediato do conhecimento, reforça a sensibilização para a temática e possibilita a execução dos exercícios sob orientação de um profissional especializado, contribuindo assim para melhorar a técnica e potenciar os resultados do TMPP. (Hyakutake et al., 2018; Kharaji et al., 2023).

Por outro lado, o folheto trata-se de um material informativo e de apoio, é fácil de distribuir pela população e apresenta uma linguagem simplificada permitindo uma boa interpretação da informação. Apesar de se tratar de um recurso com efeito clínico limitado, a distribuição deste material permite a sua consulta sempre que necessário, permitindo o aumento dos conhecimentos (Hagen et al., 2014).

A utilização de Biofeedback juntamente com TMPP tem sido aplicada em alguns estudos. A junção de ambos permite uma maior consciência muscular e ensino mais específico da contração correta, mas ainda não apresenta estudos suficientes que garantam serem mais eficientes (Fernandes et al., 2025). Adicionalmente, a utilização de aplicações móveis que

incluem lembretes e comandos verbais para a realização do TMPP tem sido objeto de estudo. Estas ferramentas visam aumentar a adesão e a prática regular do TMPP, tendo demonstrado, até ao momento, resultados significativamente positivos. (Hou, Feng, Tong, Lu, & Jin, 2022).

Segundo o estudo de Paiva et al. (2016) a tipologia das iniciativas de ensino em grupo ou individuais, não apresentaram diferenças significativas na mudança dos comportamentos, atitudes e práticas do TMPP. Como tal, a execução em grupo tem sido a mais utilizada, sendo considerada mais viável e menos dispendiosa em saúde pública (Paiva et al., 2017)

Neste tipo de investigação, é fundamental abordar a anatomia e as funções do PP, dando a conhecer todas as suas estruturas, bem como as suas funções de continência, suporte e sexuais. Como tal, também é importante abordar as principais disfunções, como a incontinência urinária e fecal, prolapsos e disfunções sexuais, que têm um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (Fritel et al., 2023; Zhang et al., 2024). A referência dos fatores de risco, tais como a gravidez e parto, são fulcrais para reforçar a importância da prevenção e aquisição de bons hábitos relativos ao PP (Rodríguez-Almagro et al., 2024). Um dos pontos mais relevantes a abordar nestas sessões, de acordo com a literatura, é o ensino e incentivo da prática de exercícios do pavimento pélvico. O correto ensino destes exercícios permite demonstrar a sua eficácia, tanto na prevenção como no tratamento das DPP, através do fortalecimento muscular, da melhoria da continência e da promoção de uma melhor qualidade de vida em diferentes fases da vida da mulher. Por fim, estas sessões promovem uma maior sensibilização da população em relação ao seu PP, ao mesmo tempo que contribuem para dar a conhecer os profissionais e os tratamentos disponíveis para este tipo de problemáticas (Blanchard, Nyangoh-Timoh, Fritel, Fauconnier, & Pizzoferrato, 2021)

A partir da análise da literatura, identificou-se uma lacuna significativa no conhecimento e na adesão das grávidas à prática dos exercícios do pavimento pélvico, o que sublinha a necessidade de implementar ações educativas e estratégias de sensibilização direcionadas a esta temática. Neste sentido, torna-se essencial determinar qual o método de sensibilização mais eficaz para promover uma maior adesão, contribuindo assim para a eficácia dos programas de prevenção e reabilitação do pavimento pélvico. Considerando a escassez de dados relativos ao conhecimento desta temática na população da Região

Autónoma da Madeira, torna-se imperativo fomentar o reforço da literacia em saúde nesta área, enquanto componente essencial para a promoção da prevenção e do autocuidado.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia de duas intervenções de ensino na melhoria do Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) e exercícios do PP em grávidas da Região Autónoma da Madeira (RAM).

Metodologia

O presente estudo consistiu num estudo quase-experimental, com amostra de conveniência e com um desenho de teste-reteste. Foi aplicado um questionário, (tipo survey) de autopreenchimento, antes e após as ações formativas ou da distribuição do folheto informativo.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da ESSA com o processo N°18/2024-25.

Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 96 participantes, pelo método de seleção não probabilístico, por conveniência pela técnica de bola de neve, obtida através da divulgação nas redes sociais, contactos telefónicos de grávidas que foram acompanhadas na Policlínica de Câmara de Lobos e do Carmo e que residiam nos concelhos de Câmara de Lobos e Funchal, de forma a alcançar o maior número de mulheres grávidas destes concelhos.

Crítérios de seleção

Os critérios de inclusão consistiram em mulheres grávidas residentes na Ilha da Madeira; ter idade superior a 18 anos; aceitar participar no presente estudo concordando com consentimento informado inserido no questionário; apresentar capacidade de leitura e compreensão da língua portuguesa.

Foram excluídas mulheres com fatores de risco tais como pré-eclâmpsia, diabetes, hipertensão, doenças respiratórias, doenças cardíacas, doenças oncológicas, entre outros; grávidas com formação na área da saúde pélvica.

Cálculo da amostra

Na ausência de estudos prévios que estimem a magnitude do efeito da intervenção em análise, foi adotado um valor intermédio ($d = 0,55$), dentro da faixa considerada como efeito médio segundo Cohen (1988), com o objetivo de assegurar um equilíbrio entre sensibilidade estatística e viabilidade operacional.

Tendo por base esta magnitude, foi realizada uma análise de potência estatística a priori no software G*Power (versão 3.1.9.7), utilizando o teste t para diferenças entre médias de dois grupos independentes. Considerou-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05, um poder estatístico ($1-\beta$) de 0,80, e um teste unicaudal, por se assumir, com fundamento teórico, que o grupo experimental obterá melhores resultados do que o grupo de controlo.

Com estes parâmetros, o G*Power indicou a necessidade de uma amostra mínima total de 84 participantes, distribuídos equitativamente pelos dois grupos (42 sujeitos por grupo). Este valor permite garantir o poder estatístico desejado para detetar um efeito de magnitude média, conforme definido, e mostra-se compatível com a capacidade estimada de recrutamento prevista para o estudo.

Variáveis

Variável independente

Tipo de Intervenção de ensino (ação formativa ou folheto informativo).

Variável dependente

Conhecimento, Atitudes e Práticas dos exercícios do pavimento pélvico.

Variáveis sociodemográficas (idade, habilitações, estado civil, doenças associadas, tipo de intervenção formativa) e clínicas (tipo de gravidez, informações sobre gravidezes anteriores como o tipo de parto, abortos, número de semanas de gestação, número de partos anteriores intervenções cirúrgicas abdominais ou pélvicas).

Instrumentos

Foi aplicado o questionário “Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas” (Faria, 2022), que se encontra validado para a população portuguesa e foram adicionadas algumas questões do instrumento “Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Exercícios do PP em mulheres grávidas” (Temtanakitpaisan et al., 2020). Este questionário foi validado pela comissão de mestrado e de ética da ESSAlcoitão.

O questionário é do tipo misto (inclui questões abertas e fechadas), com uma duração média de preenchimento de 10 minutos, tendo sido aplicado apenas em formato digital.

O questionário é constituído por três partes: parte 1, questões de caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres grávidas; parte 2, questões de caracterização clínica da gravidez e de gravidezes/partos anteriores; e parte 3, questões sobre os conhecimentos, atitudes e práticas relativos ao pavimento pélvico, à prática de exercícios do mesmo e seus benefícios. Perfaz um total de 31 questões.

O questionário e as suas componentes sociodemográficas, juntamente com uma entrevista inicial, permitiram avaliar os critérios de inclusão e exclusão de cada grávida, determinando a sua elegibilidade para integrar a amostra do estudo.

O questionário de “Consciencialização e compreensão do Pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas” dos 18 aos 40 anos de idade está validado e testado na população portuguesa. A adaptação de um questionário que é constituído pelas questões mais pertinentes para este estudo, dos vários questionários acerca do conhecimento, atitudes e práticas, validados nesta área, permite uma continuidade da caracterização das mulheres grávidas, especificamente grávidas da RAM, e respetivo conhecimento, atitudes e práticas.

Procedimentos

A recolha de dados decorreu entre 19 de fevereiro e 2 de maio de 2025. Durante o período compreendido entre 4 de fevereiro até ao final da recolha, as participantes foram convidadas a integrar o estudo por meio de contato telefónico e da rede social Instagram®, com o apoio de clínicas privadas.

As clínicas envolvidas na recolha de dados disponibilizavam uma listagem das grávidas em acompanhamento nas consultas de Ginecologia e Obstetrícia, as quais foram contactadas diretamente pela investigadora. Nesse momento, foi realizada uma breve entrevista inicial destinada a verificar a elegibilidade de cada participante de acordo com os critérios definidos. Apenas após a aceitação em participar no estudo, as mulheres tiveram acesso ao questionário e à sessão de esclarecimento ou, em alternativa, ao folheto informativo.

A alocação das participantes aos grupos foi realizada de forma aleatória, através do sorteio “bola branca, bola preta”. Com o decorrer do recrutamento, as participantes foram alocadas aos grupos de intervenção, respeitando o local de seguimento, de forma a garantir uma distribuição equitativa entre os grupos experimentais e, assim, assegurar a comparabilidade das condições entre eles. Cada intervenção teve uma duração aproximada de 30 minutos, sendo que os grupos incluíam, no máximo, seis participantes por sessão.

No dia da intervenção, as participantes foram inicialmente convidadas verbalmente e informadas sobre os objetivos da pesquisa, a forma de participação e a possibilidade de se retirarem a qualquer momento, garantindo-se o respeito aos princípios éticos. O estudo

foi conduzido de acordo com os princípios éticos em investigação e todas as participantes assinaram o termo do consentimento informado antes de qualquer procedimento.

Após ter dado consentimento, a participante preenchia, pela primeira vez, o questionário do estudo.

Este incluía perguntas sobre conhecimento e práticas relacionadas com o pavimento pélvico. Em seguida, as participantes de acordo com o seu grupo tiveram as seguintes intervenções:

Grupo Sessão de Esclarecimento: assistiram a uma apresentação realizada pela investigadora, abordando e demonstrando a anatomia e funções do pavimento pélvico (através de modelos anatómicos e animações em 3D); disfunções do pavimento pélvico (DPP); a importância da execução dos exercícios durante a gravidez e vantagens destes exercícios na preparação do parto, no parto e pós-parto e a demonstração prática dos mesmos, com orientações e correções feitas pela investigadora.

Grupo Folheto: recebeu o mesmo conteúdo informativo por escrito e através de imagens em formato de folheto, sem explicação verbal da investigadora ou demonstração prática dos exercícios.

Ao término dessa etapa, as participantes respondiam novamente ao questionário.

No grupo Folheto, após a recolha de dados do pré e pós-teste constatou-se que algumas participantes tinham dúvidas. Sentiu-se assim a necessidade de promover um segundo momento extra estudo, com o objetivo de esclarecer dúvidas e promover o aumento de conhecimento das participantes. Este procedimento foi promovido após a recolha de dados e por isso em nada interferiu com as respostas das participantes deste grupo.

Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade de todas as participantes, uma vez que os dados recolhidos foram pseudoanonimizados para que não permitissem a sua identificação. Apenas a investigadora principal teve acesso aos dados e à atribuição do código de identificação da participante.

Estas sessões foram realizadas em local reservado e adequado para conforto e privacidade das grávidas.

Durante todo o estudo, medidas de controlo de viés foram adotadas, como a aplicação padronizada do questionário e instruções claras, evitando a influência da investigadora nas respostas.

Após a recolha de dados, estes foram inseridos numa base de dados e submetidos à análise estatística.

Tratamento de dados

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics*, versão 30.0.

O tratamento dos dados iniciou-se com a análise estatística descritiva das variáveis de caracterização da amostra. Esta etapa incluiu o cálculo de frequências absolutas e relativas, realizadas no início do estudo, com o objetivo de comparar os dois grupos de intervenção quanto às suas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Em seguida, procedeu-se à análise intra-grupal, na qual foram comparadas as respostas dos participantes no pré e no pós-teste dentro de cada grupo. A análise teve por base a distribuição de frequências das respostas obtidas em cada momento, permitindo identificar variações qualitativas no nível de conhecimento.

Para quantificar a evolução do conhecimento, foi criado um *score* total de conhecimento, resultante do somatório ponderado das respostas aos itens do questionário. Com base nesse *score*, aplicou-se o teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas, com o intuito de verificar, em cada grupo, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste. O tamanho do efeito foi calculado através do *d* de Cohen, interpretado segundo os critérios clássicos: pequeno (*d* entre 0,2 e 0,49), médio (*d* entre 0,5 e 0,79) e grande ($d \geq 0,8$), conforme proposto por Cohen (1988).

Posteriormente, procedeu-se à análise intergrupar, comparando os *scores* totais de conhecimento entre os dois grupos no pré e no pós-teste, por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes, complementada pelo cálculo do *d* de Cohen, permitindo avaliar a magnitude das diferenças observadas.

Optou-se pela utilização de testes paramétricos, uma vez que, embora os testes de normalidade não tenham confirmado a distribuição normal dos dados, os desvios observados foram considerados pouco severos. Esta decisão baseou-se nos critérios de

Kline (2005), que admite a aplicação de testes paramétricos quando a assimetria (Sk) se situa entre -3 e +3 e a curtose (Ku) entre -7 e +7.

Resultados

A amostra foi constituída por 96 mulheres grávidas residentes na Região Autónoma da Madeira, distribuídas em dois grupos de intervenção: Folheto (n=47) e Sessão de Esclarecimento (n=49).

No total foram recolhidas 195 respostas ao questionário das quais 192 foram consideradas válidas. Três respostas foram excluídas por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos.

Caracterização da amostra

As características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1. Observa-se que a maioria das participantes se encontrava na faixa etária entre os 25 e 36 anos, tanto no grupo do Folheto (63,8%), como no grupo da Sessão de Esclarecimento (77,5%).

A comparação entre os grupos revelou que não existiam diferenças estatisticamente significativas na média de idades, conforme indicado pelo *t* de *Student* para amostras independentes ($t(94) = 0,504$; $p = 0,308$), (Cohen's $d = 0,103$).

Relativamente ao local de seguimento, as participantes estavam distribuídas de forma equilibrada entre Câmara de Lobos (49,0%) e Funchal (51,0%), em ambos os grupos. No que diz respeito ao estado civil, verificou-se uma maior prevalência de mulheres casadas no grupo Folheto (40,4%), enquanto no grupo Sessão de Esclarecimento predominavam as solteiras (49,0%).

Quanto ao nível de habilitações literárias, o ensino secundário foi o mais frequente em ambos os grupos (cerca de 38%), seguido pela licenciatura, que apresentou maior prevalência no grupo Folheto (40,4%) em comparação com o grupo Sessão de Esclarecimento (30,6%).

No que se refere à categoria profissional, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões, observou-se predominância de profissionais dos serviços pessoais, proteção e vendedores no grupo Folheto (25,5%), ao passo que, no grupo Sessão de Esclarecimento, foi mais frequente a categoria de técnicos e profissionais de nível intermédio (20,4%).

Tabela 1- Perfil Sociodemográfico dos Participantes por Grupo de Intervenção

Variável	Categoria	Folheto (n=47)	Sessão de Esclarecimento (n=49)
Idade	19-24 anos	8,5% (4)	8,2% (4)
	25-30 anos	34,0% (16)	46,9% (23)
	31-36 anos	29,8% (14)	30,6% (15)
	37-42 anos	27,7% (13)	8,2% (4)
	43-48 anos	0,0% (0)	6,1% (3)
		Média=31,57	Média=30,98
		Dp=5,64	Dp=5,90
Local		Min=21	Min=19
		Max=42	Max=45
Local	Câmara de Lobos	48,9% (23)	49,0% (24)
	Funchal	51,1% (24)	51,0% (25)
Estado Civil	Casada	40,4% (19)	22,4% (11)
	Divorciada	8,5% (4)	0,0% (0)
	Solteira	29,8% (14)	49,0% (24)
	União de facto	21,3% (10)	28,6% (14)
Habilitações	Básico	0,0% (0)	8,2% (4)
	Secundário	38,3% (18)	38,8% (19)
	Licenciatura	40,4% (19)	30,6% (15)
	Mestrado	19,1% (9)	22,4% (11)
	Doutoramento	2,1% (1)	0,0% (0)
Profissão (CNP)	Dirigentes/Profissionais Científicos	21,3% (10)	14,3% (7)
	Técnicos/Intermédios	23,4% (11)	20,4% (10)
	Administrativos	8,5% (4)	10,2% (5)
	Serviços/Vendas	25,5% (12)	18,4% (9)
	Indústria/Artífices	4,3% (2)	2% (1)
	Não Qualificados	6,4% (3)	12,2% (6)
	Desempregadas	0% (0)	10,2% (5)
	Estudantes	4,3% (2)	4,1% (2)
	Outras	6,4% (3)	8,2% (4)

A tabela 2 apresenta a caracterização obstétrica e ginecológica das participantes, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de intervenção no que respeita ao número de semanas de gestação. A média de semanas de gestação foi superior no grupo Folheto ($M = 27,19$; $DP = 5,69$) em comparação com o grupo Sessão de Esclarecimento ($M = 22,63$; $DP = 7,99$), diferença considerada estatisticamente significativa ($t(94) = 3,21$; $p < 0,001$; d de Cohen = 0,66).

A maioria das grávidas encontrava-se entre as 21 e as 32 semanas de gestação: 68,0% no grupo Folheto Informativo e 51,0% no grupo Sessão de Esclarecimento. Contudo, verificou-se uma maior proporção de participantes em fases iniciais da gravidez (<14 semanas) no grupo Sessão de Esclarecimento (10,2%), em contraste com a ausência de casos no grupo Folheto.

Relativamente ao tipo de gravidez, todas as mulheres do grupo Folheto apresentavam gravidezes simples (100,0%). enquanto no grupo Sessão de Esclarecimento, embora

maioritariamente tivessem gravidez simples, 6,1% (n=3) das participantes indicaram gravidez múltipla.

Em relação à paridade, a maioria das mulheres do grupo Folheto encontrava-se na sua primeira gravidez (57,4%), proporção que aumentou para 91,8% no grupo Sessão de Esclarecimento. Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa ($\chi^2 (1) = 15,13$, $p < 0,001$), evidenciando uma disparidade considerável na experiência obstétrica prévia entre os grupos.

As variáveis relativas a gravidezes anteriores - número e tipo de partos bem como número e tipo de abortos - foram analisadas apenas entre as mulheres que já haviam estado grávidas anteriormente (n = 20 no grupo Folheto; n = 4 no grupo Sessão de Esclarecimento). Assim, as percentagens apresentadas dizem respeito exclusivamente a esses subgrupos.

Relativamente ao número de gravidezes de termo anteriores, no grupo Folheto, 60,0% das grávidas relataram ter tido uma e no grupo Sessão de Esclarecimento, todas as participantes com gravidezes anteriores (n = 4) referiram uma única gravidez de termo. Por sua vez, as gravidezes de não termo foram mais frequentes no grupo Sessão de Esclarecimento (50,0%) do que no grupo Folheto (20,0%).

No que se refere ao histórico de aborto, 15,0% das participantes do grupo Folheto relataram ter tido um aborto espontâneo, não havendo casos de aborto induzido. No grupo Sessão de Esclarecimento, 25,0% das participantes referiram tanto aborto espontâneo como induzido. Contudo, a maioria das mulheres, de ambos os grupos, declarou nunca ter tido qualquer aborto.

Quanto ao tipo de parto, observou-se uma ligeira predominância do parto vaginal no grupo Folheto (55,0%) em comparação com o grupo Sessão de Esclarecimento (50,0%). Entre as mulheres com partos vaginais (n = 11 no grupo Folheto; n = 2 no grupo Sessão de Esclarecimento), a maioria referiu partos de termo (54,5% e 50,0%, respetivamente). No grupo Folheto verificaram-se ainda casos de partos múltiplos, incluindo partos pré-termo.

Relativamente às intervenções durante o parto vaginal, no grupo Folheto 27,3% das participantes reportaram ter sido submetidas a episiotomia e 27,3% a lacerações, enquanto 18,2% referiram uso de ventosa e 18,2% indicaram não ter sofrido qualquer intervenção.

Já no grupo Sessão de Esclarecimento, ambas as mulheres com parto vaginal reportaram utilização de ventosa (100,0%).

A via de parto por cesariana foi mais frequente no grupo Folheto (45,0%) em comparação com o grupo Sessão de Esclarecimento (25,0%). Entre as mulheres que reportaram cesariana (n = 9 no grupo Folheto; n = 1 no grupo Sessão de Esclarecimento), a maioria ocorreu a termo. No grupo Folheto, 44,4% referiram uma cesariana a termo, 22,2% referiram duas a termo e combinação entre cesarianas de termo e pré-termo, 11,1%. No grupo Sessão de Esclarecimento, apenas foi reportada uma cesariana em todo o grupo e esta também foi realizada a termo.

Relativamente ao histórico de cirurgias abdominais e/ou pélvicas, 23,4% das participantes do grupo Folheto e 8,2% do grupo Sessão de Esclarecimento reportaram ter sido submetidas a pelo menos uma cirurgia. Entre estas, no grupo Folheto destacaram-se intervenções relacionadas com tratamentos de fertilidade (36,4%), colecistectomia (18,2%) e outros procedimentos ginecológicos e gastroenterológicos. Os dados encontram-se resumidos na Tabela 2.

No grupo Folheto, não se verificaram grávidas com menos de 14 semanas de gestação e maioritariamente, 68% encontra-se com mais de 21 semanas de gravidez. A idade gestacional média neste grupo foi de 27,19 semanas (DP = 5,69), variando entre 14 e 41 semanas.

No grupo Sessão de Esclarecimento, 10,2% das participantes estavam com menos de 14 semanas de gestação e 51% acima das 21 semanas de gravidez. A idade gestacional média foi de 22,63 semanas (DP = 7,99), com valores variando entre 3 e 38 semanas.

Tabela 2 - Características Obstétricas e Ginecológicas das Participantes por Tipo de Intervenção

Variável / Categoria		Folheto (n=47)	Sessão de Esclarecimento (n=49)
Tipo de gravidez	Simplex	100,0% (47)	93,9% (46)
	Múltipla	0,0% (0)	6,1% (3)
1ª Gravidez	Sim	57,4% (27)	91,8% (45)
	Não	42,6% (20)	8,2% (4)
Gravidezes de termo	0	10,0% (2)	25,0% (1)
	1	60,0% (12)	75,0% (3)
	2	20,0% (4)	0,0% (0)
	3	10,0% (2)	0,0% (0)
Prematuros	0	80,0% (16)	50,0% (2)
	1	10,0% (2)	25,0% (1)
	2	10,0% (2)	25,0% (1)

Tipo de aborto	Espontâneo	15,0% (3)	25,0% (1)
	Induzido	0,0% (0)	25,0% (1)
	Nenhum	85,0% (17)	50,0% (2)
Parto vaginal	Sim	55,0% (11)	50,0% (2)
	Não	45,0% (9)	50,0% (2)
Número de Partos vaginais e Semanas de Gestação	0-1 parto (termo ≥ 37 semanas)	6 (54,5%)	1 (50,0%)
	0- 1 parto (pré-termo < 37 semanas)	1 (9,1%)	0 (0,0%)
	2-3 partos (todos de termo)	2 (18,2%)	0 (0,0%)
	2-3 (inclui pelo menos um pré-termo) partos – termo e pré-termo	2 (18,2%)	1 (50,0%)
Intervenções parto vaginal	Episiotomia	3 (27,3%)	0 (0,0%)
	Laceração	3 (27,3%)	0 (0,0%)
	Não foi submetida a nenhuma intervenção	2 (18,2%)	0 (0,0%)
Partos instrumentais	Fórceps e/ou Ventosa	1 (9,1%)	0 (0,0%)
	Ventosa (isolada)	2 (18,2%)	2 (100,0%)
Parto cesariana	Sim	45,0% (9)	25,0% (1)
	Não	55,0% (11)	75,0% (3)
Número de Partos cesariana e Semanas de Gestação	1 cesariana (termo ≥ 37 semanas)	4 (44,4%)	1 (100,0%)
	1 cesariana (pré-termo < 37 semanas)	2 (22,2%)	0 (0,0%)
	2 cesarianas (todas de termo)	2 (22,2%)	0 (0,0%)
	2 cesarianas (inclui pelo menos um de pré-termo)	1 (11,1%)	0 (0,0%)

No grupo Folheto, 74,5% não apresentavam antecedentes de cirurgia abdominal ou pélvica. Entre as participantes com histórico cirúrgico, os procedimentos mais frequentes foram tratamentos de fertilidade (36,4%) e colecistectomia (18,2%), sendo também registados casos isolados de lipoaspiração, cirurgia para endometriose, herniotomia (geral, abdominal ou umbilical).

No grupo da sessão de esclarecimento, 75,5% não apresentavam histórico cirúrgico. Entre as mulheres com histórico cirúrgico, destacaram-se correções de hérnia inguinal e variantes (50,0%), apendicectomia (25,0%) e a hemorroidectomia (25,0%).

Conhecimentos sobre o pavimento pélvico

Em ambos os grupos, a maioria das participantes relatou já ter ouvido falar sobre o pavimento pélvico e saber localizar esta estrutura anatómica, com percentagens semelhantes no grupo Folheto (57,4%; n=27) e no grupo Sessão de Esclarecimento (55,1%; n=27). Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($\chi^2 (1) = 0,054$; $p = 0,817$), indicando níveis comparáveis de conhecimento básico entre os grupos neste domínio.

Por outro lado, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa relativamente à procura ou receção de informação sobre disfunções do pavimento pélvico. No grupo Folheto: 66,0% (n=31) das participantes afirmaram ter procurado ou recebido este tipo de informação, em contraste com apenas 14,3% (n=7) no grupo Sessão de Esclarecimento. O teste do Qui-quadrado confirmou esta diferença como altamente significativa ($\chi^2 (1) = 26,783$; $p < 0,001$), sugerindo um maior grau de exposição prévia ao tema entre as participantes do grupo Folheto.

Entre as participantes que afirmaram ter recebido informação, destacaram-se, no grupo Folheto, como principais fontes: o fisioterapeuta (45,2%; n=14), o médico de família (35,5%; n=11) e o enfermeiro (29,0%; n=9). No grupo Sessão de Esclarecimento, a informação foi maioritariamente obtida junto de enfermeiros (77,4%; n=24), seguido do ginecologista (22,6%; n=7). As percentagens foram calculadas apenas com base no testemunho das mulheres, que afirmaram ter procurado ou recebido informação (n=31 no grupo Folheto e n=7 no grupo Sessão de Esclarecimento).

As situações auto-reportadas relacionadas com disfunções do pavimento pélvico revelaram padrões distintos entre os grupos. A perda involuntária de urina foi a queixa mais frequente, embora com diferenças quanto ao fator desencadeante: no grupo Folheto, a maioria indicou nunca ter experienciado este problema (59,6%), enquanto no grupo Sessão de Esclarecimento essa proporção foi ligeiramente inferior (53,1%). A perda urinária associada à gravidez foi mais relatada no grupo Sessão de Esclarecimento (30,6%) do que no grupo Folheto (8,5%).

Relativamente à perda involuntária de fezes e de gases, em ambos os grupos, a maioria das mulheres indicou nunca ter experienciado estas situações. No entanto, a perda de gases foi reportada com maior frequência no grupo Sessão de Esclarecimento (22,4% do total de sintomas), particularmente associada à gravidez (10,2%) e ao esforço, como tossir ou espirrar (6,1%).

A perda de ar pela vagina foi uma queixa pouco comum no grupo Folheto, com 97,9% das participantes indicando nunca ter experienciado este sintoma. No grupo Sessão de Esclarecimento, 18,4% relataram já ter vivenciado este sintoma, predominantemente associado à gravidez (12,2%).

Quanto à sensação de peso ou de “bola” na vagina ou ânus, a maioria das participantes de ambos os grupos referiram nunca ter experienciado tal sintoma (83,0% no grupo Folheto e 79,6% no grupo Sessão de Esclarecimento). Ainda assim, o grupo Sessão de Esclarecimento apresentou uma maior proporção de relatos associados à gravidez (18,4%).

As queixas de dor na região vaginal, vulvar ou anal foram também pouco prevalentes, com 80,9% das participantes no grupo Folheto e 77,6% na Sessão de Esclarecimento, a indicarem nunca terem experienciado dor. As dores associadas à gravidez foram ligeiramente mais frequentes no grupo Sessão de Esclarecimento (18,4%) do que no grupo Folheto (17,0%).

A sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga foi mais relatada pelas participantes do grupo Sessão de Esclarecimento (26,5% durante a gravidez) em comparação grupo Folheto (12,8%). Uma tendência semelhante foi observada quanto à sensação de não ter evacuado completamente, com maior prevalência de queixas no grupo Sessão de Esclarecimento (16,3% atribuíram à gravidez) do que no grupo folheto (4,3%).

Por fim, no que diz respeito à necessidade de esforço para urinar ou defecar, embora a maioria das participantes tenha indicado nunca ter experienciado tal sensação, uma vez mais, as proporções de queixas foram superiores no grupo Sessão de Esclarecimento. Neste grupo, 22,4% referiram necessidade de esforço para urinar durante a gravidez, comparado com 10,6% no grupo Folheto, e 22,4% relataram necessidade de esforço para defecar (vs. 17,0% no grupo Folheto).

Em síntese, embora a maioria das participantes de ambos os grupos não tenham apresentado sintomas de disfunções do pavimento pélvico, o grupo Sessão de Esclarecimento revelou, de forma geral, uma maior prevalência de situações como perdas involuntárias (especialmente relacionadas à gravidez), sensação de esvaziamento incompleto e necessidade de esforço para urinar ou defecar.

Importa ressaltar que algumas das diferenças observadas entre os grupos poderão estar associadas às características obstétricas das participantes. Os dados encontram-se detalhados na Tabela 3.

Tabela 3 - Situações Relacionadas com Disfunções do Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção

Variável	Categoria de resposta	Folheto (n=47)	Sessão de Esclarecimento (n=49)
Perda involuntária de urina	Com exercício físico	10,6% (5)	4,1% (2)
	Gravidez	8,5% (4)	30,6% (15)
	Nunca foi um problema	59,6% (28)	53,1% (26)
	Pós-parto	2,1% (1)	0,0% (0)
	Tossir/espirrar	19,1% (9)	12,2% (6)
Perda involuntária de fezes	Gravidez	6,4% (3)	4,1% (2)
	Nunca foi um problema	93,6% (44)	95,9% (47)
Perda involuntária de gases	Com exercício físico	2,1% (1)	6,1% (3)
	Gravidez	2,1% (1)	10,2% (5)
	Nunca foi um problema	93,6% (44)	77,6% (38)
	Tossir/espirrar	2,1% (1)	6,1% (3)
Perda de ar pela vagina	Com exercício físico	2,1% (1)	2,0% (1)
	Gravidez	0,0% (0)	12,2% (6)
	Tossir/espirrar	0,0% (0)	4,1% (2)
	Nunca foi um problema	97,9% (46)	81,6% (40)
Sensação de peso/"bola" na vagina ou ânus	Com exercício físico	2,1% (1)	0,0% (0)
	Gravidez	8,5% (4)	18,4% (9)
	Pós-parto	6,4% (3)	2,0% (1)
	Nunca foi um problema	83,0% (39)	79,6% (39)
Dor na região da vagina, vulva ou ânus	Após cirurgia	0,0% (0)	2,0% (1)
	Com exercício físico	2,1% (1)	0,0% (0)
	Gravidez	17,0% (8)	18,4% (9)
	Pós-parto	0,0% (0)	2,0% (1)
	Nunca foi um problema	80,9% (38)	77,6% (38)
Sensação de que não urinou tudo	Após cirurgia	2,1% (1)	0,0% (0)
	Com exercício físico	0,0% (0)	4,1% (2)
	Gravidez	12,8% (6)	26,5% (13)
	Pós-parto	0,0% (0)	2,0% (1)
	Tossir/espirrar	0,0% (0)	2,0% (1)
	Nunca foi um problema	85,1% (40)	65,3% (32)
Sensação de que não defecou tudo	Após cirurgia	0,0% (0)	2,0% (1)
	Com exercício físico	0,0% (0)	2,0% (1)
	Gravidez	4,3% (2)	16,3% (8)
	Pós-parto	0,0% (0)	2,0% (1)
	Nunca foi um problema	95,7% (45)	75,5% (37)
Necessidade de fazer força para urinar	Gravidez	10,6% (5)	22,4% (11)
	Pós-parto	0,0% (0)	2,0% (1)
	Tossir/espirrar	0,0% (0)	4,1% (2)
	Nunca foi um problema	89,4% (42)	71,4% (35)
Necessidade de fazer força para defecar	Após cirurgia	2,1% (1)	2,0% (1)
	Com exercício físico	0,0% (0)	2,0% (1)
	Gravidez	17,0% (8)	22,4% (11)
	Pós-parto	0,0% (0)	2,0% (1)
	Nunca foi um problema	80,9% (38)	71,4% (35)

A prática de exercícios para o pavimento pélvico revelou diferenças entre os dois grupos de intervenção. No grupo do Folheto, 36,2% das participantes referiram realizar ou já ter realizado este tipo de exercícios, enquanto no grupo da sessão de esclarecimento essa proporção foi inferior (22,4%). Todavia, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($\chi^2 (1) = 2,186$; $p = 0,139$), sugerindo que, apesar da tendência observada, a

intervenção aplicada não se traduziu, por si só, numa diferença robusta na prática autorreferida.

Importa salientar, contudo, que a questão seguinte — “por que motivo realizou/realiza/realizaria os exercícios” — abrange não apenas a prática efetiva, mas também a intenção futura da sua realização. Nesse sentido, o número de respostas a esta pergunta ultrapassa o número de participantes que indicaram já praticar os exercícios, refletindo motivações latentes ou expectativas individuais relativamente à adoção da prática.

No grupo Folheto, a maioria das participantes apontou a gravidez como principal motivo (78,7%), seguindo-se o período pós-parto (8,5%) e o tratamento de disfunções do pavimento pélvico (6,4%). Estes resultados sugerem um maior contacto prévio com informação ou experiências relacionadas com a função pélvica, o que se articula com o perfil obstétrico mais experiente deste grupo.

Em contrapartida, no grupo Sessão de Esclarecimento, a categoria predominante foi “não respondeu” (63,3%), possivelmente refletindo desconhecimento, indecisão ou ausência de intenção clara relativamente à prática dos exercícios. Ainda assim, 28,6% das participantes indicaram a gravidez como motivo, 4,1% referiram o tratamento de DPP e 2,0% combinaram gravidez e pós-parto como justificações.

Em síntese, os resultados evidenciam que o grupo Folheto apresenta maior familiaridade com a prática e motivações mais claras relativamente aos exercícios do pavimento pélvico, enquanto no grupo Sessão de Esclarecimento se observa um espaço de oportunidade para reforço da literacia em saúde nesta área. Os dados encontram-se detalhados na Tabela 4.

Tabela 4 - Exercícios para o Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção

Variável	Categoria resposta	de Folheto (n=47)	Sessão de Esclarecimento (n=49)
Realiza/já realizou o exercício para o pavimento pélvico?	Não	63,8% (30)	77,6% (38)
	Sim	36,2% (17)	22,4% (11)
	Não respondeu	2,1% (1)	63,3% (31)
	Após o parto	8,5% (4)	0,0% (0)

Porque realizou/realiza/realizaria esses exercícios	motivo	Mais prazer nas relações sexuais	2,1% (1)	0,0% (0)
		Para tratar alguma disfunção	6,4% (3)	4,1% (2)
		Por estar grávida	78,7% (37)	28,6% (14)
		Por estar grávida e após o parto	0,0% (0)	2,0% (1)
		Outro	2,1% (1)	2,0% (1)

No que respeita às motivações para a prática dos exercícios do pavimento pélvico, ambos os grupos apontaram como principal fator a facilitação do parto, embora esta motivação tenha sido mais expressiva no grupo Folheto (68,1%) do que no grupo Sessão de Esclarecimento (46,9%). Neste último grupo verificou-se uma maior dispersão nas respostas, incluindo combinações como prevenir perdas urinárias e facilitar o parto (26,6%) e a opção “nenhuma das anteriores” (12,2%), ausente no grupo Folheto.

Em síntese, os resultados sugerem que o grupo Folheto reconhece de forma mais clara a utilidade dos exercícios na facilitação do parto, enquanto o grupo Sessão de Esclarecimento demonstra intenções de prática mais diversificadas, refletindo diferentes perspetivas sobre os benefícios associados. Os dados encontram-se detalhados na Tabela 5.

Tabela 5 - Conhecimento e Intenção de Prática de Exercícios do Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção

Variável	Categoria de resposta	Folheto (n=47)	Sessão de Esclarecimento (n=49)
Se selecionou "sim" na reposta anterior indique uma vantagem dos exercícios do pavimento pélvico na gravidez	Facilitar o parto	14,3% (6)	15,8% (6)
	Prevenir/tratar incontinência urinária	19,0% (8)	21,1% (8)
	Melhor recuperação pós-parto	4,8% (2)	5,3% (2)
	Reduzir dor/desconforto	9,5% (4)	13,2% (5)
	Fortalecer/ativar musculatura pélvica	16,7% (7)	7,9% (3)
	Melhor mobilidade/postura/consciência corporal	11,9% (5)	7,9% (3)
	Evitar complicações (ex. episiotomia, laceração, prolapsos)	7,1% (3)	13,2% (5)
	Melhoria na sexualidade	2,4% (1)	2,6% (1)
	Outros (ex. recomendação geral, confiança, etc.)	14,3% (6)	5,3% (2)
Motivação para exercícios	Facilitar o trabalho de parto	68,1% (32)	46,9% (23)
	Prevenir perdas urinárias na tosse/espirro	21,3% (10)	14,3% (7)
	Evitar cirurgias	6,4% (3)	0,0% (0)

Nenhuma das anteriores	0,0% (0)	12,2% (6)
Combinadas/Outras	4,3% (2)	26,6% (13)

A análise comparativa entre os dois grupos evidenciou diferenças relevantes no tipo de orientação recebida, na percepção da importância atribuída ao treino e na compreensão dos benefícios associados à sua prática. Os resultados encontram-se sistematizados na Tabela 6.

Tabela 6 - Conhecimentos e Percepções sobre Exercícios do Pavimento Pélvico por Tipo de Intervenção

Variável	Categoria de Resposta	Folheto (n=47)	Sessão de Esclarecimento (n=49)
Que tipo de informação/orientação lhe foi fornecida para a realização do treino dos músculos do pavimento pélvico?	Não responde	2,1% (1)	59,2% (29)
	Apertar o ânus e depois relaxar	2,1% (1)	0,0% (0)
	Contrair os músculos durante exercício físico	10,6% (5)	12,2% (6)
	Encolher a barriga	2,1% (1)	0,0% (0)
	Evitar contrair glúteos/coxa ao expirar	2,1% (1)	0,0% (0)
	Evitar prender a respiração ou contrair a barriga	6,4% (3)	2,0% (1)
	Imaginar uma ervilha à entrada da vagina	4,3% (2)	8,2% (4)
	Parar o fluxo de urina ao urinar	12,8% (6)	6,1% (3)
	Não sei	57,4% (27)	12,2% (6)
Postura adequada para o exercício	Deitada	2,1% (1)	14,3% (7)
	Posição em pé	0,0% (0)	4,1% (2)
	Posição sentada	61,7% (29)	28,6% (14)
	Posição sentada e em pé	2,1% (1)	4,1% (2)
	Sentada, em pé e deitada	0,0% (0)	2,0% (1)
	Não sei	34,0% (16)	46,9% (23)
Importância do treino na gravidez	Muito importante	48,9% (23)	42,9% (21)
	Moderadamente importante	27,7% (13)	10,2% (5)
	Pouco importante	0,0% (0)	16,3% (8)
	Não é importante	0,0% (0)	2,0% (1)
	Nunca pensou sobre o assunto	23,4% (11)	28,6% (14)
Benefício do exercício	Parto mais fácil	14,9% (7)	22,4% (11)
	Parto + Reduzir dor	0,0% (0)	6,1% (3)
	Recuperação pós-parto mais rápida	10,6% (5)	8,2% (4)
	Reduzir a dor	14,9% (7)	10,2% (5)
	Reduzir incontinência urinária	31,9% (15)	18,4% (9)
	Incontinência + Parto + Recuperação + Satisfação + Dor	0,0% (0)	2,0% (1)
	Incontinência + Parto + Recuperação + Dor	0,0% (0)	2,0% (1)

Incontinência + Parto + Recuperação + Trauma + Dor	0,0% (0)	2,0% (1)
Incontinência + Parto + Reduzir dor	0,0% (0)	4,1% (2)
Incontinência + Parto + Trauma	0,0% (0)	4,1% (2)
Incontinência + Recuperação	0,0% (0)	4,1% (2)
Incontinência + Trauma	0,0% (0)	2,0% (1)
Trauma do parto/pós-parto	27,7% (13)	12,2% (6)

Ambos os grupos reconheceram a importância dos exercícios do pavimento pélvico; contudo, no grupo Folheto observou-se uma maior clareza e especificidade relativamente à orientação recebida e aos benefícios percebidos, o que poderá refletir uma experiência obstétrica mais consolidada. Já o grupo Sessão de Esclarecimento evidencia maior necessidade de reforço da literacia em saúde pélvica, particularmente nas fases iniciais da gravidez.

Análise intra-grupal: comparação pré vs. pós-teste em cada grupo

Ao analisar as questões relacionadas com o conhecimento e respetivos graus de mudança entre os momentos pré e pós-teste, em ambos os formatos de intervenção (Folheto e Sessão de Esclarecimento), verificaram-se variações positivas, traduzindo uma evolução no nível de conhecimento das participantes após a intervenção.

No grupo que recebeu o folheto informativo, observou-se uma melhoria substancial no desempenho entre o pré e o pós-teste, abrangendo praticamente todas as questões avaliadas. A seguir, sintetizam-se os principais resultados:

Q20 – Finalidade dos músculos do pavimento pélvico?

No pré-teste, apenas 23,4% dos participantes identificaram corretamente a função dos músculos do pavimento pélvico como sendo o *suporte da bexiga, útero e reto*, a única resposta considerada totalmente correta. No pós-teste, a totalidade dos participantes (100%) assinalou essa opção, evidenciando um aumento inequívoco do conhecimento nesta dimensão.

Q24 – Tipo de informação recebida sobre o treino?

No momento inicial, as respostas mostraram-se bastante dispersas, com apenas 4,3% das participantes a mencionarem a metáfora da *visualização da ervilha* (considerada a mais

correta). No pós-teste, 97,9% selecionaram essa metáfora, embora apenas 2,1% tenham adicionado uma segunda instrução correta (*evitar contrair os glúteos*), não se verificando combinações que integrassem as três alíneas corretas. Assim, constatou-se um aumento expressivo no conhecimento, ainda que circunscrito à instrução-base.

Q25 – Postura adequada para o exercício?

No pré-teste, a maioria das participantes mencionava apenas uma postura adequada (*sentada*: 61,7%), sendo residual a proporção que referiu duas posturas (2,1%). No pós-teste, 89,4% indicaram corretamente as posições (*sentada e em pé*), o que representa um avanço significativo na compreensão da variedade postural recomendada. No entanto, nenhuma participante assinalou as três posições possíveis, requisito necessário para atingir o score máximo nesta questão.

Q26 – Importância do treino durante a gravidez?

No pré-teste, apenas 48,9% das participantes identificaram a resposta correta (*muito importante*). Após a intervenção esse valor aumentou para 100%, evidenciando uma valorização inequívoca do treino durante a gravidez.

Q27 – Benefícios do exercício dos músculos do pavimento pélvico?

No pré-teste, as respostas surgiam maioritariamente de forma isolada, destacando-se *incontinência* (31,9%) e *trauma* (27,7%). No pós-teste, verificou-se um aumento expressivo de respostas compostas, englobando combinações de benefícios como *recuperação, parto e trauma*. Apesar disso, não foram registadas respostas que integrassem simultaneamente as cinco alíneas corretas. Ainda assim, os resultados demonstram um reforço significativo do conhecimento relativamente aos múltiplos benefícios do treino.

Q28 – Possibilidade de treino durante a gravidez?

O conhecimento inicial nesta questão já se apresentava elevado, com 89,4% de respostas corretas no pré-teste. Após a intervenção, este valor atingiu 100%, refletindo a consolidação da informação transmitida.

Q29 – Frequência recomendada dos exercícios?

No pré-teste, apenas 17% das participantes selecionaram a frequência considerada adequada (*3 a 4 vezes por semana*). No pós-teste, esse valor aumentou para 53,2%.

Apesar de não se tornar maioritário, este crescimento representa uma melhoria significativa na intenção de adesão correta ao treino.

Q30 – Número de séries recomendadas?

Antes da intervenção, a maioria das participantes (59,6%) declarou *não sei*, e apenas 2,1% assinalou corretamente a opção *3 séries de 8 a 12 repetições*. No pós-teste, a proporção de respostas corretas ascendeu a 85,1%, demonstrando uma aquisição clara e consistente da recomendação técnica adequada.

Em síntese, os resultados evidenciam que a intervenção com recurso ao Folheto contribuiu de forma significativa para o aumento do conhecimento das participantes relativamente ao treino do pavimento pélvico, com especial destaque para as questões Q20, Q26 e Q30. Apesar de se verificarem limitações na identificação de respostas mais completas (nomeadamente nas questões Q24 e Q27), a melhoria global foi inequívoca, refletindo o impacto educativo positivo do recurso ao folheto. Estes dados encontram-se sistematizados na Tabela 7, que apresenta a distribuição detalhada das respostas antes e após a aplicação do folheto.

Tabela 7 - Distribuição das respostas nas questões de conhecimento sobre o pavimento pélvico antes e após a intervenção (Grupo Folheto)

Folheto	Variável / Categoria	Pré (N=47)	teste Pos (N=47)	teste
Q20-Finalidade dos músculos do pavimento pélvico?	Contribuem para o prazer sexual	6,4% (3)	0% (0)	
	Mantêm a continência urinária/fecal	51,1% (24)	0% (0)	
	Suporte da bexiga, útero e reto	23,4% (11)	100,0% (47)	
	Não sei a função	19,1% (9)	0% (0)	
Q24-Que tipo de informação/orientação lhe foi fornecida para a realização do treino dos músculos do pavimento pélvico?	Parar o fluxo de urina ao urinar	12,8% (6)	0% (0)	
	Apertar o ânus e depois relaxar	2,1% (1)	0% (0)	
	Contrair os músculos durante exercício físico	10,6% (5)	0% (0)	
	Encolher a barriga	2,1% (1)	0% (0)	
	Evitar contrair glúteos/coxa ao expirar	2,1% (1)	0% (0)	
	Evitar prender a respiração ou contrair a barriga	6,4% (3)	0% (0)	
	Imaginar uma ervilha à entrada da vagina	4,3% (2)	97,9% (46)	
	Não sei	57,4% (27)	2,1% (1)	
	Não responde	2,1% (1)	0% (0)	
Q25-Postura adequada para o exercício?	Deitada	2,1% (1)	0% (0)	
	Posição em pé	0,0% (0)	0% (0)	
	Posição sentada	61,7% (29)	10,6% (5)	
	Posição sentada e em pé	2,1% (1)	89,4% (42)	
	Sentada, em pé e deitada	0,0% (0)	0% (0)	
	Não sei	34,0% (16)	0% (0)	
Q26-Importância do treino na gravidez?	Não é importante	0,0% (0)	0% (0)	
	Pouco importante	0,0% (0)	0% (0)	
	Moderadamente importante	27,7% (13)	0% (0)	
	Muito importante	48,9% (23)	100,0% (47)	
	Nunca pensou sobre o assunto	23,4% (11)	0% (0)	

Q27- Benefício do exercício dos MPP?	Parto mais fácil	14,9% (7)	14,9% (7)
	Parto + Reduzir dor	0,0% (0)	0% (0)
	Recuperação pós-parto mais rápida	10,6% (5)	40,4% (19)
	Reduzir a dor	14,9% (7)	0% (0)
	Reduzir incontinência urinária	31,9% (15)	4,3% (2)
	Incontinência + Parto + Trauma	0,0% (0)	2,1% (1)
	Incontinência + recuperação	0,0% (0)	2,1% (1)
	Incontinência + Trauma	0,0% (0)	
	Trauma do parto/pós-parto	27,7% (13)	6,4% (3)
Q28-Grávidas podem exercitar os músculos do pavimento pélvico?	Sim	89,4% (42)	100,0% (47)
	Não	10,6% (5)	0% (0)
Q29-Frequência esperada dos exercícios?	3 a 4 vezes por semana	17,0% (8)	53,2% (25)
	Às vezes	48,9% (23)	36,2% (17)
	Uma vez por semana	23,4% (11)	2,1% (1)
	Não sei	10,6% (5)	8,5% (4)
Q30-Número de series?	1 série de 8 a 12 repetições	38,3% (18)	0% (0)
	2 séries de 8 a 12 repetições	0,0% (0)	14,9% (7)
	3 séries de 8 a 12 repetições	2,1% (1)	85,1% (40)
	Não sei	59,6% (28)	0% (0)
	Não responde	0,0% (0)	0% (0)

A análise das respostas do grupo que participou na Sessão de Esclarecimento revela uma evolução positiva no conhecimento acerca do treino dos músculos do pavimento pélvico, sobretudo nas questões de maior complexidade e aplicabilidade prática.

Q20 – Finalidade dos músculos do pavimento pélvico?

Verificou-se um aumento relevante das respostas totalmente corretas, com 51,0% das participantes a identificar no pré-teste a opção *suporte da bexiga, útero e reto* (única resposta integralmente correta), valor que ascendeu para 81,6% no pós-teste. Paralelamente, a seleção da resposta parcialmente correta (*mantém a continência...*) diminuiu ligeiramente de 24,5% para 18,4%, sugerindo uma maior precisão na identificação da finalidade principal desta musculatura após a intervenção.

Q24 – Tipo de informação recebida sobre o treino?

O conhecimento inicial mostrou-se bastante reduzido, com mais de metade das participantes a responder não sei ou a não responder (59,2%). Contudo, no pós-teste, registou-se uma melhoria expressiva: 67,3% referiram a *metáfora da “ervilha”*, 12,2% assinalaram a instrução correta evitar contrair os glúteos e 8,2% indicaram evitar sustentar a respiração. Estes resultados sugerem que várias participantes selecionaram duas ou mesmo três das instruções adequadas, aproximando-se do desempenho máximo nesta questão.

Q25 – Postura adequada para o exercício?

No pré-teste, verificou-se um predomínio de respostas incompletas ou incorretas, com 46,9% das participantes a selecionar a opção *não sei* e apenas 4,1% a indicar duas posturas corretas. No pós-teste, 55,1% assinalaram *posição sentada e em pé* e 40,8% identificaram corretamente apenas uma postura. Embora nenhuma participante tenha assinalado as três opções corretas, estes resultados evidenciam uma melhoria substancial na compreensão da variedade de posturas adequadas para a realização dos exercícios.

Q26 – Importância do treino durante a gravidez?

A valorização atribuída ao treino dos músculos do pavimento pélvico registou um aumento expressivo, com a proporção de respostas corretas (*muito importante*) a passar de 42,9% no pré-teste para 98,0% no pós-teste. Este resultado confirma o impacto positivo da intervenção na perceção da relevância desta prática ao longo da gravidez.

Q27 – Benefícios do exercício dos músculos do pavimento pélvico?

Enquanto no pré-teste predominavam respostas isoladas, como parto mais fácil (22,4%) ou reduzir incontinência (18,4%), no pós-teste observou-se uma maior diversidade e complexidade nas respostas, incluindo múltiplas combinações de benefícios. Destaca-se ainda que 10,2% das participantes indicaram todas as cinco alíneas corretas, atingindo o score máximo. Estes resultados sugerem não apenas um aumento quantitativo do conhecimento, mas também uma maior profundidade e abrangência na compreensão dos benefícios associados ao treino.

Q28 – Possibilidade de treino durante a gravidez?

O conhecimento acerca da possibilidade de realizar os exercícios durante a gravidez mostrou evolução clara: 77,6% responderam corretamente no pré-teste e 100% no pós-teste, evidenciando a consolidação inequívoca da informação transmitida na sessão.

Q29 – Frequência recomendada dos exercícios?

No pré-teste, apenas 34,7% das participantes selecionaram a opção correta. No pós-teste, todas as participantes (100%) assinalaram a resposta recomendada (*3 a 4 vezes por semana*), refletindo uma assimilação clara e consistente da orientação prática transmitida.

Q30 – Número de séries recomendadas? Esta questão revelou uma mudança particularmente expressiva. No pré-teste, apenas 8,2% identificaram corretamente a resposta 3 séries de 8 a 12 repetições, registando-se ainda uma elevada taxa de respostas

não sei (44,9%). No pós-teste, 98,0% das participantes indicaram corretamente a recomendação, evidenciando uma apropriação robusta da instrução técnica.

De forma global, os resultados demonstram que a Sessão de Esclarecimento teve um impacto significativo na melhoria do conhecimento das participantes relativamente aos músculos do pavimento pélvico e às práticas associadas ao seu treino. As melhorias foram consistentes em todas as dimensões avaliadas, com destaque para as questões que exigiam múltiplas respostas corretas ou aplicação de recomendações técnicas (Q27, Q29 e Q30). Estes dados reforçam a eficácia da intervenção presencial como estratégia educativa direcionada a grávidas. Estes dados encontram-se sistematizados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das respostas nas questões de conhecimento sobre o pavimento pélvico antes e após a intervenção (Grupo Sessão de Esclarecimento, N=49)

Sessão de Esclarecimento	Variável / Categoria	Pré (N=49)	Pós teste (N=49)
Q20-Finalidade dos músculos do pavimento pélvico?	Contribuem para o prazer sexual	0,0% (0)	0% (0)
	Mantêm a continência urinária/fecal	24,5% (12)	18,4% (9)
	Suporte da bexiga, útero e reto	51,0% (25)	81,6% (40)
	Não sei a função	24,5% (12)	0% (0)
Q24-Que tipo de informação/orientação lhe foi fornecida para a realização do treino dos músculos do pavimento pélvico?	Parar o fluxo de urina ao urinar	6,1% (3)	0% (0)
	Apertar o ânus e depois relaxar	0,0% (0)	0% (0)
	Contrair os músculos durante exercício físico	12,2% (6)	2,0% (1)
	Evitar contrair glúteos/coxa ao expirar	0,0% (0)	12,2% (6)
	Evitar prender a respiração ou contrair a barriga	2,0% (1)	8,2% (4)
	Imaginar uma ervilha à entrada da vagina	8,2% (4)	67,3% (33)
	Atividade sexual	0% (0)	2,0% (1)
	Não responde	59,2% (29)	8,2% (4)
	Não sei	12,2% (6)	0% (0)
Q25-Postura adequada para o exercício?	Deitada	14,3% (7)	2,0% (1)
	Posição em pé	4,1% (2)	2,0% (1)
	Posição sentada	28,6% (14)	40,8% (20)
	Posição sentada e em pé	4,1% (2)	55,1% (27)
	Sentada, em pé e deitada	2,0% (1)	0% (0)
	Não sei	46,9% (23)	0% (0)
Q26-Importância do treino na gravidez?	Não é importante	2,0% (1)	0% (0)
	Pouco importante	16,3% (8)	0% (0)
	Moderadamente importante	10,2% (5)	2,0% (1)
	Muito importante	42,9% (21)	98,0% (48)
	Nunca pensou sobre o assunto	28,6% (14)	0% (0)
Q27-Benefício do exercício?	Parto mais fácil	22,4% (11)	28,6% (14)
	Parto + dor	6,1% (3)	2,0% (1)
	Parto + recuperação	0% (0)	2,0% (1)
	Parto + recuperação + trauma	0% (0)	2,0% (1)
	Parto + recuperação + trauma + dor	0% (0)	2,0% (1)

	Recuperação pós-parto	8,2% (4)	6,1% (3)
	Reduzir a dor	10,2% (5)	2,0% (1)
	Reduzir incontinência urinária	18,4% (9)	10,2% (5)
	Incontinência + parto + recuperação	2,0% (1)	6,1% (3)
	Incontinência + parto	0% (0)	8,2% (4)
	Incontinência + parto + recuperação + satisfação	0% (0)	2,0% (1)
	Incontinência + parto + recuperação + satisfação + trauma	0% (0)	10,2% (5)
	Incontinência + recuperação	0% (0)	4,1% (2)
	Incontinência + trauma	0% (0)	2,0% (1)
	Reduzir trauma do parto/pós-parto	0% (0)	20,4% (10)
Q28-Mulheres grávidas podem exercitar os músculos do pavimento pélvico?	Sim	77,6% (38)	100,0% (49)
	Não	22,4% (11)	0% (0)
Q29-Frequência esperada dos exercícios?	3 a 4 vezes por semana	34,7% (17)	100,0% (49)
	Às vezes	20,4% (10)	0% (0)
	Uma vez por semana	14,3% (7)	0% (0)
	Não sei	30,6% (15)	0% (0)
Q30-Número de series?	1 série de 8 a 12 repetições	12,2% (6)	0% (0)
	2 séries de 8 a 12 repetições	16,3% (8)	2,0% (1)
	3 séries de 8 a 12 repetições	8,2% (4)	98,0% (48)
	Não sei	44,9% (22)	0% (0)
	Não responde	18,4% (9)	0% (0)

Comparação intra-grupal: pré vs. pós-teste

Com o intuito de avaliar a evolução do conhecimento das participantes, foi criado um score total de conhecimento, obtido a partir da soma ponderada das respostas às questões Q20 a Q30. As pontuações atribuídas a cada questão variaram consoante o grau de correção da resposta, de modo a refletir diferentes níveis de precisão. Assim, cada participante obteve um valor total no pré-teste e outro no pós-teste, permitindo avaliar mudanças no conhecimento após a intervenção.

Com base nesses valores, aplicou-se o teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas, com o objetivo de identificar diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste em cada grupo de intervenção. Além disso, foi calculado o tamanho do efeito (*d* de Cohen), interpretado de acordo com os critérios clássicos (Cohen, 1988), permitindo uma avaliação adicional da magnitude das diferenças observadas.

No grupo Folheto, observou-se uma melhoria estatisticamente significativa no conhecimento entre o pré e o pós-teste [$t(46) = -13,63$; $p < 0,001$]. A média do score total aumentou de 6,28 (DP = 2,89) no pré-teste para 13,04 (DP = 1,40) no pós-teste,

representando um incremento médio de 6,77 pontos. O cálculo do d de Cohen revelou um valor de -1,99, indicando uma magnitude de efeito extremamente forte.

Estes resultados sugerem que a intervenção com o folheto teve um impacto expressivo no aumento do conhecimento das participantes, evidenciando o seu elevado potencial educativo. Os dados detalhados encontram-se apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Resultados do teste t de Student para amostras emparelhadas no grupo Folheto: comparação entre o pré e o pós-teste de conhecimento.

Grupo Folheto	Média Pré (DP)	Média Pós (DP)	Diferença Média	t de <i>student</i> para amostras emparelhadas	d de Cohen
Total conhecimento	6,28 (2,89)	13,04 (1,40)	-6,77	$t(46) = -13,63; p < 0,001$	-1,99

À semelhança do grupo anterior, procedeu-se à comparação dos scores totais de conhecimento obtidos no pré e no pós-teste pelas participantes do grupo Sessão de Esclarecimento. Também neste grupo se verificou uma melhoria estatisticamente significativa, com $p < 0,001$, no conhecimento após a intervenção [$t(48) = -9,48; p < 0,001$].

A média do score aumentou de 7,00 (DP = 3,29) no pré-teste para 14,59 (DP = 3,68) no pós-teste, correspondendo a um incremento médio de 7,59 pontos. O valor d de Cohen foi de -1,36 indicando uma magnitude de efeito extremamente forte.

Estes resultados demonstram que a sessão de esclarecimento também teve um impacto claro e robusto no aumento do conhecimento das participantes acerca do treino do pavimento pélvico, evidenciando a eficácia desta intervenção presencial. Os dados detalhados encontram-se apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Resultados do teste t de Student para amostras emparelhadas no grupo Sessão de Esclarecimento: comparação entre o pré e o pós-teste de conhecimento.

Grupo Sessão de Esclarecimento	Média Pré (DP)	Média Pós (DP)	Diferença Média	t de <i>student</i> amostras emparelhadas	d de Cohen
Total conhecimento	7,00 (3,29)	14,59 (3,68)	-7,59	$t(48) = -9,48; p < 0,001$	-1,36

Comparação Intergrupar: Comparação dos dois grupos no pré e no Pós-teste

Para além da análise intra-grupal, procedeu-se à comparação intergrupar entre os dois grupos de intervenção – Folheto e Sessão de Esclarecimento – com o objetivo de avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de conhecimento antes e

após as intervenções. O teste *t* de *Student* para amostras independentes foi utilizado para comparar os scores totais de conhecimento entre os grupos em cada momento de avaliação (pré e pós-teste).

A análise dos resultados do pré-teste indica que ambos os grupos apresentavam níveis semelhantes de conhecimento antes das intervenções. As médias foram próximas (6,28 no grupo Folheto e 7,00 no grupo da Sessão de Esclarecimento), não se verificando diferença estatisticamente significativa ($p = 0,256$). O tamanho do efeito foi pequeno (d de Cohen = -0,23), corroborando que ambos os grupos estavam equilibrados no início do estudo, sem diferenças relevantes ao nível de conhecimento.

No pós-teste, observou-se uma diferença significativa entre os grupos. O grupo da Sessão de Esclarecimento apresentou uma média superior (14,59) em comparação com o grupo Folheto (13,04). Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa ($p = 0,008$) e o tamanho do efeito foi moderado (d de Cohen = -0,55), sugerindo que a Sessão de Esclarecimento se mostrou mais eficaz na promoção do aumento do conhecimento entre as participantes. Estes resultados encontram-se ilustrados no Gráfico 1.

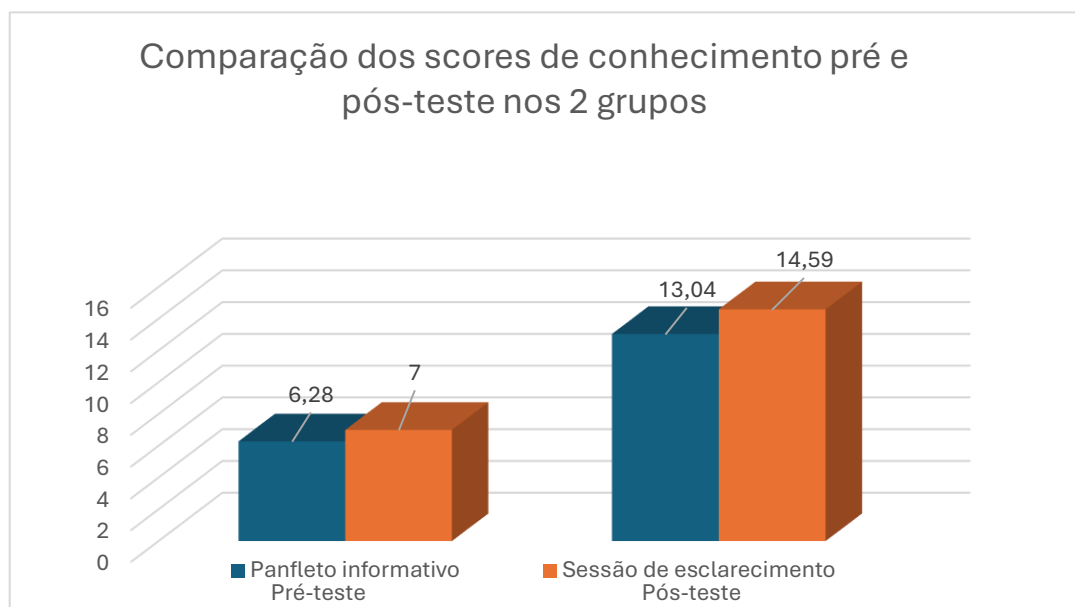


Figura 1 - Representação gráfica da comparação dos scores de conhecimento no pré e pós-teste, em ambos os grupos.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de duas intervenções educativas — um folheto informativo e uma sessão presencial de esclarecimento — para aumentar o conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com o PP em grávidas da RAM. Os resultados demonstraram que ambas as intervenções foram eficazes no aumento do conhecimento acerca do PP e das práticas recomendadas para o treino dos MPP. Este aumento foi estatisticamente significativo em ambos os grupos de intervenção, com especial destaque para a sessão de esclarecimento, que revelou uma capacidade superior para consolidar conhecimentos e uma maior compreensão das recomendações de treino. As diferenças significativas entre grupos ao nível da literacia prévia, experiência obstétrica e intenções de prática foram aspetos que influenciaram a interpretação dos dados.

Ambos os grupos apresentaram resultados estatisticamente significativos entre pré e pós-teste, com magnitudes de efeito extremamente fortes, o que confirma a eficácia de materiais educativos simples e intervenções breves nesta temática. Este resultado está alinhado com estudos prévios que mostram que ações educativas, independentemente do formato, tendem a resultar em aumentos imediatos de conhecimento sobre o pavimento pélvico (Alagirisamy et al., 2022; Temtanakitpaisan et al., 2020).

Confirmou-se que o nível de autoconhecimento base das participantes deste estudo estava acima do observado em estudos similares, nomeadamente no que respeita ao facto de já terem ouvido falar sobre o tema e de conseguirem identificar corretamente a localização anatómica do pavimento pélvico. Esta constatação é relevante, na medida em que contribui para uma interpretação mais ampla dos resultados e permite situar a presente amostra no contexto de outros trabalhos que exploram conhecimentos, atitudes e práticas sobre o pavimento pélvico em mulheres grávidas.

Relativamente ao nível de habilitações académicas, verificamos que na nossa amostra, o número de participantes com um grau de ensino superior era maior do que estudos anteriores realizados nesta temática, demonstrando que este é um fator preponderante. Estudos prévios defendem que o nível de escolaridade é um dos principais preditores de literacia em saúde, influenciando positivamente a capacidade de compreensão de informação técnica e anatómica (Fante et al., 2019). Mulheres com maior escolaridade tendem a procurar informação de fontes credíveis, o que pode justificar, a tendência para

um conhecimento base mais elevado nesta população. Neste estudo, verificou-se que as mulheres com um grau de escolaridade superior apresentavam maior conhecimento acerca do PP, estes resultados estão em concordância com estudos prévios, que já tinham aferido a associação entre o nível de escolaridade e conhecimento do PP (Faria, 2022).

Segundo o autor Alagirisamy et al., 2022, as evidências atuais não demonstram uma ligação direta entre a idade gestacional e o nível de conhecimento sobre o PP. Este autor refere que os níveis de conhecimento estão mais relacionados a fatores como educação em saúde e acesso à informação durante a gravidez. Contudo, os dados obtidos sugerem que o nível de conhecimento sobre o PP pode variar em função do tempo de gestação. Observou-se que mulheres que se encontram no início da gravidez tendem a demonstrar maior iniciativa na procura de informação, possivelmente motivadas pelo desejo de prevenção e pelo contacto com conteúdos educativos disponíveis em consultas precoces ou através de meios digitais. Por outro lado, mulheres com gestação mais avançada apresentaram maior familiaridade com o tema, provavelmente em consequência da vivência de sintomas e da necessidade de recorrer a estratégias terapêuticas, bem como pelo contacto prolongado com profissionais de saúde ao longo da gravidez. Deste modo, os nossos resultados, contrariam a evidência já disponível, na medida que existe uma possível associação entre os níveis de conhecimento sobre o PP e o tempo de gestação.

Outro aspeto a considerar refere-se à experiência obstétrica prévia de algumas participantes, particularmente no grupo Folheto, no qual foi possível constatar uma maior proporção de múltiparas e um número mais elevado de semanas de gestação. Este dado sugere que a experiência de gravidezes anteriores oferece às mulheres maior exposição a consultas de vigilância pré-natal, aumentando naturalmente o possível aumento do contacto com profissionais de saúde especializados que abordam a temática do PP. De acordo com Fante., et al (2019), mulheres múltiparas apresentam maior familiaridade com o PP, devido à maior probabilidade de ocorrência de sintomas em gestações anteriores ou ao contacto prévio com intervenções terapêuticas, contribuindo para um melhor entendimento do tema.

Os nossos resultados, apontam que o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes constitui um elemento diferencial, em relação a estudos similares. A evidência disponível demonstra que díspares estudos internacionais reportam níveis de conhecimento mais baixos em populações de grávidas com menor escolaridade média,

primíparas e com menor experiência prévia em saúde pélvica. A educação formal mais elevada e a experiência de múltiplas gravidezes observadas na presente amostra explicam, em grande parte, a existência de um patamar inicial de conhecimento superior, facilitando, assim, um ponto de partida mais favorável para a aquisição de novos conhecimentos após as intervenções educativas (Zhang et al., 2024).

Outro elemento a realçar é a procura ativa de informação identificada entre as participantes. Um elevado número de mulheres relatou já ter procurado ou recebido informação prévia acerca do PP, sobretudo junto de profissionais de saúde. Esta tendência de procura de informação é um determinante de literacia em saúde frequentemente referenciado na literatura, sendo particularmente evidente em mulheres que experienciam sintomas relacionados com o PP, como IU ou sensação de esvaziamento incompleto (Bassin et al., 2025).

O facto de as participantes do nosso estudo recorrerem predominantemente a profissionais de saúde para obter informação sobre o PP, contrasta com a evidência disponível que menciona a internet e livros como as fontes mais frequentes de pesquisa de informação por parte das mulheres (Farihan et al., 2022). O padrão observado neste estudo, pode refletir confiança das grávidas nos profissionais de saúde, bem como a acessibilidade relativamente elevada às consultas de acompanhamento pré-natal e a programas educativos estruturados. Esta observação só salienta a importância de envolver ativamente os profissionais de saúde na promoção da literacia sobre o PP, garantindo que a informação transmitida seja baseada em evidência científica e adaptada às necessidades individuais de cada mulher.

No grupo Sessão de Esclarecimento observou-se uma maior prevalência de sintomas de DPP associados à gravidez, destacando-se, em particular, a IU, o que se encontra em concordância com a literatura, que aponta esta como a disfunção mais comum durante a gestação. De acordo com Johannessen et al., (2021), a prática de TMPP deve iniciar-se no decorrer da gravidez diminuindo a probabilidade do aparecimento de sintomas pré e pós-parto. Verifica-se que as atitudes e intenção de prática de TMPP neste grupo melhoraram após a intervenção precisamente por este grupo ter efetuado a prática com orientação e supervisão de uma profissional. Com este tipo de intervenção, foi possível aumentar a confiança na prática dos exercícios, melhorar a perceção das vantagens dos

mesmos para o tratamento e prevenção desta disfunção bem como uma maior motivação para a prática dos exercícios.

Neste estudo, observou-se a necessidade de promover intervenções educativas estruturadas, especialmente nos cuidados pré-natais, que integrem demonstrações práticas e orientação profissional personalizada. A evidência disponível indica que programas de TMPP iniciados precocemente durante a gravidez podem reduzir a incidência de disfunções como a IU no pós-parto (Woodley et al., 2020). Para tal, é essencial que os profissionais de saúde especializados na área da saúde da mulher adotem uma abordagem proativa na educação em saúde pélvica, adaptada ao nível de literacia e às necessidades individuais de cada grávida.

Na sessão de esclarecimento presencial, percebeu-se que esta abordagem educativa é mais eficaz no aumento dos conhecimentos das grávidas sobre o PP, demonstrando uma subida absoluta no score total dos conhecimentos entre os momentos pré e pós-intervenção, em comparação com o obtido através da abordagem folheto informativo. Este resultado confirma que abordagens dinâmicas, que contenham a demonstração e a execução prática orientadas e supervisionadas por um profissional especializado e o esclarecimento imediato de dúvidas reforçam a aprendizagem (Hyakutake et al., 2018; Kharaji et al., 2023). Este resultado é particularmente relevante nas questões que exigiam integração de recomendações técnicas, onde as participantes da sessão tiveram um desempenho consistentemente superior, demonstrando uma compreensão mais sólida dos conteúdos e uma maior retenção da informação, promovendo o aumento da literacia em saúde sobre o PP. Estes dados vão de encontro à com estudos já existentes, como por exemplo de Hyakutake et al. (2018) e de Kharaji et al. (2023), que referem que este tipo de intervenção contribui para a melhoria dos resultados do TMPP.

Segundo Salmon et al. (2017) e DeLancey et al. (2024), a avaliação e educação sobre o PP durante a gravidez são fundamentais, prevenindo e reduzindo os riscos de desenvolvimento de DPP. Este estudo converge com a informação supramencionada, enfatizando a necessidade de integrar a abordagem e a prática do TMPP nas consultas de vigilância da gravidez, uma vez que o contacto contínuo com profissionais de saúde revelou-se fundamental para a manutenção e o reforço progressivo dos conhecimentos do PP.

Verificou-se que, o folheto também mostrou elevada eficácia, sugerindo que materiais escritos bem estruturados podem ser ferramentas muito úteis, especialmente quando o acesso a sessões presenciais é limitado. Este resultado corrobora Hagen et al. (2014), que reconhecem a utilidade dos folhetos na transmissão autónoma de informação essencial. A combinação de sessões presenciais com materiais de apoio, como folhetos, vídeos ou modelos anatómicos e estratégias adaptadas aos diferentes níveis de escolaridade e idade gestacional poderá reforçar ainda mais o processo de aprendizagem, sobretudo em mulheres com níveis de conhecimento mais baixos, contribuindo para a adoção de práticas preventivas e para a promoção do autocuidado pélvico durante a gravidez.

Tal como mencionado por Jaffar, et al., (2020) o investimento em iniciativas educativas que promovam o aumento de conhecimentos, atitudes e práticas do PP é fundamental e considerado como um cuidado primário para a modificação positiva em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas relacionados com o PP. Através da nossa intervenção enfatizamos a teoria deste autor, demonstrando que apenas com uma sessão de esclarecimento foi possível o aumento destes parâmetros e maior consciencialização desta temática nesta população.

Em síntese, o presente estudo mostrou ambas as intervenções educativas foram eficazes no reforço do conhecimento sobre o PP em grávidas da RAM nomeadamente a sessão de esclarecimento. Foi também observada a existência de um nível inicial de autoconhecimento relativamente elevado, comparativamente a outros estudos, provavelmente devido ao perfil sociodemográfico da amostra, nomeadamente um nível de escolaridade mais elevado, maior experiência obstétrica e maior procura ativa de informação. Tais fatores, devem ser considerados como potenciais determinantes de literacia em saúde pélvica e utilizados como referência para o desenho de intervenções educativas futuras mais eficazes no contexto clínico.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, tais como, amostra foi obtida por conveniência e pela técnica de bola de neve, o que poderá ter introduzido viés de seleção e limitar a generalização dos resultados. Além disso, as diferenças significativas entre os grupos ao nível da idade gestacional e paridade podem ter influenciado a receptividade às intervenções e o conhecimento prévio. O facto de algumas participantes do grupo Folheto terem apresentado dúvidas após o pós-teste revela que a informação escrita poderá não ser suficiente para garantir compreensão plena. Por fim, a ausência de follow-up impede

a avaliação da manutenção do conhecimento e das práticas ao longo do tempo, não permitindo extrapolar o impacto das intervenções para o período pós-parto.

Em conjunto, os resultados confirmam que estratégias educativas simples e acessíveis são eficazes no aumento imediato da literacia em saúde pélvica e sustentam a relevância da sua integração estruturada nos cuidados pré-natais.

Conclusão

O presente estudo permitiu avaliar a eficácia de duas intervenções educativas: uma sessão presencial de esclarecimento e um folheto informativo, no aumento dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas aos exercícios do pavimento pélvico em grávidas da Região Autónoma da Madeira. Ambas as intervenções demonstraram eficácia significativa, com maior impacto observado na sessão de esclarecimento, que apresentou ganhos superiores no score de conhecimento e um tamanho de efeito moderado a forte no pós-teste.

Os resultados reforçam a importância de disponibilizar informação baseada na evidência durante a gravidez, especialmente sobre anatomia e alterações do pavimento pélvico, sinais e sintomas de disfunção, e técnica adequada dos exercícios. Mulheres mais informadas têm maior probabilidade de adotar práticas preventivas, procurar apoio especializado e reduzir o risco de complicações durante a gravidez, parto e pós-parto.

A amostra evidenciou um nível inicial de autoconhecimento relativamente elevado, possivelmente influenciado pelo nível de escolaridade e pela procura ativa de informação, o que sublinha a importância da literacia em saúde como determinante fundamental na capacidade de compreensão e aplicação dos exercícios.

Contudo, considerando as limitações mencionadas anteriormente, é importante refletir sobre a necessidade de mais estudos nesta área. Estudos futuros devem privilegiar amostras maiores, com distribuição aleatória estratificada por paridade e semanas de gestação, assim como avaliações longitudinais que permitam acompanhar a manutenção das práticas de treino e os seus efeitos clínicos no pós-parto.

Em síntese, este estudo confirma que a educação em saúde é uma ferramenta fundamental na prevenção das disfunções do pavimento pélvico e destaca o potencial das intervenções educativas, presenciais, de curta duração para aumentar significativamente o conhecimento, as atitudes e práticas de exercícios do PP das mulheres grávidas.

Conflito de interesses

Declaro a inexistência de conflitos de interesses associados a este estudo.

Referencias bibliográficas

- Alagirisamy, P., Sidik, S. M., Rampal, L., & Ismail, S. I. F. (2022). Effectiveness of a Pelvic Floor Muscle Exercise Intervention in Improving Knowledge, Attitude, Practice, and Self Efficacy among Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Korean Journal of Family Medicine*, 43(1), 42–55. <https://doi.org/10.4082/KJFM.21.0011>
- Alouini, S., Memic, S., & Couillandre, A. (2022). Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052789>
- Blanchard, V., Nyangoh-Timoh, K., Fritel, X., Fauconnier, A., & Pizzoferrato, A. C. (2021). Importance of a pelvic floor lifestyle program in women with pelvic floor dysfunctions: A pilot study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(4). <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.102032>
- Bø, K., & Hilde, G. (2013). Retest reliability of surface electromyography on the pelvic floor muscles. *Neurourology and Urodynamics*, 32(April), 215–223. <https://doi.org/10.1002/nau>
- Bø, Kari, & Nygaard, I. E. (2020). Is Physical Activity Good or Bad for the Female Pelvic Floor? A Narrative Review. *Sports Medicine*, 50(3), 471–484. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01243-1>
- Celenay, S., Coban, O., Korkut, Z., & Alkan, A. (2021). Do community-dwelling pregnant women know about pelvic floor disorder? *Women and Health*, 61(6), 609–616. <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1942398>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clohesy, S., Arvanitis, T. N., Rashid, U., Craddock, C., Evans, M., Carla Toro, & Elliott, M. T. (2023). Using Digital Tools in Clinical, Health and Social Care Research: A Mixed-Methods Study of UK Stakeholders. 1–27. Retrieved from <https://doi.org/10.1101/2023.12.20.23300220>
- Daly, D., Clarke, M., & Begley, C. (2018). Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, type, and risk factors. *International Urogynecology Journal*, 29(2), 193–202. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3848-3>

DeLancey, J. O. L., Masteling, M., Pipitone, F., LaCross, J., Mastrovito, S., & Ashton-Miller, J. A. (2024). Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), 279-294.e2. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.1253>

Faria, C. (2022). Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 anos aos 40 anos de idade. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/39707>

Farihan, M. N., Ng, B. K., Phon, S. E., Azlin, M. I. N., Azurah, A. G. N., & Lim, P. S. (2022). Prevalence, Knowledge and Awareness of Pelvic Floor Disorder among Pregnant Women in a Tertiary Centre, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148314>

Fernandes ACNL, Jorge CH, Weatherall M, Ribeiro IV, Wallace SA, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training with feedback or biofeedback for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, Issue 3. Art. No.: CD009252. DOI: 10.1002/14651858.CD009252.pub2.

Hagen, S., Stark, D., Glazener, C., Dickson, S., Barry, S., Elders, A., ... Wilson, D. (2014). Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): A multicentre randomized controlled trial. *The Lancet*, 383(9919), 796–806. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61977-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61977-7)

Haylen, Bernard; Ridder, Dirk; Freeman, Robert; Swift, Steven; Berghmans, B., & Lee, Joseph; Monga, Ash; Petri, Eckhard; Rizk, Diaa; Sand, Peter; Schaer, G. (2010). An Hou, Y., Feng, S., Tong, B., Lu, S., & Jin, Y. (2022). Effect of pelvic floor muscle training using mobile health applications for stress urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Women's Health*, 22(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01985-7>

Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>

Hyakutake, M. T., Han, V., Baerg, L., Koenig, N. A., Cundiff, G. W., Lee, T., & Geoffrion, R. (2018). Pregnancy-Associated Pelvic Floor Health Knowledge and Reduction of Symptoms: The PREPARED Randomized Controlled Trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.10.022>

International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn.*, 32(April), 17. <https://doi.org/10.1002/nau>

Jaffar, A., Mohd-Sidik, S., Nien, F. C., Fu, G. Q., & Talib, N. H. (2020). Urinary incontinence and its association with pelvic floor muscle exercise among pregnant women attending a primary care clinic in Selangor, Malaysia. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236140>

Johannessen, H. H., Frøshaug, B. E., Lysåker, P. J. G., Salvesen, K., Lukasse, M., Mørkved, S., & Stafne, S. N. (2021). Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum—Follow up of a randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 100(2), 294–301. <https://doi.org/10.1111/aogs.14010>

Kharaji, G., ShahAli, S., Ebrahimi-Takamjani, I., Sarrafzadeh, J., Sanaei, F., & Shanbehzadeh, S. (2023). Supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training in the treatment of women with urinary incontinence — a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 34(7), 1339–1349. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05489-2>

Kline, R. B. (2021). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). The Guilford Press.

Mantilla Toloza, S. C., Villareal Cogollo, A. F., & Peña García, K. M. (2024). Pelvic floor training to prevent stress urinary incontinence: A systematic review. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 48(4), 319–327. <https://doi.org/10.1016/j.acuroe.2024.01.007>

Mørkved, S., & Bø, K. (2014). Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(4), 299–310. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091758>

Morvan, E. (2019). Conhecimento de mulheres sobre o pavimento pélvico feminino.

Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Davies, G. A., Poitras, V., Gray, C., ... Zehr, L. (2018). 2019 Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy.

Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, 40(11), 1528–1537.
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.07.001>

NICE. (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management NICE guideline Your responsibility. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng210

Paiva, L.L., Ferla, L., Darski, C. et al. Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 28, 351–359 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3133-2>

Quaghebeur, J., Petros, P., Wyndaele, J. J., & De Wachter, S. (2021). Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 265, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.08.026>

Riaz, H., Nadeem, H., & Rathore, F. A. (2022). Recent advances in the pelvic floor assessment and rehabilitation of Women with Pelvic Floor Dysfunction. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(7), 1456–1459. <https://doi.org/10.47391/JPMMA.22-83>

Ryhtä, I., Axelin, A., Parisod, H., Holopainen, A., & Hamari, L. (2023). Effectiveness of exercise interventions on urinary incontinence and pelvic organ prolapse in pregnant and postpartum women: Umbrella review and clinical guideline development. *JBHI Evidence Implementation*, 21(4), 394–408. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000391>

Rodríguez-Almagro, J., Hernández Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Peinado Molina, R. A., Bermejo-Cantarero, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2024). A Qualitative Exploration of the Perceptions of Women Living with Pelvic Floor Disorders and Factors Related to Quality of Life. *Journal of Clinical Medicine*, 13(7). <https://doi.org/10.3390/jcm13071896>

Salmon, V. E., Hay-Smith, E. J. C., Jarvie, R., Dean, S., Oborn, E., Bayliss, S. E., ... Pearson, M. (2017). Opportunities, challenges and concerns for the implementation and uptake of pelvic floor muscle assessment and exercises during the childbearing years: Protocol for a critical interpretive synthesis. *Systematic Reviews*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0420-z>

Santos-Rocha, Jorge, R., Dias, H., Ramalho, F., Franco, S., & Silva, M.-R. (2020). Guia da Gravidez Ativa - Atividade física, Exercício Físico, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-parto.

Temtanakitpaisan, T., Bunyavejchevin, S., Buppasiri, P., & Chongsomchai, C. (2020). Knowledge, attitude, and practices (KAP) survey towards pelvic floor muscle training (PFMT) among pregnant women. *International Journal of Women's Health*, 12, 295–299. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S242432>

Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 31(6), 485–493. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584>

Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>

Anexos

Questionário Conhecimento, Atitudes e Práticas de Exercícios do Pavimento Pélvico em mulheres grávidas



Conhecimento, Atitudes e Práticas de Exercícios do Pavimento Pélvico em mulheres grávidas

No âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA), solicita-se autorização para a participação no estudo "Intervenções de ensino sobre os Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Exercícios do Pavimento Pélvico em mulheres grávidas da Região Autónoma da Madeira: Um Estudo Quase- Experimental".

O pavimento pélvico é um conjunto de músculos que fornecem suporte à bexiga, útero e intestino e controlam a saída da urina e das fezes através da abertura ou encerramento dos orifícios.

Este estudo tem como objetivo analisar o auto- conhecimento , atitudes e práticas de exercícios do pavimento pélvico em mulheres grávidas da Região Autónoma da Madeira.

Será utilizado um questionário *Google Forms*, composto por questões de caracterização e de conhecimentos, atitudes e práticas de exercícios do pavimento pélvico em grávidas. O tempo estimado de preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 minutos.

O público-alvo desta investigação destina-se a **mulheres grávidas e com idade superior a 18 anos**.

No caso de apresentar:

- **fatores de risco** (tais como: pré-eclampsia; rutura prematura da membrana; gravidez gemelar; descolamento da placenta; trabalho de parto prematuro; hemorragia pré-parto; histórico de trabalho de parto prematuro; histórico de hemorragia pré-parto; tosse persistente, doenças crónicas ou oncológicas, etc.);
- **conhecimentos sobre a função do pavimento pélvico;**
- **não compreender a língua portuguesa;**
- **não concorde com a participação neste estudo;**

Não deverá participar no mesmo.

A participação neste estudo é voluntária e completamente anónima, não existem respostas certas ou erradas, **o que se pede é que seja o mais sincera possível nas suas respostas**. Ao completar este questionário aceita participar voluntariamente neste estudo.

Os dados serão recolhidos e posteriormente analisados apenas pela investigadora principal que poderá, no futuro, publicá-los (artigos científicos, apresentações em congressos, etc), porém não será possível identificar as participantes. Caso tenha dúvidas poderá contactar por email fisioterapeutacarlafernandes@gmail.com

A sua colaboração é fundamental. Grata pela sua participação!

Carla Fernandes, Fisioterapeuta.

Consentimento informado de participação no estudo a decorrer

O consentimento informado e questionários são confidenciais e anónimos e serão utilizados apenas para a investigação em curso, apenas a investigadora terá acesso a estes dados. Os questionários serão codificados com as iniciais e data de nascimento aos quais apenas a investigadora terá acesso aos mesmos.

Li, compreendi
e consinto a recolha e tratamento de dados relativos a este estudo.

Aceito participar no estudo a decorrer *

☐ Sim

☐ Não

Intervenção de ensino

Selecione o tipo de intervenção de ensino à qual teve acesso.

Intervenção *

- ☐ Sessão de esclarecimento
- ☐ Panfleto informativo

Dados de codificação

Iniciais do seu nome *

Por exemplo: Carla Fernandes deve colocar CF

A sua resposta

Data de nascimento *

Data

dd/mm/aaaa 

Recolha de dados

1. Idade? *

A sua resposta

2. Local de seguimento? *

- ☐ Câmara de Lobos
- ☐ Funchal

3. Estado civil? *

- ☐ Solteira
- ☐ Casada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viúva
- ☐ União de facto

4. Quais as suas habilitações literárias ? *

- ☐ Ensino básico (9º Ano)
- ☐ Ensino secundário (12º Ano)
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outra: _____

5. Qual a sua profissão? *

A sua resposta

6. Têm alguma das seguintes condições de saúde/doenças enunciadas? *

- ☐ Doenças crónicas
- ☐ Tosse persistente
- ☐ Pré-eclampsia
- ☐ Ruptura prematura da membrana
- ☐ Gravidez gemelar
- ☐ Descolamento da placenta
- ☐ Trabalho de parto prematuro
- ☐ Hemorragia pré-parto
- ☐ Histórico de trabalho de parto prematuro
- ☐ Histórico de hemorragia pré-parto
- ☐ Doenças oncológicas
- ☐ Nenhuma das anteriores

7. Preenchimento *

- ☐ 1º preenchimento
- ☐ 2º preenchimento

Informações acerca da gravidez a decorrer:

8. Número de semanas de gravidez atual? *

(Número de semanas no dia do preenchimento do questionário)

A sua resposta

9. Tipo de gravidez? *

- ☐ Gravidez simples
- ☐ Gravidez múltipla (exemplo: Gêmeos)

10. 1ª Gravidez? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Informações sobre as gravidezes anteriores

11. Quantas gravidezes de termo? *

Gravidez de termo inclui de 37 semanas a 41 semanas e 6 dias

A sua resposta

12. Quantas gravidezes de não termo? *

A sua resposta

Ocorrência de abortos

13. Abortos *

- ☐ Nenhum
- ☐ Espontâneo
- ☐ Induzido

Enumerar o número de abortos

13.1. Quantos? *

A sua resposta _____

14. Parto via vaginal? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Número de partos por via vaginal

14.1. Quantos partos? E de quantas semanas? *

A sua resposta _____

Tipo de intervenções que aconteceram no momento do parto via vaginal

14.2. Durante o parto por via vaginal foi submetida a alguma das seguintes intervenções? (selecione a/s opção/opções que melhor se aplicam a si) *

- ☐ Fórceps
- ☐ Ventosa
- ☐ Episiotomia (corte)
- ☐ Laceração (rasgadura)
- ☐ Não fui submetida a nenhuma das intervenções mencionadas

15. Parto por cesariana? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Indicação do número de cesariana

15.1. Quantos partos por cesariana e quantas semanas de gravidez tinha? *

A sua resposta _____

16. Já foi submetida a alguma cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico?

- ☐ Sim
☐ Não

16.1. Indique a/s cirurgia/s que efetuou

A sua resposta _____

Conhecimentos acerca do pavimento pélvico

O pavimento pélvico é um conjunto de músculos que fornecem suporte à bexiga, útero e intestino e controlam a saída da urina e de fezes através da abertura ou encerramento de orifícios.

17. Já ouviu falar em pavimento pélvico e a sua localização (conjunto de músculos e ligamentos que envolvem os órgãos genitais, ânus e reto)? *

- ☐ Sim
☐ Não

18. Alguma vez recebeu/procurou informação sobre disfunções do pavimento pélvico? *

- ☐ Sim
☐ Não

19. Quem lhe deu/onde procurou essa informação?

- ☐ Ginecologista
☐ Enfermeiro
☐ Médico de família
☐ Fisioterapeuta
☐ Internet
☐ Instrutor de exercício
☐ Outro

20. Na sua opinião para que servem os músculos do pavimento pélvico? *
(selecione a opção que considerar mais correta)

- ☐ Suporte da bexiga, útero e reto
☐ Mantém a continência de urina, fezes e gases, evitando as perdas involuntárias
☐ Contribuem para o prazer na relação sexual
☐ Não sei qual é a função dos músculos do pavimento pélvico

Sintomas causados pela disfunção do pavimento pélvico durante a gravidez.

As disfunções do pavimento pélvico são alterações que podem afetar a anatomia e função dos músculos e estruturas do pavimento pélvico.
O pavimento pélvico é um conjunto de músculos que fornecem suporte à bexiga, útero e intestino e controlam a saída da urina e de fezes através da abertura ou encerramento de orifícios.

21. Teve/tem alguma das seguintes situações? *

O que a/za desencadeou/desencadeia?

(selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

	Nunca foi um problema	Gravidez	Pós-parto	Com a prática de exercício físico	Após cirurgia/tratamento abdominal/pélvico	Tossir/espirrar
Perda involuntária de urina	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perda involuntária de fezes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perda involuntária de gases	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perda de ar pela vagina	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sensação de peso/ "bola" na vagina ou ânus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dor na região da vagina, vulva ou ânus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sensação de que não urinou tudo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sensação de que não defecou tudo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Necessidade de fazer força para urinar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Necessidade de fazer força para defecar	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Atitudes e práticas acerca do pavimento pélvico

22. Realiza/já realizou exercícios para o pavimento pélvico? *

- ☐ Sim
☐ Não

Secção sem título

23. Diga por que motivo realizou/realiza/realizaria esses exercícios

- ☐ Por estar grávida
☐ Após o parto
☐ Para ter mais prazer durante as relações sexuais
☐ Para tratar alguma disfunção do pavimento pélvico (incontinência urinária, fecal, etc.)
☐ Outro

24. Que tipo de informação/orientação lhe foi fornecida para a realização do treino dos músculos do pavimento pélvico? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

- ☐ Encolher a barriga
☐ Imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la, sugá-la
☐ Apertar o ânus e depois relaxar
☐ Contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico durante a atividade sexual
☐ Contrair os músculos do pavimento pélvico quando faz exercício/atividade física
☐ Parar o fluxo de urina quando está a urinar
☐ Evitar contrair os glúteos (nádegas) ou os músculos da parte interna das coxas quando deita o ar fora
☐ Evitar sustentar a respiração e prender a barriga
☐ Não sei

25. Qual a postura adequada para o exercício dos músculos do pavimento pélvico? *

- ☐ Posição sentada
- ☐ Posição em pé
- ☐ Deitada
- ☐ Não sei

26. Acha que é importante para a mulher grávida treinar os músculos do pavimento pélvico? *

- ☐ Muito importante
- ☐ Moderadamente importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Não é importante
- ☐ Nunca pensei sobre o assunto

27. Qual o benefício de exercitar os músculos do pavimento pélvico? *
(Selecione a opção que considerar as mais importantes)

- ☐ Reduzir a incidência de incontinência urinária
- ☐ Parto mais fácil
- ☐ Recuperação pós-parto mais rápida
- ☐ Reduzir o trauma do parto e pós-parto
- ☐ Aumentar satisfação sexual
- ☐ Reduzir a dor

28. As mulheres grávidas podem exercitar os músculos do pavimento pélvico? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

28.1. Se selecionou "sim" na resposta anterior indique uma vantagem dos exercícios do pavimento pélvico na gravidez

A sua resposta _____

Informações acerca da frequência da prática dos exercícios e maneira de realizá-lo

29. Com que frequência faria os exercícios do pavimento pélvico se soubesse como realizá-los? *

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Às vezes
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ 3 a 4 vezes por semana
- ☐ Não sei

30. Quantas séries faria?

Uma série é composta pela quantidade de vezes que consegue repetir o exercício (repetições). Neste contexto cada repetição (contração do pavimento pélvico) deve durar no mínimo 6 segundos.

- ☐ 1 série de 8 a 12 repetições
- ☐ 2 séries de 8 a 12 repetições
- ☐ 3 séries de 8 a 12 repetições
- ☐ Não sei

31. Qual seria a sua motivação para exercitar os músculos do pavimento pélvico? *

- ☐ Prevenir/recuperar perdas urinárias na ocorrência de tosse/espirro
- ☐ Prevenir/tratar a urgência em fazer xixi
- ☐ Aumentar prazer no ato sexual
- ☐ Evitar cirurgias
- ☐ Facilitar o trabalho de parto
- ☐ Nenhuma das anteriores
- ☐ Outra: _____

A sua colaboração é fundamental. Obrigada pela sua participação!

Os melhores cumprimentos, Fisioterapeuta Carla Fernandes.

Anatomia Pélvica

O pavimento pélvico é um conjunto de músculos que fornecem suporte à bexiga, útero e intestino e controlam a saída de urina e das fezes através da abertura ou encerramento de orifícios.

Também contribui na função sexual, em termos de sensibilidade e resposta muscular durante a relação sexual.

(Quaghebeur, Petros, Wyndaele, & De Wachter, 2021).

Exercícios

Começar na posição sentada com as pernas afastadas e as costas direitas (numa bola de Pilates ou numa cadeira) e evoluir para a posição em pé.

Exercícios

Faça de 8 a 12 repetições, durante 6 a 8 segundos e descanse. Volte a repetir a sequência por mais duas vezes. Se for muito difícil, diminua as repetições ou aumente a pausa entre as mesmas.

Contraia a musculatura do pavimento pélvico sentindo a força e elevação da uretra, vagina e reto.

Contraia o máximo que puder durante 6 a 8 segundos e relaxe lentamente.

Relaxe e respire pausadamente, durante as contrações musculares e nos intervalos entre contrações.

Se conseguiu efetuar facilmente a sequência anterior na posição sentada efetue a mesma na posição de pé.

Afaste as pernas à largura dos seus ombros (como na imagem acima) e contraia os músculos do pavimento pélvico

(Markved & Ba, 2014)