

Carla Filipa de Sá Faria

**Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico
e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 aos
40 anos de idade**

**Projecto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador: Professor António Manuel Fernandes Lopes, Professor Coordenador, Mestre, detentor do Título de Especialista em Fisioterapia

Coorientador: Professora Maria de Fátima Batista Sancho, Professora Convidada, Mestre, detentora do grau de especialista em Fisioterapia

Novembro, 2021

Carla Filipa de Sá Faria

Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 aos 40 anos de idade

**Projecto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador: Professor António Manuel Fernandes Lopes, Professor Coordenador, Mestre, detentor do Título de Especialista em Fisioterapia

Coorientador: Professora Maria de Fátima Batista Sancho, Professora Convidada, Mestre, detentora do grau de especialista em Fisioterapia

Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria Elisabete Gomes Silva Martins, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Fisioterapeuta

Vogal: Mestre com o Título de Especialista Maria de Fátima Batista Sancho, Professor Convidado da Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Arguente: Professora Doutora Paula Clara Ribeiro Santos, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Fisioterapeuta

Fevereiro, 2022

Resumo

Introdução: O conhecimento sobre as disfunções do pavimento pélvico (DPP) é reduzido nas mulheres mais jovens e nulíparas e, pouco conhecimento sobre o pavimento pélvico (PP) está associado a uma maior prevalência das disfunções. **Objetivo:** Identificar e descrever os conhecimentos que as mulheres da população portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, têm sobre o pavimento pélvico e as suas disfunções. **Metodologia:** Estudo descritivo-correlacional, de levantamento de dados através de um questionário de auto-preenchimento aplicado a mulheres da população portuguesa. **Resultados:** Foram recebidas 1993 respostas válidas. Verificou-se que 88,6% das mulheres já ouviu falar sobre pavimento pélvico mas apenas 32,2% das que têm ou já tiveram alguma DPP refere ter falado com alguém sobre o assunto. As mulheres com formação de nível superior e com formação relacionada com a saúde possuem mais conhecimento sobre o PP e as suas disfunções ($p \leq 0,001$). Mais de metade das mulheres (56%) refere já ter realizado exercícios para o PP, principalmente na fase da gravidez (40%) e após o parto (34,2%). Apenas 27% das inquiridas passou por uma avaliação, das quais 78,2% foram avaliadas por um fisioterapeuta. A maioria das mulheres (76,7%) considera que o treino dos MPP é muito ou moderadamente importante, sendo as mais velhas (33-40 anos) aquelas que dão mais importância à sua realização. **Conclusão:** As disfunções do pavimento pélvico parecem ser muito frequentes nas mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade, sendo o conhecimento sobre o PP e as DPP pobre nas mulheres mais jovens e nulíparas. Deste modo, torna-se fundamental implementar estratégias de prevenção das DPP em mulheres jovens.

Palavras-chave: Disfunções do Pavimento Pélvico, Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico, Literacia em saúde, Saúde Pélvica, Mulheres, Fisioterapia

Abstract

Introduction: Knowledge about pelvic floor (PF) is reduced in young and nulliparous women, and low levels of knowledge about the PF have been associated with higher levels of pelvic floor dysfunction (PFD). **Objective:** To identify and describe the knowledge that women in the Portuguese population, aged between 18 and 40 years, have about the PF and PFD. **Methodology:** This is a descriptive-correlational study of data collection through a self-administered questionnaire, applied to women from the Portuguese population. **Results:** 1993 responses were received. It was found that 88.6% of women have heard about the pelvic floor, but only 32.2% of those who have or have had a PFD report having talked to someone about the subject. Women with higher education and health-related training have more knowledge about PF and its dysfunctions ($p \leq 0.001$). Most women (56%) reported that they have already performed exercises for PF, especially during pregnancy (40%) and after childbirth (34.2%). Only 27% of women underwent an evaluation, of which 78.2% were evaluated by a physical therapist. Most women (76.7%) consider that the training of PFM is very or moderately important, with the older women (33-40 years old) being those who give more importance to its performance. **Conclusion:** PFD seem to be very frequent in Portuguese women aged between 18 and 40 years old, and knowledge about PF and PFD is poor in younger and nulliparous women. Thus, it is essential to implement prevention strategies for PFD in young women.

Keywords: Pelvic Floor Dysfunction, Pelvic Floor Muscle Exercise, Health Literacy, Pelvic Health, Women, Physiotherapy

Notas prévias

- 1) Tendo em conta a pertinência de estudar o tema em diferentes escalões etários, e a existência de orientadores comuns, este estudo foi elaborado de forma conjugada com Maria João Ferreira que estudou mulheres com idades compreendidas entre os 41 e os 70 anos de idade.
- 2) Ao longo do texto estão inseridas referências adicionais correspondentes a documentos incluídos no dossier complementar ao estudo, e que permitem uma melhor compreensão do trabalho realizado.

Introdução

A incompetência e mau funcionamento das estruturas do Pavimento Pélvico (PP), sejam elas musculares, ligamentares, tendinosas ou relacionadas com os órgãos pélvicos, podem levar a vários tipos de Disfunções do Pavimento Pélvico (DPP) (Bo *et al.*, 2016). As DPP englobam inúmeras condições clínicas que podem ser Disfunções do Trato Urinário, Disfunções Ano-Retais, Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP); Dor Pélvica Crónica e Disfunções Sexuais (Abram *et al.*, 2002; Haylen *et al.*, 2010).¹

O conhecimento das mulheres sobre as DPP é reduzido (Mandimika *et al.*, 2014; Falvey *et al.*, 2021) e, pouco conhecimento está associado a uma maior prevalência das mesmas (Berzuk & Shay, 2015).

De uma forma geral, as mulheres nulíparas possuem menos conhecimento sobre o PP e as DPP quando comparadas com mulheres no período do periparto e menopausa (Neels *et al.*, 2016; Falvey *et al.*, 2021). Isto leva a entender que o conhecimento das mulheres sobre o PP e as DPP difere com a idade, gravidez e parto (Neels *et al.*, 2016), que por sua vez são considerados fatores de risco para as DPP (Barca *et al.*, 2021)². Este nível de conhecimento pode estar associado ao facto de as mulheres receberem informação sobre o assunto em estudo durante a gravidez (cursos de preparação para o nascimento) e no período pós-menopausa, o que é considerado tardio porque não atuaram na prevenção (Neels *et al.*, 2016).

É possível que existam questões culturais envolvidas na perceção das DPP como sendo uma componente “normal” da vida (Siegel *et al.*, 2018) dado que uma grande proporção de mulheres acha que a Incontinência Urinária (IU) e a dispareunia são processos normais da vida de uma mulher (Neels *et al.*, 2016).

Em 2013, Buurma e Lagro-Janssen realizaram uma pesquisa qualitativa sobre as perceções das mulheres sobre as DPP e o seu comportamento de procura de ajuda, na qual várias mulheres mencionaram explicitamente o constrangimento como um impedimento para procurar ajuda. Outras barreiras encontradas foram os seguros de saúde inadequados e o facto de as mulheres colocarem muitas vezes as suas necessidades de saúde por último, por detrás das necessidades de familiares (Hatchett, Hebert-Beirne, Tenfelde, Lavender & Brubaker, 2011).

Algumas mulheres compartilham experiências pessoais de profissionais de saúde que ignoraram ou minimizaram a significância dos sintomas associados a POP ou IU e, referiram ainda que acabaram por concordar que os sintomas comuns associados a estas disfunções não são significativos o suficiente para justificar atenção médica (Siegel *et al.*, 2018). Lyatoshinskaya e colegas (2016) encontraram no seu estudo que um alto nível de conhecimento sobre DPP (POP) foi associado a uma maior procura por informação, mas não a uma maior confiança nos médicos.

Como as DPP não são discutidas livremente na comunidade, até mesmo as mulheres altamente instruídas podem permanecer desinformadas sobre estas condições de saúde (Anger *et al.*, 2012).

A falta de conhecimento sobre as DPP pode resultar na incapacidade de compreender as opções de tratamento³, na insatisfação com os cuidados prestados ou até no medo de pedir uma segunda opinião (Anger *et al.*, 2012), no entanto, as DPP acarretam implicações sociais, psicológicas e económicas, afetando negativamente a qualidade de vida das mulheres que sofrem destas condições (Helena *et al.*, 2006; Amaral, Coutinho, Nelas, Chaves, & Duarte, 2015).

A população está a envelhecer! A Organização Mundial de Saúde e os Institutos Nacionais de Saúde nos Estados Unidos (2011) estimam que 1,5 bilião de pessoas em todo o mundo terão 65 anos ou mais até 2050, representando 16% da população mundial e, de acordo com Wu e colegas (2011), o envelhecimento da população levará a um aumento do número de mulheres com disfunção do pavimento pélvico, sendo estimado que o número de cirurgias a POP e a IU de esforço será 50% mais elevado em 2050, comparativamente a 2010.

Tendo em consideração o descrito acima, é importante usar a educação para evitar que as mulheres jovens aceitem os sintomas relacionados com as DPP e procurem ajuda diferenciada o mais precocemente possível por forma a prevenir as disfunções ou impedir a sua progressão.

Por forma a planear, iniciar e implementar estratégias de prevenção primária para as disfunções do pavimento pélvico, é importante compreender a consciência e conhecimento que as mulheres mais jovens têm sobre o PP, suas disfunções e fatores de risco associados ao seu desenvolvimento.

Dado que na literatura não foram encontrados estudos relativos à população portuguesa sobre esta temática, englobando as principais DPP (incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso de órgãos pélvicos e dor pélvica), pretende-se com este estudo⁴: 1) descrever a frequência das DPP em mulheres portuguesas dos 18 aos 40 anos de idade; 2) examinar a associação entre fatores de risco e a ocorrência de DPP; 3) analisar os conhecimentos das mulheres sobre o PP e as suas disfunções.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, de levantamento de dados através de um questionário (tipo *survey*) de autopreenchimento, construído pela equipa de investigação, para o propósito deste estudo, o qual foi validado e testado de acordo com as normas da ESSA/Departamento de Fisioterapia para elaboração de questionários⁵.

Foi garantida a validade do conteúdo através da submissão a um painel multiprofissional de peritos⁶, do qual fizeram parte: fisioterapeutas com experiência na área da saúde da mulher, com preferência pelos que tenham exercício profissional na área de cuidados de saúde primários e/ou que sejam membros do Grupo de Interesse da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas; médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia; enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia; e académicos e especialistas em ciências sociais e do comportamento, com experiência na realização de questionários.

Foi alcançado o consenso geral em todas as questões do questionário, depois de decorridas duas rondas de validação⁷.

Decorrida a fase de validação do questionário foi realizado um pré-teste. Para tal, foi solicitado, a 20 mulheres com características idênticas à da população alvo (10 preencheram o questionário em papel e 10 através do formato online), o preenchimento da última versão do questionário e a realização de um teste de compreensão⁸.

Após a análise das respostas recolhidas no teste de compreensão, chegámos à versão final do questionário em papel (Apêndice I) e *online* (<https://forms.gle/LfvLFQCJRrMbLnS56>).

O questionário é do tipo misto (inclui questões abertas e fechadas), com uma duração média de preenchimento de 10 minutos, e no qual existiram duas versões equivalentes, uma em papel e outra em suporte informático.

O questionário é constituído por três partes: a parte I, centra-se na caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres; a parte II, pretende identificar as características clínicas relacionadas com as DPP; e por fim a parte III, baseia-se na caracterização da consciência e compreensão do PP.

População e Amostra

A população alvo deste estudo foram mulheres residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade, que aceitaram participar na pesquisa concordando com o consentimento informado, livre e esclarecido, inserido no questionário e, com capacidade de ler e escrever a língua portuguesa. Foram excluídas as respostas de mulheres ginecologistas, obstetras, urologistas, fisioterapeutas da área da saúde da mulher e enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e todos os questionários que não estivessem totalmente preenchidos.

A amostra em estudo não probabilística, por conveniência, foi obtida através da divulgação do questionário via redes sociais e entregue em clínicas, gabinetes de fisioterapia, hospitais e associações, de modo a alcançar o maior número de pessoas possível.

Para se determinar o tamanho da amostra foi utilizada a Sintaxe do professor Valentim Rodrigues Alferes (Universidade de Coimbra, 2002), para uma população desconhecida e para um intervalo de confiança de 95%, com um erro de amostragem de 3%, a amostra mínima recomendada é de 1068 sujeitos.

Procedimento de recolha

Antes de ser iniciada a recolha de dados foi obtida uma autorização formal da comissão de ética da ESSA, para a implementação do projeto⁹.

A recolha de dados foi realizada entre 14 de Outubro de 2020 e 25 de Março de 2021¹⁰ e foram seguidas as seguintes fases de aplicação do questionário versão em papel: 1) foram entregues os questionários em várias instituições de Portugal Continental, de forma presencial; 2) o questionário foi entregue num envelope destinado a cada pessoa; 3) o questionário foi aplicado uma única vez a cada elemento da amostra, com um prazo de um mês para o seu preenchimento e devolução/envio; 4) quando preenchidos, foram colocados dentro do envelope e fechados, de modo a garantir que apenas o investigador tivesse acesso às respostas dadas pela participante; 5) após recolha dos dados, procedeu-se à introdução manual dos mesmos numa base de dados, num documento excel, e à sua análise através de métodos estatísticos.

Na versão online foram seguidas as seguintes fases: 1) o questionário foi divulgado via redes sociais (*facebook, instagram e e-mail*); 2) foi aplicado uma única vez a cada elemento da amostra, com um prazo de um mês para o seu preenchimento e submissão online; 3) após recolha dos dados, procedeu-se à análise dos mesmos através de métodos estatísticos.

Foi garantido o anonimato e confidencialidade de todas as participantes, uma vez que não foram recolhidos dados que permitissem a identificação das mesmas.

Tratamento dos dados

Após aplicação do questionário, os dados foram estatisticamente analisados no programa Microsoft Office Excel 2016 e no programa SPSS, versão 24.

Após a verificação e correção de valores ausentes ou descontextualizados, procedeu-se à estatística descritiva, para tal utilizaram-se medidas de frequência absoluta e relativa uma vez que as variáveis têm escala qualitativa (nominal e ordinal), sendo demonstrados em forma de tabelas.

Na análise inferencial foi utilizado o teste Qui-quadrado/Teste de Fisher que permitiu explorar associações entre algumas variáveis cujas observações são discretas (escala nominal e ordinal), mas não permitem obter qualquer evidência quanto à força ou sentido dessa inter-relação. O seu objetivo é verificar se a distribuição das frequências observadas, se desvia significativamente das frequências esperadas. Foi tomado um nível de significância de $p \leq 0.005$. Usou-se o teste de Fisher, como alternativa ao teste Qui-Quadrado, sempre que houve mais de 20% de frequências esperadas inferiores a 5.

Conflito de interesses

Não existem conflitos de interesse a apresentar.

Resultados

A amostra estudada foi constituída por 1993 mulheres residentes em Portugal continental e ilhas. Na tabela 1 estão identificadas o número total de respostas ao questionário, das quais 2026 correspondem ao questionário versão online e 19 à versão em papel, tendo sido excluídas 52 respostas, por repetição ou não inclusão nos critérios do estudo.

Tabela 1 - Número total respostas

Nº total respostas	2045
Papel	19
Online	2026
Nº de respostas eliminadas (repetidas ou fora dos critérios de inclusão)	52
Nº de respostas válidas	1993

Caracterização da amostra

As características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 2, na qual se pode verificar que das 1993 mulheres inquiridas, 27,5% (549) têm entre 18 e 25 anos, 34,3% (683) têm entre 26 e 32 anos e 38,4% (761) têm entre 33 e 40 anos.

As mulheres da amostra estão distribuídas por Portugal continental e ilhas, sendo que a região norte teve a maioria com 34,4% (686), seguida da região centro com 25,9% (516), da área de Lisboa e Setúbal com 25,3% (504), do Alentejo com 10,3% (205) e do Algarve com 2,4% (47). A representação nas ilhas foi de 1,2% (23) na Região Autónoma da Madeira e de 0,6% (12) na Região Autónoma dos Açores.

Relativamente ao índice de massa corporal (IMC) a maioria das mulheres tem peso normal (65,7% - 1309), 21,8% (435) está num estado de pré-obesidade, 7,9% (157) de obesidade e 4,6% (92) com baixo peso.

No que respeita às habilitações académicas 73,2% (1459) das inquiridas tem habilitações ao nível do ensino superior – 50,4% (1004) ao nível do bacharelato ou licenciatura, 22,0% (439) ao nível do mestrado e 0,8% (16) ao nível do doutoramento – e 24,1% (481) afirma ter o ensino secundário 1,4% (28) o ensino básico e 1,3% (25) outro nível de formação.

As respondentes são maioritariamente não profissionais de saúde (46,8% - 932), estando os profissionais de saúde representados com 34,5% (688). As estudantes representam 15,2% (303) da amostra, seguido das desempregadas (3,5% - 69) e apenas 1 mulher refere estar reformada (0,1%).

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mulheres em estudo

Características	Frequência	%
Idade		
18 - 25 anos	549	27,5
26 - 32 anos	683	34,3
33 - 40 anos	761	38,2
Região do país		
Norte	686	34,4
Centro	516	25,9
Lisboa e Setúbal	504	25,3
Alentejo	205	10,3
Algarve	47	2,4
Região Autónoma da Madeira	23	1,2
Região Autónoma dos Açores	12	0,6
IMC		
IMC < 18,5 - Baixo peso	92	4,6
IMC entre 18,5 e 24,9 - Peso normal	1309	65,7
IMC entre 25 e 29,9 - Pré-obesidade	435	21,8
IMC entre 30 e 34,9 - Obesidade Grau I	111	5,6
IMC entre 35 e 39,9 - Obesidade Grau II	26	1,3
IMC > 40 - Obesidade Grau III	20	1,0
Habilitações académicas		
Doutoramento	16	0,8
Mestrado	439	22,0
Bacharelato/Licenciatura	1004	50,4
Ensino Secundário	481	24,1
Ensino básico	28	1,4
Outro	25	1,3
Profissão		
Não profissional de saúde	932	46,8
Profissional de saúde	688	34,5
Estudante	303	15,2
Desempregada	69	3,5
Reformada	1	0,1

Na tabela 3 estão descritas as características clínicas das mulheres em estudo. Relativamente à posição diária, 49,1% (978) afirma passar mais de 50% do seu dia na posição de sentada, 33% (657) em movimento e 18% (358) em pé. As mulheres fisicamente ativas representam 70,9% (1414) da população sendo que 59,8% (1192) afirma praticar algum tipo de exercício/atividade física e 11,1% (222) um desporto federado/competição.

Quanto às condições de saúde identificadas, 8,9% (177) das mulheres refere ser obstipada, 8,6% (172) tem asma/bronquite, 3,7% (74) depressão, 1,6% (32) hipertensão arterial, 0,6% (12) diabetes e 0,5% (11) tosse persistente. Apenas 8,5% (169) já foi submetida a algum tipo de cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico.

Relativamente à gravidez e ao parto, 11,6% (231) está grávida pela primeira vez e 35,4% (706) já esteve grávida, sendo que 30,3% (214) teve um parto por cesariana e 68,7% (485) por via vaginal. As mulheres primíparas com parto por cesariana correspondem a 78% (167) e múltiparas a 22% (47). No parto vaginal as mulheres primíparas correspondem a 70,3% (341) e as múltiparas a 29,5% (144). No parto por via vaginal 68% (330) refere ter sido submetida a episiotomia, 39,2% (190) a ventosa, 21,9% (106) a laceração e 11,5% (56) a fórceps. Apenas 13,2% (64) das mulheres que tiveram um parto por via vaginal refere não ter sido submetida a qualquer tipo de intervenção.

Tabela 3 – Características clínicas das mulheres em estudo

Características	Frequência	%	
Posição diária			
Sentado	978	49,1	
Em movimento	657	33,0	
Em pé	358	18,0	
Prática de atividade física			
Não	801	40,2	
Sim	1192	59,8	
Prática de desporto federado			
Não	1771	88,9	
Sim	222	11,1	
Condição de saúde*			
Obstipação	177	8,9	
Asma/Bronquite	172	8,6	
Depressão	74	3,7	
Hipertensão arterial	32	1,6	
Diabetes	12	,6	
Tosse persistente	11	,5	
Não tenho nenhuma das condições descritas	1565	78,5	
Submetida a cirurgia pélvica (exclui a cesariana)			
Não	1824	91,5	
Sim	169	8,5	
Gravidez			
Não	1056	53,0	
Sim	706	35,4	
Estou grávida pela primeira vez neste momento	231	11,6	
Tipo de parto			
Vaginal	485	68,7	
Cesariana	214	30,3	
Mulheres que estiveram grávidas e nunca tiveram parto	7	1	
Número de partos			
Cesariana	1	167	78
	2	43	20
	3	4	2
Vaginal	1	341	70,3
	2	117	24,1
	3	27	5,6
Intervenções parto vaginal*			
Episiotomia	330	68,0	
Ventosa	190	39,2	
Laceração	106	21,9	
Sem intervenção	64	13,2	
Fórceps	56	11,5	

*as inquiridas poderiam selecionar mais do que uma opção.

Prevalência das disfunções do pavimento pélvico¹¹

A maioria das mulheres da amostra (57,7%) refere que tem ou já teve algum sintoma de disfunção do pavimento pélvico, tal como se encontra descrito na tabela 4. Relativamente à incontinência urinária 41,9% (836) refere já ter passado por alguma situação de perda involuntária de urina, 3,7% (74) refere que já teve ou tem alguma perda involuntária de fezes, 9,9% (198) já teve ou tem uma sensação de peso/”bola” na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída. A dor na região da vagina, vulva e/ou ânus já foi uma situação pela qual 29,5% (587) das mulheres passou.

Tabela 4 – Prevalência das disfunções do pavimento pélvico (questão 16 do questionário)

Características	Frequência	%
Nunca passei por nenhuma das situações	843	42,3
Já passei por uma ou mais das situações descritas*	1150	57,7
Perda involuntária de urina	836	41,9
Perda involuntária de fezes	74	3,7
Sensação de peso/ "bola" na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída	198	9,9
Dor na região da vagina, vulva e/ou ânus	587	29,5

*as inquiridas poderiam seleccionar mais do que uma opção.

Na tabela 5 está descrito a consciência das mulheres sobre a sua disfunção do pavimento pélvico e em que fase da sua vida é que se tornou um problema. Relativamente à incontinência urinária, 34,9% (696) das mulheres refere que a perda involuntária de urina já foi um problema e 14,7% (293) refere que a sensação de peso/"bola" na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída já foi um problema. A perda involuntária de fezes é a disfunção menos prevalente, sendo reportada como um problema por 6,3% (126) das mulheres. Dor na região da vagina, vulva e/ou ânus já foi um problema reportado por 29,1% das mulheres (579).

A gravidez e o pós-parto foram as fases mais frequentemente identificadas pelas mulheres da relação com o aparecimento dos sintomas de disfunção do pavimento pélvico.

Tabela 5 – Quando, e em que fase da vida, é que as seguintes situações se tornaram um problema (questão 17 do questionário)*

Características	Frequência	%
Perda involuntária de urina		
Nunca foi um problema	1297	65,1
Já foi um problema	696	34,9
Pós-parto	254	36,5
Gravidez	222	31,9
Com a prática de exercício	103	14,8
Menopausa	2	0,3
Após cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico	2	0,3
Sem relação com nenhuma das situações referidas	231	33,2
Perda involuntária de fezes		
Nunca foi um problema	1867	93,7
Já foi um problema	126	6,3
Pós-parto	17	13,5
Gravidez	6	4,8
Menopausa	0	0
Com a prática de exercício	0	0
Após cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico	0	0
Sem relação com nenhuma das situações referidas	104	82,5
Sensação de peso/ "bola" na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída		
Nunca foi um problema	1700	85,3
Já foi um problema	293	14,7
Gravidez	71	24,2
Pós-parto	71	24,2
Com a prática de exercício	9	3,1
Após cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico	7	2,4
Menopausa	2	0,7
Sem relação com nenhuma das situações referidas	131	44,7
Dor na região da vagina, vulva e/ou ânus		
Nunca foi um problema	1414	70,9
Já foi um problema	579	29,1
Pós-parto	153	26,4
Gravidez	126	21,8
Com a prática de exercício	15	2,6
Após cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico	11	1,9
Menopausa	2	0,3
Sem relação com nenhuma das situações referidas	310	53,5

*as inquiridas poderiam selecionar mais do que uma opção.

Foram analisadas várias associações entre as variáveis em estudo de modo a verificar se o tipo de parto está relacionado com as disfunções do pavimento pélvico (tabela 6). Relativamente ao parto vaginal destaca-se as associações estatisticamente significativas com os episódios de IU ($p \leq 0,001$), peso vaginal ($p \leq 0,05$) e dor ($p \leq 0,05$). Por outro lado, as mulheres que tiveram parto por cesariana revelam ter menos episódios de IU ($p \leq 0,001$), e dor ($p \leq 0,05$).

Tabela 6 – Associação entre o tipo de parto e ocorrência de disfunções do pavimento pélvico

Tipo de Parto		Disfunções do Pavimento Pélvico			
		IU (n=395)	IF (n=32)	POP (n=108)	DOR (n=230)
Vaginal	Sim (n=480)	64,6% (310)	3,8% (18)	17,7% (85)	35,6% (171)
	Não (n=220)	38,6% (85)	6,4% (14)	10,5% (23)	26,8% (59)
	Qui-quadrado	X ² =41,308 p<0,001***	X ² =2,362 p=0,124	X ² = 6,083 p=0,014*	X ² =5,304 p=0,021*
Cesariana	Sim (n=212)	42,9% (91)	5,7% (12)	12,3% (26)	27,4% (58)
	Não (n=488)	62,3% (304)	4,1% (20)	16,8% (82)	35,2% (172)
	Qui-quadrado	X ² =22,555 p<0,001***	X ² =0,827 p=0,363	X ² =2,334 p=0,127	X ² =4,168 p=0,041*

% em parto vaginal e parto por cesariana

*** Significativo para $p \leq 0,001$, * significativo para $p \leq 0,05$

De modo a verificar se as mulheres fisicamente mais ativas (consideradas fisicamente ativas todas as mulheres que referiram praticar algum tipo de exercício/atividade física e/ou desporto federado) diferem das menos ativas/sedentárias relativamente às DPP, foram analisadas várias associações entre as variáveis em estudo.

Na tabela 7 podemos destacar as associações estatisticamente significativas com a perda involuntária de urina ($p \leq 0,05$), sensação de peso vaginal ($p \leq 0,001$) e dor ($p \leq 0,001$) revelando que existe uma percentagem maior de mulheres que não praticam desporto federado com IU (42,9%), com sensação de peso vaginal (10,8%) e com dor (31,2%).

Relativamente à prática de atividade física podemos destacar as associações estatisticamente significativas com a perda involuntária de urina ($p \leq 0,001$) e com a perda involuntária de fezes ($p \leq 0,05$), revelando que existe uma percentagem maior de mulheres que não praticam atividade física com IU (46,8%) e IF (5,0%).

Tabela 7 – Associação entre a prática de desporto federado e de atividade física com a ocorrência de disfunções do pavimento pélvico

Tipo de Atividade		Disfunções do Pavimento Pélvico			
		IU (n=836)	IF (n=74)	POP (n=198)	DOR (n=587)
Desporto Federado	Sim (n=222)	34,2% (76)	5,4% (12)	3,2% (7)	15,8% (35)
	Não (n=1771)	42,9% (760)	3,5% (62)	10,8% (191)	31,2% (552)
	Qui-quadrado	X ² =6,103 p=0,013*	X ² =2,002 p=0,157	X ² =12,841 p<0,001***	X ² =22,525 p<0,001***
Atividade Física	Sim (n=1192)	38,7% (461)	2,9% (34)	9,8% (117)	28,8% (343)
	Não (n=801)	46,8% (375)	5,0% (n=40)	10,1% (81)	30,5% (244)
	Qui-quadrado	X ² =13,042 p<0,001***	X ² =6,145 p=0,013*	X ² =0,047 p=0,828	X ² =0,656 p=0,418

% em parto vaginal e parto por cesariana

*** Significativo para $p \leq 0,001$, * significativo para $p \leq 0,05$

Procura de ajuda/tratamento para as disfunções do pavimento pélvico (tabela 8)¹²

Das 1150 mulheres que já tiveram ou têm alguma disfunção do pavimento pélvico, apenas 641 (32,2%) refere ter falado com alguém sobre o assunto, sendo o ginecologista (48,7%), médico de família (32,4%) e o fisioterapeuta (23,9%) os profissionais de saúde preferencialmente escolhidos para tal. As mulheres também demonstram falar com amigos (15,6%) ou familiares (13,1%) sobre o assunto.

Tabela 8 – Procura de ajuda/tratamento para as disfunções do pavimento pélvico

Características	Frequência	%
Se tem ou já teve alguma das situações descritas na pergunta anterior, procurou tratamento ou falou com alguém a pedir ajuda? (questão 18 do questionário)		
Nunca tive nenhuma das situações descritas (IU, IF, POP e dor pélvica)	410	20,6
Nunca falei com ninguém	942	47,3
Falei com alguém	641	32,2
Ginecologista	312	48,7
Médico de Família	208	32,4
Fisioterapeuta	153	23,9
Amigos	100	15,6
Famíliares	84	13,1
Outro*d	78	12,3
Se não falou com ninguém, por que razão não o fez? (questão 19 do questionário)		
Os sintomas não me incomodavam	436	46,3
Considero que seja uma condição normal da vida da mulher	242	25,7
Não sei com quem (profissional/especialista) falar	72	7,6
Por vergonha	45	4,8
Outro	149	15,8

Conhecimento sobre o pavimento pélvico¹³

A maioria das mulheres refere ser a Fisioterapia o melhor tratamento para as disfunções do pavimento pélvico (tabela 9).

Tabela 9 – Conhecimento sobre o tratamento para as disfunções do pavimento pélvico (questão 20 do questionário)

Características	Frequência	%
Perda involuntária de urina		
Fisioterapia	1401	70,3
Aula de pilates/yoga	584	29,3
Cirurgia	484	24,3
Não sei	298	15
Medicação	253	12,7
Perda involuntária de fezes		
Fisioterapia	1044	52,4
Não sei	560	28,1
Cirurgia	517	25,9
Aula de pilates/yoga	345	17,3
Medicação	265	13,3
Sensação de peso / “bola” na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída		
Fisioterapia	898	45,1
Não sei	714	35,8
Cirurgia	507	25,4
Aula de pilates/yoga	325	16,3
Medicação	152	7,6
Dor na região da vagina, vulva e/ou ânus		
Fisioterapia	820	41,1
Não sei	729	36,6
Medicação	543	27,2
Aula de pilates/yoga	245	12,3
Cirurgia	162	8,1

Na tabela 10 estão descritos os conhecimentos das mulheres portuguesas sobre o pavimento pélvico, pelo que é possível perceber que 88,6% (1766) já ouviu falar em pavimento pélvico mas apenas 55,7% alguma vez recebeu/procurou informação sobre o pavimento pélvico. As principais fontes de informação sobre o pavimento pélvico são o fisioterapeuta (57,3% - 637) e o ginecologista (55% - 608).

Relativamente à função dos músculos do pavimento pélvico apenas 8,2% (163) das mulheres afirma não saber para que servem os músculos do pavimento pélvico e 40,1% (800) das inquiridas selecionou as 3 opções de resposta corretas.

Tabela 10 – Conhecimento sobre o pavimento pélvico (questões 21 – 24 do questionário)

Características	Frequência	%
Já ouviu falar em pavimento pélvico?		
Sim	1766	88,6
Não	227	11,4
Alguma vez recebeu/procurou informação sobre o pavimento pélvico?		
Sim	1111	55,7
Não	882	44,3
Quem lhe deu/onde procurou essa informação?		
Fisioterapeuta	637	57,3
Ginecologista	608	55
Escola	342	31
Internet	336	30,2
Livros	309	28
Amigos	181	16,3
Professor de Pilates	159	14,3
Enfermeiro	147	13,2
Médico de Família	122	11
Outro	87	8
Instrutor de Exercício	81	7,3
Professor de Yoga	63	6
Urologista	31	3
Na sua opinião para que servem os músculos do pavimento pélvico?		
Não sei qual é a função dos músculos do pavimento pélvico	163	8,2
Suporte da bexiga, útero e reto, mantêm a continência de urina, fezes e gases, evitando as perdas involuntárias, contribuem para o prazer na relação	800	40,1
Mantêm a continência de urina, fezes e gases, evitando as perdas involuntárias	202	10,1
Mantêm a continência de urina, fezes e gases, evitando as perdas involuntárias, contribuem para o prazer na relação sexual	19	1,0
Suporte da bexiga, útero e reto	353	17,7
Suporte da bexiga, útero e reto, contribuem para o prazer na relação sexual	17	0,9
Suporte da bexiga, útero e reto, mantêm a continência de urina, fezes e gases, evitando as perdas involuntárias	439	22,0

O teste Qui-Quadrado revelou para $p \leq 0,001$, a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de mulheres que tem formação ao nível do ensino superior relativamente ao grau de conhecimento sobre o pavimento pélvico ($p \leq 0,001$), revelando que estas foram as que mais ouviram falar sobre PP (tabela 11).

Tabela 11 – Associação entre habilitações académicas ao nível do ensino superior e o conhecimento do pavimento pélvico

Habilitações académicas vs conhecimento PP	Já ouviu falar em PP	Nunca ouviu falar em PP	Total	Qui-quadrado
Formação ao nível do ensino superior	92,9% (1355)	7,1% (104)	100% (1459)	$X^2=97,991$ $p < 0,001$ ***
Formação ao nível do ensino básico/secundário ou inferior	77,0% (411)	23,0% (123)	100% (534)	

*** Significativo para $p \leq 0,001$

O teste Qui-Quadrado revelou para $p \leq 0,001$, a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de mulheres que têm uma profissão relacionada com a saúde e as que não têm, relativamente ao grau de conhecimento sobre o pavimento pélvico ($p \leq 0,001$). Há uma percentagem mais elevada de mulheres do grupo de profissionais de saúde a revelar mais conhecimento (98,7%) comparativamente com o grupo que não trabalha na área da saúde (83,3%) (tabela 12).

Tabela 12 – Associação entre a profissão e o conhecimento do pavimento pélvico

Profissão vs conhecimento PP	Já ouviu falar em PP	Nunca ouviu falar em PP	Total	Qui-quadrado
Profissional de saúde	98,7% (679)	1,3% (9)	100% (688)	$X^2=105,816$ $p < 0,001$ ***
Não profissional de saúde	83,3% (1087)	16,7% (218)	100% (1305)	

*** Significativo para $p \leq 0,001$

Treino dos músculos do pavimento pélvico (tabela 13)

A maioria das mulheres refere já ter realizado exercícios para o pavimento pélvico (56% - 1116), principalmente na fase da gravidez (40%) e após o parto (34,2%).

A maioria das mulheres (68,5% - 764) que já realizaram exercícios do pavimento pélvico refere que a informação que lhe foi fornecida para a realização do seu treino foi de “Imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la e sugá-la”, 43% (477) refere que a informação foi “Contrair os músculos do pavimento pélvico quando faz exercício/atividade física”, 32,3% (361) “Apertar o ânus e depois relaxar”, 29,5% (329) “Contrair os músculos durante a atividade sexual”, 29% (323) “Parar o fluxo de urina quando está a urinar”, 19,4% (217) “encolher a barriga”, 10% (110) refere ter treinado com um aparelho de biofeedback e 15% (165) refere que lhe foi dada outra indicação. Das 1116 mulheres que já realizaram exercícios para o pavimento pélvico, apenas 27% (303) foram avaliadas. Das mulheres que tiveram uma avaliação do pavimento pélvico 78,2% (237) foram avaliadas por um fisioterapeuta, 21,1% pelo médico ginecologista/obstetra e as restantes por outros profissionais de saúde.

Relativamente à opinião das mulheres sobre a importância de treinar os músculos do pavimento pélvico metade das mulheres (50%) considera ser muito importante, 26,7% (532) moderadamente importante, 1,1% (22) diz ser pouco importante, 22% afirma nunca ter pensado no assunto e apenas 3 mulheres (0,2%) afirma não ser importante treinar o pavimento pélvico.

Tabela 13 – Treino dos músculos do pavimento pélvico (questões 25 – 29 do questionário)

Características	Frequência	%
Realiza/já realizou exercícios para o pavimento pélvico?		
Sim	1116	56
Não	877	44
Diga por que realizou/realiza esses exercícios		
Por estar grávida	444	40
Outro	427	38,3
Após o parto	382	34,2
Para tratar alguma disfunção do pavimento pélvico	211	19
Para ter mais prazer durante as relações sexuais	202	18,1
Após entrar na menopausa	2	0,2
Que tipo de informação/orientação lhe foi fornecida para a realização do treino dos músculos do pavimento pélvico?		
Imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la e sugá-la	764	68,5
Contrair os músculos do pavimento pélvico quando faz exercício/atividade física	477	43
Apertar o ânus e depois relaxar	361	32,3
Contrair os músculos do pavimento pélvico durante a atividade sexual	329	29,5
Parar o fluxo de urina quando está a urinar	323	29
Encolher a barriga	217	19,4
Outro	165	15
Treinar com um aparelho de biofeedback	110	10
Alguma vez lhe avaliaram os músculos do pavimento pélvico?		
Não	814	73
Sim	303	27
Por que profissional foi avaliado?		
Fisioterapeuta	237	78,2
Ginecologista/obstetra	64	21,1
Outro profissional de saúde*d	25	7,6
Acha que é importante treinar os músculos do pavimento pélvico?		
Nada ou pouco importante	25	1,3
Moderadamente ou muito importante	1529	76,7
Nunca pensei sobre o assunto	439	22,0

O teste Qui-Quadrado revelou para $p \leq 0,001$, a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre as mulheres com idade entre os 18-25 anos e as mulheres com idade entre os 26-32 anos e os 33-40 relativamente à importância que dão à realização de exercícios para o pavimento pélvico ($p \leq 0,001$). No grupo das mais velhas (33-40 anos) há uma percentagem mais elevada (82,6%) a dar mais importância à necessidade de realizar exercícios do pavimento pélvico do que no grupo das mais novas (65,4%) revelando que as mulheres mais velhas dão mais importância à necessidade de realizar estes exercícios (tabela 14).

Tabela 14 – Associação entre a idade e a percepção da importância da realização dos exercícios do pavimento pélvico

Idade vs importância do treino dos MPP	Nada ou pouco importante	Moderadamente ou muito importante	Nunca pensei sobre o assunto	Total	Qui-quadrado
18-25 anos	2,6% (14)	65,4% (359)	32,1% (176)	100% (549)	X ² =104,059 p<0,001***
26-32 anos	1,0% (7)	79,4% (542)	19,6% (134)	100% (683)	
33-40 anos	0,5% (4)	82,6% (628)	17,0% (129)	100% (761)	

*** Significativo para $p \leq 0,001$

O teste Qui-Quadrado revelou para $p \leq 0,001$, a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a variável gravidez e a realização de exercícios do pavimento pélvico ($p \leq 0,001$), revelando que as mulheres que já estiveram grávidas foram as que realizaram mais exercícios do pavimento pélvico (74,6%), enquanto que no grupo das que não estiveram grávidas a percentagem foi de apenas 43,4%, sendo a percentagem no grupo das grávidas de 56,7%.

Tabela 16 – Associação entre a gravidez e a realização de exercícios do pavimento pélvico

Gravidez vs exercícios PP	Realiza/já realizou exercícios PP	Nunca realizou exercícios PP	Total	Qui-quadrado
Grávida pela primeira vez	56,7% (131)	43,3% (100)	100% (231)	X ² =224,442 p<0,001***
Gravidez prévia	74,6% (527)	25,4% (179)	100% (706)	
Nunca esteve grávida	43,4% (458)	56,6% (598)	100% (1056)	

*** Significativo para $p \leq 0,001$

Discussão

As disfunções do pavimento pélvico (DPP), tal como a incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF) e os prolapsos de órgãos pélvicos (POP) afetam milhões de mulheres em todo o mundo (Abrams *et al.*, 2002). A elevada prevalência destas disfunções torna-as um importante problema médico e socioeconómico, sendo estimado que 1 em cada 5 mulheres seja submetida a uma cirurgia para DPP durante a sua vida (Dieter *et al.*, 2015).

O presente estudo avaliou a prevalência das DPP nas mulheres portuguesas, os seus conhecimentos e as possíveis opções de tratamento para as mesmas, de modo a justificar a eventual necessidade de implementar estratégias de prevenção.

A amostra foi constituída por 1993 mulheres residentes em Portugal com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade. Esta faixa etária está fortemente associada à prática de desporto, à gravidez e ao pós-parto, sendo estes considerados os principais fatores de risco para desenvolver DPP (Barca *et al.*, 2021; Teixeira *et al.*, 2018).

Prevalência das DPP

Das inquiridas, 57,7% referiram que já tiveram algum sintoma de disfunção do pavimento pélvico ao longo da sua vida. Um estudo realizado em 7,924 mulheres com mais de 20 anos revelou que a proporção de mulheres com uma ou mais DPP é de 25% e tende a aumentar com a idade para 53% (Dieter *et al.*, 2015).

Neste estudo a perda involuntária de urina foi o sintoma mais prevalente sendo que 41,9% das mulheres reportaram que já passaram por essa situação. Em Portugal, os dados epidemiológicos são escassos, principalmente para a população mais jovem. Um estudo epidemiológico realizado na população portuguesa, em adultos com mais de 40 anos, verificou que a prevalência da IU é de 21,4% nas mulheres portuguesas, sendo a IUE o tipo mais comum (42,2%) (Correia *et al.*, 2009).

Num questionário aplicado a jovens dos 14 aos 21 anos revelou que a prevalência da IU foi de 31.5% (Arbuckle *et al.*, 2019).

Neste estudo os sintomas de POP (sensação de peso/”bola” na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída) teve uma prevalência de 9,9% enquanto que os sintomas de IF (perda involuntária de fezes) 3,7%. A prevalência de POP em mulheres não-nulíparas está descrita como sendo de 14,2% e a IF de 0,4% (Barca *et al.*, 2021).

No presente estudo, a dor na região da vagina, vulva e/ou ânus também foi bastante relatada (29,5%) nomeadamente associado às relações sexuais. Esta é uma situação comum referida na literatura onde foi encontrada uma prevalência de 43,6% (Neels *et al.*, 2016).

A gravidez e o pós-parto foram as fases mais frequentemente identificadas pelas mulheres em relação com o aparecimento dos sintomas de disfunção do pavimento pélvico. O parto por via vaginal teve uma associação estatisticamente significativa com o aparecimento de IU ($p \leq 0,001$), POP ($p \leq 0,05$) e dor ($p \leq 0,05$) enquanto que as mulheres que passaram por uma cesariana revelam ter menos episódios de IU ($p \leq 0,001$) e dor ($p \leq 0,05$). Estes dados são corroborados com outros estudos onde foi demonstrado que o tipo de parto tem um impacto direto na morbilidade do pavimento pélvico, revelando que o parto por via vaginal tem complicações significativamente maiores do que o parto por cesariana. (Barca *et al.*, 2021; Gyhagen *et al.*, 2015).

Procura de ajuda/tratamento para as disfunções do pavimento pélvico

Das mulheres que já tiveram algum sintoma de DPP apenas 32,2% tomou a iniciativa de procurar ajuda ou falar com alguém sobre o problema. Os profissionais de saúde mais procurados foram ginecologistas/obstetras (48,7%), médicos de família (32,4%) e fisioterapeutas (23,9%).

Das mulheres que não procuraram ajuda, 46,3% refere que não falou com ninguém porque os sintomas não a incomodavam, 25,7% considera que seja uma condição normal da vida da mulher, 7,6% não sabe com quem deve falar, 4,8% não falou por vergonha e 15,8% refere que não falou por outras razões. Desta forma, o nosso estudo demonstra que vergonha e falta de informação parece ter pouca influência na procura de ajuda e, que as principais barreiras na procura de tratamento são a perceção da importância que as mulheres dão ao problema por considerarem que os seus sintomas não são significativos e que se trata de uma condição normal de ser mulher.

Está fortemente descrito na literatura que a maioria das mulheres considera as DPP, tal como a IU, uma parte normal de ser mulher e um processo natural do envelhecimento (Melville *et al.*, 2018; Faraki *et al.*, 2021; Hammad *et al.*, 2018) e, de igual forma as mulheres que têm pequenas perdas ou com pouca frequência considera que estas não constituem um problema para a sua vida (Lamerton *et al.*, 2020), acabando a maioria por não receber tratamento para o seu problema (Mandimika *et al.*, 2014).

Por outro lado, um bom suporte de profissionais de saúde, familiar e amigos e uma reduzida qualidade de vida são fatores que potenciam a procura de tratamento (Faraki *et al.*, 2021). Deste modo torna-se fundamental que os profissionais de saúde partilhem conhecimento e apoiem as mulheres de modo a prevenir e impedir a evolução deste tipo de condições antes de afetarem negativamente a qualidade de vida das mulheres.

Mellville e colegas (2018) encontraram uma relação interessante entre conhecimento e comportamento; As mulheres que acreditam que a causa da sua IU está fora do seu controlo (por exemplo, parte normal do envelhecimento) ou parte de ser mulher (por exemplo, devido ao parto) podem pensar que nada pode ser feito para ajudá-las. Por outro lado, as mulheres que acreditam que sua IU é, pelo menos em parte, responsabilidade sua (por exemplo, ganho de peso, esperar muito tempo para urinar) podem pensar que precisam mudar o seu comportamento (Melville *et al.*, 2018). Pode-se supor que o conhecimento sobre as DPP e o TMPP pode afetar positivamente o comportamento da procura de cuidados pelo que é importante educar as mulheres desde cedo sobre temas como hábitos miccionais e defecatórios, cuidados de higiene, ingestão hídrica e treino dos músculos do pavimento pélvico.

Conhecimento sobre as DPP e o tratamento

A maioria das mulheres (88,6%) refere já ter ouvido falar de pavimento pélvico. Apenas 8,2% das mulheres refere não saber nenhuma função dos músculos do pavimento pélvico e 40,1% acertou em todas as suas funções. Mais de metade das inquiridas (55,7%) refere que alguém lhe forneceu ou procurou essa informação, nomeadamente pela parte do médico ginecologista e fisioterapeuta. Falvey e colegas (2021), aplicaram um questionário por forma a avaliar o conhecimento de estudantes de uma universidade sobre o pavimento pélvico e a maioria das mulheres (72,6%) nunca recebeu qualquer informação sobre o pavimento pélvico, sendo o mesmo demonstrado em outros estudos do mesmo género (Mandimika *et al.*, 2014).

O resultado do nosso estudo pode estar a ser influenciado pelo número de mulheres que já esteve grávida e pelo número de profissionais de saúde, tal como demonstrado no estudo de Falvey e colegas (2021), no qual afirma que as mulheres que já estiveram grávidas tiveram uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0.001$) relativamente ao conhecimento, quando comparadas com mulheres nulíparas. De igual forma, as mulheres que estudavam áreas relacionadas com a saúde também demonstraram possuir mais conhecimento do que aquelas que frequentavam outros cursos ($p \leq 0.001$). Outros fatores que podem ter levado a que a maioria das mulheres do presente estudo possuíssem conhecimento sobre o pavimento pélvico pode estar relacionado com o facto de terem sido recrutadas de clínicas de fisioterapia, maioritariamente por fisioterapeutas especializados em saúde da mulher e o facto de que as mulheres que decidiram entrar no estudo provavelmente já tinham interesse sobre este assunto e, dessa forma, possuir mais conhecimento.

No presente estudo, a Fisioterapia foi o tipo de tratamento que as mulheres mais identificaram como sendo o indicado para tratar a IU (70,3%), IF (52,4%), POP (45,1%) e dor (41,1%). Dado igualmente encontrado no estudo de Neels *et al.* (2016), no qual foi demonstrado que as mulheres nulíparas acreditam na fisioterapia pré e pós parto, embora tenham revelado pouco conhecimento sobre o assunto (Neels *et al.*, 2016).

Na literatura está descrito que tanto as mulheres nulíparas como as que já estiveram grávidas possuem baixos níveis de conhecimento sobre o PP e as suas disfunções (O'Neill *et al.*, 20016; Neels *et al.*, 2016). Isto sugere que as mulheres não estão bem posicionadas para fazer escolhas informadas sobre os seus cuidados pré-natal, incluindo eventuais medidas de proteção, nem para procurar ajuda quando os problemas surgem.

As mulheres com formação de nível superior e com uma profissão relacionada com a saúde demonstraram ter mais conhecimento sobre o pavimento pélvico ($p \leq 0,001$). Os estudos indicam que as mulheres com maior nível de educação académica têm mais conhecimento sobre o pavimento pélvico (Mandimika, *et al.*, 2014; Lyatoshinskaya, *et al.*, 2016; O'Neill *et al.*, 2016; Senekjian, *et al.*, 2011) assim, como aquelas que têm formação na área da saúde (Falvey, *et al.*, 2021).

Treino dos músculos do pavimento pélvico

56% das mulheres afirma que já realizaram exercícios para o pavimento pélvico, no entanto, apenas 27% dessas mulheres passaram por uma avaliação dos músculos do pavimento pélvico, sendo que a maioria (78%) foi avaliada por um fisioterapeuta. O treino dos músculos do pavimento pélvico requer ensino, avaliação e feedback da contração correta (Bo *et al.*, 2016 e Dumoulin *et al.*, 2016), dado que uma grande parte das mulheres não consegue efetuar uma contração correta dos músculos do pavimento pélvico e, muitas delas realizam o movimento oposto (depressão do pavimento pélvico) (Thompson & O'Sullivan, 2003).

No estudo de Falvey e colegas (2021), menos de metade das alunas inquiridas disseram que realizavam exercícios do pavimento pélvico e, dessas, 61,1% não identificou corretamente como se deveriam fazer esses exercícios.

Deste modo torna-se fundamental uma avaliação prévia e ensinar as mulheres a realizar o treino dos MPP da forma mais adequada e adaptada à sua condição.

Neste estudo, 68,5% das inquiridas refere que recebeu informação direcionada para a parte anterior (“Imaginar uma ervilha à entrada da vagina, apertá-la e sugá-la”) e 32,3% (361) para a parte posterior (“apertar o ânus e depois relaxar”). Ami e Dar (2018) compararam diferentes instruções: anterior (“aperte e eleve os músculos do pavimento pélvico como se quisesse parar o fluxo de urina”) e posterior (“contraia o ânus”) e os resultados sugerem que usando a dica posterior 90% dos participantes conseguiram produzir uma contração correta dos músculos do pavimento pélvico comparativamente com a dica anterior (65%).

29% (323) das mulheres refere que lhe foi ensinado a parar o fluxo de urina quando está a urinar para treinar os músculos do pavimento pélvico, no entanto, está comprovado que a interrupção do jato de urina aumenta o volume residual pós-micção, o que se traduz numa micção menos eficiente. (Chesnel *et al.*, 2019; Amarenco *et al.*, 2017) Foi ainda demonstrado que esta técnica pode provocar hiperatividade do músculo detrusor, infecções urinárias recorrentes e refluxo uretral (Amarenco *et al.*, 2017).

19,4% (217) foi instruída para “encolher a barriga”, no entanto esta parece não ser a melhor instrução para se conseguir uma contração eficaz dos músculos do pavimento pélvico. Num estudo de Ami e Dar (2018), a instrução de draw in (Take a moderate breath in, let the breath out, then draw in and lift your pelvic floor”) foi a que teve piores resultados, apenas 16% das participantes foi capaz de realizar uma contração eficaz dos músculos do pavimento pélvico, sugerindo que adicionar uma contração abdominal à contração do pavimento pélvico não é benéfico. (Ami & Dar *et al.*, 2018)

Bo e colegas (2003) provou, igualmente, que instruções para contrair o pavimento pélvico diretamente produz mais efeito do que pedir uma contração do músculo transverso abdominal.

A maioria das mulheres (76,7%) considera que o treino dos músculos do pavimento pélvico é muito importante ou moderadamente importante. Apenas 1,3% considera que é pouco ou nada importante e 22% nunca pensou sobre o assunto. As mulheres mais velhas (33-40 anos) dão mais importância à realização do treino dos MPP.

As mulheres que já estiveram grávidas foram as que realizaram mais exercícios do pavimento pélvico (74,6%).

Limitações do estudo

As principais limitações decorreram da opção pela utilização de um questionário, assumindo-se as limitações inerentes a este tipo de instrumento de recolha de dados.

Conclusão

As disfunções do pavimento pélvico parecem ser muito frequentes nas mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade, sendo que a gravidez e o parto foram os principais fatores de risco encontrados. Deste modo, torna-se fundamental implementar estratégias de prevenção das DPP em jovens.

Revela-se essencial que as mulheres recebam informação sobre saúde pélvica desde cedo sobre temas como hábitos miccionais e defecatórios, cuidados de higiene, ingestão hídrica e treino dos músculos do pavimento pélvico.

De forma a melhorar os cuidados de saúde às mulheres, é igualmente necessário que os profissionais de saúde conheçam e saibam identificar os fatores de risco associados às DPP e que incluam perguntas de triagem nas consultas de rotina da mulher de modo a rastrear as DPP e encaminhar precocemente as mulheres para um fisioterapeuta especializado e com competências para avaliar e orientar, reduzindo a necessidade de utilizar métodos mais invasivos.

Uma ótima saúde pélvica é um processo multifatorial e complexo que deve ser adaptado ao longo da vida de uma mulher de modo a garantir a integridade física e funcional do pavimento pélvico e, que para tal a mulher deve possuir ou ter acesso a conhecimentos, conferindo-lhe a capacidade de prevenir ou gerir as suas alterações de funcionamento.

Se as mulheres estiverem mais informadas, maior será a probabilidade de pedir ajuda, dado que o conhecimento insuficiente e as perceções equivocadas sobre as disfunções e o seu tratamento são as maiores barreiras para a procura de ajuda.

Mais estudos são necessários para explorar a melhor forma de educar e melhorar a consciência das mulheres sobre estas condições de saúde

Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Kerrebroeck, P.V., Victor, A. & Wein, A. (2002). The Standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21, 167-178.
- Alferes, V. (2022). http://www.fpce.uc.pt/niips/spss_prc/index.htm. 22.03.2021.
- Amaral, M.O.P., Coutinho, E.C., Nelas, P.A., Chaves, C.M. & Duarte, J.C. (2015). Risks factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.
- Amarenco, G., Ismael, S., Chesnel, C., Charlanes, A. & Breton, F. (2017). Diagnosis and clinical evaluation of neurogenic bladder. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53 (6), 975-980.
- Ami, N. & Dar, G. (2018). What is the most effective verbal instruction for correctly contracting the pelvic floor muscles? *Neurology and Urodynamics*, 37, (8), 2904-2910.
- Anger, J, Lee, U. Mittal, B. et al. (2012). Health literacy and disease understanding among aging women with pelvic floor disorders. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, 18 (6), 340-343.
- Arbuckle, J., Parden, A., Hoover, K., Griffin, R. & Ritcher, H. (2019). Prevalence and awareness of pelvic floor disorders in female adolescents seeking gynecologic care. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 32 (3), 288-292.
- Barca, J., Bravo, C., Pintado-Recarte, M., Asúnsolo, Á., Cueto-Hernández, I., Ruiz-Labarta, J., Buján, J., Ortega, M. & León-Luis, J. (2021). Pelvic floor morbidity following vaginal delivery versus cesarean delivery: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (8), 1652.
- Berzuk, K., & Shay, B. (2015). Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 26(6), 837–844.
- Bo K., Sherburn M., Allen T. (2003). Transabdominal ultrasound measurement of pelvic floor muscle activity when activated directly or via a transversus abdominis muscle contraction. *Neurourology and Urodynamics*, 22 (6), 582–588.

- Bo, K., et al. (2016). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 28 (2), 191-213.
- Buurman, M. B. R., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 406–413.
- Chesnel, C., Charlanes, A., Tan, E., Turmel, N., Breton, F., Sheikh, I., Hentzen, C. & Amarenco, G. (2019). Influence of the urine stream interruption exercise on micturition. *International Journal of Urology*, 26 (11), 1059-1063.
- Correia, S., Dinis, P., Rolo, F. & Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and know risks factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *Int Urogynecol J*, 20, 1481-1489.
- Dieter, A., Wilkins, M. & Wu, J. (2015). Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 27 (5), 380-384.
- Dumoulin, C., Hunter, K.F., Moore, K., Bradley, C., Burgio, K., Hagen, S., Imamura, I., Thakar, R., Williams, K., & Chambers, T. (2016). Conservative Management for Female Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse Review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurology and Urodynamics*, 35 (1), 15-20.
- Falvey, L., Salameh, F., O'Sullivan, O. & O'Reilly, B. (2020). What does your pelvic floor do for you? Knowledge of the pelvic floor in female university students: a cross sectional study. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, 27 (2), e457-e464.
- Faraki, F., Hajian, S., Darvish, S. & Majd, H. (2021). Explaining factors affecting help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21, 60.
- Gyhagen, M., Akervall, S. & Milson, I. (2015). Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth. *International Urogynecology Journal*, 26 (8), 1115-1121.
- Hammad, F., Elbiss, H. & Osman, N. (2018). The degree of bother and healthcare seeking behaviour in women with symptoms of pelvic organ prolapse from a developing gulf country. *BMC Women's Health*, 18, 77.

- Hatchett, L., Hebert-Beirne, J., Tenfelde, S., Lavender, M. D., & Brubaker, L. (2011). Knowledge and perceptions of pelvic floor disorders among African American and Latina women. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, 17(4), 190–194.
- Haylen, B.T., Ridder, D. D., Freeman, R.M., Swift, S.E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D.E., Sand, P.K. & Schaer, G.N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Int Urogynecol J*, 21, 5-26.
- Helena, M., Moraes, B. D., Higa, R. (2006). Urinary incontinence restrictions in women's life. *Journal Article*, 40(1), 34-41.
- Lamerton, T., Mielke, G. & Brown, W. (2020). Urinary incontinence in young women: Risk factors and management strategies, help-seeking behavior, and perceptions about bladder control. *Neurology and Urodynamics*, 39 (8), 2284-2292.
- Lyatoshinskaya, P., Gumina, D., Popov, A., Koch, M., Hagmann, M. & Umek, W. (2016). Knowledge of pelvic organ prolapse in patients and their information-seeking preferences: comparing Vienna and Moscow. *International Urogynecology Journal*, 27(11), 1673-1680.
- Mandimika, C.L., Murk, W., McPencow, A.M., Lake, A., Wedderburn, T., Collier, C.H., Connell, K.A. & Guess, M.K. (2014). Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 210 (2), 165. e1-9.
- Melville, J., Wagner, L., Fan, M., Katon, W. & Newton, K. (2008). Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *Journal of women's health*, 17 (7), 1093-1098.
- National Institute on Aging (2011). Global Health and Aging Report; Washington, D.C.
- Neels, H., Wyndaele, J.-J., Tjalma, W. A. A., De Wachter, S., Wyndaele, M., & Vermandel, A. (2016). Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(5), 1524–1533.
- O'Neill, A., Hockey, J., O'Brien, P., Williams, A., Morris, T., Khan, T., Hardwick, E. & Yoong, W. (2016). Knowledge of pelvic floor problems: a study of third trimester, primiparous women. *International Urogynecology Journal*, 28 (1), 125-129.

- Senekjian, L., Heintz, K., Egger, M.J. & Nygaard, I. (2011). Do women understand urogynecologic terminology?. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 17(5), 215-217.
- Teixeira, R., Colla, C., Sbruzzi, G., Mallmann, A. & Paiva, L. (2018). Prevalence of urinary incontinence in female athletes: a systematic review with meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 29 (12), 1717-1725.
- Thompson, J. & O'Sullivan, P. (2003). Levator plate movement during voluntary pelvic floor muscle contraction in subjects with incontinence and prolapse: a cross- sectional study and review. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 14 (2), 84-88.
- Siegel, S., Kreder, K., Takacs, E., McNamara, R., & Kan, F. (2018). Prospective randomized feasibility study assessing the effect of cyclic snm on UUI in women. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 24(4), 267–271.
- Wu, J.M., Kawasaki, A., Hundley, A.F., Dieter, A.A., Myers, E.R., Sung, V.W. (2011). Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. *Am J Obstet Gynecol*, 205, 230.e1-5.

Referências Bibliográficas Adicionais (Dossier Complementar)

1. Dossier Complementar – Prevalência das DPP, página 4
2. Dossier Complementar – Fatores de risco associados às DPP, página 8
3. Dossier Complementar – Tratamento das DPP, página 8
4. Dossier Complementar – Objetivos Gerais e Específicos do Estudo, página 9
5. Dossier Complementar – Fundamentação da escolha do instrumento de recolha de dados, página 10
6. Dossier Complementar – Constituição do painel Delphi, página 11
7. Dossier Complementar – Matriz de validação do questionário, página 11
8. Dossier Complementar – Teste de compreensão, página 11
9. Dossier Complementar – Autorização formal da comissão de ética da ESSA, página 12
10. Dossier Complementar – Cronograma, página 12
11. Dossier Complementar – Prevalência das disfunções do pavimento pélvico, página 14
12. Dossier Complementar – Procura de ajuda/tratamento para as disfunções do pavimento pélvico, página 21
13. Dossier Complementar – Conhecimento sobre o tratamento para as disfunções do pavimento pélvico, página 21

VII. Apêndices

Apêndice I – Última versão do questionário

Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico em mulheres portuguesas

Muito obrigada pelo seu interesse em colaborar neste estudo.

Este questionário foi desenvolvido por duas estudantes do mestrado em Fisioterapia – Saúde da Mulher, na Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA) e, foi aprovado pela Comissão de Ética da ESSA. Tem como objetivo analisar a informação que as mulheres portuguesas têm sobre a sua região abdominal e pélvica.

A participação no estudo é voluntária e completamente anónima, pelo que pedimos que responda a todas as questões com a maior sinceridade possível. Os dados anónimos recolhidos serão acedidos e analisados pela equipa de investigação e, poderão ser publicados (artigos científicos, apresentação em congressos, etc), no entanto não será possível identificar individualmente os participantes.

Ao completar este questionário, aceita participar neste estudo.

Nas questões de escolha múltipla deverá seleccionar com uma cruz (X) a/as opção/opções de resposta que melhor se aplicam a si.

O tempo estimado para o seu preenchimento é de aproximadamente 10

Antecipadamente gratas pelo seu tempo e colaboração.

Carla Faria, Fisioterapeuta

Maria João Miranda, Fisioterapeuta

1. Em que ano nasceu?

2. Qual é o seu distrito de residência?

3. Qual é a sua altura? (cm)

4. Qual é o seu peso atual? (kg)

5. Quais as suas habilitações académicas?

- ☐ Ensino básico
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outro

6. Qual é a sua profissão?

7. Habitualmente mais de 50% do seu dia é passado:

- ☐ Em pé
- ☐ Sentado
- ☐ Em movimento

8. Pratica algum desporto federado/competição? (ex: atletismo, basquetebol, voleibol)?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual o desporto federado/competição e qual a duração e frequência semanal do(s) treino(s)? (ex: voleibol, 2 horas, 4 vezes por semana)

9. Pratica algum exercício/atividade física (ex: caminhada, pilates, crossfit)?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual o exercício/atividade física e com que frequência pratica? (ex: caminhada 3 vezes por semana e pilates 2 vezes por semana)

10. Tem alguma destas condições de saúde? (escolha a opção/opções que se aplicam a si)

- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Diabetes
- ☐ Depressão
- ☐ Asma/Bronquite
- ☐ Obstipação (prisão de ventre)
- ☐ Tosse persistente
- ☐ Não tenho nenhuma das condições descritas

11. Já alguma vez esteve grávida?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Passe para a pergunta nº 15.
- ☐ Estou grávida pela primeira vez neste momento. Passe para a pergunta nº 15.

12. Teve algum parto por via vaginal? (se respondeu não, passe para a pergunta nº 14)

- ☐ Não
- ☐ Sim, quantos?
-

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

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

14. Teve algum parto por cesariana?

- ☐ Não
- ☐ Sim, quantos?
-

15. Já foi submetida a alguma cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico? (ex: tratamento da incontinência urinária, remoção do útero/ovários, radioterapia pélvica, apendicectomia, operação aos intestinos, etc)

- ☐ Não
- ☐ Sim. Indique qual/quais (ex: remoção do útero por via vaginal)
-

16. Se teve/tem alguma das seguintes situações, o que a(s) desencadeou/desencadeia? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

	Nunca passei por esta situação	Tossir/ Espirrar/ Rir/Saltar/ A fazer esforços	Nas relações sexuais	Associado a uma vontade súbita de urinar/defe- car	Espontanea- mente, sem me aperceber
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 ou sensação de vagina descaída					
Dor na região da vagina, vulva e/ou ânus					

17. Quando, e em que fase da sua vida, é que as seguintes situações se tornaram um problema?
(selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

	Nunca foi um problema	Gravidez	Pós-parto	Menopausa	Com a prática de exercício	Após cirurgia/tratamento abdominal e/ou pélvico	Sem relação com nenhuma das situações referidas
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 ou sensação de vagina descaída							
Dor na região da vagina, vulva e/ou ânus							
Sensação de que não urinou tudo							
Sensação de que não evacuou (defecou) tudo							
Necessidade de fazer força para urinar							
Necessidade de fazer força para evacuar (defecar)							

18. Se tem ou já teve alguma das situações descritas na pergunta anterior, procurou tratamento ou falou com alguém para pedir ajuda?

- ☐ Não
- ☐ Nunca tive nenhuma das situações descritas. Passe para a questão nº20
- ☐ Sim. Diga com quem falou, por favor. Passe para a questão nº 20.

19. Se não falou com ninguém, por que razão não o fez? (selecione a opção que melhor se aplica a si)

- ☐ Os sintomas não me incomodavam
- ☐ Por vergonha
- ☐ Considero que seja uma condição normal da vida da mulher
- ☐ Não sei com quem (profissional/especialista) falar
- ☐ Outro (especifique)

20. Na sua opinião quais são as opções de tratamento para as seguintes situações (pode seleccionar mais do que uma opção para cada situação)

	Cirurgia	Medicação	Fisioterapia	Aulas de Pilates/Yoga	Não sei
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 ou sensação de vagina descaída					
Dor na região da vagina, vulva e ânus					
Sensação de que não urinou tudo					
Sensação de que não evacuou (defecou) tudo					
Necessidade de fazer força para urinar					
Necessidade de fazer força para evacuar (defecar)					

21. Já ouviu falar em pavimento pélvico (conjunto de músculos e ligamentos que envolvem os órgãos genitais, ânus e reto)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

22. Alguma vez recebeu/procurou informação sobre o pavimento pélvico?

- ☐ Não. Passe para a pergunta nº 24.
- ☐ Sim

23. Quem lhe deu/onde procurou essa informação? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)
- ☐ Ginecologista
 - ☐ Urologista
 - ☐ Enfermeiro
 - ☐ Médico de família
 - ☐ Fisioterapeuta
 - ☐ Amigos
 - ☐ Internet
 - ☐ Livros
 - ☐ Escola
 - ☐ Professor de Yoga
 - ☐ Professor de Pilates
 - ☐ Instrutor de exercício
 - ☐ Outro
24. Na sua opinião para que servem os músculos do pavimento pélvico? (selecione a/as opção/opções que achar corretas)
- ☐ Suporte da bexiga, útero e reto
 - ☐ Mantêm 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
25. Realiza/já realizou exercícios para o pavimento pélvico?
- ☐ Não. Passe para a pergunta 29.
 - ☐ Sim
26. Diga por que realizou/realiza esses exercícios
- ☐ Por estar grávida
 - ☐ Após o parto
 - ☐ Para ter mais prazer durante as relações sexuais
 - ☐ Após entrar na menopausa
 - ☐ Para tratar alguma disfunção do pavimento pélvico (incontinência urinária, fecal, etc)
 - ☐ Outro
27. 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
 - ☐ Treinar com um aparelho de biofeedback
 - ☐ Outro
28. Alguma vez lhe avaliaram os músculos do pavimento pélvico, por palpação vaginal/anal?
- ☐ Não
 - ☐ Sim. Por que profissional foi avaliado?
-

29. Acha que é importante treinar os músculos do pavimento pélvico?

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

Muito obrigada por ter disponibilizado o seu tempo para participar neste estudo.

Sem a sua colaboração a realização desta investigação não seria possível.