

Andreia Oliveira Inácio dos Reis

**“Practices in Pelvic Girdle pain in physiotherapy”:
Tradução e adaptação cultural e linguística para a
população portuguesa, validação e fiabilidade**

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

Orientador: Professor Doutor Maria da Lapa Rosado, Fisioterapeuta

Coorientador: Professor Doutor Rui Miguel Soles Gonçalves, Fisioterapeuta

Setembro, 2022

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	5
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
METODOLOGIA.....	9
DESCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO “PRÁTICAS EM FISIOTERAPIA NA DOR DA CINTURA PÉLVICA”	9
PROCEDIMENTOS NA 1ª FASE: DESENVOLVIMENTO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO QUESTIONÁRIO	10
PROCEDIMENTOS NA 2ª FASE: VERIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS	10
VALIDADE DE CONTEÚDO.....	11
FIABILIDADE	11
ANÁLISE DE DADOS	13
RESULTADOS.....	13
PARTE I: PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	13
ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	13
FIABILIDADE	16
REPRODUTIBILIDADE TESTE RETESTE	29
PARTE II: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DAS GUIDELINES.....	32
INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E UTILIZAÇÃO DE NORMAS/RECOMENDAÇÕES DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	32
DISCUSSÃO	38
PARTE I: PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	38
ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGUÍSTICA E VALIDADE DE CONTEÚDO	38
FIABILIDADE	40
TESTE DE REPRODUTIBILIDADE	40
ANÁLISE DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO E EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	42
PARTE II: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DAS GUIDELINES.....	45
INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS VS UTILIZAÇÃO DE NORMAS/RECOMENDAÇÕES DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	46

<i>LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</i>	<i>46</i>
<i>CONCLUSÃO</i>	<i>47</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....</i>	<i>48</i>
<i>APÊNDICE.....</i>	<i>52</i>
Apêndice 1: Questionário online: “Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica”.....	52

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Dor da Cintura Pélvica (DCP) na gravidez é uma subcategoria da DCP, que difere na sua etiologia uma vez que está relacionada com a gravidez e associada a influências fisiológicas. A maioria das mulheres refere que a fisioterapia tem algum efeito na melhoria da sua sintomatologia dolorosa. Uma prática baseada na evidência ajuda a garantir que os pacientes recebem as melhores intervenções para a sua condição, no entanto, nem sempre são tratados tendo por base os conceitos dessas práticas. A utilização das normas/recomendações de orientação clínica ajudam os clínicos nas decisões para a gestão das condições dos seus pacientes.

OBJETIVO: Compreender qual o nível de conhecimento e consciencialização sobre as diretrizes de prática clínica da DCP desenvolvidas pelos fisioterapeutas em Portugal.

MÉTODOS: Estudo exploratório que passou por várias etapas: Processo de adaptação cultural e linguística para a população portuguesa do questionário “Practices in Pelvic Girdle Pain in Physiotherapy”; Validade de conteúdo: através da distribuição do questionário por fisioterapeutas para análise da qualidade do instrumento; Fiabilidade: distribuição do questionário “Práticas em fisioterapia na dor da cintura pélvica” por 79 fisioterapeutas, em dois momentos, separados por duas semanas e respetiva análise de respostas.

RESULTADOS: Alteração de termos semânticos e linguagem clínica de forma a direcionar o questionário para o seu publico alvo - fisioterapeutas. Da análise do pré-teste cognitivo resultou o consenso de que o questionário é adequado à população a que se dirige. Verificou-se através a análise da fiabilidade que o grupo dos fisioterapeutas pélvicos apresentaram uma taxa de conhecimento das normas mais elevado quando comparados com fisioterapeutas sem a formação especializada.

CONCLUSÃO: Os fisioterapeutas portugueses reconhecem a importância de uma prática baseada na evidência, no entanto, há pouca adesão ao cumprimento das diretrizes na sua prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia pélvica; Dor na cintura pélvica; Gravidas; Diretrizes; Normas/recomendações de orientação; Diagnóstico; Intervenções de Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPGP) is a subcategory of PGP that differs in the etiology as it is related to pregnancy and associated with physiological influences. Majority of women reported that physiotherapy had some effect on their painful symptoms. An evidence-based practice helps to ensure that patients receive the best interventions for their conditions. However, patients aren't always treated according to evidence-based practice methods. One of the facilities to overcome the barriers are recommendations/clinical practice guidelines that helps physical therapists managing their patients. Objective: To access the level of awareness and knowledge regarding PPGP recommendations/guidelines on Portuguese physical therapists. Methods: An exploratory study was carried out. Cultural and linguistic adaptation of the questionnaire "Practices in Pelvic Girdle Pain in Physiotherapy" was applied for the Portuguese population; Content validity: an electronic questionnaire was distributed to Portuguese physiotherapists to review the quality of the instrument; Reliability: "Práticas em fisioterapia na dor da cintura pélvica" was distributed to 79 Portuguese physiotherapists, it was administered on 2 occasions, separated by 2-weeks interval, and respective response analysis. Results: change of semantic terms and clinical language to direct the questionnaire to physiotherapists. The global analysis of the instrument by the study participants resulted in a consensus that the questionnaire is suitable for the population to which it is addressed. It was found that the group of pelvic physical therapists had a higher rate of knowledge of the norms when compared to physical therapists without specific training in women's health. Conclusion: Portuguese physical therapists recognize the importance of an evidence-based practice, however, there is little use of guidelines in their clinical practice.

KEYWORDS: Pelvic physiotherapy; Pelvic girdle pain; Pregnancy-related Pelvic girdle pain; Guidelines; recommendations; Treatments; Diagnosis; Intervention levels.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Dor da Cintura Pélvica (DCP), é a terminologia utilizada para caracterizar a dor que se localiza entre a crista ilíaca (posterior) e prega glútea; tem como incidência a articulação sacro ilíaca, podendo irradiar para a região posterior da coxa, assim como, surgir, ou não, associada à dor na sínfise púbica, (Timsit, 2005). A artrite ou osteoartrite, trauma e/ou a gravidez, são alguns dos fatores que podem levar ao aparecimento da DCP, (Stuge, 2012). Existem múltiplas causas para o aparecimento da DCP, podendo acontecer sem nenhuma explicação, ou estar relacionada com alterações da biomecânica entre os abdominais - cintura pélvica - músculos do pavimento pélvico; assimetrias da cintura pélvica; fatores hormonais; e, em alguns casos, a posição do bebé no útero. (Timsit, 2005).

A gravidez é considerada uma das principais causas do aparecimento da DCP, ocorrendo o pico dos sintomas no 3º trimestre (entre as 24 e as 36 semanas de gestação), podendo prolongar-se no pós-parto (Bergström et al., 2016). Estima-se que aproximadamente 20 a 25% das grávidas sofram de DCP, sendo que cada mulher a pode experienciar de forma diferente. (Timsit, 2005).

Ao longo da gravidez os ligamentos sacroilíacos tornam-se mais laxos, para posteriormente facilitar no momento do parto, (Casagrande *et. al.*, 2015). Analisando a postura da grávida, é comum verificar-se na coluna lombar uma hiperlordose, compensatória, que advém do peso do útero, levando à deslocação do centro de gravidade para a frente, provocando mais carga na musculatura lombar, assim como maior tensão nos ligamentos sacroilíacos (limitam a anteriorização do ilíaco), provocando assim maior tensão na cintura pélvica e na região lombar. Conclui-se que a DCP é uma forma de dor lombar que pode ocorrer de forma isolada ou associada, (Ferreira and Alburquerque-Sendín, 2013).

Os sintomas mais comuns são: dor ao andar (padrão de marcha lentificado devido à dor ao nível da sínfise púbica ou da articulação sacro ilíaca, com resistência diminuída para se manter em pé, andar e sentar); dor em apoio unipedal; dor ou dificuldade na atividade da vida diária (movimentos como, entrar e sair do banho, virar-se na cama, dificuldade em permanecer em decúbito dorsal); dor/limitação na abdução da anca; crepitação ou ranger na zona pélvica, pode ser audível ou palpável. (Bastiaenen, C. H. G. 2005). A intensidade da dor é variável, no entanto 8% das mulheres refere dor severa com grande incapacidade (Stuge, 2012).

As diretrizes europeias para o diagnóstico e tratamento da DCP recomendam exercícios individualizados na gravidez, sendo fornecida a informação adequada sobre a condição e os exercícios específicos para o controlo motor e estabilidade no pós-parto. (Vleeming *et al* 2008). Para melhorar a qualidade do tratamento, os fisioterapeutas devem possuir competências para

tratar este tipo de condição, ter um papel de escuta ativa e atuar tendo por base a melhor evidência disponível (Timsit, 2005).

A DCP, é relatada como uma das principais complicações tanto na gravidez, como, em alguns casos, no pós-parto. A maioria acaba por recuperar espontaneamente, logo após o parto, no entanto, 7% relatam problemas que podem durar anos (Jargowsky, *et al.*, 2004). Estudos indicam que as grávidas que experienciaram DCP cerca de 80% relatam queixas leves de DCP no pós-parto, 13% relatam queixas moderadas e 7% queixas muito graves. (Bergström *et al.* 2016). É uma dor que pode afetar a mulher tanto física como psicológica e emocionalmente, assim como do ponto de vista socioeconômico, tendo como consequência a diminuição da sua qualidade de vida, tanto na vida quotidiana como na atividade laboral. Estudos indicam que a presença de dor e as limitações que esta causa levam a episódios de frustração por não conseguirem desempenhar as suas rotinas normalmente, assim como, a nível socioeconômico devido à pouca produtividade no trabalho, isto leva a que posteriormente no pós-parto, estas mulheres apresentem maior prevalência de sintomas depressivos em comparação com mulheres que não experienciaram DCP, (Mackenzie *et al.*, 2018; Ferreira and Albuquerque-Sendín, 2013).

Esta condição é diagnosticada através de uma avaliação, onde deve constar uma componente de *anamnese* e de um exame físico completo. O profissional de saúde devem diagnosticar a DCP, tendo em atenção os sinais e sintomas experienciados e descritos pela mulher na gravidez, no pós-parto, ou em ambos (Timsit, 2005). Os sintomas mais comuns da DCP relacionada com a gravidez incluem: dificuldade em caminhar rápido e por longas distâncias; dor/desconforto/dificuldade nas relações sexuais; dor/desconforto durante o sono e/ou dificuldade em se virar na cama; dificuldade ao sentar e em ficar de pé por 30 minutos ou mais; dor ao subir escadas; incapacidade ou dificuldade em correr devido à dor (mais comum no pós-parto). (Nielson LL, 2010; Wu WH *et al.*, 2004).

Os fisioterapeutas devem ser detentores de um diagnóstico diferencial. Ao avaliar uma paciente grávida que apresente DCP, a presença de disfunção dos músculos do pavimento pélvico, anca e coluna lombar deve ser desconsiderados. (Clinton *et al.*, 2016). Uma vez descartando a coluna lombar, é necessário avaliar a articulação sacroilíaca, a sínfise púbica e a pélvis. Os testes que apresentam maior sensibilidade se a dor referida for na articulação sacroilíaca, são o teste de provocação de dor pélvica posterior/*Thigh thrust*, o teste de *Patrick Faber* (flexão, adução e rotação externa), a palpação do Teste de ligamento sacroilíaco dorsal longo e o Teste de *Gaenslen*. (Bastiaenen, C. H. G. 2005). Para a dor na sínfise púbica os testes mais usados são a palpação da sínfise púbica e o teste de Teste de *Trendelenburg* modificado. Para avaliar a função da cintura pélvica deve ser feito o teste *Active straight leg raise* (ASLR). Para o diagnóstico da DCP, os testes

clínicos recomendados são o teste de provocação pélvica posterior, o *Gaenslen*, o *Patrick Faber*, a palpação do ligamento dorsal longo da articulação sacroilíaca e o teste de compressão e de distração (Vleeming et al 2008; Laslett et al 2005).

Dufour, (2018) desenvolveu um estudo em Ontario (Canadá), cujo principal objetivo foi avaliar o nível de consciência e conhecimento dos fisioterapeutas sobre as diretrizes da prática clínica da DCP em mulheres grávidas, assim como, determinar a diferença entre as diferentes abordagens de tomada de decisão clínica entre fisioterapeutas pélvicos e fisioterapeutas da área músculo-esquelética. Para tal, foi criado um questionário "*Practices in Pelvic Girdle pain in Physiotherapy*" que avalia os fatores de risco, objetivos e estratégias de tratamento da DCP, tendo por base as diretrizes de prática clínica. Com este questionário a autora concluiu que existia alguma discrepância entre as diretrizes e as decisões tomadas pelos fisioterapeutas que participaram no estudo, uma vez que a maioria não estava familiarizado com as diretrizes, e os que estavam acabavam por seguir as suas próprias estratégias de tratamento. Contudo, ambos os grupos concordaram que a utilização das diretrizes resultava num melhor atendimento à mulher grávida. (Dufour et al., 2018).

Enquanto fisioterapeutas, temos o papel de realizar uma boa prática clínica, tendo sempre por base a melhor evidência disponível. No artigo publicado por Dufour, (2018) "*Pregnancy-related pelvic girdle pain: understanding practice patterns and clinical decision making*", podemos encontrar referência ao questionário eletrónico que foi desenvolvido e aplicado aos fisioterapeutas que trabalham nesta área em clínica privada. Deste modo, surgiu a questão: Será que os fisioterapeutas portugueses, que avaliam e tratam grávidas com DCP, têm como referência as diretrizes existentes para a avaliação e tratamento da mesma?

Surgiu a ideia de desenvolver um projeto semelhante em Portugal, sendo o principal objetivo deste estudo, compreender qual o nível de conhecimento e consciencialização sobre as diretrizes de prática clínica da DCP desenvolvidas pelos fisioterapeutas em Portugal. Para a concretização do objetivo anterior houve a necessidade de adaptar e validar o questionário "*Practices in Pelvic Girdle Pain in Physiotherapy*" para a população portuguesa, verificando se o instrumento está corretamente traduzido e adaptado e se as características psicométricas estudadas são robustas. De seguida, foram estudadas as respostas ao questionário de forma a avaliar o conhecimento e a capacidade da tomada de decisão dos fisioterapeutas que trabalham com grávidas com DCP em Portugal. Assim o presente trabalho segue com a descrição da metodologia utilizada, mas a apresentação de resultados será em duas partes (Parte I: Processo de adaptação e validação do questionário; e parte II: Avaliação do nível de conhecimento e a utilização das

Guidelines), em cada uma das partes, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, finalizando com uma conclusão global da investigação realizada.

METODOLOGIA

O presente estudo é exploratório que incluiu previamente um estudo metodológico. Compreendeu uma primeira fase na qual se procedeu à tradução e adaptação para a realidade portuguesa do questionário “*Practices in Pelvic Girdle pain in Physiotherapy*”, uma segunda fase na qual se verificaram as características psicométricas do questionário (validade de conteúdo e fiabilidade), e uma terceira fase onde se analisou as respostas de forma a responder à questão inicial. O presente estudo foi aprovado pela Comissão Ética da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (Projeto nº 17/2021) numa reunião realizada no dia 14 de dezembro de 2021.

Estes procedimentos foram autorizados, via correio eletrónico, pela autora do questionário original (Professora Sinéad Dufour, PhD), (ver dossier complementar “3- Pedido e autorização da autora do instrumento de medição”, página 16).

Para a realização deste estudo foram selecionadas três amostras: a primeira constituiu o painel de peritos, formado por duas fisioterapeutas *experts* na área de Saúde da Mulher, este painel foi selecionado em colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; a segunda amostra constituiu o pré-teste, onde se podem encontrar 13 fisioterapeutas que têm formação ou trabalham na área da Saúde da Mulher, todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 52 anos, esta amostra foi obtida por conveniência; a terceira amostra constituiu os fisioterapeutas que participaram no estudo, num total de 79 participantes. Os critérios definidos para poderem participar regiam-se pela formação em fisioterapia, pela prestação de cuidados a mulheres grávidas na sua prática clínica e por possuírem um nível de compreensão da língua portuguesa que lhes permitia manter uma conversa.

DESCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO “PRÁTICAS EM FISIOTERAPIA NA DOR DA CINTURA PÉLVICA”

O questionário é preenchido online e é de resposta autónoma. Contém uma parte introdutória com instruções detalhadas, e um total de 37 itens divididos em 5 secções: Consentimento informado (1 item); Parte A: Informações demográficas do/a fisioterapeuta (8 itens); Parte B: Estratégias de Gestão Clínica (11 itens); Parte C: Boas Práticas (4 itens); Parte D: Perspetivas relacionadas com as recomendações de Prática Clínica (13 itens).

As respostas na maioria dos itens foram de resposta de escolha múltipla, com uma variação do mínimo de 4 a um máximo de 7 opções disponíveis; outros itens, recolhem dados sobre o acesso a informações pessoais ou de opinião, usam uma resposta dicotómica “Sim” ou “Não”; também existem respostas onde é utilizada a escala *Likert* de 3 pontos com “Concordo”, “Não concordo nem discordo”, “Discordo”; existem ainda alguns itens que apresentam resposta de pergunta aberta.

Com este questionário pretende-se estudar quais as decisões e estratégias que os fisioterapeutas tomam quando têm uma grávida com DCP. Deste modo, o questionário procura avaliar os conhecimentos e aptidões dos fisioterapeutas, que trabalham na sua prática clínica no ramo da Saúde da Mulher, assim como permitir que os participantes desenvolvam uma maior consciencialização e reflexão sobre o seu próprio processo de tomada de decisão.

PROCEDIMENTOS NA 1ª FASE: DESENVOLVIMENTO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO QUESTIONÁRIO

Inicialmente o questionário original foi traduzido e adaptado de inglês para português por dois tradutores cuja língua materna é o português e cuja segunda língua é o inglês. As duas traduções obtidas, foram discutidas no primeiro painel de consenso e sintetizadas na Versão preliminar portuguesa. A partir desta versão, o questionário foi novamente traduzido para a língua inglesa – retroversão do instrumento por um tradutor profissional de inglês, sem conhecimento prévio da versão original do questionário. A Versão Preliminar Portuguesa e a retroversão foram comparadas com a versão original do questionário e discutidas no segundo painel de consenso, para se verificar se existiam diferenças significativas entre ambas.

Foi enviada uma cópia da versão de consenso inglesa obtida para a autora original do questionário (Prof. *Sinéad Dufour*) que autorizou a continuação do estudo, obtendo-se assim a Segunda versão preliminar portuguesa do questionário, destinada a ser apresentada ao painel de peritos.

PROCEDIMENTOS NA 2ª FASE: VERIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS

VALIDADE DE CONTEÚDO

A Validade mede a qualidade de um instrumento, é a evidência de que um teste mede aquilo que se propõe medir. Refere-se à robustez metodológica e conceptual, ou seja, mede bem a realidade para a qual foi construído.

Para o estudo da validade de conteúdo realizou-se um painel de peritos, que fez a revisão da Segunda Versão Preliminar Portuguesa de forma a determinar a qualidade da tradução produzida. Desta análise resultaram algumas sugestões com o intuito de melhorar a versão atual do questionário. As sugestões e alterações propostas foram discutidas no terceiro painel de consenso e sintetizadas na Versão Final Preliminar Portuguesa.

Esta nova versão foi testada por 13 fisioterapeutas, que responderam ao questionário e foram convidados a analisar os itens, instruções e opções de resposta através de entrevistas individuais realizadas via *Zoom*. Nessas entrevistas, avaliou-se a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, foi cronometrado o tempo do preenchimento de resposta ao questionário e procurou-se identificar as perguntas que suscitaram dúvidas, assim como, registar as soluções propostas para produzir uma versão do questionário clara e aceitável para todos os fisioterapeutas que o irão responder futuramente. Os comentários resultantes das 13 entrevistas (pré-teste cognitivo) foram revistos e discutidos no quarto painel de consenso, onde se analisou a possibilidade de alterar algumas frases. Depois de se sintetizar toda a informação foi criada a Versão Final Portuguesa do Questionário. (ver dossier complementar “5.2.3- Relatório da 4ª versão de consenso”, página 190).

FIABILIDADE

A fiabilidade é a qualidade de um instrumento que consiste em fornecer para condições experimentais idênticas, resultados idênticos, para um fenómeno que permanece idêntico a si próprio. Refere-se à consistência com que um instrumento de medida proporciona repetidamente o mesmo resultado para o mesmo fenómeno.

Para verificar a fiabilidade do instrumento escolheu-se a reprodutibilidade (teste-reteste) e a Versão Final Portuguesa foi distribuída por uma amostra de 79 fisioterapeutas. O questionário foi administrado em dois momentos, separados por 2 semanas, permitindo perceber a estabilidade temporal do teste garantindo que estes indivíduos não foram sujeitos a condições que possam ter alterado os domínios medidos. O tempo intervalar foi escolhido para minimizar a probabilidade de ocorrerem alterações relevantes. Sendo que 57 desses 79 fisioterapeutas participaram no reteste.

Foram excluídos todos os fisioterapeutas que não estivessem a exercer no momento a profissão, que não falassem português, e que não tenham selecionado a opção “sim” no formulário

de consentimento informado, que corresponde à questão nº1 do questionário online. (ver Apêndice 1 – Questionário online “Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica”).

Antes de se dar início ao preenchimento do questionário, na primeira página, encontra-se toda a informação relativamente aos objetivos do estudo: O motivo do desenvolvimento do estudo, o que se pretende do estudo, quem pode participar, quais os riscos e benefícios, assim como de que forma se realizará a recolha dos dados.

A participação foi voluntária e os participantes eram livres de desistir a qualquer momento do estudo. Os fisioterapeutas que participaram no estudo consentiram através de um consentimento informado em que reconheceram que os investigadores do estudo podiam recolher e utilizar as suas informações.

A identidade e informações pessoais dos fisioterapeutas foram identificadas através de um código de identificação, para a criação desse código foi pedido que colocassem a primeira inicial do nome e apelido, seguido dos últimos quatro dígitos do cartão de cidadão. (Nome: Andreia + Apelido: Reis + últimos quatro dígitos do CC: 0036 = Código: AR0036). Posteriormente esse número foi utilizado para identificar o fisioterapeuta no teste-reteste, caso este tivesse autorizado a sua participação.

No final do questionário apresenta-se uma secção denominada “Repetição do questionário”. Nesta secção o fisioterapeuta decide se quer ou não responder novamente ao questionário, de forma a participar na segunda fase do estudo - teste-reteste, se responder que “sim”, é encaminhado para uma nova questão onde disponibiliza o email, para duas semanas após, voltar a receber o link do questionário novamente. Caso tenha seleccionado o “não”, o questionário termina automaticamente.

Na reprodutibilidade teste-reteste o instrumento é aplicado duas vezes ao mesmo grupo de pessoas, havendo um intervalo temporal entre as duas aplicações, testando a estabilidade das respostas ao longo do tempo (*Souza et al.*, 2017), sendo necessário garantir que estas pessoas não foram sujeitas a condições que possam ter alterado os domínios medidos (*Ferreira, P. L., & Marques, F. B.*, 1998). Neste estudo o intervalo de tempo entre as respostas foi de 15 dias, sendo este intervalo considerado grande o suficiente para que os inquiridos fossem incapazes de relembrar as respostas anteriores. Em estudos de fiabilidade teste-reteste de instrumentos, um intervalo de tempo entre 2 dias a 2 semanas é adequado e não afeta os resultados do teste (*Marx et al.*, 2003).

ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento e análise dos dados recolhidos, foi utilizado o programa SPSS de análise estatística (IBM SPSS Statistics 28.0): Frequência descritiva e Cross-tabs.

Para a análise de dados da fiabilidade foram consideradas apenas as submissões completas (preenchimento do consentimento informado e responder ao questionário nos dois momentos). Foi analisada através dos cálculos obtidos pelos coeficientes de Kappa. A concordância, dos itens nominais e ordinais, foi calculada pelos coeficientes *Unweighted Kappa* e *Kappa with Linear Weighting*, respectivamente. Os coeficientes foram interpretados tendo por base os valores de intervalo da tabela de *Ladis et al., (1977)*, ($< 0,00$ = Não existe concordância; $0,00-0,20$ = concordância mínima; $0,21-0,40$ = concordância razoável; $0,41-0,60$ = concordância moderada; $0,61-0,80$ = concordância substancial; $0,81-1,00$ = concordância perfeita). Para os coeficientes de Kappa, foram utilizados intervalos de confiança (IC) de 95%. Para questões de resposta aberta, foi realizada uma análise qualitativa, uma vez que não foi possível realizar os coeficientes de Kappa para estas respostas.

Para uma análise mais aprofundada realizou-se o teste Qui-Quadrado/Fisher para comparar 4 grupos (Anos de experiência profissional, Habilitações académicas, Tendência regional do local de prática clínica, e Formação em Saúde da Mulher) com a utilização de normas/recomendações e diretrizes. As diferenças entre as percentagens são consideradas negativas quando $p < 0,005$.

RESULTADOS

PARTE I: PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Os resultados que se seguem dizem respeito às decisões e consensos realizados para cada uma das fases de adaptação cultural e validação do questionário: Tradução, retroversão, qualidade de tradução e pré-teste cognitivo.

Foi avaliada a equivalência de significado na primeira versão de consenso, onde as duas traduções para a língua portuguesa, foram analisadas e comparadas com o questionário original (versão em inglês), as alterações propostas podem ser consultadas no dossier complementar “Relatório 1ª versão de consenso”, página 56.

Após a retroversão realizada por um tradutor bilingue, efetuou-se a 2ª reunião de consenso, de forma a analisar a equivalência semântica comparando a retroversão da primeira versão de

consenso com a versão original, o relatório da reunião pode ser consultado na página 90 do dossier complementar.

Na fase seguinte, realizou-se a qualidade da tradução que teve como objetivo produzir a Versão Final Preliminar Portuguesa do questionário através de uma revisão realizada por dois clínicos especialistas em saúde da mulher. Com base nas suas revisões, relativamente à qualidade de tradução, o terceiro painel propôs alterações gramaticais e termos de linguagem clínica de forma a direcionar o questionário para o seu público alvo – os fisioterapeutas. Os comentários dos clínicos de revisão A e B e respetivas alterações propostas podem ser consultadas, em maior pormenor, no dossier complementar na “fase de validade de conteúdo – qualidade de tradução” (página 97), assim como o relatório da 3ª versão de consenso.

A última fase do processo é chamada de pré-teste cognitivo, e contou com a participação de 13 fisioterapeutas todas com formação complementar em Saúde da Mulher. A maioria dos fisioterapeutas apresentava entre 1-5 anos de experiência (46,2%) em prática clínica e o seu principal local de trabalho foi no distrito de Lisboa (69,2%), a licenciatura (46,2%) foi o nível de formação em fisioterapia mais respondido, seguido do mestrado (46,2%) e da pós-graduação (7,7%). Relativamente à prática clínica 11 (84,6%) responderam que não se sentem qualificados para manipular a coluna vertebral e 8 (61,5%) apresentam formação em condições músculo-esqueléticas, destes 8 fisioterapeutas, 6 optaram por realizar formações contínuas (75%) e 2 realizaram mestrado (25%). A qualificação para realizar exames pélvicos internos, 10 participantes (76,9%) responderam que estavam aptos, sendo que 5 responderam que realizaram formações contínuas (50%), 4 responderam que apresentam o mestrado em Saúde da Mulher (40%) e 1 respondeu que tirou pós-graduação (10%). A frequência com que as 13 participantes intervêm em mulheres com dor na cintura pélvica relacionada com a gravidez, não foi conclusiva uma vez que as respostas mais selecionadas foram: nunca (23,1%), “menos de uma mulher por ano” (23,1%) e “pelo menos uma mulher por mês” (23,1%). Dos casos que acompanham atualmente, a resposta mais dada foi que dos casos que acompanham atualmente 0 são de mulheres com DCP na gravidez (38,5%). Para uma análise mais detalhada ver a tabela 1, onde se encontra a estatística descritiva relativamente às informações demográficas do fisioterapeuta do pré-teste. Com base nos comentários e entrevistas realizadas a estes participantes, foi realizada a quarta reunião de consenso (ver relatório na página 190), de onde surgiram alterações relacionadas com a clareza, compreensão, relevância cultural e a adequação das palavras utilizadas na versão traduzida do questionário “Practices in Pelvic Girdle Pain in Physiotherapy“. No dossier complementar é possível consultar o consentimento informado (página 173), o teste de compreensão utilizado em

cada entrevista e respetivo questionário online (página 175). Terminado todo este processo, alcançou-se a Versão Final Portuguesa do Questionário.

Tabela 1 Informações demográficas dos fisioterapeutas do pré-teste cognitivo

N	INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS DO PRÉ-TESTE	FREQUÊNCIA
13	Anos de experiência como fisioterapeuta:	
	Menos de 1 ano	0 (0.0%)
	1-5 anos	6 (46.2%)
	6-10 anos	5 (38.5%)
	11 ou mais anos	2 (15.4%)
13	Distrito do principal local de prática clínica:	
	Lisboa	9 (69.2%)
	Évora	1 (7.7%)
	Oeiras	1 (7.7%)
	Sintra	1 (7.7%)
	Vila Franca de Xira	1 (7.7%)
13	Nível de formação específica em fisioterapia:	
	Bacharelato	0 (0.0%)
	Licenciatura	6 (46.2%)
	Pós-graduação	1 (7.7%)
	Mestrado	6 (46.2 %)
	Doutoramento	0 (0.0%)
13	Manipulação da coluna vertebral:	
	Sim	2 (15.4%)
	Não	11 (84.6%)
13	Realizar exames pélvicos internos:	
	Sim	10 (76.9%)
	Não	3 (23.1%)
10	<u>Se sim, formação/certificação:</u>	
	Formação contínua	5 (50.0%)
	Mestrado	4 (40.0%)
	Pós-graduação	1 (10.0%)
13	Formação em condições Músculo-Esqueléticas:	
	Sim	8 (61.5%)
	Não	5 (38.5%)
8	<u>Se sim, formação/certificação:</u>	
	Formação contínua	6 (75.0%)

	Mestrado	2 (25.0%)
	Pós-graduação	0 (0.0%)
13	Frequência com que intervém em mulheres com DCP relacionada com a gravidez:	
	Nunca	3 (23.1%)
	Menos de uma mulher por ano	3 (23.1%)
	Pelo menos uma mulher por ano	1 (7.7%)
	Pelo menos uma mulher a cada 6 meses	1 (7.7%)
	Pelo menos uma mulher por mês	3 (23.1%)
	Pelo menos uma mulher por semana	1 (7.7%)
	Mais que uma mulher por semana	1 (7.7%)
13	Casos atuais quantos são de mulheres com DCP relacionada com a gravidez:	
	0%	5 (38.5%)
	1-20%	3 (23.1%)
	21-40%	3 (23.1%)
	41-60%	0 (0.0%)
	61% ou mais	2 (15.4%)

FIABILIDADE

A amostra para o estudo da fiabilidade foi obtida consoante os critérios definidos: formação em fisioterapia, prestação de cuidados a mulheres grávidas na sua prática clínica e possuírem um nível de compreensão da língua portuguesa que lhes permitia manter uma conversa. Assim, 79 fisioterapeutas responderam ao questionário, cumprindo todos os requisitos pedidos. No entanto, apenas 57 participantes responderam uma segunda vez ao questionário, invalidando assim 21 participações que não puderam integrar o teste da reprodutibilidade.

Deste modo, para uma análise descritiva mais robusta e rica, foram considerados os 79 participantes que responderam ao primeiro momento (T0 – grupo inicial), e posteriormente na reprodutibilidade dos itens, foram os apurados apenas os 57 que haviam respondido uma segunda vez ao questionário (T1 - reteste).

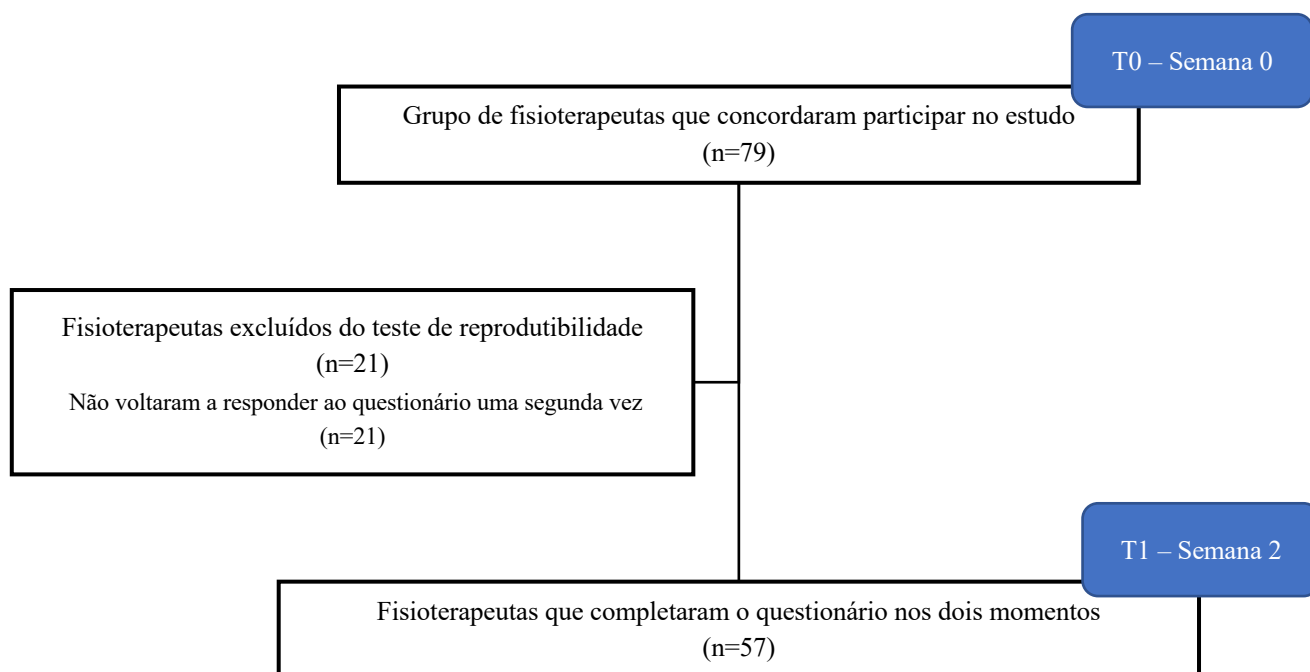


Figura 1 Diagrama de seleção dos fisioterapeutas em estudo

Informações demográficas do fisioterapeuta dos 79 participantes

A maioria dos fisioterapeutas apresentava 11 ou mais anos de experiência (35,4%) em prática clínica e o seu principal local de trabalho foi no distrito de Lisboa (36,7%), a licenciatura (44,3%) foi o nível de formação em fisioterapia mais respondido, seguido da pós-graduação (34,2%) e por último mestrado (21,5%).

Relativamente à prática clínica dos 79 fisioterapeutas, 36 (45,6%) responderam que se sentem qualificados para manipular a coluna vertebral e 60 (75,9%) apresentam formação em condições músculo-esqueléticas, destes 60 fisioterapeutas, 40 optaram por realizar formações contínuas (66,6%), 16 realizaram pós-graduações (26,7%) e apenas 4 mestrado (6,7%). Das formações contínuas destacaram-se “Terapia Manual segundo o Conceito osteopático”, “Curso de Terapias Manipulativas e Osteopáticas”, “Diagnóstico avançado em terapia manual”, “RPG”, “Pilates Clínico certificação matwork”, “Pilates Clínico para Fisioterapeutas na Saúde da Mulher”, “Low Pressure Fitness (Abdominais Hipopressivos)”, entre outros; as Pós-graduações mais referidas foram “Pós-graduação em osteopatia infantil”, “Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde”, “Pós graduação em Tratamento em neurodesenvolvimento (TND Bobath Concept)”, “Pós-graduação em Materno infantil Drenagem - Método Renata França”; os mestrados destaque “Mestrado em técnicas osteopáticas do sistema locomotor - Escuela de Osteopatia de Madrid”, “Mestre em Fisioterapia Músculo-esquelética”.

Relativamente à qualificação para realizar exames pélvicos internos 57 participantes (72,2%) responderam que estavam aptos, sendo que 29 responderam que realizaram formações continuas (51%), 13 responderam que apresentam o mestrado em Saúde da Mulher (24,5%) e 13 responderam que tiraram pós-graduação (24,5%). Das formações apresentadas destacam-se “Curso integrado em saúde da mulher”, “Preparação para o nascimento”, “Reabilitação ativa e passiva do pavimento pélvico”, “Fisioterapia obstétrica funcional”, “(Dis)funções do pavimento pélvico”, “Curso de fisioterapia em Obstetrícia baseada na evidência”, “Curso Tratamento Miofascial em Pelviperineologia - Conceito GDP”, “Curso de Terapia Manual Avançada do Pavimento Pélvico”, “Reabilitação Uroginecológica”; Pós-graduações: “Pós-graduação em Fisioterapia na Saúde da Mulher”, “Pós-graduação em fisioterapia materno infantil”, Pós graduação em disfunções do pavimento pélvico”; Mestrado: “Mestrado em Fisioterapia na Saúde da Mulher”, “Mestre em atividade física para a terceira idade (incontinência urinária em idosos)”, “Mestrado em Periparto (Caufriez Concept)”.

A frequência com que os 79 participantes intervêm em mulheres com dor na cintura pélvica relacionada com a gravidez foi uma média de “pelo menos uma mulher por mês” (29,1%) e dos casos que acompanham atualmente, referiram que “1-20%” (34,2%) dos casos são de mulheres com DCP na gravidez.

Para uma análise mais detalhada ver a tabela 2, onde se encontra a estatística descritiva relativamente às informações demográficas do fisioterapeuta (Parte A).

Tabela 2 Informações demográficas do/a fisioterapeuta

N	INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS	FREQUÊNCIA
79	Anos de experiência como fisioterapeuta:	
	Menos de 1 ano	1 (1.3%)
	1-5 anos	23 (29.1%)
	6-10 anos	27 (34.2%)
	11 ou mais anos	28 (35.4%)
79	Distrito do principal local de prática clínica:	
	Aveiro	4 (5.1%)
	Braga	4 (5.1%)
	Coimbra	4 (5.1%)
	Évora	1 (1.3%)
	Faro	1 (1.3%)
	Funchal (Madeira)	1 (1.3%)
	Terceira (Açores)	1 (1.3%)

	Leiria	6 (7.6%)
	Lisboa	29 (36.7%)
	Porto	11 (13.9%)
	Santarém	7 (8.9%)
	Setúbal	4 (5.1%)
	Viana do Castelo	1 (1.3%)
	Vila Real	2 (2.5%)
	Viseu	3 (3.8%)
79	Nível de formação específica em fisioterapia:	
	Bacharelato	0 (0.0%)
	Licenciatura	35 (44.3%)
	Pós-graduação	27 (34.2%)
	Mestrado	17 (21.5%)
	Doutoramento	0 (0.0%)
79	Manipulação da coluna vertebral:	
	Sim	36 (45.6%)
	Não	43 (54.4%)
79	Realizar exames pélvicos internos:	
	Sim	57 (72.2%)
	Não	22 (27.8%)
57	<u>Se sim, formação/certificação:</u>	
	Formação contínua	29 (51%)
	Mestrado	13 (24.5%)
	Pós-graduação	13 (24.5%)
79	Formação em condições Músculo-Esqueléticas:	
	Sim	60 (75.9%)
	Não	19 (24.1%)
60	<u>Se sim, formação/certificação:</u>	
	Formação contínua	40 (66.6%)
	Mestrado	4 (6.7%)
	Pós-graduação	16 (26.7%)
79	Frequência com que intervém em mulheres com DCP relacionada com a gravidez:	
	Nunca	2 (2.5%)
	Menos de uma mulher por ano	8 (10.1%)
	Pelo menos uma mulher por ano	9 (11.4%)
	Pelo menos uma mulher a cada 6 meses	17 (21.5%)
	Pelo menos uma mulher por mês	23 (29.1%)

	Pelo menos uma mulher por semana	20 (25.3%)
	Mais que uma mulher por semana	0 (0.0%)
79	Casos atuais quantos são de mulheres com DCP relacionada com a gravidez:	
	0%	7 (8.9%)
	1-20%	27 (34.2%)
	21-40%	21 (26.6%)
	41-60%	11 (13.9%)
	61% ou mais	13 (16.5%)

Conhecimento sobre os fatores de risco da DCP

Para se avaliar quais os fatores de risco de desenvolver DCP, é necessário verificar as respostas às questões 10 e 15. Na questão 10, é pedido ao participante que ordene as grávidas do maior para o menor risco de desenvolver DCP, a sequência mais utilizada foi Sara-Cátia-Marta (29,1%), esta sequência revela que os fisioterapeutas privilegiaram as seguintes queixas: história de dor lombar e a multiparidade (“A Sara tem história de dor lombar e a sua última gravidez foi de gêmeos há 11 meses.”), traumatismo e a toma de contraceptivos (“A Cátia fraturou a bacia num acidente de carro há 6 anos. Há 15 anos que toma a pílula contraceptiva.”). Na questão 15, foi pedido que fossem selecionados os itens que fariam sentido perguntar para se obter mais informações sobre o problema, as respostas mais selecionadas foram: “se a dor é ou não agravada por estar muito tempo sentada ou em pé” (77,2%%), “se a mulher aponta a localização exata da dor no seu corpo” (74,7%%) e “se a mulher tem um histórico de dor lombar” (64,6%).

Avaliar a dor pélvica

Relativamente à avaliação da dor pélvica é necessário verificar respostas às questões 12, 13, 14, 16 e 20.

Na questão 12, os testes mais selecionados pelos participantes para avaliar a articulação sacroilíaca da paciente foram: o teste de *Patrick Faber* (83.5%) e o teste de *Gaenslen* (70,9%), 6 fisioterapeutas (7,6%) responderam a opção “outros”, e as respostas dadas foram “caracterizar a dor e contextualizar na rotina/AVD/vida da Sandra, para perceber o que alivia, agrava e a partir daí ajustar algumas rotinas, encaminhar para outro profissional que complemente (sono, alimentação, gestão de stress...)”, “o teste *active straight leg raise*”, “SLR; avaliação muscular geral”, “teste de compressão da SI”.

Na questão 13, os testes mais selecionados para avaliar a função da cintura pélvica da paciente foram: *teste de Stork (teste de Gillet)* (77.2%), *Active straight leg raise (ASLR)* e Assimetria das espinhas ilíacas ântero-superiores em pé, ambos com 53.2 %, apenas 1 fisioterapeuta (1.3%) respondeu “teste de compressão” na opção outro(s).

Na questão 14, os métodos de avaliação da relação da dor da paciente com a sínfise púbica foram: palpação da sínfise púbica (83.5%) e adução resistida da anca (78.5%), 1 (1.3%) fisioterapeuta selecionou a opção “outro(s)”, respondendo “Em DD com os joelhos fletidos e pés apoiados, pediria adução resistida e depois tiraria a minha mão. Se der dor estaria positivo.”.

Na questão 16, é questionado se o fisioterapeuta conhece técnicas de imagiologia que ajudem a diagnosticar a DCP, 40 fisioterapeutas (50,6%) responderam que sim e 39 fisioterapeutas (49,4%) responderam que não. As técnicas mais referidas foram “ecografia abdominal e pélvica”, “ressonância magnética” e “Raio-X”.

Na questão 20, é questionado o instrumento/s de medida que seriam mais úteis aplicar para a DCP, a opção mais selecionada foi “nenhum” (48,1%), seguida da “Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire” (34,2%), 5 fisioterapeutas (6,3%) selecionaram a opção “outro(s)”, tendo respondido “Pelvic Girdle Questionnaire – PT”, “EVA” e “escala verbal numérica (EVN)”.

Estratégias de tratamento

Através das questões 17, 18 e 19 foram analisadas as respostas dos fisioterapeutas relativamente ao seu conhecimento sobre as estratégias de tratamento para a DCP.

A questão 17 aborda quais as intervenções que o fisioterapeuta faria a uma paciente tendo em conta o diagnóstico de DCP, as respostas mais selecionadas foram: exercícios de estabilização (96,2%), exercícios de controlo motor (86,1%) e manipulação ou mobilização articular (68,4%), 8 fisioterapeutas (10,1%) responderam ainda a opção “outro(s)”, tendo respondido “técnicas miofasciais”, “ensino de exercícios a realizar”, “Iria sugerir à Sandra que nesta fase procurasse coisas que a aliviam. Seja atividades que goste, seja coisas novas que a ajudem a gerir a sintomatologia. Seria interessante ensinar automassagem ou a massagem ao/à parceiro/a ou alguém que costume estar com ela para que possa ser um backup plan.”, “Prática de pilates clínico para ganho de estabilidade e posteriormente alguma mobilidade. Ensinava também alongamentos.”, “Punção seca nos pontos gatilho de dor.”.

Na questão 18 é pedido que o fisioterapeuta selecione as modalidades que poderiam ajudar a controlar a DCP, a utilização de uma cinta pélvica para diminuir a mobilidade da articulação sacroilíaca (65,8%), calor (50,6%) e a eletroterapia (45,6%), 18 fisioterapeutas (22,8%) responderam à opção “outro(s)”: “Ensino da contração do core”, “Perceber qual o movimento que causa dor e de que forma é executado consoante as compensações musculares”, “Exercícios de

mobilidade pélvica e exercícios de pilates”, “Explorar melhor o que facilita a dor; experimentar atividades e movimentos ou posições de conforto em que ela consiga algum alívio” e “alongamento ativo”, “Durante a gravidez e face a estes sintomas, o trabalho miofascial seria importante assim como exercícios de mobilidade pélvica.”.

Na questão 19 temos alguns conselhos a sugerir à paciente, os mais selecionados foram: aconselhamento postural (88,6%), educação de comportamentos de medo-evitamento (81,0%) e alteração das atividades (58,2%), na opção “outro(s)” responderam 9 fisioterapeutas (11,4%): “Fortalecimento dos estabilizadores pélvicos e alongamentos dos músculos encurtados.”, “Fazer alguma atividade que lhe dê prazer para ser capaz de relaxar”, “Promover a estabilidade e mobilidade, exercícios para o CORE”, “Hidroterapia, pilates ou exercício físico com um fisioterapeuta, evitar estar muito tempo de pé, realizar básculas”, “adaptações das AVD’s”.

Conhecimento das diretrizes para a avaliação e tratamento da DCP

As questões relacionadas com a prática baseada na evidência são 21-24 e da 33-37, de seguida serão apresentados os resultados de cada uma delas.

A questão 21 é crucial para se entender se os fisioterapeutas estão familiarizados com as normas de orientação clínicas ou evidência existentes para a avaliação e o tratamento da DCP. 55 fisioterapeutas (69,6 %) responderam que estavam familiarizados e 24 (30,4%) responderam que não. Para quem respondeu sim à questão 21, foram apresentadas mais 3 questões – questão 22, 23 e 24, nestas questões o número de participantes total é contabilizado como n=55.

Na questão 22 é pedido que sejam selecionadas as recomendações e normas de orientação clínica que conhece, nestas perguntas as opções mais selecionadas foram: leitura da investigação atual sobre o tema (92,7%) e a European Pelvic Girdle Pain Guidelines (56,4%), na opção “outro(s)” responderam apenas 2 fisioterapeutas (3,6%): “APTA” e “*Pelvic Girdle Pain in the Antepartum: Physical Therapy Clinical Practice.*”.

A questão 23 vem no seguimento da anterior e é referente às recomendações e normas mais utilizadas, a leitura da investigação atual sobre o tema voltou a ser a mais selecionada (94.5%), assim como a European Pelvic Girdle Pain Guidelines (52.7%).

Na questão 24, concluiu-se que entre “26 a 50% das vezes” (29,1%) e “51-75% das vezes” (29.1%) os fisioterapeutas utilizam como referência essas recomendações.

As questões 33-37 são um conjunto de questões subjetivas, deste modo, 81% respondeu que concorda que os cuidados são melhorados com o cumprimento de recomendações e normas de orientação da prática clínica; 55,7% concorda que o seu local de trabalho incentiva o uso das recomendações e normas; 78,5% concorda que a utilização das mesmas aumenta a exigência do

fisioterapeuta; 49,4% referiu que não concorda nem discorda que existem barreiras à sua utilização e 50,6% também não concorda nem discorda que as recomendações e normas são difíceis de adaptar a cada mulher.

Conhecimento de boas práticas sobre a DCP

A maioria dos fisioterapeutas discordou (93,7%) que a presença de DCP relacionada com a gravidez é normal ou esperada não sendo necessário tratamento; 87,3% concordam que a presença da DCP é muitas vezes limitativa e semelhante à dor lombar com histórico natural semelhante; 78,5% discorda, que é raro que uma lesão da articulação da sínfise púbica seja causa para a DCP; 94,9% concorda que a DCP é uma condição complexa que requer identificação precoce e gestão clínica efetiva durante a gravidez; 74,7% concorda que quando se refere a DCP, devemos utilizar termos relativos à estabilidade e instabilidade pélvica; 86,1% discorda que a DCP diga respeito à forma e ao encerramento forçado das estruturas pélvicas; 69,2% concordam que as mulheres que apresentarem três ou mais testes de provocação positivos que não sejam capazes de centralizar a sua dor podem pertencer a um subconjunto de mulheres mais propensas a ter dor com origem na ASI; relativamente às alterações da cintura pélvica observadas clinicamente estarem relacionadas com a interação entre o conjunto dos tecidos da cintura pélvica e do tronco e não com alterações do alinhamento das ASI obteve uma percentagem de 58,2% de concordância com a afirmação.

Para uma informação mais detalhada, relativamente aos restantes itens e subitens do questionário (parte B, C e D), ver tabela 11.

Tabela 11: Frequência descritiva do questionário DCP

N	ITENS	FREQUÊNCIA
79	Questão 10_1: (1) maior risco de DCP	
	Cátia	30 (38.00%)
	Marta	11 (13.95%)
	Sara	38 (48.1%)
79	Questão 10_2: (2) medio risco de DCP	
	Cátia	27 (34.2%)
	Marta	28 (35.4%)
	Sara	24 (30.4%)
79	Questão 10_3: (3) menor risco de DCP	
	Cátia	22 (27.8%)

	Marta	40 (50.6%)
	Sara	17 (21.5%)
79	Questão 11: Raciocínio clínico	NA
79	Questão 12_1: Palpação do ligamento dorsal longo da ASI	
	Sim	
	Não	40 (50.6%)
		39 (49.4%)
79	Questão 12_2: Teste de Provocação de Dor Pélvica Posterior (P4)	
	Sim	47 (59.5%)
	Não	32 (40.5%)
79	Questão 12_3: Teste de Patrick Faber	
	Sim	66 (83.5%)
	Não	13 (16.5%)
79	Questão 12_4: Teste de Gaenslen	
	Sim	56 (70.9%)
	Não	23 (29.1%)
79	Questão 12_5: Outro (por favor, especifique)	
	Sim	6 (7.6%)
	Não	73 (92.4%)
79	Questão 13_1: <i>Active straight leg raise</i>	
	Sim	42 (53.2%)
	Não	37 (46.8%)
79	Questão 13_2: <i>Straight leg raise</i>	
	Sim	41 (51.9%)
	Não	38 (48.1%)
79	Questão 13_3: Teste de Stork (Teste de Gillet)	
	Sim	61 (77.2%)
	Não	18 (22.8%)
79	Questão 13_4: Assimetria das espinhas ilíacas ântero-superiores em pé	
	Sim	42 (53.2%)
	Não	37 (46.8%)
79	Questão 13_5: Outro(s) (por favor, especifique)	
	Sim	1 (1.3%)
	Não	78 (98.7%)
79	Questão 14_1: Palpação da sínfise púbica	
	Sim	66 (83.5%)
	Não	13 (16.5%)

79	Questão 14_2: Teste de <i>Trendelenburg</i> modificado	
	Sim	36 (45.6%)
	Não	43 (54.4%)
79	Questão 14_3: Adução resistida da anca	
	Sim	62 (78.5%)
	Não	17 (21.5%)
79	Questão 14_4: Outro (por favor especifique)	
	Sim	1 (1.3%)
	Não	78 (98.7%)
79	Questão 15_1: Se a dor é ou não agravada por estar muito tempo sentada ou em pé	
	Sim	61 (77.2%)
	Não	18 (22.8%)
79	Questão 15_2: Se a mulher aponta a localização exata da dor no seu corpo	
	Sim	59 (74.7%)
	Não	20 (25.3%)
79	Questão 15_3: Se a mulher indica a área dolorosa num diagrama de localização da dor	
	Sim	30 (38%)
	Não	49 (62%)
79	Questão 15_4: Se a mulher tem um histórico de dor lombar	
	Sim	51 (64.6%)
	Não	28 (35.4%)
79	Questão 15_5: A idade da mulher	
	Sim	36 (45.6%)
	Não	43 (54.4%)
79	Questão 15_6: O uso anterior de contraceptivos orais	
	Sim	20 (25.3%)
	Não	59 (74.7%)
79	Questão 16	
	Sim	40 (50.6%)
	Não	39 (49.4%)
79	Questão 17_1: Exercícios de estabilização	
	Sim	76 (96.2%)
	Não	3 (3.8%)
79	Questão 17_2: Exercícios de controlo motor	
	Sim	68 (86.1%)
	Não	11 (13.9%)

79	Questão 17_3: Massagem	
	Sim	39 (49.4%)
	Não	40 (50.6%)
79	Questão 17_4: Acupuntura	
	Sim	4 (5.1%)
	Não	75 (94.9%)
79	Questão 17_5: Manipulação ou mobilização articular	
	Sim	54 (68.4%)
	Não	25 (31.6%)
79	Questão 17_6: Outra(s) (por favor, especifique)	
	Sim	8 (10.1%)
	Não	71 (89.9%)
79	Questão 18_1: Eletroterapia	
	Sim	36 (45.6%)
	Não	43 (54.4%)
79	Questão 18_2: Ultrassom	
	Sim	11 (13.9%)
	Não	68 (86.1%)
79	Questão 18_3: Gelo	
	Sim	5 (6.3%)
	Não	74 (93.7%)
79	Questão 18_4: Calor	
	Sim	40 (50.6%)
	Não	39 (49.4%)
79	Questão 18_5: Cinta pélvica para diminuir a mobilidade da articulação sacroilíaca	
	Sim	52 (65.8%)
	Não	27 (34.2%)
79	Questão 18_6: Outra(s) (por favor, especifique)	
	Sim	18 (22.8%)
	Não	61 (77.2%)
79	Questão 19_1: Realizar atividades regulares	
	Sim	41 (51.9%)
	Não	38 (48.1%)
79	Questão 19_2: Repouso/evitar atividades	
	Sim	11 (13.9%)
	Não	68 (86.1%)
79	Questão 19_3: Aconselhamento postural	
	Sim	70 (88.6%)
	Não	9 (11.4%)

79	Questão 19_4: Alteração das atividades	
	Sim	46 (58.2%)
	Não	33 (41.8%)
79	Questão 19_5: Educação de comportamentos de medo-evitamento	
	Sim	64 (81.0%)
	Não	15 (19.0%)
79	Questão 19_6: Outro(s) (por favor, especifique)	
	Sim	9 (11.4%)
	Não	70 (88.6%)
79	Questão 20_1: <i>Quebec Back Pain Disability Scale</i>	
	Sim	
	Não	15 (19.0%)
		64 (81.0%)
79	Questão 20_2: <i>Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire</i>	
	Sim	27 (34.2%)
	Não	52 (65.8%)
79	Questão 20_3: <i>Disability Rating Index</i>	
	Sim	14 (17.7%)
	Não	65 (82.3%)
79	Questão 20_4: Nenhum	
	Sim	38 (48.1%)
	Não	41 (51.9%)
79	Questão 20_5: Outro(s) (por favor, especifique):	
	Sim	5 (6.3%)
	Não	74 (93.7%)
79	Questão 21	
	Sim	55 (69.6%)
	Não	24 (30.4%)
55	Questão 22_1	
	Sim	51 (92.7%)
	Não	4 (7.3%)
55	Questão 22_2	
	Sim	31 (56.4%)
	Não	24 (43.6%)
55	Questão 22_3	
	Sim	7 (12.7%)
	Não	48 (87.3%)
55	Questão 22_4	

	Sim	2 (3.6%)
	Não	53 (96.4%)
55	Questão 23_1	
	Sim	52 (94.5%)
	Não	3 (5.5%)
55	Questão 23_2	
	Sim	29 (52.7%)
	Não	26 (47.3%)
55	Questão 23_3	
	Sim	5 (9.1%)
	Não	50 (90.9%)
55	Questão 23_4	
	Sim	2 (3.6%)
	Não	53 (96.4%)
55	Questão 24	
	Nunca	3 (5.5%)
	Até 25% das vezes	10 (18.2%)
	26-50% das vezes	16 (29.1%)
	51-75% das vezes	16 (29.1%)
	Mais de 75% das vezes	7 (12.7%)
	Sempre	3 (5.5%)
79	Questão 25	
	Concordo	5 (6.3%)
	Discordo	74 (93.7%)
79	Questão 26	
	Concordo	69 (87.3%)
	Discordo	10 (12.7%)
79	Questão 27	
	Concordo	17 (21.5%)
	Discordo	62 (78.5%)
79	Questão 28	
	Concordo	75 (94.9%)
	Discordo	4 (5.1%)
79	Questão 29	
	Concordo	59 (74.7%)
	Discordo	20 (25.3%)
79	Questão 30	
	Concordo	11 (13.9%)
	Discordo	68 (86.1%)
79	Questão 31	

	Concordo	47 (59.2%)
	Discordo	32 (40.5%)
79	Questão 32	
	Concordo	46 (58.2%)
	Discordo	33 (41.8%)
79	Questão 33	
	Concordo	64 (81.0%)
	Não concordo nem discordo	14 (17.7%)
	Discordo	1 (1.3%)
79	Questão 34	
	Concordo	44 (55.7%)
	Não concordo nem discordo	32 (40.5%)
	Discordo	3 (3.8%)
79	Questão 35	
	Concordo	62 (78.5%)
	Não concordo nem discordo	13 (16.5%)
	Discordo	4 (5.1%)
79	Questão 36	
	Concordo	20 (25.3%)
	Não concordo nem discordo	39 (49.4%)
	Discordo	20 (25.3%)
79	Questão 37	
	Concordo	12 (15.2%)
	Não concordo nem discordo	40 (50.6%)
	Discordo	27 (34.2%)

REPRODUTIBILIDADE TESTE RETESTE

Em relação aos resultados dos coeficientes de Kappa, estes foram calculados apenas com os 57 participantes pois foram os únicos que completaram o estudo (responderam em T0 e T1).

Dois itens tiveram um kappa razoável / “fair kappa” (12_5 e 14_3) e um kappa médio / “moderate kappa” (14_2 e 24). Os restantes itens ficaram classificados como kappa forte / “substantial kappa” (10_1, 10_2, 10_3; 12_2, 12_4; 13_2, 13_3, 13_4; 14_1; 15_2, 15_4, 15_6; 16; 17_4, 17_5, 17_6); 18_3, 18_6); 20_1, 20_3, 20_5; 22_1, 20_2; 23_1, 23_2; 25; 26; 30; 32; 36) e kappa quase perfeito / “almost perfect kappa” (12_1, 12_3; 13_1, 13_5; 15_1, 15_3, 15_5; 17_1, 17_2, 17_3; 18_1, 18_2, 18_4, 18_5; 19_1, 19_2, 19_3, 19_4, 19_5, 19_6; 20_2, 20_4; 21; 22_3, 22_4; 23_3, 23_4; 27; 28; 29; 31; 33; 34; 35; 37). Para mais detalhes relativamente aos valores do Kappa, ver tabela 12.

Tabela 12 Reprodutibilidade dos itens do questionário DCP.

ITENS	COEFICIENTES DE KAPPA (95% CI)
Questão 10_1	0.694 (0.532, 0.857)
Questão 10_2	0.657 (0.494, 0.821)
Questão 10_3	0.754 (0.607, 0.902)
Questão 12_1	0.859 (0.727, 0.992)
Questão 12_2	0.774 (0.603, 0.945)
Questão 12_3	1.000 (1.000, 1.000)
Questão 12_4	0.716 (0.501, 0.931)
Questão 12_5	0.374 (0.000, 1.000)
Questão 13_1	0.815 (0.660, 0.970)
Questão 13_2	0.752 (0.532, 0.899)
Questão 13_3	0.729 (0.502, 0.956)
Questão 13_4	0.755 (0.585, 0.925)
Questão 13_5	1.000 (1.000, 1.000)
Questão 14_1	0.710 (0.466, 0.953)
Questão 14_2	0.579 (0.368, 0.791)
Questão 14_3	0.224 (0.000, 0.689)
Questão 14_4	1.000 (1.000, 1.000)
Questão 15_1	0.956 (0.870, 1.000)
Questão 15_2	0.684 (0.420, 0.949)
Questão 15_3	0.859 (0.725, 0.992)
Questão 15_4	0.730 (0.526, 0.934)
Questão 15_5	0.823 (0.68, 0.971)
Questão 15_6	0.702 (0.511, 0.894)
Questão 16	0.715 (0.532, 0.898)
Questão 17_1	1.000 (1.000, 1.000)
Questão 17_2	0.814 (0.560, 1.000)
Questão 17_3	0.860 (0.727, 0.992)
Questão 17_4	0.650 (0.174, 1.000)
Questão 17_5	0.718 (0.504, 0.931)
Questão 17_6	0.701 (0.371, 1.000)
Questão 18_1	0.930 (0.834, 1.000)
Questão 18_2	0.923 (0.774, 1.000)
Questão 18_3	0.791 (0.386, 1.000)
Questão 18_4	0.964 (0.895, 1.000)
Questão 18_5	0.833 (0.674, 0.991)

Questão 18_6	0.775 (0.562, 0.988)
Questão 19_1	0.823 (0.674, 0.971)
Questão 19_2	0.937 (0.814, 1,000)
Questão 19_3	0.837 (0.615, 1,000)
Questão 19_4	0.823 (0.674, 0.971)
Questão 19_5	0.811 (0.632, 0.990)
Questão 19_6	0.837 (0.615, 1,000)
Questão 20_1	0.777 (0.565, 0.988)
Questão 20_2	0.838 (0.685, 0.991)
Questão 20_3	0.745 (0.531, 0.959)
Questão 20_4	0.895 (0.779, 1,000)
Questão 20_5	0.791 (0.386, 1,000)
Questão 21	0.833 (0.676, 0.991)
Questão 22_1	0.787 (0.374, 1,000)
Questão 22_2	0.757 (0.532, 0.982)
Questão 22_3	0.907 (0.728, 1,000)
Questão 22_4	1.000 (1.000, 1,000)
Questão 23_1	0.787 (0.374, 1,000)
Questão 23_2	0.775 (0.566, 0.984)
Questão 23_3	0.874 (0.631, 1,000)
Questão 23_4	1.000 (1.000, 1,000)
Questão 24	0.547 (0.321, 0.773)
Questão 25	0.781 (0.482, 1,000)
Questão 26	0.698 (0.366, 1,000)
Questão 27	0.837 (0.657, 1,000)
Questão 28	1.000 (1.000, 1,000)
Questão 29	0.872 (0.731, 1,000)
Questão 30	0.775 (0.562, 0.988)
Questão 31	0.965 (0.896, 1,000)
Questão 32	0.685 (0.482, 0.887)
Questão 33	0.950 (0.852, 1,000)
Questão 34	0.901 (0.792, 1,000)
Questão 35	0.855 (0.695, 1,000)
Questão 36	0.784 (0.645, 0.923)
Questão 37	0.827 (0.696, 0.958)

Para as questões 11, 12_5 (espaço de resposta), 13_5 (espaço de resposta), 14_4 (espaço de resposta), 16 (espaço de resposta), 17_6 (espaço de resposta), 18_6 (espaço de resposta), 19_6 (espaço de resposta), 20_5 (espaço de resposta), 22_4 (espaço de resposta) e 23 (espaço de

resposta), foi realizada uma análise qualitativa, onde se procurou verificar se existia concordância de resposta entre os momentos T0 e o T1, uma vez que não foi possível realizar o coeficiente de Kappa. Foram calculadas as percentagens de respostas concordantes e não concordantes, para mais detalhes, ver tabela 13.

Tabela 13: Percentagem de concordância das respostas abertas T0-T1

ITENS	PERCENTAGEM DE CONCORDÂNCIA
Questão 11	Sim 77%
	Não 23%
Questão 12_5	Sim 25%
	Não 75%
Questão 13_5	Sim 100%
Questão 14_4	NA
	(0 respostas)
Questão 16	Sim 78%
	Não 23%
Questão 17_6	Sim 57%
	Não 43%
Questão 18_6	Sim 62%
	Não 38%
Questão 19_6	Sim 63%
	Não 37%
Questão 20_5	Sim 67%
	Não 33%
Questão 22_4	Sim 100%
Questão 23	Sim 100%

PARTE II: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DAS GUIDELINES

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E UTILIZAÇÃO DE NORMAS/RECOMENDAÇÕES DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

De forma a verificar a familiaridade com algumas das normas/ recomendações de orientação para a prática clínica ou baseadas na evidência na avaliação e tratamento da DCP, realizou-se um estudo de comparação entre grupos.

Comparou-se o conhecimento e utilização das normas/recomendações e diretrizes com os anos de experiência, as habilitações académicas, e a tendência regional do local de prática clínica (Norte e Centro; Lisboa, Alentejo e Algarve), optou-se por se excluir desta comparação as ilhas (Madeira e Açores, uma vez que tinham apenas um participante). Foi adicionalmente, realizada uma análise isolada, para quem estava apto para realizar exames pélvicos internos, sendo classificado como “fisioterapeutas pélvicos”, com o objetivo de se compreender se estes fisioterapeutas seguem e aplicam uma prática baseada na evidência. O teste utilizado para este estudo foi o Qui-Quadrado/Fisher. É de referenciar que as diferenças entre as percentagens foram consideradas significativas quando $p < 0,05$. Deste modo, apresentam-se abaixo os valores obtidos para cada parâmetro.

Anos de experiência profissional VS Utilização de normas/recomendações e diretrizes:

O teste Qui-Quadrado/Fisher não revelou para $p < 0,05$ a existência de diferenças significativas entre os 3 grupos com diferentes anos de experiência profissional, na utilização de normas/recomendações ($X^2 = 3,217$, $P = 0,200$), sendo que a maioria utiliza essas normas (Até 5 anos-62,5%, 6-10 anos-63%, 11 ou mais-82,1%), embora se constate a tendência para a percentagem ser maior nos anos de experiência profissional mais elevadas.

Ver abaixo as tabelas 3 e 4, para mais informações sobre o crosstab e os testes Qui-Quadrado.

Tabela 3: Crosstab Resultados: Anos de experiência profissional

			Utilização de Normas/Recomendações e Diretrizes		Total
			Sim	Não	
Anos de experiência	Até 5 anos	Contagem	15	9	24
		% em Anos de experiência	62,5%	37,5%	100,0%
	6-10 anos	Contagem	17	10	27
		% em Anos de experiência	63,0%	37,0%	100,0%
	11 ou mais anos	Contagem	23	5	28
		% em Anos de experiência	82,1%	17,9%	100,0%

Total	Contagem	55	24	79
	% em Anos de experiência	69,6%	30,4%	100,0%

Tabela 4: Testes Qui-Quadrado Resultados: Anos de experiência profissional

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	3,217 ^a	2	,200	,232		
Razão de verossimilhança	3,394	2	,183	,201		
Teste exato de Fisher-Freeman- Halton	3,298			,201		
Associação Linear por Linear	2,451 ^b	1	,117	,134	,078	,036
N de Casos Válidos	79					

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,29.

b. A estatística padronizada é -1,566.

Local de prática clínica VS Utilização de normas/recomendações e diretrizes:

O teste Qui-Quadrado não revelou, para $p < 0,05$, a existência de diferenças significativas entre o grupo do Norte/Centro e o grupo de Lisboa/Alentejo/Algarve ($X^2 = 0,012$, $p = 0,913$), na utilização de normas/recomendações, sendo que nos dois grupos a maioria utiliza essas normas (Norte/centro-69,4%, Lisboa/Alentejo/algarve-68,3%).

Ver abaixo as tabelas 5 e 6, para mais informações sobre o *crosstab* e os testes Qui-Quadrado.

Tabela 5: Crosstabs Resultados: Local de prática clínica

		Utilização de Normas/Recomendações e Diretrizes		Total	
		Sim	Não		
Local de prática Clínica	Norte e centro	Contagem	25	11	36
		% em Local de prática Clínica	69,4%	30,6%	100,0%
	Lisboa, Alentejo e Algarve	Contagem	28	13	41
		% em Local de prática Clínica	68,3%	31,7%	100,0%
Total		Contagem	53	24	77
		% em Local de prática Clínica	68,8%	31,2%	100,0%

Tabela 6: Testes Qui-Quadrado Resultados: Local de prática clínica

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	,012 ^a	1	,913	1,000	,555	
Correção de continuidade ^b	,000	1	1,000			
Razão de verossimilhança	,012	1	,913	1,000	,555	
Teste Exato de Fisher				1,000	,555	
Associação Linear por Linear	,012 ^c	1	,914	1,000	,555	,193
N de Casos Válidos	77					

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,22.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

c. A estatística padronizada é ,108.

Habilitações acadêmicas VS Utilização de normas/recomendações e diretrizes:

O teste Qui-Quadrado também não revelou, para $p < 0,05$, a existência de diferenças significativas entre os 3 grupos com diferentes habilitações, na utilização de normas/recomendações ($X^2 = 3,088$, $p = 0,214$), sendo que nos 3 grupos a maioria utiliza essas normas (Licenciatura-60%, pós-graduação 74,1% e mestrado 82,4%), embora se constate a tendência para a percentagem ser maior nas habilitações mais elevadas.

Ver abaixo as tabelas 7 e 8, para mais informações sobre o *crosstab* e os testes Qui-Quadrado.

Tabela 7: *Crosstab* Resultados: Habilitações Acadêmicas

			Utilização de Normas/Recomendações e Diretrizes		Total
			Sim	Não	
Habilitações Acadêmicas	Licenciatura	Contagem	21	14	35
		% em Habilitações Acadêmicas	60,0%	40,0%	100,0%
	Pós-graduação	Contagem	20	7	27
		% em Habilitações Acadêmicas	74,1%	25,9%	100,0%
	Mestrado	Contagem	14	3	17
		% em Habilitações Acadêmicas	82,4%	17,6%	100,0%
Total		Contagem	55	24	79
		% em Habilitações Acadêmicas	69,6%	30,4%	100,0%

Tabela 8: Testes Qui-Quadrado Resultados: Habilitações Acadêmicas

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	3,088a	2	,214	,235		
Razão de verossimilhança	3,162	2	,206	,212		

Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	2,907			,247		
Associação Linear por Linear	2,982b	1	,084	,088	,056	,028
N de Casos Válidos	79					
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,16.						
b. A estatística padronizada é -1,727.						

Formação em Saúde da Mulher VS Utilização de normas/recomendações e diretrizes:

O teste Qui-Quadrado revelou a existência de diferenças significativa, para $p < 0,05$, entre o grupo de fisioterapeutas que estão aptos para realizar exames pélvicos internos e o grupo não tem essa aptidão ($X^2 = 5,550$, $p = 0,018$), revelando o grupo que tem essa aptidão, uma percentagem significativamente mais elevada de sujeitos que usam as normas e diretrizes (77,2%), enquanto o grupo que não tem a percentagem é de 50%.

Ver abaixo as tabelas 9 e 10, para mais informações sobre o *Crosstab* e os testes Qui-Quadrado.

Tabela 9: *Crosstab* Resultados: Fisioterapeuta Pélvico

			Utilização de Normas/Recomendações e Diretrizes		Total
			Sim	Não	
Fisioterapeuta Pélvico	Sim	Contagem	44	13	57
		% em Fisioterapeuta Pélvico	77,2%	22,8%	100,0%
	Não	Contagem	11	11	22
		% em Fisioterapeuta Pélvico	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Contagem		55	24	79
	% em Fisioterapeuta Pélvico		69,6%	30,4%	100,0%

Tabela 10: Testes de Qui-Quadrado Resultados: Fisioterapeuta Pélvico

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	5,550a	1	,018	,028	,020	
Correção de continuidadeb	4,338	1	,037			

Razão de verossimilhança	5,311	1	,021	,028	,020	
Teste Exato de Fisher				,028	,020	
Associação Linear por Linear	5,479c	1	,019	,028	,020	,015
N de Casos Válidos	79					
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,68.						
b. Computado apenas para uma tabela 2x2						
c. A estatística padronizada é 2,341.						

DISCUSSÃO

O objetivo principal foi compreender qual o nível de conhecimento e consciencialização sobre as diretrizes de prática clínica da DCP desenvolvidas pelos fisioterapeutas em Portugal. Para a concretização desse objetivo, houve a necessidade de adaptar e validar o questionário “*Practices in Pelvic Girdle pain in Physiotherapy*” para a população portuguesa, que permite avaliar o conhecimento e a capacidade da tomada de decisão dos fisioterapeutas que trabalham com grávidas com DCP em Portugal. Os resultados do presente estudo, revelam de uma forma geral, que a tradução e adaptação cultural, validade de conteúdo e fiabilidade do questionário foram bem-sucedidos.

PARTE I: PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGUÍSTICA E VALIDADE DE CONTEÚDO

Todo o processo de adaptação cultural, linguística e validação seguiu as orientações propostas por *Beaton et. al.* (2000), salientando que esta foi a primeira vez que este questionário foi traduzido e adaptado para qualquer outro idioma, sendo a sua versão original o inglês americano. O questionário foi submetido a diferentes e rigorosas fases metodológicas, descritas anteriormente (Metodologia e Resultados), para que os procedimentos metodológicos empregues e respetivos resultados fossem considerados válidos. Deste modo todas as perguntas do questionário original encontram-se na versão traduzida para português, uma vez que todas se adequavam à população portuguesa. Para a Validade de Conteúdo foram utilizados dois peritos que avaliaram os itens do questionário, uma amostra de 13 fisioterapeutas (pré-teste), assim como um painel de consenso que analisou todas as opiniões dadas de forma a chegar à Versão Final

Portuguesa do Questionário. Destaca-se neste processo, a maioria das alterações propostas e debatidas nas reuniões de consenso, esteve relacionada com a adequação linguística para profissionais de saúde, uma vez que as traduções feitas apresentavam linguagem simplificada e generalizada.

O Pré-teste foi um dos processos do estudo que demorou algum tempo a ser realizado, uma vez que a administração do questionário foi online, na altura da pandemia. O facto de ser online na altura foi apontado como um fator vantajoso, uma vez que se poderia chegar a vários fisioterapeutas do País. De acordo com, Guillemin *et al.* (1993), uma amostra mínima de 12 indivíduos deve ser incluída na fase da versão pré-final, no pré-teste participaram apenas 13 fisioterapeutas, o que comprova que não houve muita adesão ao questionário por parte dos participantes nesta fase do estudo. Relativamente às participantes, estas consideraram o questionário claro, fácil de compreender e de responder, apresentava perguntas bem estruturadas e divididas pelos vários tópicos. Negativamente referiram que as instruções eram longas e demasiado explicativas acerca dos procedimentos, no entanto, mencionaram que não apresentaram dúvidas relativamente ao decorrer do estudo devido a essa precisão. Consideraram que o questionário estava bem-adaptado para os fisioterapeutas, mas extenso, com bastante raciocínio o que o tornava um pouco cansativo. De forma geral todas referiram que era uma mais-valia para quem o preenchia uma vez que leva a uma autorreflexão sobre as tomadas de decisão na prática clínica de cada fisioterapeuta.

Comparando a amostra do pré-teste do estudo original, (Dufour *et al.*, 2018), com as inquiridas do pré-teste do estudo em Portugal (13 fisioterapeutas) conclui-se que a nossa amostra apresentou um número superior, uma vez que em Ontário existiram apenas 5 participações. Relativamente aos anos de experiência como fisioterapeutas, 46.2% da amostra portuguesa apresentava experiência laboral entre 1-5 anos, dado que se assemelha ao apresentado no estudo de Dufour *et al.*, (2018) que apresentou 60% da sua amostra com os mesmos dados (1-5 anos). No parâmetro “manipulação da coluna vertebral” 84.6% respondeu que não estava qualificado e 76.9% responderam que tinham qualificações para realizar exames pélvicos. No pré-teste da Dufour *et al.*, (2018) obtiveram 83% de participantes que responderam que estavam qualificados para realizar manipulação da coluna e 100% que estavam aptos para realizar de exames pélvicos internos. 61.5% dos inquiridos tinham formação em condições músculo esqueléticas, enquanto no pré-teste de Dufour *et al.*, (2018), 73% tinham essa formação.

FIABILIDADE

Para o estudo da Fiabilidade, os resultados foram obtidos através do preenchimento online da Versão Final Portuguesa do questionário “Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica”, tendo este sido preenchido pelos participantes em dois momentos T0 (primeiro momento de resposta) e T1(segundo momento de resposta). Uma vez que o questionário foi de preenchimento autónomo através do Microsoft Forms, ou seja, em formato online, foi pedido o auxílio da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, do Sindicato de Fisioterapeutas e do Grupo de Interesse em Fisioterapia na Saúde da Mulher, na partilha do questionário de forma a chegar ao maior número de fisioterapeutas no País. No entanto, foi notória a dificuldade em recolher respostas por parte dos fisioterapeutas, tal como aconteceu no pré-teste, uma vez que apenas 79 responderam pelo menos uma vez ao questionário. Os 79 participantes, como referido anteriormente nos Resultados, foram utilizados na análise descritiva dos resultados de forma a tornar o estudo mais robusto. Posteriormente, no estudo da reprodutibilidade, foram apenas utilizados os 57 participantes que completaram os dois momentos em estudo (T0 e T1), de forma a comparar as respostas dadas pelos mesmos com um intervalo de 2 semanas.

TESTE DE REPRODUTIBILIDADE

Os resultados foram analisados através do coeficiente de *Kappa* com intervalos de confiança de 95%, nos domínios “Estratégias de gestão clínica”, “Boas Práticas” e “Perspetivas relacionadas com as recomendações de Prática Clínica”. A reprodutibilidade de cada item com os coeficientes *Unweighted Kappa* apresenta na sua maioria valores entre 0.650 e 1.000, tendo uma avaliação bastante positiva, o que significa que há concordância de respostas entre o primeiro momento T0 e o segundo momento T1. O coeficiente *Unweighted Kappa* apresentou na questão 14_3 o valor 0.224 (razoável *Kappa*), e na questão 14_2 o valor 0.579 (médio *Kappa*), estes valores são considerados mais fracos, demonstrando que nestas respostas não houve tanta concordância nos dois momentos de resposta. O coeficiente *Kappa with Linear Weighting* foi realizado apenas em um item, o 24 que apresenta o valor 0.547 (Médio *Kappa*), o que significa que também não existiu concordância de resposta em ambos os momentos. Na tabela 14 encontra-se a informação detalhada das respostas dadas nos dois momentos de resposta.

Tabela 14: Análise pormenorizada dos itens com baixos valores de coeficiente de Kappa

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	N	T0	T1
------	-------------------	---	----	----

14_2	“Para avaliar se a dor da Sandra está relacionada com a sínfise púbica, qual/quais dos seguintes testes usaria? Teste de Trendelenburg modificado”	57	50.9% (29 participantes), responderam a opção Teste de Trendelenburg modificado.	47.4% (27 participantes), responderam a opção Teste de Trendelenburg modificado. 84.2% (48 participantes), responderam a opção “palpação da sínfise púbica. 91,2% (52 participantes), responderam a opção adução resistida da anca.
14_3	“Para avaliar se a dor da Sandra está relacionada com a sínfise púbica, qual/quais dos seguintes testes usaria? Adução resistida da anca”	57	86% (49 participantes), responderam a opção Adução resistida da anca.	91.2% (52 participantes), responderam a opção Adução resistida da anca.
24	“Com que frequência toma como referência essas recomendações?”	38	42.1% (16 participantes) responderam a opção 26 – 50% das vezes.	31.6% (12 participantes) responderam a opção 26-50% das vezes. 28.9% (11 participantes) responderam a opção 51-75% das vezes.

Analisando os dados da tabela 14, pode-se concluir que:

1. Os participantes alteram as suas respostas, selecionando outra opção em T1;
2. 2 participantes em T1 não selecionaram a opção “Teste de *Trendelenburg* modificado”, e selecionaram a opção “adução resistida da anca”;
3. 3 participantes em T1 passaram a selecionar a opção “Adução resistida da anca”, não a tendo selecionado em T0;
4. Em T0, 16 participantes responderam que utilizavam referências (Leitura da investigação atual sobre o tema e diretrizes) 26-50% das vezes, enquanto em T1, o valor ficou dividido entre 12 participantes mantiveram a resposta e 11 participantes passaram a selecionar 51-75% das vezes. Pode-se supor que os participantes de T0 tenham refletido e passado a utilizar mais as referências existentes na sua prática clínica.

Para as questões de resposta aberta, realizou-se uma análise qualitativa, de forma a verificar-se a concordância de resposta entre os 57 inquiridos que responderam aos dois momentos do questionário. Na questão 11 foram analisadas as respostas dadas e verificou-se que a grande maioria manteve a sua opinião referente à ordem das três grávidas e respetivo raciocínio. Uma das respostas apresentadas em T0 foi “Em primeiro lugar, por ter historial de dor lombar na última gravidez, a Sara terá maior probabilidade de ter dor lombar nesta gravidez. Fiquei na dúvida entre a Cátia e a Marta. Por um lado, sabe-se que o tabagismo está associado a maiores níveis de intensidade de dor, por outro, uma fratura e um trauma físico do acidente podem ter levado a alterações funcionais que influenciem a estabilidade da cintura pélvica.”, e em T1 respondeu “Sara pelo historial antigo poderá ter novamente. Cátia pelo traumatismo sofrido, embora que há 6 anos, mas que pode levar a possível instabilidade da cintura pélvica. Marta pelo tabagismo estar associado a níveis maiores de intensidade de dor e pelo IMC alto.”. As questões 12_5, 13_5, 14_4, 17_6, 18_6, 19_6, 20_5, 22_4 dizem respeito à opção de resposta “outro(s) (por favor, especifique):”, pelo que, em alguns casos, os participantes num dos momentos não responderam, tornando esta questão com percentagens de concordância mais baixas. A questão 16 questiona as técnicas de imagiologia, em T0 alguns participantes não apresentaram resposta, já em T1 responderam que estavam familiarizados, pode-se concluir que possa ter existido um momento de introspeção e de pesquisa por parte dos participantes referente ao tema. Na questão 23 existiu 100% de concordância em ambos os momentos.

ANÁLISE DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO E EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Níveis de conhecimento

Os inquiridos demonstraram ter um bom nível de conhecimento relativamente aos fatores de risco da DCP, de acordo com os resultados obtidos nos questionários, história de dor lombar, multiparidade e trauma foram considerados os principais fatores de risco da grávida desenvolver DCP, estes resultados estão em concordância com a “*European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain (2008)*”, no entanto, segundo a “*Pelvic Girdle Pain in the Antepartum Population: Physical Therapy Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health From the Section on Women’s Health and the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association (2017)*”, acrescenta como fatores de risco as disfunções ortopédicas, aumento do IMC, tabagismo, insatisfação no trabalho e a descrença na melhoria do prognóstico de dor. Relativamente à dor, é fortemente recomendado, que para se identificar a DCP, se tenha especial atenção ao historial da

dor e relacioná-lo com dor em tempos prolongados de pé/ sentada com a localização exata que a mulher indica no seu corpo.

De acordo com Vleeming *et al.*, (2008), os testes recomendados para:

- Avaliar a articulação sacroilíaca: teste de provocação de dor pélvica posterior (P4), Teste de *Patrick Faber*, Teste de *Gaenslen*, Palpação do ligamento dorsal longo da ASI;
- Avaliar a função da cintura pélvica: *Active straight leg raise* (ASLR);
- Avaliar a relação da dor com a sínfise púbica: Palpação da sínfise púbica, Teste de Trendelenburg modificado.

Relativamente às técnicas de imagiologia, 40 fisioterapeutas responderam que estavam familiarizados com as mesmas e as respostas dadas coincidem com as técnicas apontadas na diretriz “*Pelvic girdle pain in the Antepartum population (2016)*”, sendo estas a ecografia e a ressonância magnética (estas técnicas não apresentam nenhuma associação a efeitos adversos no feto). A ressonância magnética é apresentada como uma recomendação de nível B e maioritariamente é utilizada em pacientes que apresentem sinais de “*red flag*” ou em situações que seja necessário realizar intervenção cirúrgica. (Vleeming *et al.*, 2008).

Diagnosticando um paciente com DCP, Vleeming *et al.*, (2008), recomenda a prática de exercícios individualizados na gravidez, com maior incidência em exercícios de controlo e estabilização. De acordo com a “*Clinical practice 43uidelines management of pelvic girdle pain in pregnancy and post-partum (2012)*”, o aconselhamento e educação, mobilização articular, técnicas miofasciais e trigger points, acupuntura e massagem, são alguns tratamentos também a ter em conta. Para o controlo da dor, é recomendada a utilização de cinta pélvica e do TENS.

Segundo Clinton *et al.*, (2016), os clínicos não devem considerar as alterações posturais como indicador da evolução da DCP, e na “*Clinical practice 43uidelines management of pelvic girdle pain in pregnancy and post-partum (2012)*”, é descrito que a prática de exercício deve ser adequada às atividades da vida diária da grávida, aconselhando-a a evitar padrões que promovam o aumento de dor. De acordo com Dufour *et al.*, (2018), deve-se evitar linguagem que induza o medo do movimento em pacientes que a dor seja persistente.

Utilização de diretrizes e prática baseada na evidência

Analisando as respostas dadas pelos 79 participantes em T0 relativamente ao seu grau académico, 44,3% tem licenciatura, 34,2% pós-graduação e 21,5% mestrado. Desses 79 participantes, 57 referiram que estavam qualificados para realizar uma avaliação relacionada com o pavimento pélvico, e que o seu nível de formação se baseava em formações contínuas (51%), mestrado (24,5%) e pós-graduações (24,5%). Comparando os dados demográficos com as

respostas dadas relativamente à utilização de recomendações e normas de orientação de prática clínica pode-se concluir que:

- A maioria dos fisioterapeutas reconhecem que os cuidados de saúde são melhorados com a utilização da evidência científica existente;

- A maioria dos fisioterapeutas reconhecem que a utilização das mesmas aumenta os seus níveis de exigência.

No entanto, apenas metade dos fisioterapeutas, considera que o seu local de trabalho os incentiva à utilização dessas práticas. De uma forma geral, os fisioterapeutas responderam que estavam familiarizados com algumas normas, no entanto o mais selecionado foi a leitura da investigação atual sobre o tema, deixando as diretrizes já existentes com classificações mais reduzidas (apenas 56.4% responderam estar familiarizados com a “*European Pelvic Girdle Pain Guidelines*”), quanto à utilização das mesmas os valores descem, o que demonstra mesmo tendo conhecimento das mesmas, nem todos as aplicam na sua prática clínica, tendo as opiniões dividindo-se entre “26 a 50% das vezes” e “51-75% da vezes” (29,1% de resposta em ambas as opções).

Em Ontário – Canadá, onde foi realizado o estudo original, pôde-se verificar que os fisioterapeutas também apresentaram algumas lacunas no conhecimento das diretrizes existentes para a DCP relacionada com a gravidez. Por exemplo, mais de metade dos participantes no estudo original referenciaram a manipulação e mobilização articular como tratamento para a dor, no entanto, estes apresentam níveis de evidência mais baixos, sendo recomendados apenas para testes ou utilizados em poucos tratamentos, contrariamente a acupuntura foi a menos selecionada, sendo esta a que apresenta maior nível de evidência científica relativamente ao alívio da DCP na gravidez (Vleeming *et al.*, 2008; Clinton *et al.*, 2016). As barreiras apontadas pelos fisioterapeutas no estudo original para a utilização de diretrizes e normas/recomendações foram: falta de tempo para se dedicarem à pesquisa atualizada de artigos, falta de acessos a bases de dados e falta de conhecimento na aplicação das recomendações. Estas barreiras podem ser a justificação para a discrepância de resultados entre a familiaridade com as normas, quais normas costuma seguir e quais toma como referência, encontrados no estudo (Dufour *et al.*, 2018).

Tomadas de decisão

As diretrizes atuam como um suporte ao fisioterapeuta relativamente à sua tomada de decisão, (Dufour *et al.*, 2018). De acordo com Clinton *et al.*, (2016), é tão importante a administração de questionários aos pacientes como a realização de exames subjetivos e físicos.

Através dos questionários, pode-se determinar o nível de incapacidade inicial do paciente, a sua função e percepção em relação à dor, e a longo prazo reavaliar e comparar resultados de forma a perceber que mudanças aconteceram ao longo do tempo. Os questionários recomendados são: *Oswestry Low Back Pain* (adaptado para Português-Brasil), *Disability Questionnaire* e *Disability Rating Index* (adaptado para Português-Brasil). (Vleeming *et al.*, 2008). *Pelvic Girdle Questionnaire* (adaptado para português: Questionário sobre a cintura pélvica), *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (adaptado para Português-Brasil), e *Pain Catastrophizing Scale* (adaptado para Português-Brasil). (Clinton *et al.*, 2016).

De acordo com os resultados do questionário, pode-se concluir que a maioria dos fisioterapeutas não conhece, nem aplica estes instrumentos de medida (48,1%). No entanto, a *Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire*, foi assinalada por 34,2% dos fisioterapeutas.

A maioria dos fisioterapeutas identificou corretamente que a DCP relacionada com a gravidez não é normal; 87,3% identificaram incorretamente, que a DCP é semelhante à dor lombar com histórico natural semelhante, uma vez que a DCP é diferente da Dor Lombar; a maioria corretamente discordou que uma lesão da articulação da sínfise púbica seja causa para a DCP; 94,9% concorda corretamente que a DCP é uma condição complexa; 74,7% concordaram incorretamente com a utilização de termos relativos à estabilidade e instabilidade pélvica, de acordo com Dufour *et al.*, (2018), estes termos devem ser evitados porque potenciam a dor central e persistente levando à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da utilização de cuidados de saúde; 86,1% discorda que a DCP diz respeito à forma e ao encerramento forçado das estruturas pélvicas, não estando associados a mecanismos de dor central, no entanto, mecanismos de dor central podem ser uma característica da DCP; 69,2% corretamente concordam que as mulheres que apresentarem três ou mais testes de provocação positivos indicam dor na articulação da sacroilíaca; e 58,2% identificou corretamente a interação entre o conjunto dos tecidos da cintura pélvica e a DCP em grávidas.

As respostas às questões 25-32 foram obtidas através da autora do estudo original e estão descritas no artigo “*Pregnancy-related pelvic girdle pain: understanding practice patterns and clinical decision making*”. (Dufour *et al.*, 2018).

PARTE II: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DAS GUIDELINES

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS VS UTILIZAÇÃO DE NORMAS/RECOMENDAÇÕES DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

A utilização de normas/recomendações de orientação clínica foi analisada posteriormente através da aplicação do teste Qui-Quadrado/Fisher, de forma a analisar-se pormenorizadamente os dados demográficos dos fisioterapeutas participantes. Através dessa análise pôde-se concluir que, os fisioterapeutas com mais de 11 anos de formação têm maior tendência para procurar e utilizar diretrizes. Este resultado pode dever-se ao facto de existirem mais fisioterapeutas nessa faixa etária a responderem ao questionário. Uma vez que, apenas um fisioterapeuta com formação académica de “menos de 1 ano” respondeu que utilizava as diretrizes, criou-se um novo grupo chamado “até 5 anos”, que englobou os grupos “menos de 1 ano” e “1-5 anos” pois essa resposta, não contribuía para uma análise estatística representativa da população com menos de 1 ano de experiência profissional. Relativamente ao local de prática clínica, excluiu-se as ilhas (Madeira e Açores), uma vez que cada uma apresentava apenas um participante cada. Deste modo, os grupos foram divididos em dois: “Norte e Centro” e “Lisboa, Alentejo e Algarve”, o grupo “Norte e Centro” apresentou ligeiramente uma maior taxa de utilização de normas, no entanto essa diferença não foi considerada significativa. Relativamente às habilitações académicas não se revelou uma diferença significativa, no entanto, o grupo que apresentou maior percentagem de utilização de evidência foi o mestrado, este valor deve-se possivelmente ao facto de fisioterapeutas com mestrado possuírem algum rigor nos conteúdos que selecionam uma vez que passam pela fase de investigação durante os seus projetos académicos. Realizando uma análise mais pormenorizada aos fisioterapeutas que apresentam formação em saúde da mulher, revelou-se existência de diferenças significativas entre os aptos para realizar exames pélvicos e os não aptos (fisioterapeutas sem formação em saúde da mulher), obtendo os fisioterapeutas pélvicos uma margem mais elevada para a utilização de evidência científica. Olhando para estes resultados pode-se concluir que os fisioterapeutas pélvicos, compreendem a importância da utilização e aplicação da evidência na sua prática clínica.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação no presente estudo foi a amostra reduzida que respondeu ao questionário já adaptado e validado, uma vez que essa amostra não pode ser considerada representativa de toda a população de fisioterapeutas portugueses que trabalhem com grávidas.

O estudo acabou por cumprir o objetivo a que se propôs, no entanto seria interessante em estudos futuros comparar as respostas dadas por fisioterapeutas não especializados em Fisioterapia na Saúde da mulher, com fisioterapeutas especializados na área (tal como feito no estudo original)

com uma amostra de maior dimensão. Assim como, analisar exclusivamente as respostas dadas pelos fisioterapeutas pélvicos em Portugal, de forma a se compreender que lacunas existentes na avaliação e tratamento da DCP em mulheres grávidas, para que se possa adequar a formação nesta área, de forma a formar fisioterapeutas capazes de desempenhar as suas funções com maior consciência e conhecimento sobre a avaliação e intervenção em fisioterapia na DCP em grávidas. Seria também interessante estudar o comportamento da DCP nos nossos pacientes, uma vez que existem poucos estudos sobre o tema no nosso país.

CONCLUSÃO

O estudo cumpriu o seu propósito, uma vez que se conseguiu analisar as respostas dadas a nível nacional pelos fisioterapeutas, de forma a compreender se estes têm como referência as diretrizes existentes para a avaliação e tratamento da DCP em grávidas. Para a concretização deste estudo foi ainda obtida a versão portuguesa do questionário – “Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica”, equivalente em termos semânticos e de conteúdo à versão original.

A evidência indica que fisioterapeutas que participam em estudos sobre uma população ou tópico específico têm mais níveis mais altos de adesão às diretrizes existentes acerca desse tópico. (Baeles et al., 2015). Os resultados deste estudo mostram que os fisioterapeutas portugueses que trabalham ou trabalharam com grávidas na sua prática clínica, reconhecem que a utilização de diretrizes e normas são importantes para a melhoria do seu plano de avaliação e tratamentos, no entanto, não as conhecem, ou aplicam no seu dia-a-dia. Os fisioterapeutas pélvicos apresentaram uma taxa de conhecimento das normas elevado e a habilitação académica provou ter alguma influência no nível de interesse pela procura de evidência.

Falhas no conhecimento de diretrizes e normas/recomendações na prática clínica, podem levar a tratamentos pouco consistentes. A prática baseada na evidência aplicada diariamente ajuda em decisões informadas e justificadas que levam a diagnósticos mais corretos, assim como prognósticos e planos de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Bastiaenen, C. H. G. (2005). Pregnancy-related pelvic girdle pain, Prognosis, risk factors, consequences, and chiropractic management, 1–227.

Beales D, Hope JB, Hoff TS, Sandvik H, Wergeland O, et al. (2015) Current practice in management of pelvic girdle pain amongst physiotherapists in Norway and Australia. *Man Ther* 20: 109-116.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.

Bergström, C., Persson, M., & Mogren, I. (2016). Sick leave and healthcare utilisation in women reporting pregnancy related low back pain and/or pelvic girdle pain at 14 months postpartum. *Chiropractic and Manual Therapies*, 24(1), 1–11.

Casagrande, D., Gugala, Z., Clark, S. M., & Lindsey, R. W. (2015). Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 539–549.

Clinton S, Newell A, Downey P, Ferreira K (2016) Pelvic Girdle Pain in the Antepartum Population: Physical Therapy Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Section on Women’s Health and the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Women’s Health Physical Therapy*.

Dufour, S., Daniel, S., Alaniz, G., & DeGroote, Y. (2018). Pregnancy-related pelvic girdle pain: understanding practice patterns and clinical decision making. *Frontiers in Women’s Health*, 3(1), 1–6.

Echevarría-Guanilo, M. E., Gonçalves, N., & Juceli Romanoski, P. (2019). Psychometric properties of measurement instruments: Conceptual basis and evaluation methods- Part II. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28(4), 1–11.

Ferreira, P. L., & Marques, F. B. (1998). Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: *Centro de Estudos e Investigação Em Saúde Da Universidade de Coimbra*, 0–24.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432.

Institute of Obstetricians and Gynaecologists Royal College of Physicians of Ireland (2012) Clinical Practice Guideline Management of Pelvic Girdle Pain in Pregnancy and Post- Partum. Chartered Physiotherapists Women's Health and Continence and Directorate of Strategy and Clinical Programmes Health Service Executive.

Jargowsky, P. A., & Yang, R. (2004). Descriptive and Inferential Statistics. *Encyclopedia of Social Measurement*, 659–668.

Kanakaris, N. K., Roberts, C. S., & Giannoudis, P. V. (2011). Pregnancy-related pelvic girdle pain: An update. *BMC Medicine*, 9.

Kim, Y.-M. (2009). Validation of Psychometric Research Instruments: The Case of Information Science. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 64(March), 1852–1863.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*. 1977;33(1):159-74.

Laslett, M., Aprill, C. N., McDonald, B., & Young, S. B. (2005). Diagnosis of Sacroiliac Joint Pain: Validity of individual provocation tests and composites of tests. *Manual Therapy*, 10(3), 207–218.

Mackenzie, J., Murray, E., & Lusher, J. (2018). Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. *Midwifery*, 56, 102–111.

Marx, R.G., Menezes, A., Horovitz, L., Jones, E.C. & Warren, R.F. (2003). A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56 (8), 730-735.

Matos, J. P. (2016). A importância dos instrumentos de medição e avaliação–PEQ-PT. In: II Jornadas de Ortoprotesia, ESTeSL.

Nielsen LL. Clinical findings, pain descriptions and physical complaints reported by women with post-natal pregnancy-related pelvic girdle pain. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 2010: 89; 1187-1191.

Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H., (1994). *Psychometric Theory* (3rd). New York: McGraw-Hill Companies.

O’Sullivan, P. B., & Beales, D. J. (2007). Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders-Part 1: A mechanism-based approach within a biopsychosocial framework. *Manual Therapy*, 12(2), 86–97.

Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil*, 26(3), 649–659.

Stuge, B. (2012). Pelvic girdle pain: examination, treatment, and the development and implementation of the European guidelines. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women’s Health*, 111, 5–12.

Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42.

Timsit, M. A. (2005). Pregnancy-related pelvic girdle pain. *Revue Du Rhumatisme (Edition Francaise)*, 72(8), 715–718.

Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, 17(6), 794–819.

Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, Van Dieën JH, Wuisman PIJM, Östgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *European Spine Journal* Nov 2004; 13(7): 575-589.

APÊNDICE

Apêndice 1: Questionário online: “Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica”

Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica

Caro/a Participante:

Convidamo-lo/a a participar num estudo de investigação que está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Saúde da Mulher da Escola Superior de Saúde do Alcoitão pela estudante Andreia Reis.

Esta carta contém informações importantes para o/a ajudar a decidir se participa ou não neste estudo. Descreve os objetivos do estudo, explica o que lhe será pedido que faça e refere os riscos e benefícios de participar.

Por favor, leia com cuidado. A participação é voluntária.

...

Instruções

Porque está a ser feito o estudo?

O objetivo deste estudo é entender melhor como os fisioterapeutas que trabalham com mulheres grávidas na sua prática clínica tomam decisões sobre estratégias relacionadas com a dor da cintura pélvica (DCP) relacionada com a gravidez.

O que me pedem que faça?

Os dados para este estudo são recolhidos apenas uma vez. O que se lhe pede é que participe num inquérito online. A conclusão da nossa recolha de dados também pode exigir uma interação de acompanhamento por e-mail. Este inquérito levará aproximadamente 15 minutos a responder.

Quem pode participar neste estudo?

Pode participar neste estudo se for um/a fisioterapeuta que presta cuidados a mulheres grávidas na sua prática clínica. O/As participantes deste estudo devem ter um nível de compreensão da língua portuguesa que lhes permita manter uma conversa.

Quais são os possíveis riscos e benefícios de participar neste estudo?

Existe a possibilidade de riscos mínimos associados a este estudo, que podem incluir angústia relacionada com a falta de uma estratégia clara de tomada de decisão clínica relacionada com a DCP.

Por colaborar neste estudo, o participante pode:

- Desenvolver uma maior compreensão do seu próprio processo de tomada de decisão relacionado com a DCP na população perinatal com dor.
- Ficar satisfeito/a por participar numa investigação que pode ajudar a melhorar a avaliação e a gestão da DCP na população perinatal.

Pagam-me para participar neste estudo?

Não será compensado/a pela sua participação neste estudo de investigação.

Haverá custos?

A sua participação nesta investigação não acarretará custos adicionais para si.

A participação neste estudo é voluntária?

Sim, a participação neste estudo é voluntária. Pode recusar participar, recusar responder a quaisquer perguntas ou desistir a qualquer momento. Se optar por desistir, perguntar-lhe-ão se dá ou não autorização para usar a informação recolhida até esse momento.

Pode guardar uma cópia desta carta de informação para os seus registos.

O que acontecerá com a minha informação pessoal que for recolhida?

Os investigadores não incluirão a sua identidade e informações pessoais em qualquer uma das folhas de recolha de dados e só será identificado/a com um número. Será guardada uma lista de todos os participantes em local seguro, longe de todos os outros dados e documentação relacionados com o estudo. Apenas os investigadores do estudo terão acesso aos dados do estudo.

Serão guardadas cópias impressas das folhas de recolha de dados preenchidos associadas aos dados do estudo num arquivo dentro de um compartimento seguro na Instituição responsável pelo estudo.

Os dados eletrónicos serão inseridos num computador com firewall e com software de segurança protegido com password. Os dados deste estudo serão mantidos por um período de três anos.

Os resultados deste estudo podem ser usados em apresentações ou publicados em relatórios científicos, mas o seu nome e identidade não serão divulgados. Se quiser uma cópia dos resultados do estudo, por favor contacte com o responsável do estudo.

Seguinte

* Obrigatório

Formulário de Consentimento Informado

Se tiver alguma dúvida sobre este estudo ou desejar desistir, por favor contacte:

Andreia Reis, email: andreia_reis@hotmail.com; contacto: 968326179

Maria da Lapa Rosado, email: maria.rosado@essa.scml.pt

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética (CE) da Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Esta CE é responsável por garantir que os/as participantes são informados dos riscos associados à investigação, e que os/as participantes são livres para decidir se pretendem participar.

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante da investigação, ligue para Andreia Reis, telefone 968326179.

1. Após a leitura da informação anterior, reconheço que, ao responder a este inquérito, estou a dar consentimento aos investigadores do estudo para recolherem e utilizarem as informações.

Concorda com a sua participação neste estudo? *

☐ Sim

☐ Não

Anterior

Seguinte

* Obrigatório

Identificação do participante

Para a criação de um código de identificação, coloque, por favor, a primeira inicial do nome e apelido e seguidamente digite os últimos quatro dígitos do seu cartão de cidadão.

Exemplo:

Nome: Andreia + Apelido: Reis + últimos quatro dígitos do CC

Código: AR0036

2. Coloque, por favor, um código conforme explicado anteriormente: *

Introduza a sua resposta

Anterior

Seguinte

* Obrigatório

Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica

Parte A: Informações demográficas do/a fisioterapeuta

3. Quantos anos de experiência tem como fisioterapeuta? *

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1-5 anos
- ☐ 6-10 anos
- ☐ 11 ou mais anos

4. Indique, por favor, o código postal do seu principal local de prática clínica:

*

Introduza a sua resposta

5. Qual o seu nível de formação específica em fisioterapia? *

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

6. Sente-se qualificado para realizar manipulação da coluna vertebral?

*

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Está qualificado para realizar exames pélvicos internos? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Anterior

Seguinte

7. Está qualificado para realizar exames pélvicos internos? *

- ☒ Sim
☐ Não

8. Se sim, por favor descreva a sua formação/certificação: *

Introduza a sua resposta

9. Tem formação em condições Músculo-Esqueléticas? *

- ☒ Sim
☐ Não

10. Se sim, por favor descreva a sua formação/certificação: *

Introduza a sua resposta

11. Em média, com que frequência intervém em mulheres com dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez? *

- ☐ Nunca
☐ Menos de uma mulher por ano
☐ Pelo menos uma mulher por ano
☐ Pelo menos uma mulher a cada 6 meses
☐ Pelo menos uma mulher por mês
☐ Pelo menos uma mulher por semana
☐ Mais que uma mulher por semana

12. Dos casos que acompanha atualmente, quantos diria serem de mulheres com dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez? *

- ☐ 0%
☐ 1-20%
☐ 21-40%
☐ 41-60%
☐ 61% ou mais

Anterior

Seguinte

Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica

Parte B: Estratégias de Gestão Clínica

13. Por favor, responda à pergunta considerando o seguinte caso clínico:

A Sara, a Marta e a Cátia estão com 33 semanas de gestação, e queixam-se de dor lombar. A Sara tem história de dor lombar e a sua última gravidez foi de gémeos há 11 meses. A Marta apresenta um índice de massa corporal (IMC) pré-gravidez de 36, o que a classifica clinicamente como obesa e é fumadora. A Cátia fraturou a bacia num acidente de carro há 6 anos. Há 15 anos que toma a pílula contracetiva.

Com base no caso clínico anterior, por favor ordene as grávidas do maior (1) para o menor risco (3) de desenvolver dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez.

Cátia

Marta

Sara

14. Descreva de forma sucinta o raciocínio subjacente à resposta que deu à pergunta 13. *

Introduza a sua resposta

Por favor, responda às seguintes perguntas usando o seguinte caso clínico:

Na primeira consulta consigo a Sandra está grávida de 33 semanas. Apresenta uma dor forte na região lombar baixa (por exemplo, área do sacro) e uma dor menos forte na parte anterior da pélvis até à virilha (principalmente à direita, mas que por vezes parece "mover-se" para a esquerda). Sente-se limitada nas suas atividades da vida diária devido a esta dor, particularmente quando muda de posição. Classifica a sua dor em 4/10 na escala numérica da dor.

DESCRIÇÃO DOS TESTES

Teste de ligamento sacroilíaco dorsal longo (LDL)

A mulher está em decúbito lateral com leve flexão das articulações da anca e do joelho. Se a palpação causar dor que persiste mais de 5 segundos depois do examinador retirar a mão é registada como dor. Se a dor desaparecer dentro de 5 segundos, é registada como sensível.

Teste de estimulação de dor pélvica posterior (P4)

O teste é realizado em decúbito dorsal com 90° de flexão da anca do lado a ser examinado: aplica-se uma leve pressão manual no joelho fletido da mulher ao longo do eixo longitudinal do fémur, enquanto a pélvis é estabilizada pela outra mão do examinador, apoiada na espinha ilíaca ântero-superior contra lateral da mulher. O teste é positivo quando a mulher sente e reconhece "a sua dor" como uma dor bem localizada na área glútea do lado estimulado.

Teste de Patrick Faber

A mulher está em decúbito dorsal: um dos membros inferiores está fletido, em abdução e rotação lateral e o calcanhar está apoiado sobre o joelho oposto. O examinador pressiona suavemente a parte superior da articulação do joelho testada. Se for sentida dor nas articulações sacroilíacas ou na sínfise púbica, o teste é considerado positivo.

Teste de Gaenslen

A mulher está em decúbito dorsal, flete a anca/joelho e puxa na direção do peito apertando o joelho fletido com ambas as mãos. A mulher é então deslocada para o lado da marfesa de forma que o membro inferior oposto fique em extensão sobre a borda enquanto o outro membro permanece em flexão. O examinador usa esta manobra para provocar tensão suave sobre ambas as articulações sacroilíacas simultaneamente. O teste é positivo se a mulher sentir dor (local ou referida) no lado estimulado.

15. Para avaliar as articulações sacroilíacas (ASI) da Sandra, qual/quais dos seguintes testes usaria? Marque todos os que se aplicam. Veja por favor acima as descrições detalhadas destes testes. *

- ☐ Palpação do ligamento dorsal longo da ASI
- ☐ Teste de Provocação de Dor Pélvica Posterior (P4)
- ☐ Teste de Patrick Faber
- ☐ Teste de Gaenslen
- ☐ Outro (por favor, especifique)

16. Só responde, caso na opção anterior tenha selecionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

Anterior

Seguinte

Continue a responder às questões utilizando o caso clínico:

Na primeira consulta consigo a Sandra está grávida de 33 semanas. Apresenta uma dor forte na região lombar baixa (por exemplo, área do sacro) e uma dor menos forte na parte anterior da pélvis até à virilha (principalmente à direita, mas que por vezes parece "mover-se" para a esquerda). Sente-se limitada nas suas atividades da vida diária devido a esta dor, particularmente quando muda de posição. Classifica a sua dor em 4/10 na escala numérica da dor.

DESCRIÇÃO DOS TESTES

Active straight leg raise (ASLR)

A mulher está em decúbito dorsal com os membros inferiores em extensão e os pés afastados 20 cm. O teste é realizado após a instrução: "Tente levantar as pernas, uma após a outra, 20 cm acima da Marquesa sem dobrar o joelho". Pedese à mulher que pontue qualquer sensação de incapacidade (em ambos os lados separadamente) numa escala de 6 pontos: nada difícil = 0; minimamente difícil = 1; um pouco difícil = 2; bastante difícil = 3; muito difícil = 4; incapaz de fazer = 5. As pontuações de ambos os lados são somadas e a soma pode variar de 0 a 10.

Straight leg raise (SLR)

A elevação da perna em extensão é um teste passivo. Cada perna é testada individualmente e a perna assintomática é testada em primeiro lugar. Ao realizar este teste, a mulher está em decúbito dorsal sem almofada debaixo da cabeça, a anca medialmente rodada e aduzida, e o joelho em extensão. O/a fisioterapeuta levanta a perna da mulher pelo calcanhar, mantendo o joelho em extensão. O/a fisioterapeuta continua a levantar a perna da mulher fletindo a anca até que esta refira dor ou tensão nas costas ou na parte posterior do membro inferior.

Teste de Stork (Teste de Gillet)

O/a fisioterapeuta posiciona um polegar diretamente na espinha ilíaca póstero-superior (EIPS) e o outro polegar em posição medial relativamente à EIPS, na base sacral. O/a fisioterapeuta pede à mulher que eleve um joelho, até que a anca e o joelho estejam a 90°. É avaliada a rotação posterior da EIPS contra-lateral ao joelho elevado. Em seguida, pede à mulher para levantar o outro joelho, enquanto avalia a rotação anterior do lado da perna que está agora em apoio. A direção do movimento ósseo da EIPS é palpado à medida que o pé contra lateral é elevado do chão.

17. Para avaliar a função da cintura pélvica da Sandra, qual/quais dos seguintes testes pode usar? Marque todos os que se aplicam. Veja por favor acima as descrições detalhadas destes testes. *

- ☐ Active straight leg raise (ASLR)
- ☐ Straight leg raise (SLR)
- ☐ Teste de Stork (Teste de Gillet)
- ☐ Assimetria das espinhas ilíacas ântero-superiores em pé
- ☐ Outro(s) (por favor, especifique):

18. Só responde, caso na opção anterior tenha selecionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

19. Para avaliar se a dor da Sandra está relacionada com a sínfise púbica, qual/quais dos seguintes testes usaria? Marque todos os que se aplicam. *

- ☐ Palpação da sínfise púbica
- ☐ Teste de Trendelenburg modificado
- ☐ Adução resistida da anca
- ☐ Outro (por favor, especifique):

20. Só responde, caso na opção anterior tenha selecionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

21. Para reunir mais informações relacionadas com o problema da Sandra, qual/quais dos seguintes itens pode perguntar à mulher? Marque todos os que se aplicam. *

- ☐ Se a dor é ou não agravada por estar muito tempo sentada ou em pé
- ☐ Se a mulher aponta a localização exata da dor no seu corpo
- ☐ Se a mulher indica a área dolorosa num diagrama de localização da dor
- ☐ Se a mulher tem um histórico de dor lombar
- ☐ A idade da mulher
- ☐ O uso anterior de contraceptivos orais

22. Existem algumas técnicas de imagiologia que ache úteis para diagnosticar a dor da cintura pélvica da Sandra? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

22. Existem algumas técnicas de imagiologia que ache úteis para diagnosticar a dor da cintura pélvica da Sandra? *

- ☒ Sim
- ☐ Não

23. Se sim, por favor enumere *

Introduza a sua resposta

24. Diagnostica a mulher com dor da cintura pélvica. Qual/quais das seguintes intervenções sugeriria à Sandra? Marque todas as que se aplicam.

- ☐ Exercícios de estabilização
- ☐ Exercícios de controlo motor
- ☐ Massagem
- ☐ Acupunctura
- ☐ Manipulação ou mobilização articular
- ☐ Outra(s) (por favor, especifique):

25. Só responde, caso na opção anterior tenha seleccionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

26. Qual/quais das seguintes modalidades poderia usar para controlar a dor da cintura pélvica da Sandra? Marque todas as que se aplicam. *

- ☐ Eletroterapia
- ☐ Ultrassom
- ☐ Gelo
- ☐ Calor
- ☐ Cinta pélvica para diminuir a mobilidade da articulação sacroiliaca
- ☐ Outra(s) (por favor, especifique):

27. Só responde, caso na opção anterior tenha seleccionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

28. Qual/ quais os seguintes conselhos poderia dar à Sandra? Marque todos os que se aplicam. *

- ☐ Realizar atividades regulares
- ☐ Repouso/evitar atividades
- ☐ Aconselhamento postural
- ☐ Alteração das atividades
- ☐ Educação de comportamentos de medo-evitamento
- ☐ Outro(s) (por favor, especifique):

29. Só responde, caso na opção anterior tenha selecionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

30. Que instrumento/s de medida pensa que seriam os mais úteis aplicar para a dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez? *

- ☐ Quebec Back Pain Disability Scale
- ☐ Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire
- ☐ Disability Rating Index
- ☐ Nenhum
- ☐ Outro(s) (por favor, especifique):

31. Só responde, caso na opção anterior tenha selecionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

Anterior

Seguinte

Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica

Parte C: Boas Práticas

32. Está familiarizado/a com algumas das normas de orientação para a prática clínica ou baseadas na evidência para a avaliação e tratamento da dor da cintura pélvica? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Anterior

Seguinte

33. Com qual/quais das seguintes recomendações e normas de orientação clínica está familiarizado/a? Marque todas as que se aplicam. *

- ☐ Leitura da investigação atual sobre o tema
- ☐ European Pelvic Girdle Pain Guidelines
- ☐ Irish Guidelines of Management of Pelvic Girdle Pain
- ☐ Outra(s) (por favor, especifique):

34. Só responde, caso na opção anterior tenha selecionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

35. Qual/quais destas recomendações e normas de orientação clínica costuma seguir? *

- ☐ Leitura da investigação atual sobre o tema
- ☐ European Pelvic Girdle Pain Guidelines
- ☐ Irish Guidelines of Management of Pelvic Girdle Pain
- ☐ Outra(s) (por favor, especifique):

36. Só responde, caso na opção anterior tenha selecionado a opção "Outra(s) (por favor, especifique):"

Introduza a sua resposta

37. Com que frequência toma como referência essas recomendações? *

- ☐ Nunca
- ☐ Até 25% das vezes
- ☐ 26-50% das vezes
- ☐ 51-75% das vezes
- ☐ Mais de 75% das vezes
- ☐ Sempre

Anterior

Seguinte

Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica

Parte D: Perspetivas relacionadas com as recomendações de Prática Clínica

Indique se concorda ou não com as seguintes afirmações:

38. A presença de dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez é 'normal' ou 'esperada durante a gravidez', não sendo necessário tratamento. *

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo

39. A presença de dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez é muitas vezes limitativa, semelhante à dor lombar com histórico natural semelhante. *

- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo

40. É muito raro que uma lesão da articulação da sínfise púbica seja causa para a dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez. *

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo

41. A dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez é uma condição complexa que requer identificação precoce e gestão clínica efetiva durante a gravidez. *

- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo

42. Quando nos referimos à dor da cintura pélvica relacionada com gravidez, devemos utilizar os termos relativos à estabilidade e instabilidade pélvica. *

- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo

43. A dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez diz apenas respeito à forma e ao encerramento forçado das estruturas pélvicas. Não considere situações associadas a mecanismos de dor central. *

- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo

44. As mulheres que têm três ou mais testes de provocação positivos que não sejam capazes de centralizar a sua dor podem pertencer a subconjunto de mulheres mais propensas a ter dor com origem na ASI. *

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo

45. Alterações da cintura pélvica observadas clinicamente estão provavelmente relacionadas com a interação entre o conjunto dos tecidos da cintura pélvica e do tronco, e não com alterações do alinhamento das ASI. *

☐ Concordo

☐ Discordo

46. Os cuidados à mulher são melhorados com o cumprimento de recomendações e normas de orientação da prática clínica. *

☐ Concordo

☐ Não concordo nem discordo

☐ Discordo

47. O local onde trabalho incentiva o uso de recomendações e normas de orientação da prática clínica. *

☐ Concordo

☐ Não concordo nem discordo

☐ Discordo

48. A utilização das recomendações e normas de orientação da prática clínica aumenta a exigência ao fisioterapeuta. *

☐ Concordo

☐ Não concordo nem discordo

☐ Discordo

49. Há muitas barreiras à utilização de recomendações e normas de orientação da prática clínica. *

☐ Concordo

☐ Não concordo nem discordo

☐ Discordo

50. As recomendações e normas de orientação da prática clínica são difíceis de adaptar a cada mulher. *

☐ Concordo

☐ Não concordo nem discordo

☐ Discordo

Anterior

Seguinte

Repetição do questionário

De forma a garantir que quando respondeu a este questionário não estava sujeito/a a condições que pudessem ter alterado os domínios medidos, é proposto que os participantes, 2 semanas após terem respondido ao questionário, respondam novamente ao mesmo.

51. Estaria disposto a responder ao questionário novamente? *

☒ Sim

☐ Não

52. Se sim, por favor, deixe aqui o seu email de forma a ser contactado/a para preencher o questionário daqui a 2 semanas. *

Introduza a sua resposta

53. Data do preenchimento do questionário pela primeira vez: *

Introduza a sua resposta

Anterior

Submeter

Práticas em Fisioterapia na Dor da Cintura Pélvica



Concluído!

Terminou o inquérito. Obrigado pelo seu contributo!

Ver resultados

[Submeter outra resposta](#)