



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ISABELA CORTE ARCHANGELO

CONHECIMENTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE GINECOLOGISTAS E
UROLOGISTAS QUE ATUAM NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO:
ESTUDO OBSERVACIONAL

CAMPINAS

2024

ISABELA CORTE ARCHANGELO

CONHECIMENTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE GINECOLOGISTAS E
UROLOGISTAS QUE ATUAM NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO:
ESTUDO OBSERVACIONAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Ciências, na área de Fisiopatologia Cirúrgica.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SIMONE BOTELHO PEREIRA

COORIENTADOR: PROF. DR. CÁSSIO LUÍS ZANETTINI RICCETTO

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO ISABELA CORTE ARCHANGELO E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. SIMONE BOTELHO PEREIRA

CAMPINAS

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Ar22c Archangelo, Isabela Corte, 1990-
Conhecimento da prática clínica de ginecologistas e urologistas que atuam nas disfunções do assoalho pélvico : estudo observacional / Isabela Corte Archangelo. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Simone Botelho Pereira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas.

1. Estudos transversais. 2. Prática clínica baseada em evidências. 3. Medicina baseada em evidência. 4. Saúde da mulher. I. Botelho, Simone, 1973-. II. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Clinical practice knowledge of gynecologists and urologists who work whit pelvic floor diseases : observational study

Palavras-chave em inglês:

Cross sectional studies

Evidence based clinical practice

Evidence based medicine

Womens health

Área de concentração: Fisiopatologia Cirúrgica

Titulação: Mestra em Ciências

Banca examinadora:

Simone Botelho Pereira [Orientador]

Evelise Aline Soares

Luiz Gustavo Oliveira Brito

Data de defesa: 30-08-2024

Programa de Pós-Graduação: Ciências da Cirurgia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0008-7141-1719>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1503941822041828>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ISABELA CORTE ARCHANGELO

ORIENTADOR: Profa. Dra. Simone Botelho Pereira

COORIENTADOR: Prof. Dr. Cássio Luís Zanettini Ricetto

MEMBROS TITULARES:

1. PROFA. DRA. SIMONE BOTELHO PEREIRA

2. PROFA. DRA. EVELISE ALINE SOARES

3. PROF. DR. LUIZ GUSTAVO OLIVEIRA BRITO

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 30/08/2024

Dedico esse trabalho ao Pedro, meu porto seguro e maior incentivador, e ao Joaquim, nosso grande amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos orientadores, colaboradores e participantes do estudo. Agradecimento especial a Valéria que foi meu braço direito durante toda a trajetória. O apoio e colaboração de todos foram fundamentais para a realização deste estudo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

Introdução e objetivo: A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem centrada em evidências científicas, experiência clínica e preferências do paciente. Apesar de amplamente divulgada nos últimos anos, ainda existem lacunas, que dificultam sua aplicabilidade na prática clínica. A investigação das barreiras a implementação da PBE se mostra importante especialmente em áreas, que envolvem o domínio de conhecimento mais aprofundado e que por vezes vai além de sua própria especialidade. Nesse contexto na medicina destacamos as áreas de ginecologia e urologia as quais atuam no tratamento das disfunções do assoalho pélvico (DAPs). Deste modo o objetivo do estudo foi analisar como os médicos ginecologistas e urologistas que atuam com as disfunções do assoalho pélvico no Brasil embasam sua prática clínica. **Métodos:** Estudo observacional descritivo realizado por meio digital entre agosto de 2022 e janeiro de 2023, utilizando um questionário baseado no estudo de Silva, Costa e Costa (2015) através da plataforma digital *Google Forms*. Após a obtenção dos resultados descritivos, foi realizada análise de regressão de Poisson. **Resultados:** Foram coletadas e analisadas sessenta e três respostas de médicos ginecologistas e urologistas brasileiros com média de idade de 44,81 (\pm 12,01) anos. Dos participantes, 87,8% utilizam artigos como métodos de atualização e outros 62% apontam o uso de grupos de *WhatsApp* como rede social de informação profissional. Aproximadamente 85,7% compreendem a aplicação dos resultados de pesquisa na prática clínica e 95,3% consideram a PBE importante para sua prática clínica. O estudo mostrou que aqueles que declararam ter melhor domínio da língua inglesa apresentaram maior prevalência do número de itens que indicam a realização da PBE. **Conclusão:** Os médicos que trabalham com DAP referem que aplicam a PBE de forma rotineira, atualizam os seus conhecimentos através de artigos científicos e redes sociais e utilizam bases de dados regularmente. No entanto, a falta de domínio da língua inglesa foi uma barreira para a implementação da PBE na prática clínica profissional.

Palavras-chave: Estudos Transversais; Prática Clínica Baseada em Evidências; Medicina Baseada em Evidências; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction and objective: EBP (Evidence-Based Practice) is an approach based on scientific evidence, clinical experience and patient preferences. EBP has been widely disseminated in recent years, however, there is still a gap about its applicability in clinical practice. Investigating barriers to implementing EBP is important, especially in areas that involve domain of specific knowledge and cover others specialties. In this context, we highlight areas of gynecology and urology which work in the treatment of pelvic floor dysfunctions (PAD`s). Therefore, the objective of the study was to analyze how gynecologist and urologists who work with pelvic floor disorders in Brazil base their clinical practice. **Methods:** Descriptive observational study carried out through social media, between August 2022 and January 2023, using a questionnaire based on study from Silva, Costa e Costa (2015) realized through Google Forms Digital platform. After obtaining the descriptive results, a regression analysis was carried out using the Poisson model. **Results:** Sixty-three responses from gynecologists and urologists with a mean age of 44.81(\pm 12.01) years were collected and evidenced. Of the participants, 87.8% use articles as methods of updating and further 62% point to the use of WhatsApp groups as a social network for professional information. Approximately 85.7% understand the application of research results in the clinical practice and 95.3% consider EBP important for their clinical practice. The study showed that those who declared a better command of the English language had a higher prevalence of the numbers of items indicating that they had carried out EBP. **Conclusion:** Physicians working with PFE report that they apply EBP routinely update their knowledge through scientific articles, social networks and use databases regularly. However, the lack of command of the English language was a barrier to implement EBP in the professional clinical practice.

Keywords: Cross-Sectional Studies; Evidence-Based Clinical Practice; Evidence-Based Medicine; Women's Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Anatomia Assoalho pélvico.	15
Figura 2 – Anatomia Assoalho pélvico: estrutura óssea da pelve	16
Figura 3 – Anatomia Assoalho pélvico: estrutura óssea da pelve detalhada.	16
Figura 4 – Convite para participação do estudo	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil profissional geral e específico	27
Tabela 2 – Conhecimento da prática baseada em evidências/barreiras e facilitadores	29
Tabela 3 – Aplicação prática da Prática Baseada em Evidências	30
Tabela 4 – Fatores associados à dificuldade de implementação das melhores evidências pelos profissionais que atuam nas disfunções do assoalho pélvico.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
CRM	Conselho Regional de Medicina
CROSS	<i>Checklist for Reporting of Survey Studies</i>
DAP	Disfunção do Assolho Pélvico
DAPs	Disfunções do Assolho Pélvico
DD	Distúrbios Defecatórios
IF	Incontinência Fecal
IU	Incontinência Urinária
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
PBE	Prática Baseada em Evidências
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology</i>
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	Assoalho pélvico: anatomia e função	16
3.2	Disfunções do assoalho pélvico: conceito e principais aspectos	19
3.3	Prática baseada em evidências: definição e contribuições para a prática clínica em disfunções do assoalho pélvico.....	21
4	MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1	Desenho do estudo, local e participantes	25
4.2	Análise estatística	27
5	RESULTADOS.....	28
6	DISCUSSÃO	33
7	CONCLUSÃO	37
8	REFERÊNCIAS.....	38
9	APÊNDICES	43
10	ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

O termo disfunções do assoalho pélvico (DAPs) é usado para descrever uma variedade de distúrbios que envolvem comprometimento de nível moderado a grave dos músculos do assoalho pélvico. O assoalho pélvico (AP) é uma estrutura composta por ossos, músculos e tecido conjuntivo cuja função é fornecer suporte às vísceras abdominais, aos órgãos pélvicos, coluna vertebral e cintura pélvica. Coletivamente referido como levantador do ânus, inclui o pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo, mantem a continência uretral, anal e vaginal e auxiliam, por conseguinte, na função urinária, permitindo o esvaziamento da bexiga; defecatória, permitindo o esvaziamento do intestino e sexual, contribuindo para a excitação sexual e a função orgástica (1,2).

Tais funções requerem relaxamento e coordenação dos músculos do pavimento pélvico e dos esfíncteres urinário e anal. Desse modo, o AP pode ser dividido em duas grandes categorias, quais sejam, relaxante e não relaxante (1). Portanto, seu relaxamento prejudicado ou contração paradoxal pode resultar em vários sintomas, como dificuldade de micção ou defecação, dor pélvica e disfunção sexual (3,1).

Os sintomas associados à DAP são reconhecíveis e incluem, em sua maioria, incontinência urinária e prolapso de estruturas pélvicas (2). O menos comum dos dois tipos é a disfunção hipertônica ou não relaxante do AP, distúrbio no qual os músculos do assoalho pélvico permanecem contraídos, causando aumento da pressão e da dor. A dor é persistente e geralmente piora ao longo do dia e com as atividades diárias, como caminhada, atividade física e evacuação (4).

Dentre os sintomas de disfunção não relaxante do AP estão a disfunção miccional, disfunção anorretal, disfunção sexual e dor. Tais sintomas se desenvolvem de maneira lenta e insidiosa; para alguns pacientes, podem começar na infância, como é o caso dos distúrbios defecatórios, por exemplo. No que se refere à disfunção anorretal, dificuldade para evacuar as fezes ou esforço para evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal e constipação são sintomas intestinais característicos desta disfunção não relaxante do AP. Já os sintomas de disfunção miccional incluem frequência, hesitação, urgência, disúria, dor na bexiga e, às vezes, incontinência de urgência. Dispareunia de inserção ou profunda, dor pélvica após a relação sexual, dor lombar com irradiação para as coxas ou virilha e dor pélvica não

relacionada à relação sexual são comuns à disfunção sexual e dor associada ao AP (1).

As DAPs afetam entre 2 a 42% da população feminina adulta (5). Aproximadamente 40% das mulheres possuem prolapso de órgãos pélvicos, enquanto 1 a cada 3-4 mulheres apresenta incontinência urinária e 1 a cada 10 refere incontinência fecal. (6) A prevalência ao longo da vida de distúrbios de dor sexual varia de 17% a 19%. (7)

O reconhecimento de pacientes com DAP é fundamental no que se refere às múltiplas preocupações relacionadas à disfunção e dor intestinal, vesical ou sexual. Tal afirmação se deve ao fato de evidências apontarem que cerca de 82% das pacientes com distúrbios defecatórios também apresentavam pelo menos 2 sintomas urinários e 57% apresentavam 4 ou mais sintomas de disfunção miccional (8).

Os sintomas do trato urinário inferior, distúrbios defecatórios, dor pélvica crônica e disfunção sexual são prejudiciais à qualidade de vida das pacientes, o que torna seu diagnóstico fundamental para o melhor manejo de cada condição. A avaliação das mulheres que apresentam quaisquer tipos de DAP inclui uma análise cuidadosa dos sintomas, do seu impacto na qualidade de vida e nas atividades diárias e no exame físico direcionado (9).

Deste modo cabe ressaltar a importância do atendimento multidisciplinar, cujo trabalho em equipe proporciona melhorias importantes dentre as quais se destacam melhor adesão ao tratamento e rápido restabelecimento do paciente, sendo assim, a colaboração entre urologistas, ginecologistas e fisioterapeutas é essencial para identificar e tratar eficazmente mulheres com DAP (3,10).

Nesse contexto, a prática baseada em evidências (PBE) desponta como instrumento essencial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, enquanto processo que permite aos pacientes, profissionais de saúde, investigadores e/ou representantes políticos tomarem decisões de saúde informadas num determinado contexto, com base na integração das melhores evidências disponíveis, com conhecimentos clínicos, valores e preferências dos pacientes (11).

A PBE deve ser realizada em cinco etapas: perguntar, adquirir, avaliar, aplicar e avaliar quais exigem adequado nível de compreensão para aplicação efetiva. Desde modo sua prática exige preparo e muitas das vezes os profissionais não estão aptos, desconhecem ou optam por não realiza-la em sua rotina profissional diária.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar como os médicos ginecologistas e urologistas que atuam com as DAP no Brasil embasam sua prática clínica.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Traçar o perfil profissional dos médicos selecionados para o estudo;
- ✓ Demonstrar as barreiras e facilitadores para sua implementação da PBE.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Assoalho pélvico: anatomia e função

O AP é caracterizado por um conjunto de músculos, ligamentos e fâscias, sendo eles, o diafragma pélvico, composto pelo musculo levantador do ânus e o isquiococcígeo e urogenital, composto pelos músculos transversos superficial e profundo do períneo, bulbocavernoso, isquiocavernoso e esfíncteres anal e uretral externo, bem como a fâscia endopélvica. As fibras musculares do tipo I têm contração resistente e lenta e as fibras do tipo II são de contração rápida, respondendo de maneira imediata as alterações de pressão e fadiga rápido (12,13).

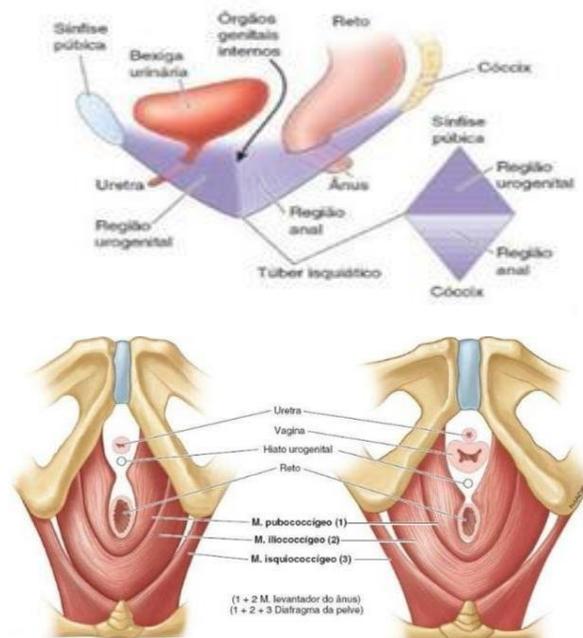


Figura 1 – Anatomia Assoalho pélvico (13)

Esse tecido mole é envolvido pela estrutura óssea da pelve, formada por dois ossos denominados de ílio, ísquio e púbis, que se articulam com o sacro posteriormente e entre si anteriormente. Estendendo-se do sacro está o cóccix, que atua como uma importante âncora ligamentar e tendínea (13,14).

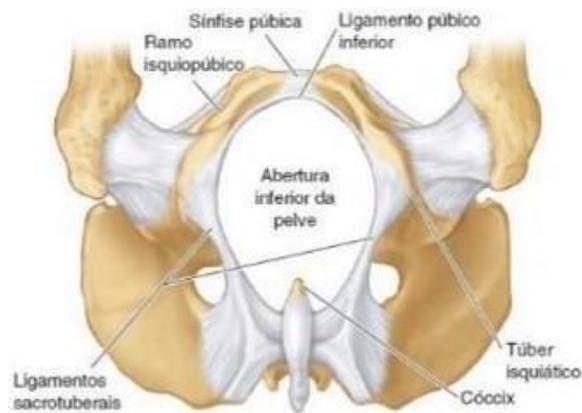


Figura 2 – Anatomia Assoalho pélvico: estrutura óssea da pelve (13)

De maneira mais detalhada, tem-se que a pelve óssea é composta por sacro, íleo, ísquio e púbis. É dividida em pelve falsa (maior) e verdadeira (menor) pela borda pélvica. O promontório sacral, a asa anterior do sacro, a linha arqueada do ílio, a linha pectínea do púbis e a crista púbica que culmina na sínfise púbica (13,14).

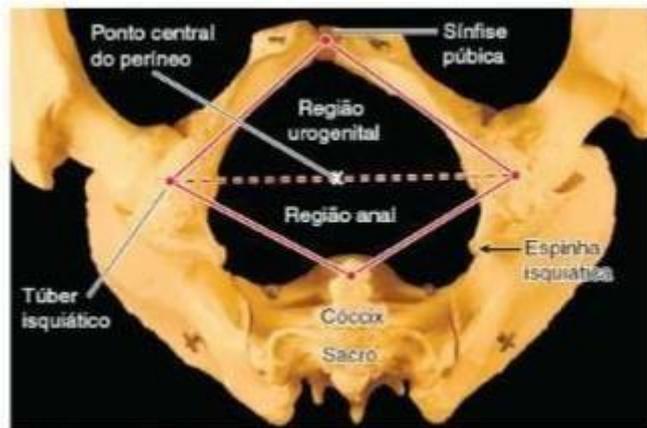


Figura 3 – Anatomia Assoalho pélvico: estrutura óssea da pelve detalhada (13)

A forma da pelve óssea feminina pode ser classificada em quatro grandes categorias: ginecoide, antropoide, androide e platipelóide. O diafragma pélvico é uma camada muscular larga, mas fina, de tecido que forma a borda inferior da cavidade abdominopélvica. É composto por uma ampla faixa de fáscia e músculo em forma de funil, estendendo-se da sínfise púbica ao cóccix e de uma parede lateral à outra. Já o diafragma urogenital, também chamado de ligamento triangular, é uma membrana muscular forte que ocupa a área entre a sínfise púbica e as tuberosidades isquiáticas e se estende através da porção anterior triangular da saída pélvica. Por sua vez, o diafragma urogenital é externo e inferior ao diafragma pélvico. Os ligamentos pélvicos

não são ligamentos clássicos, mas são espessamentos da fáscia retroperitoneal e consistem principalmente em vasos sanguíneos e linfáticos, nervos e tecido conjuntivo gorduroso. A fáscia retroperitoneal é chamada de fáscia subserosa ou fáscia endopélvica. O tecido conjuntivo é mais denso imediatamente adjacente às paredes laterais do colo do útero e da vagina. Ainda, os ligamentos largos são um reflexo duplo fino, semelhante ao mesentérico, do peritônio que se estende das paredes laterais pélvicas até o útero. Os ligamentos cardinais, ou de Mackenrodt, estendem-se das faces laterais da parte superior do colo do útero e da vagina até a parede pélvica. Por fim, os ligamentos uterossacrais estendem-se da porção superior do colo do útero, posteriormente, até a terceira vértebra sacral (15).

O AP também é composto por vários músculos organizados em camadas musculares superficiais e profundas (15). A maior parte da musculatura pélvica é recoberta pelo elevador do ânus, composto pelo puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo. O puborretal projeta-se como uma tipoia ao redor da junção anorretal, acentuando o ângulo anorretal durante a contração e é o principal contribuinte para a continência fecal. A elevação e o suporte dos órgãos pélvicos estão associados ao pubococcígeo e ao iliococcígeo. O pubococcígeo é o componente mais medial que se separa, formando o hiato do elevador com aberturas para a uretra, vagina e ânus. Os músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso são os principais contribuintes para a porção superficial do assoalho pélvico anterior. A musculatura mais superficial do assoalho pélvico posterior constitui o esfíncter anal externo. Os músculos transversos do períneo cruzam a porção média da face superficial do assoalho pélvico e se aglutinam com os músculos bulboesponjoso e o esfíncter anal externo como o corpo perineal (16). Além dos músculos esqueléticos do assoalho pélvico, a extensão caudal dos músculos lisos circulares e longitudinais do reto para o canal anal constitui o esfíncter anal interno e o esfíncter anal externo do canal anal, respectivamente (15).

O suprimento nervoso para as estruturas do AP vem principalmente dos nervos sacrais S2, S3 e S4 como o nervo pudendo. A contração da musculatura presente nesta região influencia no movimento de toda a estrutura do assoalho pélvico desde as fáscias, músculos e os ligamentos, já que ambos estão sempre em contração, por isso possui um tônus para manter o suporte, sendo exceção na defecação e na micção feminina. No AP ainda existe o tecido conjuntivo endopélvico, composto de colágeno, elastina, fibroblastos, vasos sanguíneos e musculatura lisa (17). O suprimento sanguíneo predominante é derivado dos ramos parietais da artéria ilíaca interna (16).

Os músculos do AP têm duas funções principais, quais sejam, apoiar ou atuar como piso para as vísceras abdominais, incluindo o reto e servir de mecanismo constritor ou de continência dos orifícios uretral, anal e vaginal. Este apoio se dá por meio de contração e relaxamento coordenados da musculatura (18). Na prática, o suporte ativo oferecido pelo AP se dá por meio de um estado constante de contração muscular e suporte passivo do tecido conjuntivo e da fáscia circundantes. Com o aumento da pressão intra-abdominal, os músculos do AP se contraem reflexivamente com movimento ascendente e fechamento da vagina e dos esfíncteres uretral e anal, permitindo a continência de urina e fezes. Além disso, contribui para as funções sexuais de excitação e orgasmo (16).

A anatomia e funções do AP demonstram sua importância para o organismo feminino, principalmente ao realizar suas importantes funções de manutenção da continência e do esvaziamento intestinal e vesical. Por outro lado, as causas das disfunções do assoalho pélvico são inúmeras, representando um ponto de atenção na discussão acerca da saúde da mulher, conforme apresentado a seguir.

3.2 Disfunções do assoalho pélvico: conceito e principais aspectos

O AP consiste em uma rede complexa e altamente interdependente de tecidos conjuntivos e músculos projetados para neutralizar as forças gravitacionais, forças inerciais e pressões intra-abdominais, ao mesmo tempo que fornece suporte aos órgãos pélvicos. Quando esta rede está comprometida, podem ocorrer distúrbios do assoalho pélvico (19).

A DAP é definida por Grimes e Stratton (16) como uma ampla gama de sintomas, sinais e alterações anatômicas relacionadas à função anormal da musculatura do assoalho pélvico e às estruturas com as quais está diretamente ligada. Também pode ser considerado um termo para descrever qualquer distúrbio nos componentes ativos (ou seja, músculos do assoalho pélvico) e/ou passivos (ou seja, fáscia e ligamentos) do AP (20).

A DAP pode ocorrer pelas mais variadas razões. O AP está sujeito a altas pressões, por exemplo, sendo que sua capacidade de resistência se deve à atividade tônico-estática das estruturas aponeuróticas e dos músculos que a formam. Assim, caso estas estruturas estejam enfraquecidas, hipotônicas ou hipertônicas, tornam-se incapazes de reajustar a pressão intra-abdominal (18), sofrendo com má

propriocepção ou problemas histológicos. O resultado é a inclusão de outras diversas patologias incluídas no conceito de DAP (21).

Por sua vez, as disfunções do assoalho pélvico (DAPs) são um grupo de distúrbios caracterizados por sintomas inter-relacionados de urologia, ginecologia, dor colorretal ou pélvica geral e que causam, principalmente, distúrbios de micção ou defecação, prolapso de órgãos pélvicos, disfunções sexuais e dor pélvica (22).

Dentre as condições urológicas podem ser mencionadas a micção difícil (hesitação, atraso no jato urinário); cistocele (abaulamento ou herniação da bexiga para dentro da vagina); urethrocele ou prolapso uretral (abaulamento da uretra na vagina) e incontinência urinária (perda involuntária de urina). Já dentre as condições ginecológicas estão a dispareunia (dor durante ou após a relação sexual); prolapso uterino (hérnia do útero através da vagina além do intróito); prolapso vaginal (hérnia do ápice vaginal além do intróito); enterocele (abaulamento ou herniação dos intestinos para dentro da vagina) e retocele (abaulamento ou hérnia do reto para dentro da vagina (16).

Condições como constipação (contração paradoxal ou relaxamento inadequado dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de defecação); incontinência fecal (vazamento involuntário de fezes não relacionado à ruptura do esfíncter) e prolapso retal (intussuscepção do reto além da borda anal ou proximal ao ânus) são DAPs relacionadas às condições colorretais. Por fim, tem-se a dor pélvica (dor crônica com duração superior a três a seis meses, não relacionada a outras condições definidas); espasmo do levantador do ânus ou dor pélvica crônica relacionada à musculatura do levantador do ânus; proctalgia fugaz (dor espástica passageira relacionada à musculatura levantadora do ânus) e descida perineal (abaulamento do períneo abaixo da saída pélvica óssea) enquanto DAPs decorrentes de causas gerais (16).

Dentre as condições mais comuns de DAPs estão a incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF), prolapso de órgãos pélvicos (POP), alterações na percepção ou enchimento da parte inferior trato urinário, distúrbios defecatórios (DD), disfunção sexual e inúmeras síndromes de dor crônica na região perineal (21).

As DAPs são comuns entre as mulheres, afetando cerca de um terço da população em idade adulta (23,24). A maior disparidade de gênero é observada entre as idades de 45 e 69 anos (24). Aproximadamente 30% de todas as mulheres apresentam algum grau de prolapso dos órgãos pélvicos durante a vida. A paridade

vaginal incorre no maior risco; no entanto, idade, lesão materna no parto, esforço crônico e obesidade também são consideradas como fatores de risco (19).

Ainda que as DAPs não representem nenhum risco à vida das pacientes, são patologias que influenciam diversos aspectos, como a função social, física, psicológica, ocupacional ou sexual afetando, por conseguinte, a qualidade de vida das mulheres que sofrem com tais condições (22).

Nos últimos anos, um número crescente de mulheres vem relatando a necessidade de tratamento para as DAPs que, além de representarem graves sofrimentos físicos e psicológicos, com grande impacto na qualidade de vida e na autoestima, carregam consigo um enorme fardo econômico e impacto na saúde pública. Além disso, tendo em conta o envelhecimento geral da população mundial, a procura de cuidados aumentará ainda mais no futuro (25).

Diante disso, tem-se a necessidade de que as DAPs sejam manejadas de maneira multidisciplinar, com colaboração entre profissionais urologistas, ginecologistas e fisioterapeutas a fim de identificar e tratar de maneira eficaz pacientes que sofrem com tais condições (3).

Para tanto, como forma de garantir uma intervenção segura, tem lugar a PBE enquanto abordagem voltada para otimizar a efetividade clínica e apoiar o profissional de saúde nas suas condutas, visando não somente a busca pela melhor evidência científica à mão dos profissionais e a sua experiência clínica, como valorização da preferência e valores no cuidado à saúde do paciente, conforme abordado a seguir.

3.3 Prática baseada em evidências: definição e contribuições para a prática clínica em disfunções do assoalho pélvico

A PBE envolve o uso e aplicação consciente de várias fontes de conhecimento, incluindo o uso de pesquisas publicadas em conjunto com experiência clínica e valores e preferências do paciente (26).

É definida a partir da medicina baseada em evidências (MBE) para fornecer um processo para revisar, traduzir e implementar pesquisas com prática para melhorar o atendimento ao paciente, o tratamento e os resultados. De fato, a MBE é um termo estabelecido por Guyatt ainda no início da década de 1990. No início, o termo MBE era utilizado apenas na medicina. Contudo, e com a evolução deste campo, a MBE representa, hoje, uma pedra angular dos cuidados de saúde e uma competência essencial para todos os profissionais médicos. Por sua vez, o termo PBE passou a

ser aplicado aos princípios de outras profissões de saúde, aumentando sua complexidade e aplicações nas mais variadas especialidades (27).

Dizon *et al.* (28) afirmam que os cuidados de saúde podem ser ineficientes, ineficazes e/ou perigosos quando não se baseiam nas melhores evidências atuais. Portanto, e para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, é importante implementar a PBE para que os profissionais de saúde aprendam os fundamentos da pesquisa e a aplicação das evidências na prática (29).

A PBE passou por várias sugestões de definição nos últimos anos. A evidência científica foi inicialmente desenvolvida na medicina, mas como muitos profissionais de saúde adotaram uma forma de prática baseada em evidências, a Declaração da Sicília sugeriu que o termo original “medicina baseada em evidências” deveria ser expandido para “prática baseada em evidências” a fim de refletir uma abordagem comum à PBE em todas as profissões da saúde (30).

A Declaração da Sicília fornece uma definição clara de PBE, juntamente com uma descrição do nível mínimo de requisitos e competências educacionais necessários para a prática baseada em evidências. Além disso, torna os processos atrelados à PBE mais transparentes, bem como distingue entre o processo e o resultado da prática (30). Para cumprir os requisitos mínimos de ensino e condução da PBE, a Declaração da Sicília apresenta um modelo de cinco etapas: (I) fazer uma pergunta clínica; (II) coletar as evidências mais relevantes; (III) avaliar criticamente as evidências; (IV) integrar as evidências com a experiência clínica, preferências e valores do paciente para tomar uma decisão prática; e (V) avaliar a mudança ou resultado (31).

Nesse mesmo sentido, e no início do desenvolvimento da PBE, Sackett criou um modelo inovador de cinco etapas. Este modelo médico fundamental forneceu uma visão geral concisa do processo da PBE. As cinco etapas são: (1) fazer a pergunta, (2) adquirir as melhores evidências, (3) avaliar as evidências, (4) aplicar as descobertas à prática clínica e (5) avaliar os resultados da mudança. Outros componentes críticos do modelo de Sackett são considerar o valor e as preferências do paciente e as habilidades clínicas com a melhor evidência disponível. A influência deste modelo levou à sua integração e adaptação em todas as áreas da saúde (27).

Historicamente, a PBE concentra-se em fazer perguntas, adquirir literatura e avaliar as evidências, mas tem tido dificuldade em integrar as evidências na prática. Embora as cinco etapas pareçam simples, cada área inclui um vasto número

de maneiras de revisar a literatura e campos inteiros de estudo, como se dá com a ciência da implementação, um campo dedicado à implementação da PBE. A ciência da implementação remonta à década de 1960 com a Teoria da Difusão da Inovação de Everett Rogers e tem crescido juntamente com a PBE nos últimos 25 anos (27).

Assim, na prática, o processo da PBE inclui que os profissionais de saúde formulem consultas estruturadas e, em seguida, realizem pesquisas em bases de dados a fim de adquirir evidências confiáveis. Além disso, eles devem avaliar criticamente a pesquisa quanto à sua confiabilidade, validade e aplicabilidade a um contexto clínico (32,33).

Na área da saúde, a PBE tornou-se imperativa para a segurança do paciente, justamente ao alcançar os melhores resultados para os pacientes e otimizar a utilização dos recursos de saúde, algo que deve ser o objetivo de todos os sistemas de saúde (34).

Para tanto, uma forma de gerir a complexidade da PBE nos cuidados de saúde é desenvolver modelos e estruturas que estabeleçam estratégias para determinar as necessidades de recursos, identificar barreiras e facilitadores e orientar processos. Os modelos e estruturas da PBE fornecem informações sobre a complexidade da transformação de evidências em prática clínica, bem como permitem que as organizações determinem a preparação, a vontade e os resultados potenciais para um sistema hospitalar, por exemplo (27).

Diante disso, a PBE, que se tornou um componente integral dos cuidados de saúde e as estratégias para garantir que os cuidados de saúde sejam sustentados pelas melhores evidências já bem estabelecidas na maioria dos países desenvolvidos, vem sendo cada vez mais implementada em países em desenvolvimento, como o Brasil. De fato, as evidências de muitas intervenções de saúde para o manejo de uma série de condições vêm sendo resumidas e disponibilizadas para uso por profissionais de saúde, formuladores de políticas e pacientes. Do mesmo modo, são cada vez mais comuns o desenvolvimento, implementação e avaliação de diretrizes clínicas baseadas nas evidências e recomendações atuais para a prática (34,35).

Contudo, diante da sua relevância e apesar da PBE ter sido amplamente difundida durante os últimos anos, não existe atualmente nenhuma revisão abrangente de modelos e estruturas de PBE, tanto em um contexto geral como na prática clínica da ginecologia e urologia. Assim, faz-se necessário analisar como os

médicos ginecologistas e urologistas que atuam com as disfunções do assoalho pélvico no Brasil embasam sua prática clínica, traçar o perfil profissional dos mesmos e avaliar quais as barreiras que impedem que os profissionais de saúde a utilizem no cotidiano da sua prática clínica.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo, local e participantes

Trata-se de um estudo observacional descritivo, realizado na plataforma *Google Forms*, seguindo as Diretrizes de Boas Práticas Clínicas, adotadas *pelo Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) e as Diretrizes do *Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROSS).

A pesquisa, aprovada sob o número 5.186.049 (CAAE: 51438021.5.0000.5404) pelo comitê de ética da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil, foi conduzida pelo Laboratório de UroFisioterapia do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP de agosto de 2022 a janeiro de 2023 (Anexo 1).

Foram incluídos no estudo médicos, formados e/ou residentes, brasileiros das especialidades de Urologia e Ginecologia que se autodeclararam atuantes em disfunções uroginecológicas relacionadas ao assoalho pélvico e que possuíam número de registro no Conselho de Medicina. Os convites foram enviados através das redes sociais e de grupos de Whatsapp de profissionais da área (Figura 1), conhecidos como ALAPP (1025 membros) e Uroginap (391 membros). Foram realizados posts por meio de vídeos e imagens informativas nas redes sociais, do Laboratório de Urofisioterapia da UNIFAL –MG que possui 545 seguidores e enviado e-mails para as sociedades respectivas solicitando o encaminhamento do questionário para os profissionais. Foram excluídos aqueles que não concordaram com o termo de consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsinque. Como critério de descontinuidade, foram excluídas as participações múltiplas no estudo através de registro por correio eletrônico.



Figura 4 – Convite para participação do estudo

Medida e variáveis quantitativas

O questionário constituído por 48 questões em Língua Portuguesa, incluindo perfil profissional, conhecimentos, barreiras e facilitadores e aplicação da PBE, foi disponibilizado na plataforma digital *Google Forms*, através do *link* https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfAI0sRL5rQvzdXV3Q3tnAKt_04X3-ent4WYLQcUMH08pVCPA/viewform?pli=1 (Apêndice 1).

Variáveis

Idade (em anos), tempo de formação profissional (em anos), escolaridade (*lato sensu* e *stricto sensu*), prática profissional (predominância da atividade profissional na assistência, ensino e/ou pesquisa), nível autodeclarado de proficiência na língua inglesa (classificado como bom, razoável ou baixo), utilização de recursos para educação continuada (múltipla escolha entre artigos, congressos, cursos, periódicos, grupos de estudo e mídias sociais), questionário de prática baseada em evidências.

O questionário original foi adaptado a partir de Silva, Costa e Costa (36), para investigar o uso da PBE entre médicos ginecologistas e urologistas brasileiros.

O questionário foi composto por vinte e duas questões sobre a implementação e suas dificuldades no uso da PBE na prática clínica classificadas em discordância total ou parcial, neutralidade e concordância total ou parcial seguindo a pergunta norteadora "Tenho dificuldade em implementar a PBE na minha prática clínica?".

Viés

Estudo anônimo, de autorrelato, que solicitou o número do Conselho Regional de Medicina (CRM) e o endereço de e-mail dos participantes para garantir a consistência dos critérios de inclusão. Os dados foram tratados em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018.

O *link* para participar da pesquisa foi enviado por meio das redes sociais (*Instagram, WhatsApp, Facebook*). Foram excluídas as participações múltiplas no estudo, verificadas através do e-mail coletado durante o cadastro de participação e as respostas incompletas. Os dados foram exportados para o *Microsoft Excel®* e verificados de forma independente por dois pesquisadores.

4.2 Análise estatística

Os dados coletados pela amostragem bola de neve foram analisados de forma descritiva, apresentados como média e desvio padrão para dados numéricos e números absolutos e percentuais para dados categóricos. A razão de prevalência entre respostas positivas e negativas à questão norteadora e sua associação com o número de ações realizadas foi verificada por meio do modelo de regressão de Poisson. As análises foram realizadas utilizando o *software R*, com nível de significância de 0,05.

5 RESULTADOS

Após as tentativas, foram obtidas 64 respostas ao questionário. Foi realizado a exclusão de uma resposta incompleta e mantidas 63 respostas e de ginecologistas e urologistas autodeclarados com idade média de 44,81 (\pm 12,01) anos.

A Tabela 1 apresenta as características profissionais em relação ao perfil dos médicos. Observando o nível de escolaridade, a maioria dos médicos (57,1%) possui residência médica e 73% possuem título de especialista pelas sociedades correspondentes. Quanto às características relacionadas à sua prática profissional, 49,1% atuam exclusivamente como urologistas e ginecologistas no setor assistencial e 50,9% associam ensino e/ou pesquisa à assistência. Como prática predominante, 60,3% afirmaram trabalhar em consultório privado. Quanto ao domínio de idiomas, 44,4% disseram compreender, falar, ler e escrever bem o inglês.

Ao analisar o perfil comportamental dos participantes em relação à PBE, ficou claro que eles utilizam artigos científicos (87,8%), cursos (78,2%) e livros (59,1%) como métodos preferenciais de atualização. Em relação às bases de dados, os médicos acessam a *Cochrane Library* (68,4%), *SciElo* (65,2%), *Google Scholar* (35,1%), *Pubmed* (23,8%) e *Lilacs* (23,8%). Quanto à frequência de acesso às bases de dados, 6,3% dos participantes acediam diariamente, enquanto 41,3% acediam 1-3 vezes por semana e 34,9% acediam 1-3 vezes por mês. Em relação ao uso das redes sociais utilizadas para acessar a PBE, 62% dos participantes mencionaram os grupos de *WhatsApp*, 50,8% o *Instagram* e 9,5% não acessam as redes sociais para conhecimento.

Tabela 1 – Perfil profissional geral e específico.

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS	n=63
FORMAÇÃO ACADÊMICA	
Média do tempo de formação acadêmica (\pm SD)	18.86 (\pm 12.04)
Tipo de universidade/faculdade (f/%)	
Pública	31 (49.2%)
Privada	32 (50.8%)
Nível de educação (f/%)	
Grau de bacharel	3 (4.8%)
Especialização <i>Latu Sensu</i> /Residência médica ou profissional	36 (57.1%)
<i>Strictu Sensu</i> (Mestrado/Doutorado ou Pós-Doutorado)	24 (38.0%)
Título de especialista (f/%)	46 (73%)
PRÁTICA ATUAL	
Assistência	31 (49.2%)

Assistência/Ensino	11 (17.5%)
Assistência/Ensino/Pesquisa	18 (28.6%)
Assistência/ Pesquisa	1 (1.6%)
Ensino	1 (1.6%)
Ensino/Pesquisa	1 (1.6%)
Pesquisa	0 (0.0%)
PRÁTICA PREDOMINANTE (f/%)	
Consultório próprio	38 (60.3%)
Hospital, clínica ou serviços de saúde	8 (12.7%)
Serviço público	10 (15.9%)
Outros	7 (11.1%)
HABILIDADES (f/%)	
Habilidades em língua inglesa	
Compreender bem, falar bem, ler bem, escrever bem	28 (44.4%)
Compreender razoavelmente, falar razoavelmente, ler razoavelmente, escrever razoavelmente	24 (38.1%)
Compreender pouco, falar pouco, ler pouco, escrever pouco	11 (17.5%)
RECURSOS PARA APRENDER E ATUALIZAR CONHECIMENTOS (f/%)	
Métodos de atualização	
Artigos	55 (87.8%)
Cursos	49 (78.2%)
Livros e revistas informativas	39 (62.3%)
Reuniões, grupos de estudo e/ou redes sociais	49 (78.2%)
Redes sociais (f/%)	
Não respondeu	6 (9.5%)
Grupos de <i>WhatsApp</i>	39 (62%)
<i>Instagram</i>	32 (50.8%)
<i>Facebook</i>	2 (3.2%)
<i>Youtube</i>	29 (46%)
Bases de dados (f/%)	
<i>Scielo</i>	41 (65.2%)
<i>Lilacs</i>	15 (23.8%)
<i>Google Scholar</i>	22 (35.1%)
<i>Pubmed</i>	58(92.2%)
<i>Cochrane</i>	30 (42.8%)
Outros	9 (14.4%)
Nunca usei nenhuma	1 (1.6%)
Frequência do uso de bases de dados (f/%)	
Todos os dias	4 (6.3%)
1 a 3 vezes por semana	26 (41.3%)
1 a 3 vezes por mês	22 (34.9%)
Uma vez de 2 em 2 meses	7 (11.1%)
Muito raramente	3 (4.8%)
Não utilizo bases de dados	1 (1.6%)

Dados apresentados em frequência absoluta (f) e percentagem (%). \pm DP: desvio padrão.

A Tabela 2 mostra a percentagem de médicos que responderam às perguntas sobre o seu conhecimento da PBE e as suas barreiras e facilitadores. A maioria dos

médicos sabe o que significa a PBE (71,4% concordam totalmente e 22,2% concordam parcialmente), conhece os elementos centrais da PBE (58,7% concordam totalmente e 27% concordam parcialmente), tem uma compreensão clara da utilização dos resultados da investigação na prática clínica (54% concordam totalmente e 39,7% concordam parcialmente) e acredita que tem conhecimentos suficientes para implementar a PBE na prática clínica.

Relativamente às competências e recursos, 55,5% dos médicos discordaram que não têm incentivos para implementar a PBE na sua prática diária e 52,4% também discordaram que não há discussões sobre a PBE nos seus locais de trabalho.

Tabela 2 – Conhecimento da Prática Baseada em Evidências/barreiras e facilitadores.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Conheço o significado do termo PBE	1 (1.6%)	0 (0.0%)	3(4.8%)	14(22.2%)	45 (71.4%)
Não tive experiência com a PBE durante a graduação	17(27.0%)	17(27.0%)	9(14.3%)	8 (12.7%)	12 (19.0%)
Não tive experiência com a PBE durante a minha pós-graduação	29(46.0%)	8 (12.7%)	13(20.6%)	7 (11.1%)	6 (9.5%)
O conhecimento que tive durante a minha graduação em relação a PBE foi suficiente para o exercício da minha prática profissional	13(20.6%)	15 (23.8%)	11(17.5%)	15 (23.8%)	9 (14.3%)
O conhecimento que tive durante a minha pós-graduação em relação a PBE foi suficiente para exercer a minha prática profissional	6 (9.5%)	10 (15.9%)	14 (22.2%)	17 (27.0%)	16 (25.4%)
Compreendo os elementos fundamentais da PBE.	0 (0.0%)	2 (3.2%)	7 (11.1%)	17 (27.0%)	37 (58.7%)
Tenho uma compreensão clara da utilização dos resultados da investigação na prática clínica	0 (0.0%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)	25 (39.7%)	34 (54.0%)
Não sei como interpretar os resultados estatísticos dos estudos	20 (31.7%)	19 (30.2%)	7 (11.1%)	10 (15.9%)	7 (11.1%)
Acredito que tenho conhecimentos suficientes para implementar a PBE.	5 (7.9%)	8 (12.7%)	5 (7.9%)	22 (34.9%)	23 (36.5%)

Não estou interessado em aprofundar os meus conhecimentos sobre a PBE.	42 (66.7%)	6 (9.5%)	6 (9.5%)	3 (4.8%)	6 (9.5%)
Não tenho qualquer incentivo para implementar a PBE na minha prática diária	22 (34.9%)	13 (20.6%)	8 (12.7%)	11 (17.5%)	9 (14.3%)
Não tenho discussões sobre PBE no meu local de trabalho	18 (28.6%)	15 (23.8%)	4 (6.3%)	9 (14.3%)	17 (27.0%)

Dados apresentados em frequência absoluta (f) e porcentagem (%). ±DP: desvio padrão.

Na Tabela 3, em relação à aplicação prática da PBE, a maioria dos médicos afirma que questionam os doentes sobre as suas preferências (96,9% concordam total ou parcialmente) e informam os doentes sobre as opções de tratamento, tendo-os em conta na tomada de decisões (100% concordam total ou parcialmente).

A maioria dos médicos afirma que a PBE é importante para a prática clínica (95,3% concordam total ou parcialmente), que uma grande parte da sua tomada de decisões relativamente ao tratamento dos seus doentes incorpora a PBE (92,1% concordam total ou parcialmente) e 90,5% discordam total ou parcialmente de oferecer as últimas novidades, apesar de não terem a certeza de que existe investigação que o comprove. Apesar disso, cerca de 40% concordam total ou parcialmente que a opinião de um especialista na sua área é o fator mais importante no processo de tomada de decisão.

Tabela 3 – Aplicação clínica da Prática Baseada em Evidências.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Pergunto aos meus doentes quais são as suas preferências e considero-as na minha tomada de decisão	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0(0.0%)	18 (28.6%)	43 (68.3%)
Informo os meus doentes sobre as suas opções de tratamento e envolvo-os na tomada de decisões.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0(0.0%)	7 (11.1%)	56 (88.9%)
*Tenho dificuldade em implementar as melhores evidências na minha prática	25 (39.7%)	26 (41.3%)	4(6.3%)	7 (11.1%)	1 (1.6%)
Ofereço sempre o que considero ser o mais recente, mesmo que não tenha a certeza se existem investigações que o comprovem	43 (68.3%)	14 (22.2%)	1(1.6%)	3 (4.8%)	2 (3.2%)

A PBE é importante para a minha prática clínica	2 (3.2%)	0 (0.0%)	1(1.6%)	11 (17.5%)	49 (77.8%)
Grande parte da minha tomada de decisões relativamente ao tratamento dos meus doentes incorpora a PBE.	1 (1.6%)	0 (0.0%)	4(6.3%)	23 (36.5%)	35(55.6%)
A opinião de um especialista na minha área é o fator mais importante no meu processo de decisão	15 (23.8%)	19 (30.2%)	4(6.3%)	21 (33.3%)	4 (6.3%)
A utilização da melhor evidência científica atual não beneficia a qualidade dos serviços de saúde	48 (76.2%)	9 (14.3%)	2(3.2%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)

Dados apresentados em frequência absoluta (f) e percentagem (%). \pm DP: desvio padrão.
*Pergunta de orientação.

Conforme demonstrado na Tabela 4, embora as variáveis idade ($p < 0,0001$), tempo de formação ($p < 0,001$), nível de qualificação ($p < 0,001$) e predomínio da prática clínica ($p < 0,001$) tenham sido estatisticamente significativas, a razão de prevalência indicando um maior número de respostas favoráveis à implementação da PBE foi identificada apenas no domínio da língua inglesa ($p < 0,001$), demonstrando que aqueles que se declararam com inglês bom apresentaram maior número de itens indicando a implementação da PBE (razão de prevalência 1,47). Dessa forma, podemos inferir que os participantes que se autodeclararam ter nível de inglês bom têm 47% mais probabilidade de aplicar a PBE no seu dia a dia.

Tabela 4 – Fatores associados à dificuldade de implementação das melhores evidências pelos profissionais que atuam nas disfunções do assoalho pélvico.

Variável	Sig model (p)	Razão de prevalência	CI95%
Idade	<0.0001	1.00	0.99 – 1.01
Tempo de formação académica	<0.001	1.00	0.99 – 1.01
Escolaridade			
Graduação		Ref	Ref
<i>Lato Sensu</i>	<0.001	1.07	0.77 – 1.49
<i>Strictu Sensu</i>		1.16	0.85 – 1.62
Prática			
Escritório		Ref	Ref
Clínica	<0.001	0.88	0.72 – 1.07
Serviço público		0.89	0.74 – 1.06
Habilidades em língua inglesa			
Boa		1.47	1.20 – 1.78
Razoável	<0.001	1.06	0.92 – 1.08
Pobre		Ref	Ref

Modelo de Regressão de Poisson. Ref: referência. Sig modelo: p-valor. IC: Intervalo de confiança

6 DISCUSSÃO

Ao buscar analisar o perfil dos ginecologistas e urologistas que trabalham com disfunções do assoalho pélvico no Brasil, o estudo mostrou que 87,8% dos participantes relataram utilizar artigos científicos como base para atualização de seus conhecimentos. No entanto, o baixo domínio da língua inglesa foi uma barreira para a utilização da PBE na prática clínica destes profissionais. Outro achado importante foi que 62% dos médicos utilizam grupos de *WhatsApp* e 50,8% utilizam o *Instagram* como forma de buscar informações profissionais.

A incorporação proposital do uso das melhores evidências na tomada de decisão ficou conhecida como MBE, que, juntamente com o julgamento clínico e a opinião do paciente, compõem os pilares da PBE (37). Comparando a PBE a uma pirâmide, seu topo representa as melhores evidências existentes, como ensaios clínicos randomizados ou revisões sistemáticas. A intuição, a experiência e os conhecimentos especializados encontram-se na base da pirâmide (38).

As redes sociais são ferramentas poderosas que conectam instantaneamente comunidades nacionais e internacionais, contribuindo para a rápida disseminação de notícias, educação e pesquisa, incluindo informações sobre saúde (39). Embora as plataformas possam facilitar a aquisição e propagação de conhecimento de forma rápida e eficiente, os profissionais devem ser sempre incentivados a buscar artigos originais para evitar que informações equivocadas sejam disseminadas. Wang, Katz e Song (40). alertam que as redes sociais devem ser utilizadas com cuidado para não contrariar um dos pilares da PBE, pois nem todas as informações encontradas nas redes sociais são provenientes de estudos confiáveis. Além disso, mesmo com um estudo confiável, a releitura da informação pelo produtor do conteúdo pode favorecer o viés.

Segundo Cheston, Flickinger e Chisolm (41), as redes sociais podem ser fontes de estudo científico. Por outro lado, Wageck *et al* (42), verificaram que 57% das postagens nas redes sociais sobre intervenções em fisioterapia tinham potenciais conflitos de interesse e apenas 9% tinham como objetivo facilitar a aquisição de conhecimento. Das 632 publicações, 14% citavam fontes bibliográficas e destas, 51% eram consistentes enquanto 6% apresentavam apenas resultados positivos. O fato de

a publicação não citar as referências significa que é considerada uma opinião pessoal do autor, limitando a informação fornecida pelo conhecimento público e a percepção subjetiva do autor. Embora as redes sociais sejam um bom canal de disseminação de conhecimento, ainda há o risco de personificar um perfil como profissional sem ter conhecimento suficiente sobre o tema descrito.

O presente estudo mostrou que 40% dos médicos consideram a opinião de um especialista da sua área como o fator mais importante no processo de tomada de decisão. Tal postura pode ser explicada pelo fato de a educação médica ter sido, durante muitos anos, conduzida em grande parte através de lições dogmáticas do professor para o aluno. Segundo Koretz (37), ainda hoje, durante as visitas e *rounds* nos hospitais com os médicos chefes, é possível observar que o processo é tipicamente caracterizado pelo médico mais experiente do grupo ditando aos médicos residentes a conduta que ele acha que deve ser tomada com base em seu julgamento clínico e estes acatando suas ordens. Em contrapartida, cabe ressaltar que em algumas situações específicas como a ausência de evidências, a opinião de especialistas deve ser reconhecida, conforme recomendação das diretrizes de prática clínica baseadas em evidências (43),

Em relação ao acesso às bases de dados, os médicos participantes do presente estudo utilizaram com maior frequência a Pubmed (92,2%) e a *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* (65,2%), enquanto a *Cochrane Library* (42,8%) e a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*Lilacs*) (23,8%) foram menos utilizadas. Comparativamente, o fato de 44,4% dos médicos afirmarem compreender, falar, ler e escrever bem o inglês, é um dado favorável à leitura de artigos científicos em bases de dados internacionais. Segundo Silva *et al.* (36), a barreira do idioma pode ser um empecilho para o acesso às bases de dados internacionais, no entanto, o Brasil possui um amplo acesso gratuito às bases de dados através do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). No estudo, verificou-se que 41,3% dos participantes relataram acessar as bases de dados entre 1 e 3 vezes por semana, o que é um ponto que favorece a implementação da PBE.

Embora os médicos participantes do estudo tenham se declarado adeptos da utilização da PBE, o seu baixo nível de inglês foi uma das barreiras à implementação da PBE devido à dificuldade inerente de acesso a conteúdo de boa qualidade.

Há uma perspectiva crescente de os profissionais de saúde utilizarem as redes sociais tanto como busca ativa de doentes como para atualizarem os seus conhecimentos. No entanto, Lord Ferguson (44) alerta para os desafios negligenciados pelos profissionais de saúde diante de um mercado hipercompetitivo, o que coloca em risco a implementação da PBE no que diz respeito às expectativas dos pacientes que, muitas vezes, demandam por uma conduta ainda sem evidências ou de baixo valor, seduzidos pelo *marketing* das mídias sociais, o que corrobora os achados de Wageck *et al* (42) enfatizando a importância da ética e da gestão da qualidade do conteúdo que circula nas plataformas.

Como pontos positivos dos estudos, têm-se que o trabalho foi proposto inicialmente para abranger médicos urologistas e ginecologistas dos países da América do Sul e Central. Após as buscas, foi observado que seria um estudo inovador já que não foi encontrado nada semelhante na literatura sendo o primeiro a ser realizado na América Latina. Além disso, o trabalho tem impacto social relevante já que através dos profissionais médicos que utilizam a PBE rotineiramente há diminuição de gastos desnecessário e/ou uso melhor dos recursos disponibilizados pelo sistema de saúde. Ademais o paciente é beneficiado por usufruir de tratamentos efetivos e que respeitam a decisão do mesmo.

O baixo nível de participação dos médicos no questionário demonstrou certa fragilidade na aplicação deste tipo de estudo no Brasil. Além disso, não foi solicitada aos participantes a leitura dos textos completos, o que poderia facilitar a interpretação e a análise crítica dos resultados apresentados no presente estudo.

O presente estudo foi elaborado durante a pandemia COVID-19 e aplicado pós-pandemia o que acarretou outro ponto negativo. Durante o surto dessa doença, o *modus operandi* de todos os segmentos da sociedade foi alterado causando profundos efeitos psicológicos e sociais (45). O isolamento social causou afastamento das pessoas, o que implicou na dificuldade de realizar projetos presencialmente. Simultaneamente, proporcionou maior interação entre os médicos gerando aumento das videoaulas, videoconferências e conseqüentemente colaboração em projetos de pesquisa (46,47). A pandemia COVID-19 também alterou o ritmo de publicações, o que proporcionou aumento na quantidade e agilidade das publicações sem precedentes no mundo todo. Em relação aos efeitos psicológicos, os estudos mostram que os profissionais da área da saúde, incluindo os médicos, tiveram um impacto profundo na saúde mental com aumento dos sintomas como estresse, depressão,

ansiedade e redução da qualidade de vida (48). Ao analisar o cenário pós-pandemia, observa-se que a mudança da dinâmica social, contribuiu para a baixa adesão de respostas aos questionários já que muitos profissionais estavam exauridos de conviver com o modo que foi imposto.

7 CONCLUSÃO

Os profissionais médicos, ginecologistas e urologistas que trabalham com as disfunções do pavimento pélvico referem que aplicam a PBE de forma rotineira, atualizam os seus conhecimentos através de artigos científicos e utilizam bases de dados regularmente.

Em relação ao perfil profissional da amostra, a maioria se graduou em universidade privada, possui especialização ou residência, atua na assistência e em consultório próprio.

O estudo identificou que a falta de domínio da Língua Inglesa pode ser uma barreira importante para a implementação da PBE na prática clínica profissional. Além disso, uma vez tendo sido verificado que as redes sociais são amplamente utilizadas por estes profissionais como forma de atualização dos seus conhecimentos, este é um entrave que pode vir a comprometer a qualidade das informações adquiridas, utilizadas na prática clínica e repassadas aos pacientes.

8 REFERÊNCIAS

1. Louis-Charles K, Biggie K, Wolfinbarger A, Wilcox B, Kienstra CM. Pelvic Floor Dysfunction in the Female Athlete. *Curr Sports Med Rep*. 2019 Feb;18(2):49-52. doi: 10.1249/JSR.0000000000000563.
2. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2012 Feb;87(2):187-93. doi: 10.1016/j.mayocp.2011.09.004.
3. Bharucha AE, Trabuco E. Functional and chronic anorectal and pelvic pain disorders. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008 Sep;37(3):685-96, ix. doi: 10.1016/j.gtc.2008.06.002.
4. Butrick CW. Pathophysiology of pelvic floor hypertonic disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009 Sep;36(3):699-705. doi: 10.1016/j.ogc.2009.08.006.
5. Lian W, Zheng Y, Huang H, Chen L, Cao B. Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 Aug;296(2):181-189. doi: 10.1007/s00404-017-4415-8.
6. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev*. 2019 Oct;7(4):559-64. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.05.007.
7. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med*. 2011 Feb;8(2):497-503. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x.
8. Klingele CJ, Lightner DJ, Fletcher JG, Gebhart JB, Bharucha AE. Dysfunctional urinary voiding in women with functional defecatory disorders. *Neurogastroenterol Motil*. 2010 Oct;22(10):1094-e284. doi: 10.1111/j.1365-2982.2010.01539.x.
9. Grigoriadis T, Athanasiou S, Rizk D. Female pelvic floor dysfunction questionnaires: the modern Tower of Babel? *Int Urogynecol J*. 2020 Jun;31(6):1059-1061. doi: 10.1007/s00192-019-04220-4.
10. Bharucha AE, Trabuco E. Functional and chronic anorectal and pelvic pain disorders. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008 Sep;37(3):685-96, ix. doi: 10.1016/j.gtc.2008.06.002.

11. Howard B, Diug B, Ilic D. Methods of teaching evidence-based practice: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2022 Oct 26;22(1):742. doi: 10.1186/s12909-022-03812-x.
12. DeLancey JO. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016 Oct;28(5):420-9. doi:10.1097/GCO.0000000000000312.
13. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. *Moore Anatomia orientada para a clínica.* 8. Ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
14. Eickmeyer SM. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2017 Aug;28(3):455-460. doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.003.
15. Raizada V, Mittal RK. Pelvic floor anatomy and applied physiology. *Gastroenterol Clin North Am.* 2008 Sep;37(3):493-509, vii. doi: 10.1016/j.gtc.2008.06.003.
16. Grimes WR, Stratton M. Pelvic floor dysfunction. In: *StatPearls (Internet).* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
17. Sousa CB, Souza VS, Figueredo RC. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasma feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. *Rev Multidebates.* 2020;4(2):1-8.
18. Hoyte L, Damaser M. *Biomechanics of the female pelvic floor.* Elsevier: Amsterdam, The Netherlands; 2016.
19. Easley DC, Abramowitch SD, Moalli PA. Female pelvic floor biomechanics: bridging the gap. *Curr Opin Urol.* 2017 May;27(3):262-267. doi:10.1097/MOU.0000000000000380.
20. Fernandes ACNL, Palacios-Ceña D, Pena CC, Duarte TB, de la Ossa AMP, Jorge CH. Conservative non-pharmacological interventions in women with pelvic floor dysfunction: a systematic review of qualitative studies. *BMC Womens Health.* 2022 Dec 12;22(1):515. doi: 10.1186/s12905-022-02097-y.
21. Han L, Wang L, Wang Q, Li H, Zang H. Association between pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence with collagen. *Exp Ther Med.* 2014 May;7(5):1337-1341. doi: 10.3892/etm.2014.1563. Epub 2014 Feb 20.
22. Riaz H, Nadeem H, Rathore FA. Recent advances in the pelvic floor assessment and rehabilitation of Women with Pelvic Floor Dysfunction. *J Pak Med Assoc.* 2022 Jul;72(7):1456-1459. doi: 10.47391/JPMA.22-83.

23. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J Adv Nurs*. 2003 Sep;43(6):555-68. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02754.x.
24. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, Whitehead WE, Wu J, Brody DJ; Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008 Sep 17;300(11):1311-6. doi: 10.1001/jama.300.11.1311.
25. Braga A, Serati M. New Advances in Female Pelvic Floor Dysfunction Management. *Medicina (Kaunas)*. 2023 May 24;59(6):1010. doi: 10.3390/medicina59061010.
26. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach it. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
27. Dusin J, Melanson A, Mische-Lawson L. Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: a scoping review. *BMJ Open*. 2023 May 22;13(5):e071188. doi: 10.1136/bmjopen-2022-071188.
28. Dizon JM, Grimmer-Somers K, Kumar S. Effectiveness of the tailored Evidence Based Practice training program for Filipino physical therapists: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2014 Jul 17;14:147. doi: 10.1186/1472-6920-14-147.
29. Young T, Rohwer A, Volmink J, Clarke M. What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2014 Jan 28;9(1):e86706. doi: 10.1371/journal.pone.0086706.
30. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, Porzolt F, Burls A, Osborne J; Second International Conference of Evidence-Based Health Care Teachers and Developers. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*. 2005 Jan 5;5(1):1. doi: 10.1186/1472-6920-5-1.
31. Burns HK, Foley SM. Building a foundation for an evidence-based approach to practice: teaching basic concepts to undergraduate freshman students. *J Prof Nurs*. 2005 Nov-Dec;21(6):351-7. doi: 10.1016/j.profnurs.2005.10.001.
32. Khan KS, Coomarasamy A. A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. *BMC Med Educ*. 2006 Dec 15;6:59. doi: 10.1186/1472-6920-6-59.
33. Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM, Cox JF, Robbins BW. Teaching evidence-based practice in academic settings. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E,

- editors. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
34. Horntvedt MT, Nordsteien A, Fermann T, Severinsson E. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Med Educ*. 2018 Jul 28;18(1):172. doi: 10.1186/s12909-018-1278-z.
 35. Ghaffari R, Shapoori S, Binazir MB, Heidari F, Behshid M. Effectiveness of teaching evidence-based nursing to undergraduate nursing students in Iran: a systematic review. *Res Dev Med Educ*. 2018;7(1):8-13.
 36. Silva TM, Costa LC, Costa LO. Evidence-Based Practice: a survey regarding behavior, knowledge, skills, resources, opinions and perceived barriers of Brazilian physical therapists from São Paulo state. *Braz J Phys Ther*. 2015 Jul-Aug;19(4):294-303. doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0102. Epub 2015 Sep 1.
 37. Koretz RL. Assessing the Evidence in Evidence-Based Medicine. *Nutr Clin Pract*. 2019 Feb;34(1):60-72. doi: 10.1002/ncp.10227.
 38. Vidaeff AC, Turrentine MA, Belfort MA. Evidence based medicine - decades later. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 Feb;35(3):472-475. doi: 10.1080/14767058.2020.1722997.
 39. Good MM, Tanouye S. Social Media Superpowers in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2021 Dec;48(4):787-800. doi:10.1016/j.ogc.2021.07.007..
 40. Wang L, Katz MS, Song Y. Social Media and Oncology: The Good, the Bad and the Ugly. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2023 Mar;35(3):143-146. doi: 10.1016/j.clon.2022.11.005.
 41. Cheston CC, Flickinger TE, Chisolm MS. Social media use in medical education: a systematic review. *Acad Med*. 2013 Jun;88(6):893-901. doi: 10.1097/ACM.0b013e31828ffc23.
 42. Wageck B, Noal IS, Guterres BD, Adami SL, Bordin D, Fanfa M, Nunes GS. Keep posting and following social media profiles about physical therapy, but be aware! A cross-sectional study of social media posts on Instagram and Twitter. *Braz J Phys Ther*. 2023 Jan-Feb;27(1):100484. doi: 10.1016/j.bjpt.2023.100484..
 43. Eibling D, Fried M, Blitzer A, Postma G. Commentary on the role of expert opinion in developing evidence-based guidelines. *Laryngoscope*. 2014 Feb;124(2):355-7. doi: 10.1002/lary.24175.

44. Lord Ferguson S. Should we give patients what they want? Patient expectations and financial pressures need to be addressed to increase uptake of evidence-based practice. *Musculoskelet Sci Pract.* 2023 Aug;66:102831. doi: 10.1016/j.msksp.2023.102831.
45. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health.* 2020 Dec;23(6):741-748. doi: 10.1007/s00737-020-01092-2. Epub 2020 Dec 1.
46. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM.* 2020 Oct 1;113(10):707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
47. Strobl S, Roth W. Internationale wissenschaftliche Publikationsaktivität zu COVID-19. *Pathologe.* 2021;42(2):224-30.
48. Dragioti E, Tsartsalis D, Mentis M, Mantzoukas S, Gouva M. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of hospital staff: An umbrella review of 44 meta-analyses. *Int J Nurs Stud.* 2022 Jul;131:104272. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104272.

9 APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário *Google Forms*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA CIRURGIA- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS- UNICAMP/SP

N.º CAAE:51438021.5.0000.5404

Título do estudo: Prática baseada em evidências: como os profissionais da saúde que atuam nas disfunções do assoalho pélvico embasam sua prática clínica

Pesquisadores: Profª Drª Simone Botelho Pereira, Valeria Regina Silva, Isabela Archangelo, Prof. Dr. Cassio Luís Zanettini Riccetto, Constanza Alvear, Luísa Teixeira, Maria Volpato, Luciana Michellutti, Pâmela Massaro.

Instituição | Centro | Departamento: Universidade Estadual de Campinas | Faculdade de Ciências Médicas | Programa de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa " Prática baseada em evidências: como os profissionais da saúde embasam sua prática clínica".

Você foi selecionado(a) por ser fisioterapeuta ou médico registrado(a) no conselho de classe, e ser atuante na área de Saúde da Mulher/Assoalho Pélvico.

O objetivo do presente estudo é avaliar o conhecimento de fisioterapeutas e médicos atuantes na área de saúde pélvica e feminina a respeito da prática baseada em evidências Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá retirar seu consentimento sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições de ensino.

Você ao aceitar participar da pesquisa irá: 1) Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE poderá ser impresso ou solicitado ao pesquisador via endereço de e-mail fornecido, se assim o desejar. 2) Responder ao questionário on-line, sobre sua formação, prática profissional e prática baseada em evidências. Estima-se que o tempo gasto para preenchimento do questionário seja de 30 (trinta) minutos a 2h00min (duas) horas.

Se você não concordar em participar, basta fechar a página do navegador. Em caso desistência durante o preenchimento do questionário, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pelo pesquisador. Se após finalizar o preenchimento e enviar suas respostas do questionário, você decida desistir da participação, você deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização.

A participação no estudo poderá trazer riscos mínimos a você, pois algumas questões podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar por parar de responder aos questionários.

Ao clicar na opção "aceito participar", você será solicitado(a) a responder perguntas sobre seus dados pessoais (nome, idade, gênero, estado civil, cor de pele e número de registro profissional) e, posteriormente, você responderá a questões relacionadas a sua formação, prática profissional e prática baseada em evidências.

Todas suas respostas e resultados serão tratados de forma anônima e confidencial, logo, seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo. O participante tem seu direito preservado em não responder as perguntas obrigatórias, caso seja de sua vontade Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será garantida. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, mas sempre com anonimato assegurado.

Considerando o fato de ser uma pesquisa online que utiliza plataforma Google (Google Forms) os pesquisadores apresentam limitações inerentes ao uso dos recursos tecnológicos para a total proteção dos dados. No entanto, para reduzir os riscos de perda da confidencialidade, o pesquisador responsável, irá transportar os dados para um drive externo específico e os dados armazenados na nuvem serão posteriormente deletados. Os dados pessoais serão tratados pelo

pesquisador principal de forma a proteger os dados que permitem identificação dos participantes (Dados pessoais: informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável (artigo 5º da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), tais como nome completo, números de documentos), tornando-os confidenciais para os demais pesquisadores, segundo o artigo 5º da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº13.709 de 14 de agosto de 2018. Sendo assim, assegura-se que, caso haja violação ou perda dos dispositivos de armazenamento de dados, não será possível a identificar o autor das respostas arquivadas, visto que a identificação dos participantes será codificada em números ao salvar os dados no drive.

Não há benefícios diretos da sua participação na pesquisa, entretanto você estará contribuindo no desenvolvimento de estudo baseado em evidências científicas, que visa melhorar a compreensão da atuação fisioterapêutica e médica pautada pelas recentes evidências científicas. De acordo com a Resolução CNS Nº 466 de 2012 o participante tem direito ao ressarcimento em caso de dano associado ou decorrente da pesquisa, considerando o agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa, garantidos pelo pesquisador, patrocinador e instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa que irão assegurar a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo necessário aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa. A seguir, você poderá atestar sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada e os benefícios envolvidos, conforme descrição aqui efetuada.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAMP, localizado na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas- Barão Geraldo CEP: 13.083-887, Campinas-SP. Fone: (19)3521-8936. Endereço eletrônico: cep@unicamp.br. Fui informado também que o CEP está a disposição para contato através dos dados informados em caso de reclamações ou denúncias.

- Aceito participar da pesquisa, declaro que atuo na prática clínica correspondente a minha área de formação profissional.
- Não, obrigado(a).

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração das questões e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Através dos dados abaixo, fico à disposição para que qualquer participante entre em contato em caso de dúvidas relacionadas a pesquisa.

Pesquisador: Simone Botelho Pereira
Endereço Av. Jovino Fernandes Salles, 2600, Santa Clara – Alfenas/MG
CEP: 37133-840

Telefone (35) 37011920

Email: _____

simone.botelho@unifalmg.edu.br

Campinas, ____ / ____ / ____

Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável

Para baixar a versão completa do termo de consentimento livre e esclarecido, clique aqui:
<https://drive.google.com/file/d/1mSHLO3VRxJcSm63ve27trLV13ucsWv5F/view?usp=sharing>

1. E-mail *

2. Você declara ter lido e concordado com o consentimento acima, concordando em participar de forma voluntária desta pesquisa? *
- Marcar apenas uma oval.*
- Sim, concordo.
Não, obrigado(a).

Pesquisa: perfil dos profissionais de saúde que atuam nas disfunções do assoalho pélvico

3. Nome completo: *

Para começar precisamos de alguns dados e informações.

I. QUANTO AS SUAS CARACTERÍSTICAS

4. Idade *

5. Gênero *
- Marcar apenas uma oval.*
- Masculino
Feminino
Não Binário

6. Qual seu estado civil: *
- Marcar apenas uma oval.*
- Casado (a) ou em união estável
Solteiro (a)
Viúvo (a)
Divorciado (a)

7. Cor de pele declarada: *

8. Numero de registro profissional: *

9. Gênero *
- Marcar apenas uma oval.*
- Masculino
 Feminino
 Não Binário

10. Qual seu estado civil: *
- Marcar apenas uma oval.*
- Casado (a) ou em união estável
 Solteiro (a)
 Viúvo (a)
 Divorciado (a)

11. Cor de pele declarada: *
12. Numero de registro profissional: *

II. QUANTO A SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

13. Tempo de Formação (em anos): *
14. Tipo de universidade relacionada a sua graduação: *
Marcar apenas uma oval.
- Privada
- Pública
15. Maior nível de educação: *
Marcar apenas uma oval.
- Bacharelado
- Especialização Latu Sensu
- Residência médica ou profissional
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado
16. Para médicos: Você tem o título de especialista pela Febrasgo ou pela Sociedade Brasileira de Urologia?
Marcar apenas uma oval.
- Sim
- Não

Prática Baseada em evidência: como os profissionais da saúde embasam sua prática clínica

Aqui, coletaremos os demais dados: quanto sua prática profissional, valorização profissional, habilidades e recursos para atualização, e noções a respeito da prática baseada em evidências.

III. QUANTO A SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

17. Assinale todas as atividades que você exerce relacionadas às disfunções do assoalho pélvico: *
Marque todas que se aplicam.
- Assistência (prática clínica)
- Ensino
- Pesquisa
18. Qual sua prática predominante: *
Marcar apenas uma oval.
- Em consultório particular próprio
- Como funcionário em clínica(s), hospital(is) ou serviços de saúde privados
- Sou funcionário público
- Outro
19. Nas disfunções do assoalho pélvico, você se dedica a: *
Marque todas que se aplicam.
- Incontinência urinária
-

- Incontinência fecal
- Disfunções miccionais
- Disfunções anorretais
- Disfunções sexuais Dor pélvica
- Prolapsos de órgãos pélvicos
- Cirurgia pélvica reconstrutiva
- Obstetrícia

IV. QUANTO A VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

20. O quanto você se considera valorizado por seu trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco valorizado	<input type="radio"/>	Altamente valorizado									

V. QUANTO ÀS SUAS HABILIDADES PARA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

21. Habilidades de língua inglesa auto relatadas: *

Marcar apenas uma oval.

- Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
- Compreende razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.
- Compreende Pouco, Fala Pouco, Lê Pouco, Escreve Pouco.

VI. QUANTO AO USO DE RECURSOS PARA A ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

22. Assinale os métodos de atualização de conhecimento que você mais utiliza: *

Marque todas que se aplicam.

- Artigos científicos
- Cursos
- Livros
- Revistas informativas
- Reuniões, conferências e palestras
- Grupos de estudos
- Redes sociais

23. Quais as redes sociais utilizadas para atualização de conhecimento?

Marque todas que se aplicam.

- Grupos de Whatsapp / Telegram
-

Instagram

- Facebook
 Youtube

24. Quais as Bases de dados usadas? *

Marque todas que se aplicam.

- SciELO
 Lilacs
 Google Scholar
 PubMed
 Cochrane
 PEDro
 Outros
 Nunca usei base de dados

25. Frequência de uso das bases de dados: *

Marcar apenas uma oval.

- Todos os dias
 1 a 3 vezes por semana
 1 a 3 vezes por mês
 Uma vez a cada 2 meses
 Muito raramente
 Eu não uso banco de dados

VII. QUANTO A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Agora gostaríamos que nos ajudasse a compreender sobre o conhecimento, habilidades, recursos e opiniões profissionais em relação à Prática Baseada em Evidências.

26. Eu sei o significado do termo Prática Baseada em Evidências (PBE) *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

27. Não tive nenhuma experiência com PBE na minha graduação *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

28. Não tive nenhuma experiência com PBE na minha pós-graduação *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

29. O conhecimento que eu possuía durante minha graduação em relação a PBE foi suficiente para exercer minha prática profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

30. O conhecimento que eu possuía durante minha pós-graduação em relação a PBE foi suficiente para exercer minha prática profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

5/15

31. Leia a afirmativa abaixo e responda: "A prática Baseada em Evidências se baseia nos seguintes elementos: evidência científica, a experiência clínica e as preferências do paciente (Schneider, LR, Pereira, RPG, Ferraz, L, 2020)." De acordo com a afirmativa, você pode dizer que: "Eu compreendo os elementos centrais da PBE". *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

32. Tenho um entendimento claro sobre o uso de resultados de pesquisas na prática clínica. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo total

33. Não tenho conhecimento sobre como interpretar resultados estatísticos dos estudos *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

35. Acredito ter conhecimento suficiente para implementar PBE. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

6/15

36. Não estou interessado em aprofundar meus conhecimentos sobre PBE. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

37. Não tenho incentivo para implementar PBE na minha prática diária. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

38. Em meu trabalho tenho acesso a fontes de informação baseadas em PBE, que facilitam sua implementação. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

39. Em relação a questão anterior, poderia nos dizer qual(is) o(s) recurso(s) você utiliza? *

40. Não tenho discussões sobre PBE em meu local de trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

41. Eu pergunto aos meus pacientes sobre suas preferências e os considero em minha tomada de decisão. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

42. Eu informo meus pacientes sobre suas opções de tratamento e os envolvo na tomada de decisão.. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

43. Eu tenho dificuldade em implementar as melhores evidências na minha prática.*

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

44. Sempre ofereço que vejo de mais novo, mesmo não tendo certeza se há pesquisas que comprovem.*

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

45. A PBE é importante para minha prática clínica.*

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

46. Grande parte da minha tomada de decisão em relação ao tratamento dos meus pacientes incorporam PBE.*

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

47. A opinião de um especialista na minha área é o fator mais importante no meu processo de tomada de decisão.*

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Neutro
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

48. O uso das melhores evidências científicas atuais não beneficia a qualidade dos serviços de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalme

10 ANEXOS

ANEXO 1 - Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prática baseada em evidência: como os profissionais da saúde que atuam na área de Saúde da mulher embasam sua prática clínica

Pesquisador: Simone Botelho Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51438021.5.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.186.049

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

Introdução e objetivos: A Prática Baseada em Evidência é a integração da experiência clínica com as melhores evidências disponíveis através de estudos de investigações científicas. A fisioterapia e a medicina têm buscado a prática baseada em evidências para garantir rápida recuperação com boa eficiência no tratamento, em especial na área de Saúde da Mulher. Deste modo o objetivo do estudo é avaliar o conhecimento de fisioterapeutas e médicos atuantes na área de saúde da mulher a respeito da prática baseada em evidências. **Material e Métodos:** Estudo observacional, com uso de questionário avaliativo acerca do conhecimento, habilidade e opinião dos fisioterapeutas e médicos por meio do uso de plataformas digitais para seu preenchimento. Para análise estatística será utilizado o teste ANOVA. **Resultados esperados:** Espera-se com o presente estudo contribuir para melhor compreensão acerca do conhecimento da prática baseada em evidência na Fisioterapia e Medicina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar se os profissionais médicos e fisioterapeutas do Brasil e América

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.186.049

Latina que atuam na área de saúde da mulher/ Saúde pélvica embasam sua prática clínica em evidências científicas.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sócio demográfico dos profissionais participantes do estudo quanto ao uso da PBE;
- Identificar o perfil profissional dos profissionais participantes do estudo quanto ao uso da PBE;
- Avaliar as habilidades e recursos dos profissionais quanto ao uso da PBE;
- Avaliar os recursos dos profissionais quanto ao uso da PBE;
- Investigar as principais barreiras encontradas pelos profissionais acerca da PBE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Existe o risco do desconforto de responder ao questionário e o tempo gasto para fazê-lo. Além disso, existem riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas em relação à confidencialidade e potencial risco de sua violação.

Benefícios: Não haverá benefícios diretos para os participantes. Dentre os benefícios esperados, objetiva-se desenvolver estudo baseado em evidências científicas, que contribua para melhor compreensão da atuação fisioterapêutica e médica pautada pelas recentes evidências científicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta versão é resposta às pendências levantadas no Parecer Consubstanciado CEP n.o 5.124.686 de 24 de novembro de 2021.

Foram solicitadas as seguintes adequações:

A) No projeto:

1. Informar as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação.

RESPOSTA: Considerando o fato de ser uma pesquisa online que utiliza plataforma google (google forms) os pesquisadores apresentam limitações inerentes ao uso dos recursos tecnológicos para a total proteção dos dados. No entanto, para reduzir os riscos de perda da confidencialidade, o pesquisador responsável, irá transportar os dados para um drive externo específico e os dados armazenados na nuvem serão posteriormente deletados. Os dados pessoais serão tratados pelo pesquisador principal de forma a proteger os dados que permitem identificação dos participantes (Dados pessoais: informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável (artigo 5º da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), tais como nome completo, números de documentos), tornando-os confidenciais para os demais pesquisadores,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1771765.pdf	20/12/2021 17:01:37		Aceito
Outros	Questionario.pdf	20/12/2021 16:59:28	Valeria Regina Silva	Aceito
Outros	Cartaresposta.docx	20/12/2021 16:53:20	Valeria Regina Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoceppbe.pdf	20/12/2021 16:50:59	Valeria Regina Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreEsclarecido pbe.pdf	20/12/2021 16:47:58	Valeria Regina Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoPBE.pdf	26/08/2021	Simone Botelho	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br

Página 07 de 08



Continuação do Parecer: 5.186.049

Folha de Rosto	folhaDeRostoPBE.pdf	14:27:02	Pereira	Aceito
Outros	comprovantevinculoinstitutional.pdf	09/08/2021 15:08:33	Simone Botelho Pereira	Aceito
Declaração de concordância	of104simoneb.pdf	06/08/2021 09:43:32	Carlos Eduardo Cavalcante Barros	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	JUSTIFICATIVADEALTERACAODEPESQUISADORRESPONSAVEL.pdf	03/08/2021 16:49:19	Valeria Regina Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 23 de Dezembro de 2021

Assinado por:
 Renata Maria dos Santos Celeghini
 (Coordenador(a))

ANEXO 2 - Comprovante de submissão na revista

CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA 

##navigation.backTo##

Submissão Avaliação Edição de Texto Editoração

Rodada 1 Rodada 2 Rodada 3

Situação da rodada 1
Avaliações completadas.

Notificações

[CESF] Decisão editorial	19-07-2024 12:45
[CESF] Decisão editorial	03-08-2024 13:39

Anexos da avaliação

 16870 4603_Avaliação.docx	8 July 2024
---	-------------

Revisões