

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Géssica Bordin Viera Schlemmer

**LIMIAR DE DOR NO ASSOALHO PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E
AUTOIMAGEM GENITAL DE IDOSAS COM E SEM FIBROMIALGIA**

Santa Maria, RS

2018

Géssica Bordin Viera Schlemmer

**LIMIAR DE DOR NO ASSOALHO PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM
GENITAL DE IDOSAS COM E SEM FIBROMIALGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Linha de Pesquisa em Saúde, Funcionalidade e Qualidade de Vida no Envelhecimento da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Dr^a Melissa Medeiros Braz

Coorientadora: Dr^a Marisa Bastos Pereira

Santa Maria, RS

2018

Schlemmer, Gessica Bordin Viera

Limiar de dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia / Gessica Bordin Viera Schlemmer.- 2018.

81 p.; 30 cm

Orientador: Melissa Medeiros Braz

Coorientador: Marisa Bastos Pereira

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2018

1. Assoalho Pélvico 2. Função sexual 3. Autoimagem genital 4. Fibromialgia 5. Idosas I. Medeiros Braz, Melissa II. Bastos Pereira, Marisa III. Título.

Géssica Bordin Viera Schlemmer

**LIMIAR DE DOR NO ASSOALHO PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM
GENITAL DE IDOSAS COM E SEM FIBROMIALGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Linha de Pesquisa em Saúde, Funcionalidade e Qualidade de Vida no Envelhecimento da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Melissa Medeiros Braz, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Marisa Bastos Pereira, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Dra. (UFSM)

Letícia Fernandez Frigo, Dra. (UNIFRA)

Carine Cristina Callegaro, Dra. (UFSM)

Santa Maria,RS

2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo apoio, carinho, confiança e educação, pois não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram nessa trajetória, em especial:

A Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Aos meus pais, pelo apoio, carinho e por sempre acreditarem em mim, compreendendo a minha ausência muitas vezes.

Às minhas irmãs, que por muitas vezes tiveram que escutar meus desabafos, choros, angústias e que mesmo longe souberam me consolar e transmitir tranquilidade.

Aos meus sobrinhos, pois mesmo distante, sei que estavam torcendo por mim.

Ao meu esposo, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando, incentivando e fazendo com que este sonho torna-se realidade, pois este título também é seu.

Aos meus amigos, por sempre estarem perto de mim, me apoiando.

Em especial, às amigas Thaís Marafiga, Rafaela Machado e Ana Paula Donato, que não mediram esforços para que este trabalho fosse concluído.

Às idosas, pela disponibilidade em aceitarem participar deste estudo e pelo carinho.

Aos colegas de mestrado e aos integrantes do grupo de pesquisa em Saúde e Funcionalidade no Envelhecimento Humano, pela amizade, parceria, apoio e carinho.

À minha orientadora Melissa Medeiros Braz, por ter lutado ao meu lado, me incentivando, por ter me acolhido, acreditando sempre na minha capacidade. Foi mais que uma orientadora, foi uma mãe, sendo uma pessoa magnífica, de coração bondoso, por ser minha inspiração como profissional e ser humano, muito obrigada por tudo.

À minha coorientadora Marisa Bastos Pereira, pelo conhecimento que adquiri, pela paciência, incentivo e por todo carinho que teve comigo.

Às professoras Hedioneia Pivetta, Letícia Frigo e Carine Callegaro, por gentilmente aceitarem participar da banca examinadora.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, bem como os docentes do mesmo e à Universidade Federal de Santa Maria, pela formação gratuita e de qualidade.

Sem vocês, essa trajetória seria muito mais difícil.

Obrigada.

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito
debaixo do céu.”
(Eclesiastes 3:1)

RESUMO

LIMIAR DE DOR NO ASSOALHO PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM GENITAL DE IDOSAS COM E SEM FIBROMIALGIA

AUTORA: Géssica Bordin Viera Schlemmer

ORIENTADORA: Melissa Medeiros Braz

COORIENTADORA: Marisa Bastos Pereira

A função sexual representa um componente importante da saúde, qualidade de vida e relações interpessoais. Pacientes com fibromialgia podem apresentar dores musculoesqueléticas em outras regiões corpóreas além dos pontos clássicos, como no assoalho pélvico prejudicando, muitas vezes, a função sexual e alterando a autoimagem genital. Contudo, apesar da grande relevância desses conhecimentos, há poucos trabalhos sobre esta temática, sendo necessários mais estudos nesta área. Diante disso, este estudo buscou comparar a função sexual, dor no assoalho pélvico e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia. Foi realizado um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa com pacientes do Hospital Universitário de Santa Maria, onde foram coletados os dados de 28 idosas, segundo os critérios de elegibilidade, referentes à função sexual (*Female Sexual Function Index*, avaliada por meio do FSFI), autoimagem genital (*Female Genital Self-Image Scale*, pelo FGSIS) e limiar pressórico de dor no assoalho pélvico, pela algometria. Com os resultados, foram elaborados dois artigos. O primeiro apresenta uma comparação da percepção da autoimagem genital e função sexual de idosas com (GFM) e sem fibromialgia (GS). Quanto à função sexual, houve diferença entre os grupos ($p < 0,038$), sendo que o GFM apresentou pior função sexual. Não houve diferença entre a autoimagem genital dos dois grupos. Já no segundo artigo estão os resultados referentes às avaliações sobre o limiar pressórico de dor do assoalho pélvico em idosas com e sem fibromialgia. O GFM apresentou menores valores para percepção de dor em relação ao grupo GS ($p < 0,000$ para o lado esquerdo) e ($p < 0,001$ para o lado direito). A partir deste estudo, evidencia-se a importância da equipe de saúde multidisciplinar para o cuidado a estas idosas, inclusive no que se refere às disfunções do assoalho pélvico. Observa-se também a necessidade de mais estudos com esta temática.

Palavras-chave: Função sexual. Assoalho pélvico. Fibromialgia.

ABSTRACT

THRESHOLD OF PAIN IN PELVIC FLOORING, SEXUAL FUNCTION, AND GENITAL SELF-IMMEDIATELY OF ELDERLY WITH AND WITHOUT FIBROMYALGIA

AUTHOR: Géssica Bordin Viera Schlemmer
ADVISOR: Melissa Medeiros Braz
CO-ADVISOR: Marisa Bastos Pereira

Sexual function represents an important component of health, quality of life and interpersonal relationships. Patients with fibromyalgia may present with musculoskeletal pain in other bodily regions beyond classic points, such as in the pelvic floor, often impairing sexual function and altering genital self-image. However, despite the great relevance of this knowledge, there are few studies on this subject, and more studies are needed in this area. In view of this, this study sought to compare sexual function, pelvic floor pain and genital self-image of elderly women with and without fibromyalgia. A descriptive and cross-sectional study was conducted with a quantitative approach with patients from the Hospital Universitário de Santa Maria, where data were collected from 28 elderly women according to the eligibility criteria for sexual function (Female Sexual Function Index, evaluated through FSFI), female Genital Self-Image Scale (FGSIS), and pain threshold on the pelvic floor by algometry. With the results, two articles were elaborated. The first presents a comparison of the perception of genital self-image and sexual function of the elderly with (GFM) and without fibromyalgia (GS). Regarding sexual function, there was difference between the groups ($p < 0.038$), and GFM presented worse sexual function. There was no difference between the genital autoimaging of the two groups. Already in the second article are the results regarding the evaluations on the pressure threshold of pelvic floor pain in elderly women with and without fibromyalgia. GFM presented lower values for pain perception in relation to the GS group ($p < 0.000$ for the left side) and ($p < 0.001$ for the right side). From this study, it is evident the importance of the multidisciplinary health team to care for these elderly women, including with regard to pelvic floor dysfunctions. It is also observed the need for further studies with this theme.

Keywords: Sexual function. Pelvic floor. Fibromyalgia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Fluxograma da amostra.....	36
FIGURA 2 - Representação dos pontos avaliados na algometria.....	48

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1: Dados de caracterização, ginecológicos e obstétricos das idosas com (GFM) e sem fibromialgia (GS), apresentados em número absoluto, porcentagem, média, desvio padrão e

p.....36

Tabela 2- Comparação da autoimagem genital de idosas com (GFM) e sem fibromialgia (GS) por meio do FGSIS, apresentados em média, desvio padrão e valor de p.....37

Tabela 3- Comparação da função sexual de idosas com (GFM) e sem fibromialgia (GS) por meio do FSFI, apresentados em média, desvio padrão e valor de p.....38

ARTIGO 2

Tabela 1: Dados de caracterização das idosas com fibromialgia (GFM) e sem fibromialgia (GS), apresentados em número absoluto, porcentagem, média, desvio padrão e valor de p..... 49

Tabela 2- Limiar pressórico de dor no assoalho pélvico das idosas com fibromialgia (GFM) e sem fibromialgia (GS), apresentados em média, desvio padrão e valor de p.....50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FM	Fibromialgia
FSF	Função sexual feminina
FSFI	Female Sexual Function Index/ Índice de Função Sexual Feminino
ACR	Colégio Americano de Reumatologia
FIQ	Questionário de impacto da fibromialgia
DP	Dor pélvica
MAP	Músculos do assoalho pélvico
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FGSIS	Female Genital Self-Image Scale
CEFD	Centro de Educação Física e Desporto
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
GFM	Grupo com fibromialgia
GS	Grupo sem fibromialgia

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
1.1 INTRODUÇÃO.....	14
1.2 OBJETIVOS.....	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
1.3.1 Envelhecimento.....	18
1.3.2 Fibromialgia.....	19
1.3.3 Dor.....	21
1.3.4 Assoalho pélvico e função sexual.....	22
1.3.5 Autoimagem genital.....	24
1.4 METODOLOGIA.....	25
1.4.1 Caracterização da pesquisa.....	25
1.4.2 Campo de estudo.....	25
1.4.3 Período do estudo.....	26
1.4.4 População.....	26
1.4.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	26
1.4.6 Instrumentos.....	26
1.4.7 Procedimentos.....	27
1.4.8 Análise estatística.....	28
1.4.9 Considerações éticas.....	28
2 RESULTADOS	29

2.1 ARTIGO 1- Autoimagem genital e função sexual de idosas com e sem fibromialgia.....	30
2.2 ARTIGO 2- Limiar pressórico de dor do assoalho pélvico em idosas com e sem fibromialgia.....	44
3CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	62
ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO ADAPTADA DE ETIENNE E WAITMAN.....	63
ANEXO B - FEMALE GENITAL SELF-IMAGE SCALE (FGSIS).....	65
ANEXO C - FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI).....	66
ANEXO D - APROVAÇÃO NO GABINETE DE APOIO A PROJETOS DO CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO (CEFD).....	71
ANEXO E - APROVAÇÃO INSTITUCIONAL (GEP/HUSM).....	72
ANEXO F - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM.....	73
ANEXO G - INSTRUÇÕES AOS AUTORES - REVISTA FISIOTERAPIA E PESQUISA.....	76
ANEXO H - DIRETRIZES PARA AUTORES- REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA.....	78

1 APRESENTAÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é na atualidade um dos maiores desafios da saúde pública brasileira. Os avanços na área da saúde e das tecnologias proporcionaram maior expectativa de vida, que atualmente é de 75 anos para homens e de 78,8 anos para mulheres (ALVES et al., 2016).

As modificações celulares e sistêmicas que ocorrem no decorrer dos anos ocasionam decréscimos físicos, psicológicos e sociais, que podem afetar a qualidade de vida dos idosos. Também são comuns o desenvolvimento de patologias como a fibromialgia, que acomete preferencialmente as mulheres (FREITAS et al., 2017).

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica de etiopatogenia multifatorial complexa, não totalmente conhecida, caracterizada por dores músculo-esqueléticas espalhadas e sítios dolorosos específicos à palpação (tender points), associados frequentemente a distúrbios do sono, fadiga, sintomas somáticos, cognitivos e distúrbios psíquicos (WOLFE et al., 2010). Os episódios de dor crônica, depressão e baixa funcionalidade são frequentes, interferindo nos relacionamentos interpessoais, conjugais e atividades ocupacionais (STEINER et al., 2010). Além do quadro doloroso, as pacientes costumam apresentar queixas uroginecológicas, alterações na função sexual e diminuição da libido (LISBOA et al., 2015).

A função sexual feminina (FSF) está relacionada ao desejo sexual, excitação subjetiva e genital, orgasmo e dor, sendo um elemento importante na vida das mulheres, ligada à qualidade das relações e bem-estar (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; NAEINIAN; SHAEIRI; HOSSEINI, 2011). Quando ocorre um quadro doloroso ou de disfunções sexuais, pode haver alterações na percepção da autoimagem genital. No entanto, a relação entre a função sexual e a autoimagem genital ainda não está bem descrita na literatura (BERMAN et al., 2003). A autoimagem genital em mulheres está relacionada ao seu comportamento e à função sexual, tal como refletido pela pontuação no Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (HERBENICK, 2010). Trabalho sugeriu que existe associação entre as queixas sexuais e distúrbios

do assoalho pélvico em mulheres, dentre eles, os de autoimagem genital (SCHICK et al., 2010).

As doenças reumáticas podem levar a importante impacto negativo na vida sexual por fatores relacionados à própria doença, como a dor, e pelos medicamentos utilizados, que podem levar à redução da libido. Considerando-se que a prevalência da fibromialgia se encontra em mulheres que estão no climatério, este pode ser um fator de confusão e interferir no diagnóstico correto, necessitando ser investigado e questionado à paciente quanto à sua função sexual, se existe dor musculoesquelética durante ou após o ato sexual, para que desta forma seja possível delinear o real impacto da fibromialgia sobre a função sexual e se esta patologia provoca dor no assoalho pélvico (FERREIRA et al., 2013; FREITAS, 2017).

Pacientes com fibromialgia, apesar de apresentar vários pontos dolorosos sensíveis à palpação, determinados pelo Colégio Americano de Reumatologia, também podem manifestar dor difusa e crônica em outras regiões corpóreas, não necessariamente nos pontos clássicos, como no assoalho pélvico, devido à sensibilização central, que corresponde a uma modificação no estado funcional dos neurônios e das vias nociceptivas por todo o neuroeixo, causada pelo aumento na excitabilidade da membrana, da eficácia sináptica ou pela redução da inibição sobre este sistema (ASHMAWI; FREIRE, 2016).

Portanto, mulheres com fibromialgia também podem apresentar dor generalizada e anormal em função do seu importante papel na geração de hipersensibilidade clínica de dor. Desta forma, é essencial compreender os gatilhos e os mecanismos responsáveis pela indução e manutenção do sistema somatossensitivo no estado fisiológico, em que as experiências sensitivas evocadas por estímulos de baixa intensidade (sensações inócuas) e estímulos dolorosos são bastante distintos e separados, para um sistema de hipersensibilidade disfuncional em que esta discriminação é perdida (ASHMAWI; FREIRE, 2016).

Com esse propósito, a presente pesquisa está organizada em três capítulos, sendo o primeiro denominado “apresentação”, onde constam a introdução geral e o referencial teórico, o qual elenca os achados bibliográficos referentes ao envelhecimento, fibromialgia, dor, assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital. No mesmo capítulo constam os objetivos geral e específicos e a metodologia do estudo.

Já no segundo capítulo, resultados, são apresentados dois artigos. O primeiro “Autoimagem genital e função sexual em idosas com e sem fibromialgia”, será submetido à “Revista Fisioterapia e Pesquisa”, Qualis B1, o segundo “Limiar pressórico de dor do assoalho pélvico em idosas com e sem fibromialgia” será submetido à “Revista Brasileira de Fisioterapia”, Qualis A2.

A fim de manter a coerência e evitar a repetição das informações, a discussão não será apresentada como capítulo da dissertação, sendo incluída nos artigos. Sendo assim, o terceiro capítulo aborda a conclusão geral do estudo e, na sequência, estão listadas as referências bibliográficas e os anexos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Comparar a dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia.

1.2.2 Objetivos Específicos

Delinear o perfil ginecológico e obstétrico das idosas;

Avaliar o limiar pressórico de dor no assoalho pélvico de idosas com e sem fibromialgia;

Avaliar a função sexual de idosas com e sem fibromialgia;

Avaliar a autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia.

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO

1.3.1 Envelhecimento

O envelhecimento humano está se tornando pauta no cenário brasileiro, em virtude do aumento da expectativa de vida (CAMARANO et al., 2011).

Segundo Bulla e Mediondo (2010), o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente, a elevação da população idosa em países em desenvolvimento, decorre de avanços e melhorias nas ciências da saúde, no campo científico e tecnológico, da adoção de estilos de vida mais saudáveis, práticas preventivas e de promoção da saúde, controle de doenças e melhores condições de higiene, incluindo saneamento básico. Embora Camarano et al. (2011) pontuem que as políticas econômicas e sociais tenham contribuído em grande parte para o sucesso no aumento da expectativa de vida, ainda se observa muito a ser feito em termos de políticas públicas.

Desta forma pode-se conceituar o envelhecimento como um conglomerado de alterações e modificações moleculares, fisiológicas e orgânicas que ocorrem desde a concepção do ser humano. Envelhecer é, então, uma somação de fatores intrínsecos e extrínsecos que, em todos os momentos da vida, estão atuantes no organismo, ou seja, envelhecer é universal, progressivo, deletério, intrínseco e associado a fatores extrínsecos e sua relação com o meio (SCHWANKE et al., 2014).

A velhice é compreendida como a fase final da vida, onde os decréscimos estão presentes, ou seja, é a repercussão do envelhecimento a longo prazo, porém não existe uma definição acerca da velhice, pois esta é modificável conforme os indivíduos. O envelhecimento é multidimensional e multifatorial, que ocasiona progressivamente decréscimos em diferentes níveis nas células, órgãos e sistemas do corpo humano (FREITAS et al., 2017).

Nesta perspectiva, a geriatria que é a parte da medicina envolvida no cuidado ao idoso, ao se deparar com questões biopsicossociais de envelhecer e na busca de novos questionamentos de outras áreas do conhecimento, formou-se um novo campo que está tomando forma e assunto após sair do empirismo e passar a ser um conhecimento científico, denominado gerontologia, a área do saber que busca estudar

e obter conhecimentos acerca do processo de envelhecer e, além disto, da velhice (FREITAS et al., 2012).

O processo de envelhecer é, em igual tempo, geral (pois afeta a todos) e particular, pois, como destacam Schneider; Irigaray (2008) a cronologia, fisiologia e psicologia humana em raríssimos casos coincidem, o que reforça as diferenças individuais.

Percebe-se assim que a problemática não reside no fato de envelhecer e sim no processo de como isso vai acontecer com cada indivíduo. Além disso, vale destacar que a forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso ocupa na escala classificatória dessa sociedade, que ao final serão os responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice (RODRIGUES; SOARES, 2006).

1.3.2 Fibromialgia

A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, não inflamatória, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica. Os pacientes também se queixam de fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema, distúrbios cognitivos, alterações uroginecológicas e diminuição da libido. Sua etiologia e patogênese ainda são pouco conhecidas e o seu diagnóstico ainda permanece um desafio complexo para os clínicos (LISBOA et al., 2015).

É caracterizada pela presença de pontos dolorosos sensíveis à digito-pressão em regiões anatomicamente bem determinadas chamadas de tender points. Seu diagnóstico é realizado por meio da presença de 11 dos 18 tender points, sensíveis à pressão de 4kg, determinados pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR 1990), associado à presença de dor generalizada por um período superior a 3 meses (LEAL, 2011).

Segundo os critérios do ACR (2010), baseia-se na dor musculoesquelética, utilizando também para o diagnóstico escalas como a visual analógica de dor, de avaliação da depressão (Beck depression inventory) e da gravidade da doença (FIQ – Fibromyalgia Impact Questionnaire), além da contagem dos pontos dolorosos. Os critérios de 1990 do ACR, é 100% são compostos por sinais e sintomas de dor difusa, enquanto os critérios de 2010 têm 56% de seus critérios ligados à dor

musculoesquelética, complementados pelos demais critérios descritos (HEYMANN et al., 2017).

Os tender points são bilaterais e não exibem textura nodular que faça distinção entre eles e os tecidos adjacentes. A palpação resulta em irradiação dolorosa no trajeto do músculo acometido no sentido ponto-periferia, localizados nas regiões occipital, cervical baixa, de trapézio, supraespinhal, segunda articulação costocostal, epicôndilo lateral, glúteo, trôcanter maior e joelho (HEYMANN et al., 2010).

Estudos têm relatado que cerca de 80% a 90% dos casos de fibromialgia ocorrem na população feminina e que as mulheres apresentam significativamente mais sintomas do que os homens, considerando ainda que a maior prevalência da doença se dá entre 50 a 65 anos, o que coincide com o período do climatério, portanto alguns sinais e sintomas da fibromialgia podem ser confundidos com aqueles relacionados à síndrome climatérica (MARQUES et al., 2016).

Estudos que analisam essa associação têm sugerido que os distúrbios hormonais do climatério podem estar diretamente envolvidos na gênese de sintomas associados a fibromialgia em mulheres de meia-idade (LISBOA et al., 2015).

A prevalência da fibromialgia no sexo feminino pode estar relacionada à serotonina, neurotransmissor que influencia o sono, a produção de hormônios, o ritmo cardíaco e outras funções fisiológicas importantes. Devido às mulheres produzirem menos serotonina, são mais propensas a problemas como depressão, enxaqueca e transtornos de humor. Como o neurotransmissor também participa do processamento da dor, talvez esse seja a explicação para o número muito maior de pacientes mulheres (TERZI; TERZI; KALE, 2015).

O tratamento relaciona-se ao uso de medicamentos que servem para o alívio momentâneo das dores e sintomas, que podem voltar com a interrupção da medicação. A Fisioterapia também tem uma importância significativa, não somente no tratamento das disfunções musculoesqueléticas e na diminuição do quadro algico, mas também na promoção tanto da qualidade de vida funcional quanto do bem-estar geral desses pacientes (LEAL, 2011).

1.3.3 Dor

Sabe-se que a fibromialgia provoca dor difusa e crônica e que seu impacto gera complicações na qualidade de vida dos portadores. Muitas pacientes manifestam-se com redução do desejo, redução do índice de orgasmo e dor durante o ato sexual, provocando piora na qualidade de vida (LITIERI et al., 2013).

A qualidade da vida sexual ainda é pouco aferida pela equipe de saúde, sendo importante a conscientização do profissional de saúde para discutir estas questões com a paciente, pois muitas mulheres que se encontram no climatério podem sentir dores no assoalho pélvico, que podem estar associadas ou não à fibromialgia (FERREIRA et al., 2013).

As dores no assoalho pélvico têm sua prevalência estimada em 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos (superior à enxaqueca, asma e dor nas costas), variando de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva (MIRANDA; SCHOOR; GRÃO, 2009).

É considerada dor pélvica (DP) aquela que persistir por 6 meses ou mais, não associada exclusivamente à relação sexual. Algumas mulheres com dor crônica no assoalho pélvico ainda apresentam postura anormal, que pode vir de uma adaptação na tentativa de aliviar a dor, mas independente do motivo da dor, poderá levar à tensão crônica muscular, articular e ligamentar, a qual se transforma na fonte de dor em si. A DP pode ter etiologia ginecológica ou não ginecológica. Dentre as etiologias ginecológicas relevantes, destacam-se a endometriose, a adenomiose, os miomas uterinos, as varizes pélvicas e as aderências. Quanto às causas não ginecológicas, as mais prevalentes são a síndrome do cólon irritável, a constipação intestinal crônica, a cistite intersticial, as desordens psicológicas e as alterações musculoesqueléticas (MIRANDA; SCHOOR; GRÃO, 2009).

O envolvimento do sistema musculoesquelético na gênese e na perpetuação da DP vem sendo demonstrado de forma crescente. Muitos dos casos de DP têm nas disfunções musculoesqueléticas uma de suas causas básicas (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

Admite-se que mais de 85% das pacientes com DP apresentam disfunções do sistema musculoesquelético, incluindo hiperlordose lombar, hiperextensão de joelhos e anteriorização pélvica, assim como espasmo do músculo levantador do ânus e síndrome do piriforme (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

A apresentação clínica da dor pélvica é rica e historicamente dominada pelos mecanismos centrais da dor. Os mecanismos subjacentes à dor crônica diferem daqueles que estão na base da dor aguda. Nos estados de dor crônica, os fatores do sistema nervoso central desempenham papéis particularmente proeminentes (VANDYKEN; HILTON, 2017).

A investigação da DP envolve desde uma minuciosa avaliação clínica, exames subsidiários laboratoriais até exames tecnologicamente avançados, invasivos ou não, como a ultrassonografia pélvica, tomografia computadorizada, ressonância magnética, a laparoscopia e histeroscopia diagnósticas (MIRANDA; SCHOOR; GRÃO, 2009).

1.3.4 Assoalho pélvico e função sexual

O assoalho pélvico forma a porção inferior da cavidade abdomino-pélvica, formado pelos músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso, transverso do períneo, esfíncter do ânus, levantador do ânus, coccígeo e obturador interno, sendo que sua força refere-se ao grau de contração voluntária máxima, com recrutamento do maior número de fibras possíveis. Os eventos que ocorrem durante a vida da mulher, como a gravidez, o parto, o aumento de peso, a menopausa e o envelhecimento acabam por afetar a função dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e outras estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos (THOMPSON et al., 2006).

O assoalho pélvico é a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga, sendo responsável por diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal e resistência ao aumento da pressão intra-abdominal, além de auxiliar respiração e na estabilização do tronco. Além disso, esses músculos permitem o intercuro sexual e o parto; suas contrações involuntárias são as características principais do orgasmo e quando fracos, podem causar hipoestesia vaginal e anorgasmia. Por isso, MAP podem interferir negativamente sobre a função sexual feminina (ROSENBAUM, 2007).

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos. Assim, a disfunção sexual pode determinar efeitos danosos sobre a autoestima da mulher e seus relacionamentos. Estudos demonstraram haver associação significativa entre disfunção sexual e sentimentos de

insatisfação física e emocional, assim como redução do bem-estar geral nessas mulheres (ROSENBAUM, 2007).

A disfunção sexual é a alteração em uma fase da atividade sexual que pode culminar em frustração, dor e redução dos intercursos sexuais, atingindo 40% das mulheres. Sabe-se que a sexualidade é a parte da vida humana e da qualidade de vida, além de ser uma das questões responsáveis pelo bem-estar individual. Não se refere apenas ao ato sexual em si, mas a todo o espectro que vai desde a autoimagem e a valorização do “eu” até a relação com o outro. Uma atividade sexual adequada inclui passar pelas fases de excitação sexual até o relaxamento, com prazer e satisfação (FERREIRA et al., 2013).

De acordo com os aspectos biológicos da sexualidade, Etienne e Waitman (2006) afirmam que, na mulher, as disfunções sexuais são classificadas como: transtorno de desejo sexual hipotivo (ausência ou diminuição da libido), transtorno de excitação (excitação insuficiente ou inadequada), transtorno da disfunção orgásmica (retardo ou ausência de orgasmo após fase normal de excitação), anorgasmia (ausência total de orgasmo), dispareunia (dor recorrente ou persistente durante ou após o ato sexual) e vaginismo (espasmo involuntário dos músculos que circundam a vagina, impedindo qualquer penetração).

Sabe-se que doenças crônicas como a fibromialgia exercem influência na qualidade de vida sexual por fatores relacionados à própria doença, como dor, rigidez matinal, edema de articulações e fadiga, ou ao tratamento, no qual os medicamentos usados podem levar à redução da libido (LISBOA et al., 2015).

A maior prevalência de disfunção sexual se encontra no climatério, esse aspecto é de grande relevância na investigação de disfunção sexual, pois é nessa fase que comumente ocorrem mudanças clínicas em consequência das alterações hormonais (LEE et al., 2010).

As disfunções sexuais na fase de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo são mais evidenciadas. Nessa fase, as mulheres estão mais vulneráveis a disfunções sexuais por relação direta com os sintomas da menopausa e pelo aumento da idade. No climatério, as mulheres vivenciam complexa interação de experiências individuais que afetam diretamente seu estado psicossocial e seu estilo de vida, além de mudanças metabólicas relacionadas com a diminuição gradual dos níveis de estradiol (ORNAT et al., 2013).

Por fim, estudos comprovam que ter 50 anos ou mais, estar em transição menopausal ou pós- menopausal, não ter um parceiro sexual fixo, apresentar sinais de fogacho, insônia, depressão, nervosismo, sedentarismo, hipertensão arterial, incontinência urinária e baixa autopercepção de saúde são variáveis significativamente associadas a baixos escores de função sexual (VALADARES et al., 2014).

1.3.5 Autoimagem genital

A autoimagem genital é conceituada como um sentimento ou comportamento que surge a partir de experiências diretas ou indiretas que envolvam os órgãos genitais, como informações positivas ou negativas sobre a genitália, que indiretamente formam uma auto definição, ou ainda declarações sobre a adequação ou inadequação da atividade sexual, referências sobre os órgãos genitais serem sujos ou limpos (McCABE et al., 2016).

A autoimagem genital por vezes deixou de ser considerada um quesito importante e relacionado à função sexual. Hoje é subcampo da imagem corporal, envolvendo atitudes e sentimentos significativamente relativos à função sexual feminina e comportamento sexual (HERBENICK et al., 2011).

De modo geral, estudos têm evidenciado que a percepção da autoimagem genital em mulheres está relacionada tanto ao comportamento sexual quanto à função sexual (HERBENICK, 2010). Existe associação entre as queixas sexuais e distúrbios do assoalho pélvico em mulheres, dentre eles, os de autoimagem genital (SCHICK et al., 2010).

Muitas mulheres não têm conhecimento sobre suas estruturas e funções anatômicas genitais (BRAMWELL; MORLAND, 2009).

Berman et al. (2003) constataram que a autoimagem positiva genital foi associada com maior desejo e negativamente relacionada com angústia. Por outro lado, a autoimagem positiva está associada a um maior desejo e conseqüente melhora da função sexual, assim como uma maior busca por profissionais para realização de exames ginecológicos (HEO et al., 2016).

Além da percepção da imagem genital, a autoconfiança da mulher perante seus órgãos genitais também interfere na sua saúde sexual. Uma mulher que se mostre mais confiante com sua genitália é mais propensa a desejar e buscar atividade sexual (DEMARIA; HOLLUB; HERBENICK, 2014).

Segundo, Heo et al. (2016), a autoimagem genital deve ser aliada do terapeuta como ferramenta de educação em saúde, quando os esclarecimentos estão associados a maior auto aceitação e compreensão, favorecendo o tratamento.

1.4 METODOLOGIA

O estudo realizado teve como mote central a comparação entre limiar pressórico de dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia e o caminho percorrido permitiu desenvolver dois artigos científicos, emergentes da pesquisa de campo propriamente dita, sendo a proposição deste capítulo apresentar as características e os procedimentos metodológicos da pesquisa. Foi realizado o cálculo amostral para obtenção de um nível de significância (alfa) de 5% e poder (beta) de 80%. A avaliação da função sexual foi realizada em uma amostra de 28 idosas divididas em dois grupos de 14, baseado nos resultados de Tonetto et al (2016) considerando o resultado obtido no escore total do FSFI como desfecho.

1.4.1 Caracterização da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa descritiva, de caráter transversal, com abordagem quantitativa.

Segundo Bastos e Duquia (2007), a pesquisa descritiva possibilita estimar a frequência com que um evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados.

1.4.2 Campo de estudo

Para os artigos, os dados derivam de pacientes do Ambulatório de Climatério e Clínica da Dor, ambos localizados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM.

1.4.3 Período do estudo

As coletas foram realizadas, de forma prospectiva, entre janeiro e março de 2018.

1.4.4 População

A população foi composta por idosas, de 60 a 75 anos, que eram atendidas no HUSM. As idosas foram divididas em dois grupos, com fibromialgia (GFM) e sem fibromialgia (GS). As idosas com fibromialgia foram provenientes da Clínica da dor e as idosas sem fibromialgia do Ambulatório de Climatério do referido hospital.

1.4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes incluídos em ambos os artigos foram idosas, de 60 a 75 anos, que eram atendidas no HUSM, sexualmente ativas nas últimas 4 semanas, com ou sem incontinência urinária, que apresentassem diagnóstico médico de fibromialgia e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os critérios de exclusão compreenderam mulheres com prolapso genital grau III, vulvovaginites, infecção do trato urinário, em tratamento oncológico, em tratamento fisioterapêutico para o assoalho pélvico e/ou em uso de pomadas ginecológicas tópicas hormonais no momento da avaliação, com problemas neurais autorreferidos e comprometimento neurológico do assoalho pélvico diagnosticado.

1.4.6 Instrumentos

Para o artigo 1 foram utilizados a ficha de avaliação adaptada de Etienne e Waitman (Anexo A), a qual consiste em questionamentos sobre a história ginecológica, obstétrica, medicamentosa e informações referentes ao assoalho pélvico; o questionário Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) (Anexo B), o qual avalia a percepção das mulheres sobre os seus próprios órgãos genitais utilizando uma escala de 4 respostas (concorda totalmente, concorda, discorda, discorda totalmente). As pontuações em cada item foram somadas, alcançando um valor total que varia entre 7 a 28, onde as pontuações mais altas indicam autoimagem genital

mais positiva (HERBENICK et al., 2011) e o questionário Female Sexual Function Index (FSFI) (Anexo C), que avalia a função sexual feminina, sendo composto por 19 questões que contemplam seis domínios da resposta sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia/desconforto (THIEL et al., 2008; FERREIRA et al., 2013). A pontuação de cada item é individual e varia de 0 a 5. Para se obter o valor total do domínio é necessária a soma de questões correspondentes a cada classe, multiplicadas pelo fator de correção. Resultados abaixo de 65% do escore máximo de cada categoria (menos de 3,9 pontos) representam disfunção sexual no domínio correspondente. Por meio da soma dos escores das categorias obtém-se o escore total, que possui valor mínimo de 2 e máximo de 36, apresentando um ponto de corte de 26,55. Os valores maiores ou iguais a esta delimitação estão associados a uma melhor função sexual, enquanto os abaixo representam disfunção sexual (PECHORRO et al., 2009; FERREIRA et al., 2013).

Para o artigo 2 foram utilizados, além da ficha de avaliação adaptada de Etienne e Waitman, o algômetro da marca Microfet 2 HHD (Hoggan Health, Estados Unidos), cujas medidas são expressas em kg/cm^2 . A pressão exercida inicia com $1\text{kg}/\text{cm}^2$, podendo chegar até $4\text{kg}/\text{cm}^2$, e permite avaliar o limiar de dor à pressão, definido como o ponto de onde a dor começa a ser sentida. O protocolo de avaliação foi baseado no estudo de Molins-Cubero et al. (2014) e Travel; Simons (2006).

1.4.7 Procedimentos

Os procedimentos metodológicos para ambos os artigos incluíram a aprovação no Gabinete de Apoio a Projetos do Centro de Educação Física e Desporto (CEFD) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (Anexo D) e aprovação Institucional (GEP/HUSM) (Anexo E). A coleta de dados teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional (Anexo F).

A abordagem das idosas ocorreu de forma individual, no Ambulatório de Climatério e Clínica da Dor do HUSM, informando-as sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa para posterior obtenção do TCLE e o Termo de Confidencialidade (Apêndice B). A seleção das idosas foi realizada a partir dos critérios de elegibilidade descritos anteriormente.

A aplicação dos instrumentos de coletas de dados foi realizada em uma sala reservada no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM, com temperatura controlada a 24

graus, sendo todos os instrumentos aplicados no mesmo dia, somente com a presença das pesquisadoras. Ao perceber desconforto da participante ao responder às perguntas ou queixas de dor, o protocolo seria interrompido, prosseguindo em outro momento, conforme disponibilidade. Após as coletas, foi realizado o registro e análise estatística dos dados, seguidos da discussão dos mesmos, para a confecção dos artigos científicos.

1.4.8 Análise estatística

A análise dos dados foi realizada através do SPSS 14, na comparação das variáveis paramétricas foi aplicado o teste T de *Student* bicaudal para amostras independentes. Para a comparação entre variáveis não-paramétricas foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney. Com relação a comparação das variáveis categóricas foi utilizado Teste de CHI². Em todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5%.

1.4.9 Considerações éticas

Para a realização dos artigos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (nº 2.472.098) (CAAE: 80587517.0.0000.5346). Todos os preceitos éticos foram cumpridos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para isso, o indivíduo foi informado sobre os procedimentos, objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como da sua participação voluntária no estudo, a fim de obter a assinatura no TCLE. A coleta só iniciou após a obtenção do mesmo, existindo a possibilidade de interrupção do protocolo de pesquisa caso a idosa sentisse algum desconforto durante as coletas, sendo realizado massagem local ou aplicação de gelo no assoalho pélvico caso houvesse necessidade.

O sigilo e a confidencialidade dos dados foram garantidos conforme o Termo de confidencialidade assinado pelas pesquisadoras, que ficarão sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Melissa Medeiros Braz, em seu arquivo pessoal, na forma física e digital, na sala 4108 do prédio 26 D, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de cinco (5) anos. Após esse período os dados serão incinerados.

2 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados sob a forma de dois artigos científicos, derivados do tema central dessa dissertação de mestrado, os quais serão submetidos à “Revista Fisioterapia e Pesquisa” (Anexo G) e “Revista Brasileira de Fisioterapia” (Anexo H), respectivamente.

A Saber:

Artigo 1 – Autoimagem genital e função sexual de idosas com e sem fibromialgia.

Artigo 2 – Limiar pressórico de dor do assoalho pélvico em idosas com e sem fibromialgia.

ARTIGO 1

Autoimagem genital e função sexual de idosas com e sem fibromialgia
Genital self-image and sexual function of elderly women with and without
fibromyalgia

GÉSSICA BORDIN VIERA SCHLEMMER¹, MARISA BASTOS PEREIRA², MELISSA MEDEIROS BRAZ³

¹ Fisioterapeuta, pós graduada em Reabilitação Físico-Motora. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde. Professora associada do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Fisioterapeuta, Doutora em Engenharia de Produção. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço para correspondência: Géssica Bordin Viera Schlemmer, Presidente Vargas 192, casa 1, Santa Maria-RS, CEP: 97170000. Telefone: (55) 999422726.

Fonte de financiamento: Esse trabalho não recebeu financiamento, sendo os custos arcados pelas pesquisadoras.

Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado intitulada “Limiar de dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia” do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria, desenvolvida pela mestranda Géssica Bordin Viera Schlemmer. Os procedimentos éticos vigentes foram cumpridos, sendo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (nº 2.434.518, CAAE: 80587517.0.0000.5346) e o texto não foi apresentado em congressos, seminários ou simpósios. A contribuição é inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações fisiológicas e pode estar associado a doenças como a fibromialgia, que provoca dores generalizadas com presença de fadiga, edema, alterações uroginecológicas, diminuição da libido e ressecamento vaginal, fatores que podem interferir sobre a autoimagem genital e função sexual. **Objetivo:** Comparar a percepção da autoimagem genital e função sexual de idosas com e sem fibromialgia. **Método:** Foram avaliadas 28 idosas de 60 a 75 anos distribuídas em dois grupos, um com diagnóstico médico de fibromialgia (GFM) e outro sem fibromialgia (GS). A avaliação foi realizada em um único encontro, pela mesma avaliadora, na qual foram obtidos dados sobre a história ginecológica, obstétrica, medicamentosa e informações referentes ao assoalho pélvico, por meio da ficha de avaliação adaptada de Etienne e Waitman. A avaliação da autoimagem genital foi feita por meio do FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) e para avaliar a função sexual utilizou-se o questionário FSFI (Female Sexual Function Index). **Resultados:** Quanto à função sexual, o GFM apresentou menor média (8,5), embora os dois grupos apresentassem predição para disfunção sexual. Com relação ao escore total do FSFI, houve diferença entre os grupos ($p < 0,038$), sendo que o GFM apresentou pior função sexual. Não houve diferença entre a autoimagem genital dos dois grupos. **Conclusão:** As idosas de ambos os grupos consideram-se com uma autoimagem genital positiva. GFM apresenta pior função sexual, o que pode ser atribuído ao fato de as mesmas apresentarem dor generalizada, diminuição da libido e depressão, além das alterações do envelhecimento. É necessária a abordagem de uma equipe interdisciplinar para o cuidado a estas idosas, contemplando inclusive a função sexual e a autoimagem genital.

Palavras-chaves: Autoimagem corporal, Genitália feminina, Idosas, Disfunções sexuais

ABSTRACT

Introduction: The aging process is characterized by physiological changes and may be associated with diseases such as fibromyalgia, which causes generalized pains with presence of fatigue, edema, urogynecologic alterations, decreased libido and vaginal dryness, factors that may interfere with genital autoimaging and sexual function. **Objective:** To compare the perception of genital self-image and sexual function of elderly women with and without fibromyalgia. **Method:** We evaluated 28 elderly women aged 60 to 75 years, divided into two groups, one with medical diagnosis of fibromyalgia (GFM) and the other without fibromyalgia (GS). The evaluation was performed in a single meeting, by the same evaluator, in which data on the gynecological, obstetrical, and medical history and information regarding the pelvic floor were obtained, using the evaluation form adapted from Etienne and Waitman. The evaluation of the female genital self-image was done through the FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) and the FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaire was used to evaluate the sexual function. **Results:** Regarding sexual function, GFM presented a lower mean (8.5), although both groups presented prediction for sexual dysfunction. Regarding the FSFI total score, there was difference between the groups ($p < 0.038$), and GFM presented worse sexual function. There was no difference between the genital autoimaging of the two groups. **Conclusion:** The elderly of both groups considered themselves with a positive genital self-image. GFM has worse

sexual function, which can be attributed to the fact that they present generalized pain, decreased libido and depression, as well as aging alterations. It is necessary to approach an interdisciplinary team to care for these elderly women, including sexual function and genital self-image.

Key words: Body self-image, Female genitalia, Elderly, Sexual dysfunctions

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está aumentando rapidamente devido à queda gradual e progressiva na taxa de natalidade, mortalidade infantil e ao avanço da tecnologia e condições de saúde. Sendo assim, em 2050 a população mundial idosa corresponderá a 22% da total.¹

Embora o processo de envelhecimento seja caracterizado por alterações fisiológicas, também pode estar associado a doenças como a fibromialgia, que provoca dores generalizadas com presença de fadiga, edema, alterações uroginecológicas e diminuição da libido. Estas alterações interferem na funcionalidade, sexualidade e qualidade de vida da mulher, modificando a aparência física e genital.²

A autoimagem genital é a percepção que a mulher tem do seu órgão genital, influenciada por fatores socioculturais externos em relação ao órgão genital e pelas experiências sociais e sexuais. Na terceira idade, esta percepção pode sofrer mudanças, devido a fatores como o estreitamento das paredes vaginais, redução da elasticidade dos tecidos, diminuição dos pelos pubianos e da lubrificação da vagina durante a excitação sexual, que podem afetar negativamente a autoimagem genital, ocasionar baixa autoestima e diminuição do desejo sexual.³

Nas mulheres com fibromialgia, a autoimagem genital e a função sexual também podem ser afetadas, devido à dispareunia e ressecamento vaginal. Muitas vezes, devido ao uso de medicações para o tratamento da fibromialgia, ocorre diminuição da lubrificação vaginal e lesões na pele, que podem afetar negativamente a autoimagem genital e a função sexual.⁴

A disfunção sexual e a imagem genital negativa estão associadas à frustração, diminuição dos relacionamentos sexuais, da frequência da procura ao ginecologista e da realização de exames ginecológicos, o que pode acarretar em diagnósticos tardios.⁵

Contudo, apesar desses pressupostos, os estudos que investigam esta temática em idosas com fibromialgia, ainda são escassos. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo comparar a percepção da autoimagem genital e função sexual de idosas com e sem fibromialgia.

METODOLOGIA

Trata-se de um pesquisa quantitativa, descritiva e de caráter transversal, na qual foram avaliadas idosas com e sem fibromialgia, oriundas do Ambulatório de Climatério, Clínica da Dor e Ambulatório de Fisioterapia de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul.

A coleta dos dados foi conduzida entre janeiro a março de 2018, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável (nº 2.434.518, CAAE: 80587517.0.0000.5346) e a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado por todas as participantes, garantindo seus direitos e privacidade, previstos na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizado o cálculo amostral para obtenção de um nível de significância (alfa) de 5% e poder (beta) de 80%. A avaliação da funcionalidade sexual foi realizada em uma amostra de 28 idosas divididas em dois grupos de 14, baseado nos resultados de Tonetto et al,⁶ considerando o resultado obtido no escore total do FSFI como desfecho.

Portanto, a amostra foi constituída por 14 idosas no grupo fibromialgia (GFM) e 14 no grupo sem fibromialgia (GS), com idades de 60 a 75 anos. Foram excluídas do estudo idosas com prolapso genital grau III, vulvovaginites, infecção do trato urinário, em tratamento oncológico, em tratamento fisioterapêutico para o assoalho pélvico e em uso de pomadas ginecológicas tópicas hormonais no momento da avaliação, com problemas neurais autorreferidos e comprometimento neurológico do assoalho pélvico diagnosticado.

As idosas foram convidadas a participar do estudo pela pesquisadora, recebendo informações, na forma escrita e verbal, sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos, riscos, benefícios e aspectos éticos. Após a assinatura do TCLE, foram submetidas à avaliação sobre a história ginecológica, obstétrica, medicamentosa e informações referentes ao assoalho pélvico, por meio da ficha de avaliação adaptada de Etienne e Waitman.⁷ A avaliação da autoimagem genital foi feita por meio do FGSIS (Female Genital Self-Image Scale), o qual avalia a autoimagem genital feminina. É composto por sete perguntas com quatro opções de respostas (concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente). Os escores variam 7 a 28 pontos, sendo que as pontuações maiores demonstram uma

autoimagem genital positiva.⁸ Estudo de DeMaria, Hollub, Herbenick⁹ definiu a média de pontuação de 21,8 como caracterizando uma autoimagem genital positiva.

Para avaliar a função sexual, utilizou-se o questionário FSFI (Female Sexual Function Index), composto por 19 questões, contemplando seis domínios da resposta sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia/desconforto.^{8,10} A pontuação de cada item é individual e varia de 0 a 5. Para obter o valor total do domínio é realizada a soma das questões correspondentes a cada classe, multiplicando-as pelo fator de correção. Resultados abaixo de 65% do escore máximo de cada categoria (menos de 3,9 pontos) representam disfunção sexual no domínio correspondente. Por meio da soma dos escores das categorias, obtém-se o escore total, que possui valor mínimo de 2 e máximo de 36, com um ponto de corte de 26,55, sendo os valores maiores ou iguais a esta delimitação associados a uma melhor função sexual, enquanto os abaixo representam disfunção sexual.^{11,12}

A aplicação do instrumento de coleta de dados foi realizada de forma individual no Ambulatório de Fisioterapia pela pesquisadora em um único dia.

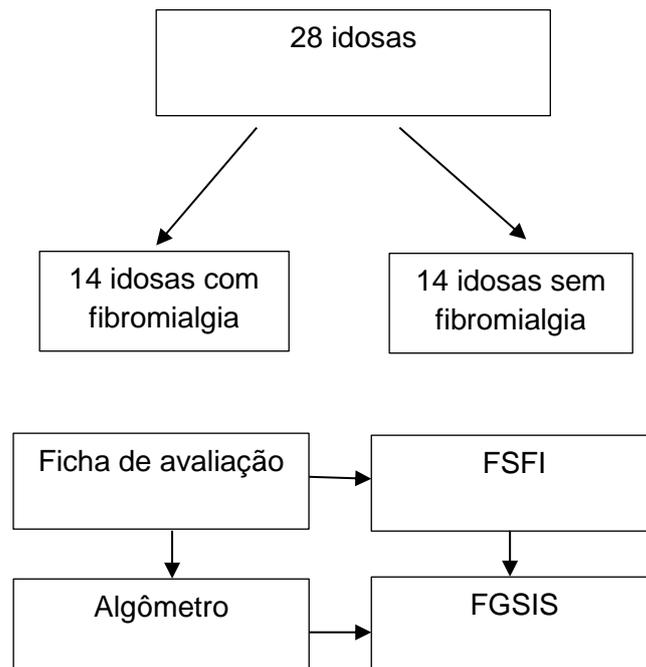
Após a coleta dos dados, foi realizada a digitação dos mesmos no programa Excel 2013 para armazenamento. As análises foram realizadas através do software SPSS 14.

Para a normalidade dos dados foi realizado o teste de *Shapiro-Wilk*. Na comparação das variáveis paramétricas foi aplicado o teste T de *Student* bicaudal para amostras independentes. Para a comparação entre variáveis não-paramétricas foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney. Com relação à comparação das variáveis categóricas foi utilizado o Teste de CHI². Em todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra total (n= 28), foi dividida em dois grupos (14 idosas com fibromialgia e 14 sem fibromialgia), como mostra o fluxograma.

Figura 1- Fluxograma da amostra



As idosas de ambos os grupos apresentaram média de idade homogêneas, como mostra a tabela 1.

Tabela 1: Dados de caracterização, ginecológicos e obstétricos das idosas com (GFM) e sem fibromialgia (GS), apresentados em número absoluto, porcentagem, média, desvio padrão e valor de p.

Variável N	GFM (14)	GS (14)	p*
Idade	64,3±3,3	63,7±1,1	0,769
Idade da menarca	13,9±1,9	13,1±1,5	0,225
Idade da menopausa	46,2±4,2	49,1±4,5	0,096
Estado civil	N (%)	N (%)	0,045*
Solteira	-	-	
Casada	7(50)	10(71,4)	
Viúva	2(14,3)	4(28,6)	
Divorciada	5(35,7)	-	
Uso de tranquilizantes			
Sim	12(85,7)	4(28,6)	0,006*
Não	2(14,3)	10(71,4)	
Tipo de parto			
Cesárea	7(50)	6(42,9)	0,874
Vaginal	8(57,1)	9(64,3)	0,285
Aborto	3(21,4)	1(7,1)	0,511

Etienne e Waitman. Fonte: Dados da pesquisa, $p \geq 0,005$, GFM: grupo com fibromialgia, GS: grupo sem fibromialgia.

Os grupos foram homogêneos em relação à idade, idade da menarca, da menopausa e ao tipo de parto. Todas as idosas foram consideradas sexualmente ativas, por relatarem atividade sexual nas últimas quatro semanas. Com relação aos antecedentes obstétricos, o parto vaginal foi o tipo que mais prevaleceu em ambos os grupos. O GFM apresentou maior uso de tranquilizantes. Os dados encontrados na Tabela 2 referem-se à autoimagem genital (FGSIS) das idosas.

Tabela 2. Comparação da autoimagem genital de idosas com (GFM) e sem fibromialgia (GS) por meio do FGSIS, apresentada em média, desvio padrão e valor de p.

Autoimagem genital	GFM	GS	p*
FGSIS*	n (14)	n (14)	
Segurança	3,3 ± 1,0	3,5 ± 0,7	0,737
Aparência	3,1 ± 0,9	3,5 ± 0,7	0,325
Conforto	2,4 ± 1,3	2,9 ± 1,1	0,303
Olfato	3,7 ± 0,7	3,3 ± 0,6	0,030*
Funcionamento	2,9 ± 1,0	3,6 ± 0,5	0,054
Exame	3,4 ± 1,1	3,1 ± 0,8	0,245
Vergonha	3,6 ± 0,8	3,2 ± 0,9	0,196
Média geral do instrumento	22,4 ± 6,8	23,1 ± 5,3	0,665

* Female Genital Self - Image Scale. Fonte: Dados da pesquisa, p* $\geq 0,005$, GFM: grupo com fibromialgia, GS: grupo sem fibromialgia.

A autoimagem genital das idosas apresentada na Tabela 2 dos dois grupos mostra que as idosas com fibromialgia possuem uma percepção melhor do domínio olfato ($p = 0,030$). No entanto, não houve diferença no escore geral do instrumento entre os grupos.

Quanto à avaliação da função sexual, observou-se diferença entre os grupos de idosas com e sem fibromialgia na média geral e nos domínios desejo, excitação, satisfação e dor, com pior função sexual para o GFM, conforme resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Comparação da função sexual de idosas com (GFM) e sem fibromialgia (GS) por meio do FSFI, apresentados em média, desvio padrão e valor de p.

Função sexual	GFM	GS	p*
FSFI*	n (14)	n (14)	
	Média ± Desvio padrão	Média ± Desvio padrão	
Desejo	1,8 ± 0,7	3,4 ± 1,1	0,001*
Excitação	1,1 ± 1,1	2,6 ± 2,2	0,043*
Lubrificação	1,3 ± 1,2	3,3 ± 2,6	0,056
Orgasmo	1,3 ± 1,3	3,2 ± 2,6	0,056
Satisfação	1,9 ± 0,9	4,1 ± 1,9	0,009*
Dor	1,3 ± 1,4	3,5 ± 2,7	0,048*
Média geral do instrumento (26,55)	8,5 ± 5,0	20,1 ± 12,2	0,038

* Female Sexual Function Index. Fonte: Dados da pesquisa, $p \geq 0,005$, GFM: grupo com fibromialgia, GS: grupo sem fibromialgia.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi comparar a percepção da autoimagem genital e função sexual de idosas com e sem fibromialgia. É importante ressaltar que não foram encontrados estudos que avaliaram a autoimagem genital de mulheres idosas. O nosso estudo foi composto por 28 idosas com e sem fibromialgia, homogêneos quanto à idade e estado civil (casadas), não assemelhando-se às participantes de outra pesquisa, as quais eram jovens, na sua maioria solteiras.¹³

O período do envelhecimento é repleto de alterações, provocando modificações na aparência física e no funcionamento de todos os órgãos, como flacidez da pele, músculos, perda dos pêlos pubianos. Estas alterações podem provocar insatisfação e preocupação com a imagem genital.¹⁴

Em idosas com fibromialgia, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento tornam-se mais acentuadas, devido à sensibilização central, que provoca agravamento dos sinais e sintomas.¹⁵ Considerando-se que não houve diferença entre os grupos, observa-se que o quadro álgico, característico da fibromialgia, não interferiu sobre a autoimagem genital das idosas. Esta, por sua vez, não apresentou relação com o número e tipo de parto neste estudo. Não há relatos na literatura sobre a influência do número e tipo de parto na imagem que a mulher estabelece em relação à sua genitália.

Com relação à função sexual, a média dos escores do FSFI do GFM foi significativamente inferior ao GS, embora ambos os grupos apresentem predição para disfunção sexual. Poucos estudos avaliaram a função sexual de mulheres idosas porém, nesta fase, as alterações devidas ao processo de envelhecimento podem contribuir para o prejuízo da função sexual, exercendo impacto negativo na qualidade de vida destas idosas. Neste estudo, 100% das idosas incluídas apresentaram risco para disfunção sexual (FSFI \leq 26,55).

Valadares et al.¹⁶ constataram em seu estudo a presença significativa de disfunção sexual em mulheres brasileiras com idade igual ou superior a 50 anos, confirmando que a disfunção sexual é um problema frequente em mulheres mais velhas.

A função sexual é considerada fundamental para o bem estar geral. As disfunções sexuais apresentam-se em sua maioria em idosas e, quando investigada em mulheres com doenças reumáticas, observou-se que as idosas com fibromialgia apresentam maior frequência de disfunções sexuais se comparado a outras doenças.¹¹

Em nosso estudo, observou-se que o GFM apresentou escores inferiores, relativos à função sexual, aos observados no GS. Tal achado pode ser atribuído ao fato de que sintomas como a depressão, ansiedade, dor musculoesquelética e fadiga são bastante frequentes nas mulheres com fibromialgia, o que pode exercer uma influência direta no comprometimento da função sexual dessas idosas e dificultar, dessa forma, a atividade sexual. As mulheres com fibromialgia, por apresentar um quadro álgico exacerbado, podem por consequência apresentar menor desejo, excitação e satisfação sexual quando comparadas a idosas higidas.¹⁷

No presente estudo, os domínios desejo, excitação, satisfação e dor obtiveram média inferior no GFM do que no GS. Este resultado justifica-se pelo fato de as idosas

com fibromialgia apresentarem dores crônicas generalizadas. Muitas vezes, o uso de medicações para redução da dor e ansiedade também provoca alterações, como redução da libido e ressecamento vaginal, dificultando ainda mais a relação sexual. A interação das medicações ansiolíticas, antidepressivas e analgésicas não promove a remissão completa de todos os sintomas da fibromialgia e pode resultar em efeitos adversos, comprometendo ainda mais a saúde destas pacientes.^{18'19}

Estes sintomas não são abordados com eficiência pela equipe multiprofissional na prática clínica e muitas mulheres não buscam tratamento por acreditar que estes distúrbios são decorrentes do processo do envelhecimento²⁰. Assim, ressalta-se a importância de um cuidado em saúde efetivo.

CONCLUSÃO

Não houve diferença entre a autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia. A função sexual foi considerada pior no grupo das idosas com fibromialgia, embora os dois grupos apresentassem predição para disfunção sexual. Desta forma, salienta-se a importância da temática para a ciência, revelando pesquisas na área da saúde, as quais possibilitarão possíveis tratamentos para estas pacientes. Salienta-se a importância de mais estudos para correlacionar a autoimagem genital e função sexual de idosas com fibromialgia no processo do envelhecimento, sendo a população deste estudo, uma limitação encontrada, por se tratar de idosas com fibromialgia.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Suíça. 2015.
2. Esquenazi D, Silva SRB, Guimarães MAM. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2014; 13(2).
3. Amorim H, Brasil C, Gomes T, Correia L, Martins P, Londero P. Relação do tipo de números de parto na função sexual e autoimagem genital feminina. Um estudo observacional. Journal of Physiotherapy Research. 2015; 5(1).

4. Souza MC de, Maciel GMC. A libido da mulher idosa perante o mito da velhice assexuada. *Anais CIEH*. 2015; 2(1).
5. Ginsberg RL et al. Prevalence and correlates of bodyimage dissatisfaction in postmenopausal women. *Women Health*. 2016; 56(1): 23-47.
6. Tonetto L da S et al. Função sexual de idosas com incontinência urinária. *Revista Kairós Gerontologia*. 2016; 19(4): 305-318.
7. Etienne MA, Waitman MC. *Disfunções sexuais femininas: A fisioterapia como recurso terapêutico*. Livraria Médica Paulista. 2006.
8. Herbenick D et al. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 8: 158–166.
9. Demaria AL, Hollub AV, Herbenick D. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): validation among a sample of female college students. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014; 9: 708-718.
10. Thiel R do R C et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008; 30(10): 504-10.
11. Ferreira CC, Mota LM, Oliveira AC, Carvalho JF, Lima RA, Simaan CK et al. Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2013; 53: 41-46.
12. Pechorro P et al. Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*. 2009; 7(1): 33-44.
13. Gomes TBS. Associação entre imagem corporal e imagem genital de mulheres matriculadas em academias: Um estudo observacional. Dissertação de mestrado, Salvador-Bahia, 2016.
14. Rocha MP, Viebig RF, Latterza AR. Imagem corporal em idosos: influências dos hábitos alimentares e da prática de atividade física. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital* 2012; 15(166).

15. Ashmawi HA, Freire GMG. Sensibilização periférica e central. *Revista dor*. 2016;17(1):3134. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500031&lng=en&nrm=iso>. access on 21 July 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160044>.
16. Valadares AL, Pinto NAM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa PL. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause*. 2008; 15(2): 264-269.
17. Martínez JM, Sitges C, Femenia J, Cifre I, González S, Chialvo D et al. Age-of-onset of menopause is associated with enhanced painful and non-painful sensitivity in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*. 2013; 32: 975-981.
18. Bellato E, Marini E, Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia DE, et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain research and treatment*. 2012.
19. Bazzichi L, Sernissi F, Consensi A, Giacomelli C, Sarzi-Puttini P. Fibromyalgia: a critical digest of the recent literature. *Clinical and experimental rheumatology*. 2011; 29(6 Suppl 69):S1-11. Epub 2012/03/14.
20. Harris SS, Link CL, Teenstedt SL, Kusek JW, Mackinlay JBL. Care Seeking and Treatment for Urinary Incontinence in a Diverse Population. *Jornal de Urologia*. 2007; 177: 680-684.

ARTIGO 2

Limiar pressórico de dor do assoalho pélvico em idosas com e sem fibromialgia

GÉSSICA BORDIN VIERA SCHLEMMER¹, MARISA BASTOS PEREIRA²,
MELISSA MEDEIROS BRAZ³

¹ Fisioterapeuta, pós graduada em Reabilitação Físico-Motora. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde. Professora associada do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Fisioterapeuta, Doutora em Engenharia de produção. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço para correspondência: Géssica Bordin Viera Schlemmer, Presidente Vargas, 192, casa 1, Santa Maria- RS, CEP: 97170000. Telefone: (55) 999422726.

RESUMO

Introdução: Dentre as doenças apresentadas pela população idosa destacam-se algumas patologias reumáticas como a fibromialgia, a qual desempenha um papel fundamental na dor generalizada e anormal. Embora a literatura investigue pontos álgicos em pacientes com fibromialgia, a dor no assoalho pélvico não é suficientemente pesquisada nesta população e a mesma pode interferir sobre a funcionalidade e qualidade de vida. **Objetivo:** Comparar o limiar pressórico de dor do assoalho pélvico de idosas com e sem fibromialgia. **Método:** Foi realizado um estudo duplo cego com 28 idosas de 60 a 75 anos distribuídas em dois grupos, com diagnóstico médico de fibromialgia (GFM) e sem fibromialgia (GS). A avaliação foi realizada em um único encontro, de forma individual, na qual foram obtidos dados sobre a história ginecológica, obstétrica, medicamentosa e informações referentes ao assoalho pélvico, por voluntárias previamente treinadas e capacitadas. A avaliação do limiar de dor à pressão foi realizada com o uso de um algômetro por uma das pesquisadoras. **Resultados:** A avaliação do limiar pressórico de dor demonstrou que o GFM apresentou menores valores para percepção de dor em relação ao grupo GS ($p < 0,000$ para o lado esquerdo) e ($p < 0,001$ para o lado direito). **Conclusão:** As idosas do GFM apresentaram menor limiar de dor à pressão, o que pode estar relacionado à patologia, que provoca dores generalizadas e sensibilização central. Mais pesquisas são necessárias para investigar a relação da fibromialgia com disfunções do assoalho pélvico.

Palavras-chaves: Assoalho pélvico, Idosas, Fibromialgia.

ABSTRACT

Introduction: Among the diseases presented by the elderly population, there are some rheumatic diseases such as fibromyalgia, which play a fundamental role in generalized and abnormal pain. Although the literature investigates pain points in patients with fibromyalgia, pain in the pelvic floor is not sufficiently researched in this population and it may interfere with the functionality and quality of life. **Objective:** To compare the pain pressure threshold of the pelvic floor of elderly women with and without fibromyalgia. **Method:** A double blind study was performed with 28 elderly women aged 60 to 75 years, divided into two groups, with medical diagnosis of fibromyalgia (GFM) and without fibromyalgia (GS). The evaluation was performed in a single meeting, on an individual basis, in which data on the gynecological, obstetrical, and medical history and information regarding the pelvic floor were obtained by previously trained and trained volunteers. The evaluation of pressure pain threshold was performed with the use of an algometer by one of the researchers. **Results:** The pain pressure threshold showed that GFM presented lower values for pain perception in relation to the GS group ($p < 0.000$ for the left side) and ($p < 0.001$ for the right side). **Conclusion:** GFM elderly women had lower pressure pain threshold, which may be related to the pathology, which causes generalized pain and central sensitization. More research is needed to investigate the relationship between fibromyalgia and pelvic floor dysfunction. **Keywords:** Pelvic floor, Elderly, Fibromyalgia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade, pois as melhorias nas condições de saúde e as baixas taxas de fecundidade têm favorecido o aumento na expectativa de vida, provocando um aumento no número de idosos¹, especialmente do sexo feminino. No Brasil, 60% da população idosa é composta por mulheres².

Dentre as doenças apresentadas por essa população idosa, destacam-se algumas patologias reumáticas como a fibromialgia, caracterizada por provocar edema em extremidades, dor generalizada, diminuição da libido e fadiga. Devido às dores musculoesqueléticas, as pacientes apresentam diminuição da funcionalidade, o que interfere nas atividades de vida diária, relação social e conjugal³.

Embora a literatura investigue pontos álgicos em pacientes com fibromialgia, a dor no assoalho pélvico não é suficientemente pesquisada nesta população. Estudos sugerem que a sensibilização central pode explicar as alterações do limiar na sensibilidade, tempo e na região da dor em situações clínicas de dores agudas e crônicas. A sensibilização central está presente na dor neuropática, na dor inflamatória, na enxaqueca, na síndrome do cólon irritável, entre outras síndromes dolorosas. Na fibromialgia, ela desempenha um papel fundamental na dor generalizada e anormal, em função do seu importante papel na geração de hipersensibilidade clínica de dor⁴.

As dores no assoalho pélvico em idosas podem ser associadas a vários fatores, como a menopausa, que provoca diminuição da lubrificação vaginal e produção de colágeno; bem como o hipoestrogenismo, associados a dor ou desconforto durante a relação sexual. Este limiar de dor em geral é afetado nas pacientes com fibromialgia, porém não é investigado no assoalho pélvico.⁵

A função sexual representa um componente importante da saúde, qualidade de vida e relações interpessoais. Desta forma, sabe-se que pacientes com fibromialgia apresentam dores musculoesqueléticas prejudicando, muitas vezes, a função sexual. Contudo, apesar da grande relevância desses conhecimentos, há poucos trabalhos envolvendo a ocorrência de dor no assoalho pélvico em mulheres com as

características do público-alvo do presente estudo. Assim, necessita-se a realização de mais pesquisas, justificando-se a execução desse projeto.

Desta forma, entendendo a importância da relação entre dor no assoalho pélvico, função sexual, o fisioterapeuta pode desenvolver estratégias para realizar o atendimento integral destas mulheres, promovendo melhor qualidade de vida.

Sendo assim, este artigo visa comparar o limiar pressórico de dor do assoalho pélvico de idosas com e sem fibromialgia.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e caráter transversal que avaliou idosas com e sem fibromialgia oriundas do Ambulatório de Climatério, Clínica da Dor e Ambulatório de Fisioterapia de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul.

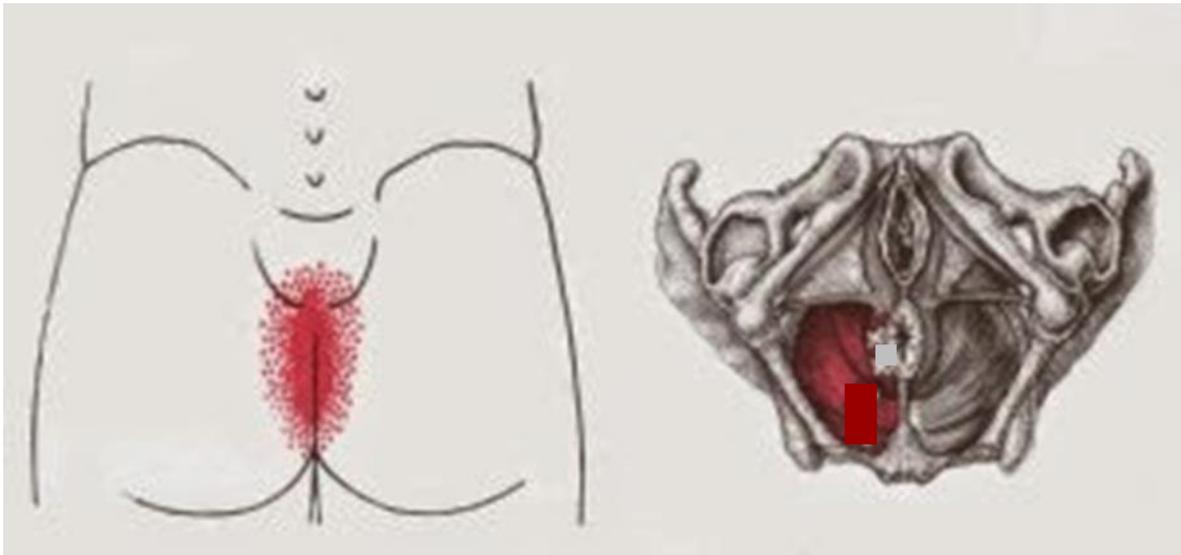
Os dados foram coletados entre janeiro a março de 2018, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável (nº 2.434.518, CAAE: 80587517.0.0000.5346) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por todas as participantes, o qual garante os direitos e privacidade previstos na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra constituiu-se com 28 idosas sexualmente ativas, 14 com fibromialgia (GFM) e 14 sem fibromialgia (GS), com idade de 60 a 75 anos. Foram excluídas do estudo idosas que apresentassem prolapso genital grau III, vulvovaginites, infecção do trato urinário, em tratamento oncológico, em tratamento fisioterapêutico para o assoalho pélvico e/ou em uso de pomadas ginecológicas tópicas hormonais no momento da avaliação, com problemas neurais autorreferidos e comprometimento neurológico do assoalho pélvico diagnosticado.

A pesquisadora convidou as idosas a participar do estudo, explicando sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos, riscos, benefícios e aspectos éticos. Após a assinatura do TCLE, foi avaliada a história ginecológica, obstétrica, medicamentosa e foram coletadas informações referentes ao assoalho pélvico, por meio da ficha de avaliação adaptada de Etienne e Waitman⁶. Na sequência, foram avaliadas quanto ao limiar de dor à pressão com o uso de um dinamômetro manual da marca Microfet 2 HHD (Hoggan Health, Estados Unidos) cujas medidas são expressas em kg/cm². O protocolo de avaliação foi baseado no estudo de Molins-Cubero, Travell^{7,8}.

Primeiramente, o procedimento do teste para avaliação do limiar de dor foi demonstrado sobre a eminência tenar da mão direita, para que a paciente identificasse o ponto em que a sensação de pressão se transforma em sensação de dor. Para avaliar os músculos do assoalho pélvico (levantador do ânus), a avaliadora posicionou a paciente em posição de litotomia e localizou os pontos situados na pelve bilateralmente, como mostra a figura 1.

Figura 1- Representação dos pontos avaliados na algometria



Fonte: Molins-Cubero et al. (2014) e Travel;Simons (2006).

O algômetro foi posicionado perpendicularmente em relação à superfície corporal em cada um dos pontos demarcados, aumentando a pressão a uma taxa crescente e constante (1 kg/s), sem bruscas variações. A participante foi orientada a relatar o início da sensação dolorosa, falando a palavra “dor” e, nesse momento, a pressão foi interrompida e o valor observado anotado. As medidas foram feitas por três vezes seguidas em cada ponto, do lado direito e do lado esquerdo, com um período de 30 segundos de intervalo entre cada uma delas, e o valor considerado foi a média entre estas medidas.

A aplicação da ficha de avaliação foi realizada por duas fisioterapeutas previamente treinadas e capacitadas e a algometria foi realizada posteriormente, sempre pela mesma pesquisadora, sem que houvesse a identificação do grupo de cada idosa, fibromialgia (GFM) ou sem fibromialgia (GS), caracterizando um estudo cego.

Foi realizado um estudo preliminar de confiabilidade intra-avaliador para a mensuração dos pontos descritos. Foram avaliadas dez idosas hígdas em um intervalo de 3 dias entre as duas avaliações. A confiabilidade intra-avaliador para a mensuração dos pontos foi estipulada pelo cálculo dos coeficientes de correlação intraclasses (CCI), demonstrando excelente confiabilidade nas mensurações (0,956), com intervalo de confiança de 95%.

Na análise dos dados, inicialmente foi realizada a estatística descritiva para caracterização da amostra. Para a normalidade dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Para comparação das variáveis paramétricas foi utilizado o Teste t de Student bicaudal para amostras independentes. Já para comparação entre variáveis não-paramétricas foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney. Com relação à comparação das variáveis categóricas foi utilizado o Teste CHI². Todos os testes foram realizados com o nível de significância de 5% através do software SPSS 14.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 28 idosas divididas em dois grupos, 14 com fibromialgia (GFM) e 14 sem fibromialgia (GS). Os dados referentes às características da amostra quanto à idade, estado civil, e medicamentos utilizados são apresentados na Tabela 1. Todas as idosas eram sexualmente ativas.

Tabela 1: Dados de caracterização das idosas com fibromialgia (GFM) e sem fibromialgia (GS), apresentados em número absoluto, porcentagem, média, desvio padrão e valor de p.

Variável	GFM n (14)	GS n (14)	p*
Idade	64,3(3,3)	63,7(1,1)	0,769
Estado civil (casada)	N (%)	N (%)	0,045*
Sim	7(50)	10(71,4)	
Não	7(50)	04(28,6)	
Uso de medicamentos (tranquilizantes)			
Sim	12(85,7)	4(28,6)	0,006*
Não	2(14,3)	10(71,4)	

Ficha de avaliação de Etienne e Waitman. Fonte: Dados da pesquisa, $p^* \geq 0,005$, GFM: grupo com fibromialgia, GS: grupo sem fibromialgia.

Os grupos não diferiram estatisticamente em relação à idade (Tabela 1). Por outro lado, as idosas do GFM exibiram valores significativamente maiores em relação à utilização de medicamentos tranquilizantes.

A avaliação do limiar pressórico de dor demonstrou que o GFM apresentou menores valores para percepção de dor em relação ao grupo GS, apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Limiar pressórico de dor no assoalho pélvico das idosas com fibromialgia (GFM) e sem fibromialgia (GS), apresentados em média, desvio padrão e valor de p.

Limiar pressórico de dor no assoalho pélvico	GFM (n = 14)	GS (n = 14)	P*
Lado direito	2,4(0,8)	3,6(0,9)	0,001*
Lado esquerdo	2,5(0,9)	3,7(0,6)	0,000*

Fonte: Dados da pesquisa, $p^* \geq 0,005$, GFM: grupo com fibromialgia, GS: grupo sem fibromialgia.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo comparar os limiares de dor à pressão de idosas com e sem fibromialgia. Observou-se que as idosas com fibromialgia apresentaram menor limiar pressórico, o que sugere que as mesmas são mais sensíveis ao estímulo doloroso que as idosas sem fibromialgia.

O fato pode ser associado à sensibilização central das idosas com fibromialgia, que corresponde ao aumento da atividade dos circuitos da via nociceptiva. Este processo de sensibilização central tem sido observado em várias doenças que se manifestam com dor crônica, como a fibromialgia, conforme estudo experimental que sugere que a fibromialgia está associada à redução dos limiares cutâneos e musculares à dor⁹.

Em nosso estudo, houve diferença entre os limiares pressóricos de dor do assoalho pélvico entre as idosas. A dor no assoalho pélvico pode estar relacionada à piora na função sexual, incontinência urinária e outras disfunções do assoalho pélvico. Por isso, a queixa algica neste local precisa ser mais investigada, necessitando de avaliação funcional do assoalho pélvico e tratamento multiprofissional.

O possível aumento do limiar de dor por pressão nos idosos também pode ser explicado pelo próprio processo fisiológico do envelhecimento, onde há diminuição da massa muscular esquelética e consequente diminuição do tônus muscular, além de possíveis alterações na percepção, transmissão e processamento da dor.

Existem poucos estudos com relação ao uso do algômetro em idosos. Pesquisa apresentou correlação moderada e estatisticamente significativa quando utilizou a algometria como forma de avaliação de dor comparada às escalas numérica e visual analógica, sugerindo que este seja um método adequado para a avaliação da dor¹⁰.

Pesquisa realizada na Universidade de São Paulo com 210 pessoas avaliou o limiar de dor à pressão na articulação temporomandibular com algometria e escala visual analógica (EVA) e concluíram uma fraca, porém significativa correlação entre a intensidade da dor referida e o limiar de dor com o aparelho¹¹.

No entanto, observou-se que o algômetro, apesar de ser um método objetivo, apresenta limitações, como variação entre aferições no mesmo indivíduo, que podem ser influenciadas por fatores como ansiedade e tensão no momento da coleta. Estes fatores podem ser encontrados em pacientes com fibromialgia, porém são escassos os estudos com essa amostra na literatura.

A fibromialgia, por ser uma patologia reumática, apresenta sintomas como dor, fadiga muscular, insônia, ansiedade e diminuição da libido, que podem prejudicar a interação social e conjugal¹². No presente estudo, constatamos que as idosas de ambos os grupos eram sexualmente ativas e predominantemente casadas. Considerando-se a avaliação por meio da algometria do assoalho pélvico das idosas com fibromialgia, é possível que estas apresentem dor durante a relação sexual, o que pode diminuir a frequência das atividades sexuais e dificultar a interação com o parceiro.

A fim de promover melhor assistência e melhor qualidade de vida para estas idosas, é importante que a equipe de atenção à saúde escute, considere e respeite as queixas álgicas destas pacientes, inclusive no assoalho pélvico, orientando-as e conduzindo-as para um melhor tratamento.

CONCLUSÃO

O limiar de dor provocado por pressão foi menor no grupo das idosas com fibromialgia, sendo justificado pelas alterações decorrentes do envelhecimento e da própria patologia reumática, caracterizada por provocar dores musculoesqueléticas generalizadas, interferindo desta forma na sensibilidade à dor. Salienta-se a importância de mais estudos com esta temática nesta população, possibilitando possíveis tratamentos e revelando novas pesquisas na área da saúde. A amostra do estudo, foi uma limitação encontrada, por se tratar de idosas com fibromialgia, sendo sua prevalência em mulheres na faixa etária dos 40 a 55 anos.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes A da C G, Silva ALA da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. 2016; 19(3).
2. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://censo2010.ibge.gov.br/>
3. Wolfe et al. The American college of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*. 2010; 62: 600-610.
4. Ashmawi HA, Freire GMG. Sensibilização periférica e central. *Revista dor*. 2016;17(1):3134. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500031&lng=en&nrm=iso>. access on 21 July 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160044>.
5. Souza JG de, Ferreira VR, Oliveira RJ de, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioterapia em movimento*. 2011; 24(1): 39-46.
6. Etienne MA, Waitman MC. *Disfunções sexuais femininas: A fisioterapia como recurso terapêutico*. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.
7. Molins-cubero S et al. Changes in pain perception after pelvis manipulation in women with primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Jornal PubMed*. 2014; 15(9): 1455-1463.
8. Travell JG, Simons DG. *Dor e Dsfunção Miofascial: Manual dos Pontos-Gatilho*. 2 ed. Artmed. 2006:110-126.
9. Staud R, Robinson ME, Price DD. Temporal summation of second pain and its maintenance are useful for characterizing widespread central sensitization of fibromyalgia patients. *Journal of Pain*. 2007; 8(11): 893-901.
10. Alfonsin MM. *Correlação da algometria, escala análogo visual, escala numérica de avaliação da dor em mulheres com dor pélvica crônica [Dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

11. Stuginski BJ, Silva RS, Cunha CO, Bonjardim LR, Conti ACCF, Conti PCR. Pressure pain threshold and pain perception in temporomandibular disorder patients: is there any correlation?. *Revista Dor*. 2015; 16(1): 22-26.

12. Ferreira CC et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2013; 53(1): 35-46.

3 CONCLUSÃO

As alterações fisiológicas e psicológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento podem alterar a autoimagem genital e função sexual, influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e conjugais. A função sexual representa um componente importante da saúde, qualidade de vida e relações interpessoais. Desta forma, sabe-se que pacientes com fibromialgia apresentam dores musculoesqueléticas prejudicando, muitas vezes, a função sexual.

Contudo, apesar da grande relevância desses conhecimentos, há poucos trabalhos envolvendo a ocorrência de dor no assoalho pélvico, percepção da autoimagem genital e função sexual em mulheres com as características do público-alvo do presente estudo. Diante disso, este estudo se propôs a comparar a dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia.

A partir dos resultados encontrados, observou-se a importância de promover a qualidade de vida para estas idosas, abordando as questões referentes a função sexual, autoimagem genital, identificando possíveis problemas relacionados ou não ao processo do envelhecimento e assim contribuindo para divulgação de novos estudos na área da saúde. Salientando, a necessidade de mais investigações a respeito do tema, com amostras maiores.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. B. et al. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Caderno. saúde coletiva**. [online]. vol.24, n. 1, 2016.
- ASHMAWI, H. A.; FREIRE, G. M. G. Sensibilização periférica e central. **Revista Dor**. São Paulo , v. 17, supl. 1, p. 31-34, 2016. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180600132016000500031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/18060013.20160044>.
- BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.
- BERMAN, L. et al. Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v.29, p.11–21, 2003.
- BULLA, L. C.; MEDIONDO, M. Z. Velhice, dependência e vida cotidiana institucional. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (orgs.). **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**.2. ed. Caxias do Sul: Educ; Porto Alegre: Edipucrs, 2010, p. 87-109.
- BRAMWELL, R.; MORLAND, C. Genital appearance satisfaction in women: the development of a questionnaire and exploration of correlates. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v.27 n.1, p.15-27, 2009.
- CAMARANO, A. A. et al. Como vive o idoso brasileiro? Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.
- DEMARIA, A. L.; HOLLUB, A, V.; HERBENICK, D. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): validation among a sample of female college students. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 3, p. 708-718, 2014.
- ETIENNE, M. A.; WAITMAN, M. C. Disfunções sexuais femininas: A fisioterapia como recurso terapêutico. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.
- FERREIRA, C.C. et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.53, n.1, p.35-46, 2013
- FREITAS, E. V de; et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- FREITAS, R. P. et al. Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.57 n.3 São Paulo Maio/Jun 2017.

- HEO, G. E. et al. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v.95, p.247, 2016.
- HERBENICK, D.; REECE, M. Development and validation of the female genital self-image scale. **The Journal of Sexual Medicine**, v.7, p.1822–30, 2010.
- HERBENICK, D. et al. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. **The Journal of Sexual Medicine**, v.8, p.158–166, 2011.
- HEYMANN, R. E. et al. Consenso Brasileiro do Tratamento da Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010.
- HEYMANN, R. E. et al . Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo , v. 57, supl. 2, p. s467-s476, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000800006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2017.07.002>.
- LAUMAN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **Journal of the American Medical Association**, v. 281, p.537–544, 1999.
- LEE, K. V. et al. Antidepressant- induced sexual dysfunction among newer antidepressants in a naturalistic setting. **Psychiatry Investigation**, v. 7, p. 55-59, 2010.
- LEAL, A. de S. **Análise da atuação da fisioterapia na qualidade de vida de pacientes com fibromialgia: Estudo de caso**. Campina Grande. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual do Paraíba (UEPB). Campina Grande, 2011.
- LITIERE, R. V. et al. Dor, Qualidade de vida, autopercepção de saúde e depressão de pacientes com fibromialgia, tratados com hidrocinestoterapia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 6, p. 494-500, 2013.
- LISBOA, L. L. et al. Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n.3, p. 209-215, 2015.
- MARQUES, A. P. et al. Prevalência de fibromialgia: Atualização da revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 4, p. 356-363, 2016.
- McCABE, M.P.; SHARLIP, I.D.; LEWIS, R. et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. **The Journal of Sexual Medicine**, v.13, p.144-52, 2016.
- MIRANDA, R.; SCHOOR, E.; GRÃO, M. J. B. C. Avaliação Postural em mulheres com dor pélvica crônica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 31, n. 7, p. 353-360, 2009.

MOLINS-CUBERO, S. et al. Changes in pain perception after pelvis manipulation in women with primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. **Jornal PubMed**, v. 15, n. 9, p. 1455-1463, Mar, 2014.

NAEINIAN, M.R.; SHAEIRI, M.R.; HOSSEINI, F.S. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. **Urology Journal**, v.8, p.127–131, 2011.

NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; POLI NETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 28, n. 12, p. 733-740, 2006.

ORNAT, L. et al. Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. **Maturitas**, v. 75, p. 261-269, 2013.

PECHORRO, P. et al. Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). **Laboratório de Psicologia**, v.7, n.1, p. 33-44, 2009.

RODRIGUES, L. de S.; SOARES, G. A. Velho, Idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n.4, p. 1-29, 2006.

ROSENBAUM, T. Y. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. **Journal of Sexual Medicine**, v 4, n. 1, p. 4-13, 2007.

SCHICK, V.R. et al. Genital appearance dissatisfaction: implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. **Psychology of Women Quarterly**, v.4, p.394–404, 2010.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008

SCHWANKE, K. et al. Diagnóstico molecular e frequência de anticorpos. **Revista Brasileira de Parasitologia**. Pará, v.34, n.3, p. 255-260, 2014.

STEINER, J. L. et al. Social support mediates the relations between role strains and marital satisfaction in husbands of patients with fibromyalgia syndrome. **Journal Families Systems & Health**, v. 28, n. 3, p. 209-223, 2010.

TERZI, R.; TERZI, H.; KALE, A. Avaliação da relação entre síndrome pré-menstrual e dismenorréia primária em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n. 4, p. 334-339, 2015.

TONETTO, L. da S. et al. Função sexual de idosas com incontinência urinária. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 305-318, 2016.

TRAVELL, J. G.; SIMONS, D. G. Dor e Dsfunção Miofascial: Manual dos Pontos-Gatilho. 2 ed. Artmed, p. 110-126, 2006.

THIEL, R. do R. C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 10, p. 504-10, 2008.

THOMPSON, J. A. et al. Differences in muscle activation patterns during pelvic floor muscle contraction and valsalva manouevre. **Neurourology and Urodynamics**, v. 25, n. 2. p. 148-155, 2006.

VALADARES, A. L. et al. Sexual activity in Brazilian women aged 50 years or older within the framework of a population-based study. **Menopause**, v. 21, p. 295-300, 2014.

VANDYKEN, C.; HILTON, S. Physical Therapy in the Treatment of Central Pain Mechanisms for Female Sexual Pain. **Sexual Medicine Reviews**, v. 5, n. 1, p. 20-30, jan 2017.

VICTORIA, C. G., KNAUTH, D. R., & HASSEN, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000.

WOLFE. et al. The American college of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis Care & Research**, v. 62, p. 600-610, 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Título do estudo: Relação entre dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia.

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Dra. Melissa Medeiros Braz

Orientanda: Géssica Bordin Viera Schlemmer

Local da Coleta de Dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Responsável da pesquisa: Prof^a. Dra. Melissa Medeiros Braz

Telefone para contato: (55)99975-7026

E-mail para contato: melissamedeirosbraz@gmail.com

Endereço: Av. Roraima, nº 1000, prédio 26D - Bairro Camobi, Santa Maria, CEP: 97105-900.

Prezada Senhora:

Eu Melissa Medeiros Braz, responsável pela pesquisa Relação entre dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia, a convido a participar como voluntária deste estudo.

Esta pesquisa pretende investigar a relação entre função sexual, dor no assoalho pélvico e autoimagem genital de idosas fibromiálgicas. Acreditamos que ela seja importante porque pesquisas direcionadas à função sexual de idosas ainda são simples e escassas, sentimentos sobre a autoimagem genital podem estar relacionados a muitos aspectos da qualidade de vida, especialmente aqueles ligados à função sexual. Assim, compreender esta relação é fundamental para que o profissional de saúde possa orientar as idosas quanto à sua saúde.

Para sua realização será feito o seguinte: você responderá a quatro questionários: uma ficha com os dados pessoais, um questionário sobre a sua função sexual, outro sobre como você percebe os seus órgãos genitais e um teste chamado algometria (para avaliar a presença e a intensidade da dor que você sente na musculatura do assoalho pélvico). Primeiro o teste sendo demonstrado na palma da mão, para que você identifique o ponto em que a sensação de pressão se transforma em sensação de dor. Para avaliar os músculos do assoalho pélvico, a avaliadora lhe posicionará em posição ginecológica com apoio das pernas e localizará os pontos nos dois lados, aplicando uma pressão crescente e constante. Você será orientada a relatar o início da sensação dolorosa, falando a palavra “dor” e, nesse momento, a pressão será interrompida e o valor observado anotado. Sua participação constará de responder aos questionários e realizar o teste.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos você pode se sentir constrangida ao responder sobre sua vida sexual e percepção da autoimagem genital, já que são perguntas relacionadas à sexualidade, ato sexual e órgãos genitais e/ou pode sentir-se cansada devido à extensão dos questionários, ou ainda, sentir dor acentuada nos pontos a serem analisados. No caso de queixa de dor excessiva, você será orientada a fazer massagem local ou aplicação de gelo. Os benefícios que esperamos com o estudo são que você tenha informações sobre a fibromialgia e o assoalho pélvico e função sexual, desta forma, proporcionando um melhor entendimento sobre a imagem genital.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pela sua equipe de saúde de referência.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Géssica Bordin Viera Schlemmer
Rua: Presidente Vargas, 192, casa 1. Boca do Monte
Email: gessicabordinviera@yahoo.com.br

Melissa Medeiros Braz
Rua dos Andradas, 602, ap 702 – Centro/ Santa Maria
Email: melissabraz@hotmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Relação entre dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia.

Pesquisadoras responsáveis: Melissa Medeiros Braz [(55) 99975-7026]

Géssica Bordin Viera Schlemmer [(55) 99942-2726]

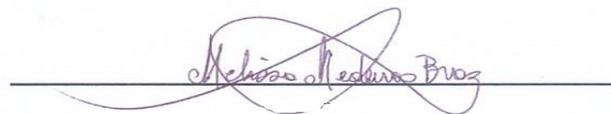
Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados das participantes envolvidas no trabalho, que serão coletados por meio de ficha de avaliação, FSFI, FGSIS e algometria no HUSM, no período de Janeiro a Março de 2018. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26D, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, sala 4108, 97105-970 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof. Melissa Medeiros Braz, após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê¹ de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,.....dede 20.....



CI 1112904196

1 **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM**
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Cômite de Ética
Cidade Universitária - Bairro Camobi
97105-900 - Santa Maria - RS
Tel.: (55)32209362 - Fax: (55)3220 E-mail cep.ufsm@gmail.com

ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO ADAPTADA DE ETIENNE E WAITMANN

Data da avaliação: ____/____/____. Tel.: _____

Identificação: _____

DN: ____/____/____. Idade: _____

Situação afetiva/conjugal: _____

Ocupação: _____

Peso: _____ Altura: _____ Cor: _____

Fibromialgia: () SIM () NÃO

Antecedentes pessoais:

- | | |
|---|--|
| () Fumante | () Disfunções Pulmonares |
| () Diabetes | () Disfunções Reumatológicas |
| () Alergias | () Disfunções Cardíacas |
| () Disfunções circulatórias | () Disfunções Renais |
| () Disfunções Ginecológicas | () Hipertensão arterial sistêmica(HA) |
| () Endometriose | () prolapso genital |
| () Incontinência urinária | () ITU |
| () Tratamento Fisioterapêutico para assoalho pélvico | |
| () Tratamento oncológico ginecológico | |
| () Vulvovaginites | |

Antecedentes ginecológicos:

Clínico: _____

Menarca: _____ Menopausa: _____

Antecedentes obstétricos:

Nº de gestações: _____

Nº de partos _____ Normais: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Peso do maior e do menor recém-nascido: _____

Atividade sexual:

() exerce () não exerce

Medicação em uso:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------------|
| () diuréticos | () tranquilizantes | () hormônios |
| () corticoides | () anticolinérgicos | () pomadas |
| ginecológicas tópicas hormonais | | |

() outros: _____

Pelve:

História de traumas físicos e/ou cirúrgicos:

Queda com o quadril no chão: () Sim () Não

Queda de escada: () Sim () Não

Acidente com fratura/ luxação de quadril, vértebras lombares e/ ou MMII:

() Sim () Não

Cirurgia abdominal, pélvica e/ou urogenital: () Sim () Não

Qual? _____

ANEXO B - FEMALE GENITAL SELF-IMAGE SCALE (FGSIS)

(Escala da Autoimagem Genital Feminina)

	(4) Concordo Plenamente	(3) Concordo	(2) Discordo	(1) Discordo Plenamente
1. Sinto-me segura positivamente sobre meus genitais	()	()	()	()
2. Estou satisfeita com a aparência dos meus genitais	()	()	()	()
3. Eu me sentiria confortável deixando um parceiro sexual olhar meus genitais	()	()	()	()
4. Acho que meus genitais cheiram bem	()	()	()	()
5. Eu acho que meus órgãos genitais funcionam da maneira que deveriam funcionar	()	()	()	()
6. Eu me sinto confortável permitindo que um profissional de saúde examine meus genitais	()	()	()	()
7. Não estou envergonhada dos meus genitais	()	()	()	()

ANEXO C - FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

0 = Sem atividade sexual

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

0 = Sem atividade sexual

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

5 = Segurança muito alta

4 = Segurança alta

3 = Segurança moderada

2 = Segurança baixa

1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

0 = Sem atividade sexual

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

0 = Sem atividade sexual

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

0 = Sem atividade sexual

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Ligeiramente difícil

5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Ligeiramente difícil

5 = Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("clímax/gozou")?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

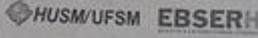
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

ANEXO E – APROVAÇÃO INSTITUCIONAL (GEP/HUSM)



Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



REGISTRO DE PROJETOS

Nº inscrição CEP: 193/2017 Data: 13/11/2017

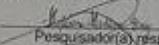
Pesquisador(a): Murilo Pedreira Silva Função: Prof. Adj.
 SIAPE: 103460 Telefone: (51)3305.3000 Unidade/Curso: Departamento de Fisioterapia
 E-mail: murilope@ufsm.br
 Título: Atividade física para reabilitação física, função sexual e autoestima genital de idosos com a síndrome de Parkinson

TIPO DE PROJETO: Pesquisa Extensão Ensino Institucional
FINALIDADE: TCC Especialização Mestrado Doutorado Pós-Doutorado
 Iniciação Científica Mestrado Profissional Outros
 Qual programa? _____

TIPO DE PESQUISA: Inovações tecnológicas em Saúde Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde Epidemiológico Clínica Epidemiológica Observacional Infraestrutura Avaliação de Tecnologia em Saúde Biomédica (Sbito - Sensus) Pré-Clinica Qualitativa Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde Outras Ações de C.&T.
 Ensaio Clínico: Fase I Fase II Fase III Fase IV
 Multicêntrico: Não Sim, qual? _____
 Período Execução: Ano (Início) 2017 Ano (Término) 2017

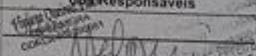
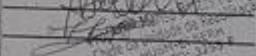
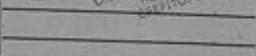
FORTE(S) DE FINANCIAMENTO: Edital Interno do HUSM Edital Interno UFSM, qual(is)? _____
 Indústria Farmacêutica Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) Agência de Fomento Internacional Outro(s), qual(is)? _____

GRUPO DE PESQUISA: Não Sim, qual? _____
OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.


 Pesquisador(a) responsável

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

➔ **SETORIAL:**

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
Arquitetura Aca. II	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CLÍNICA DA DOR (BIOG)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
UNIDADE DE DIAGNÓSTICO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

2➔ **COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM:** Aprovado Data: 16/11/17
 3➔ **GEP/HUSM ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):** Aprovado Data: 17/11/17

ATENÇÃO: A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEPI/UFSM e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.

ANEXO F – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE DOR NO ASSOALHO PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E AUTOIMAGEM GENITAL DE IDOSAS COM E SEM FIBROMIALGIA

Pesquisador: Melissa Medeiros Braz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80587517.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

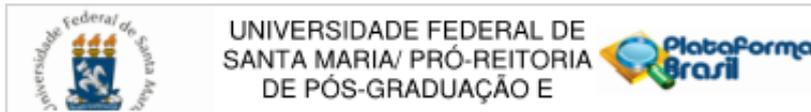
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.472.098

Apresentação do Projeto:

A função sexual representa um componente importante da saúde, qualidade de vida e relações interpessoais. Pacientes com fibromialgia apresentam dores musculoesqueléticas prejudicando, muitas vezes, a função sexual. Contudo, apesar da grande relevância desses conhecimentos, há poucos trabalhos sobre esta temática, sendo necessário mais estudos nesta área. O objetivo deste estudo é investigar a relação entre função sexual, dor no assoalho pélvico e autoimagem genital de idosas fibromiálgicas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. A amostra será composta por 28 idosas sexualmente ativas, a partir de 60 anos, sendo divididas em dois grupos (com e sem fibromialgia), pacientes do Hospital Universitário de Santa Maria. Serão incluídas pacientes sexualmente ativas nas últimas 4 semanas, que apresentarem diagnóstico médico de fibromialgia. Será aplicada uma ficha de avaliação com dados de identificação, a história ginecológica, medicamentosa e os aspectos uroginecológicas das mulheres idosas. Para avaliar a função sexual das idosas será utilizado o do questionário Female Sexual Function Index (FSFI) e o questionário Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) será utilizado para avaliar a autoimagem genital. Também serão avaliados os pontos dolorosos do assoalho pélvico das idosas por meio do algômetro. Os instrumentos serão aplicados às idosas individualmente, em espaço físico adequado. Os dados dos instrumentos serão analisados descritivamente. A avaliação da normalidade dos dados será dada pelo teste Shapiro Wilk. Para comparar os grupos de idosas com e sem fibromialgia será utilizado o teste t para amostras

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.472.056

independentes para as medidas simétricas e, para as assimétricas, o de Wilcoxon. Será utilizado o teste de correlação de Spearman para relacionar os dados provenientes da algometria. O nível de significância adotado será de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar a dor no assoalho pélvico, função sexual e autoimagem genital de idosas com e sem fibromialgia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram avaliados no projeto, na Plataforma e TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

--

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: informa que serão 30 as participantes da pesquisa, mas no projeto, este número é de 28.

Registro no GAP: ok

Autorização institucional (GEP): ok

Cronograma: jan a mar de 2018

Orçamento: ok

Termo de confidencialidade: ok

TCLE: foi adequado.

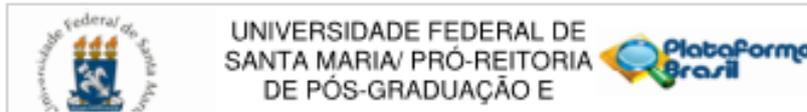
Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A divergência entre o número de participantes é mínima (2), o que não implicaria em nova pendência, já que os demais itens foram adequados. Desta forma, recomenda-se a aprovação do

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.472.098

mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1037342.pdf	17/01/2018 14:25:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	gessica17jan.docx	17/01/2018 14:25:00	Melissa Medeiros Braz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegessica.docx	17/01/2018 14:23:24	Melissa Medeiros Braz	Aceito
Outros	Confidencialidade.doc	24/11/2017 15:34:50	Melissa Medeiros Braz	Aceito
Outros	GAP.pdf	24/11/2017 15:32:50	Melissa Medeiros Braz	Aceito
Outros	GEP.pdf	24/11/2017 15:30:55	Melissa Medeiros Braz	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	24/11/2017 09:46:43	Melissa Medeiros Braz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 23 de Janeiro de 2018

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Ponciano, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9302 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO G- INSTRUÇÕES AOS AUTORES - REVISTA FISIOTERAPIA E PESQUISA

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials*(<http://clinicaltrials.gov>).

3 – Resumo, *abstract*, descritores e *keywords*:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords*(sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na

análise estatística;

c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em sequência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;

d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;

e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda.

Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

Instruções aos autores disponíveis em: <http://rfp-ptr.com.br/instrucoes-aos-autores/#Forma>.

Acesso em 03 abr. 2018.

ANEXO H – DIRETRIZES PARA AUTORES- REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA

Manuscript form and presentation

Original manuscripts

The official language of the BJPT is English. The BJPT accepts the submission of manuscripts with up to 3,500 words (excluding title page, abstract, references, tables, figures, and legends). The information contained in appendices will be included in the total number of words allowed.

The manuscript must include a title and identification page, abstract, and keywords before the body of the manuscript. References, tables, figures, and appendices should be inserted at the end of the manuscript.

Title and identification page

The title of the manuscript must not exceed 25 words and must include as much information about the study as possible. Ideally, the terms used in the title should not appear in the list of keywords. The identification page must also contain the following details:

Full title and short title of up to 45 characters to be used as a legend on the printed pages;

Authors: author's first and last name in capital letters without title followed by a superscript number (exponent) identifying the institutional affiliation (department, institution, city, state, country). For more than one author, separate using commas;

Corresponding author: name, full address, email, and telephone number of the corresponding author who is authorized to approve editorial revisions and provide additional information if needed.

Keywords: up to six indexing terms or keywords in Portuguese and English.

Abstract

The abstract must be concise, not exceeding 250 words in a single paragraph in English, and must be inserted immediately after the title page. Do not include references, footnotes or undefined abbreviations in the abstract. It must be written in a structured format.

Bullet points

On a separate page, the manuscript must identify three to five phrases that capture the essence of the topic under investigation and the main conclusions of the paper. Each bullet point must be written in a summarized fashion and provide the main contributions of the study to the current literature, as well as the clinical implications (i.e., how the results can influence clinical practice or scientific research in the area of physical therapy and rehabilitation).

These points must be presented in a text box in the beginning of the article, after the abstract. Each bullet point must have no more than 80 characters (with spaces).

Introduction

This part of the manuscript should describe and define the topic under investigation, explain the relationships with to other studies in the same field, justify the need for the study, and specify the objective(s) of the study and hypotheses, if applicable.

Methods

This section consists in describing the methodological design of the study and presenting a clear and detailed report of the study participants and data collection procedures, transformation/reduction, and analysis in order to allow reproducibility of the study. For clinical trials, the participant selection and allocation process must be organized in a flowchart containing the number of participants in each phase as well as their main characteristics (see model of CONSORT flow diagram). Whenever relevant to the type of study, the author should include the calculation that adequately justifies the sample size for investigation of the intervention effects. All of the information needed to estimate and justify the sample size used in the study must be clearly stated. The authors must describe the dependent and independent variables; whether the parametric assumptions were met; specify the software used in the data analysis and the level of significance; and specify the statistical tests and their purpose.

Results

The results should be presented briefly and concisely. Pertinent results must be reported with the use of text and/or tables and/or figures. Data included in tables and figures must not be duplicated in the text.

The results must be summarized into self-explanatory graphs or tables using measures of central tendency and variability (e.g. mean (SD) instead of mean \pm SD); must include measures of magnitude of effect (e.g. effect size) and/or indicators of the precision of the estimates (e.g. confidence intervals); must report the power of the non-significant statistical tests.

Discussion

The purpose of the discussion is to interpret the results and to relate them to existing and available knowledge, especially the knowledge already presented in the Introduction. Be cautious when emphasizing recent findings. The data presented in the Methods and/or in the Results sections should not be repeated. Study limitations, implications, and clinical application to the areas of physical therapy and rehabilitation sciences must be described.

References

The recommended number of references is 30, except for systematic reviews of the literature. Avoid references that are not available internationally, such as theses and dissertations, unpublished results and articles, and personal communication. References should be

organized in numerical order of first appearance in the text, following the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals prepared by the ICMJE.

Journal titles should be written in abbreviated form, according to the List of Journals of Index Medicus. Citations should be included in the text as superscript (exponent) numbers without dates. The accuracy of the references appearing in the manuscript and their correct citation in the text are the responsibility of the author(s). **Examples:** http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Tables, Figures, and Appendices

An overall total of five (5) tables and figures is allowed. Appendices must be included in the number of words allowed in the manuscript. In the case of previously published tables, figures, and appendices, the authors must provide a signed permission from the author or editor at the time of submission.

For articles submitted in Portuguese, the English version of the tables, figures, and appendices and their respective legends must be attached in the system as a supplementary document.

-Tables: these must include only indispensable data and must not be excessively long (maximum allowed: one A4 page with double spacing). They should be numbered consecutively using Arabic numerals and should be inserted at the end of the text. Small tables that can be described in the text are not recommended. Simple results are best presented in a phrase rather than a table.

- Figures: these must be cited and numbered consecutively using Arabic numerals in the order in which they appear in the text. The information in the figures must not repeat data described in tables or in the text. The title and legend(s) should explain the tables and figures without the need to refer to the text. All legends must be double-spaced, and all symbols and abbreviations must be defined. Use uppercase letters (A, B, C, etc.) to identify the individual parts of multiple figures. Whenever possible, all symbols should be placed in the legends. However, symbols identifying curves in a graph can be included in the body of the figure, provided this does not hinder the analysis of the data. Figures in color will only be published in the online version. With regard to the final artwork, all figures must be in high resolution or in its original version. Low-quality figures will not be accepted and may result in delays in the process of review and publication.

- Acknowledgements: these must include statements of important contributions specifying their nature. The authors are responsible for obtaining the authorization of individuals/institutions named in the acknowledgements.

Authors are strongly encouraged to use EQUATOR network checklists that are specific for their research design (for example, CONSORT statement for clinical trials, PRISMA statement for systematic reviews or STROBE statement for observational studies). All statements from the EQUATOR network can be found on the following website: <http://www.equator-network.org>

Instruções aos autores disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/rbfis/iinstruc.htm>. Acesso em 03 abr.2018.

