



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Efeitos de uma proposta de protocolo de telefisioterapia para
gestantes com HIV: um estudo piloto.**

Leila Marise Dominique Klaczko-Acosta

Rio de Janeiro

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

**Efeitos de uma proposta de protocolo de telefisioterapia para
gestantes com HIV: um estudo piloto.**

Leila Marise Dominique Klaczko-Acosta

Sob a Orientação da Professora
Vívian Pinto de Almeida

e Co-orientação do Professor
Alexandre Magno Delgado

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na Área de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Rio de Janeiro

2022

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

K63 Klaczko-Acosta, Leila Marise Dominique
Efeitos de uma proposta de protocolo de
telefisioterapia para gestantes com HIV: um estudo
piloto / Leila Marise Dominique Klaczko-Acosta. --
Rio de Janeiro, 2022.
129 f.

Orientadora: Vívian Pinto de Almeida.
Coorientador: Alexandre Magno Delgado.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2022.

1. Infecção por HIV. 2. Consulta remota. 3.
Terapia por exercício. I. Almeida, Vívian Pinto de,
orient. II. Delgado, Alexandre Magno, coorient.
III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PROPG
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LEILA MARISE DOMINIQUE KLACZKO ACOSTA

**"EFEITOS DE UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TELEFISIOTERAPIA PARA
GESTANTES COM HIV: UM ESTUDO PILOTO"**

Aprovado(a) pela Banca Examinadora
Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2022.

Prof.^a Dr.^a Vivian Pinto de Almeida - UNIRIO/RJ (orientadora)

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Sartorato Beleza – UFSCAR/RJ
(membro externo)

Prof.^a Dr.^a Ludmila dos Santos Guimarães – UNIRIO/RJ (membro
interno)

Prof.^a Dr.^a Neville Ferreira Fachini de Oliveira – UNICAMP/SP
(suplente externo)

Prof.^a Dr.^a Viviane dos Santos Marques – UNIRIO/RJ (suplente
interno)

Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais – PPGHIV/HV
Hospital Universitario Gaffrée e Guinle, Décima Enfermaria,
Rua Mariz e Barros, 775. Tijuca. Rio de Janeiro. CEP: 20.270-004. Tel.: 2264-4011

DEDICO estas inéditas reflexões a todos os bebês, crianças, adultos

STELLA

BEN

THEO

CAIQUE

PILAR

INAE

MARTIM

RACHEL

DIOGO

que construíram minhas reflexões e

Fazem parte da minha vida

PAI,

MÃE,

OBRIGADA POR ESSA VIDA.

Abrir o peito numa procura

Quero o meu peito repleto de tudo

que eu possa abraçar

Nada a temer

Nada a fazer senão esquecer o medo

Sonhos não envelhecem

Quero a sede a fome eterna de amar e amar e amar

VIDAVIDAVIDA

(M. Nascimento. Gonzaguinha)

AGRADECIMENTOS

Tudo começou com um convite da amiga Virgínia (Vivi) para escrever o projeto de sala de parto com a equipe de fisioterapia em urologia, e uma ida à maternidade para dar assistência a uma gestante internada. De repente, me vejo cooptada por essa mulher potente, firme, segura, premonitória, que me expõe a possibilidade da pós-graduação no programa da UNIRIO com gestantes com HIV, população que não havia ainda sido atendida pela fisioterapia. Claro que respondo que, na minha idade, não tinha mais energia para enfrentar esse tipo de desafio e carga de trabalho, além de ser uma profissional eminentemente da assistência clínica.

Saíamos para almoçar quando atravessa nosso caminho Vivian, professora do programa de Pós-graduação, hoje minha querida, paciente e dedicada orientadora, que me alfabetizou no mundo acadêmico, de mãos dadas sem soltar nenhum minuto, olho-no-olho. Vivi, meio de supetão, me apresenta a ela como a próxima candidata à pós pela fisioterapia. Fico emudecida, constrangida e nada tinha a falar. Vivi começa a falar de um projeto de pesquisa, estou atordoada, surda e confusa... o almoço passa, pouco consigo engolir e combinamos que dali a uns 20 dias entregaria um primeiro esboço de um projeto.... em estado de choque, fui para casa e comecei a pesquisar e perceber que não entendia dessa história de pesquisa e menos ainda, escrever um projeto.

VIVI é o superego do bem que FREUD não descobriu. Gratidão para sempre. Stella, sua filha, vai fazer diferença nesse mundão masculinizante. Precisava de um apoio que me segurasse nos momentos de desespero, porque estava pesado pra Vivi me ajudar sozinha. Lá fui eu para uma ajuda entre amigos: Ericka querida, Dercio, preciso e didático, e mais algumas garrafas de vinho, muita seriedade adoçada de confiança me descortinaram um mundo completamente inédito (ainda bem que o vinho ajudou a relaxar ao grande impacto...) O resto da história vocês imaginam. Muitos momentos de insegurança, desespero, desespero total... Vivi (de novo) me escutava enlouquecida ao telefone e me bancava “NÃO VAI PARAR, VAI ATÉ O FIM”, respeito, ética e afeto é seu DNA, segurou até o finzinho... “tamu junto” até agora. Nas madrugadas, “zaps” imensos, discussões sobre a invisibilidade dessa mulher gestante que convive com HIV, marcadores sociais, ahhh!!! Stephania, como você me aturou nas insônias e nos grandes *insights*, você acompanha as minhas confusões

psicossociais e ainda teoriza em cima com referências, com muito carinho, horas de “mãe pra filha”, “horas de filha pra mãe”, tem um pedaço do meu coração que você é a dona e disputa com minhas melhores produções do mundo.

Sempre achei que devia ser o sustentáculo para o resto da vida de cada um dos meus filhos. Rachel e Diogo, qual nada, tudo se inverteu. Cuidado a cada dia, almoço virtual, visitas na noite, tabelas, erros, abraços, acompanhando agenda de cada semana, escuta-escuta-amorosa, cada um segurou na minha mão de um lado e fomos juntos com orgulho e fé na energia vital que nos une, sementes que cresceram em mim fruto de UM grande amor: SAMAÚMAS se tornaram. Conheci e senti o amor, Fernando, grata. À labuta do dia a dia, Bruna, de café – entusiasmo - medo – dúvida – desconhecimento – chocolate – sabores – risos – choros – roupa – bolsa – computador - pandemia - confidências- chuva - partos – chocolate - mulheres – barrigas – números – discussões – descobertas – cerveja – vinho – memória - estudo – seriedade – desconfiança – confiança – trabalho - mais chocolate... juntas fomos fortes, divertidas e leves. Nos suportamos, nos amamos, deu tudo certo, GRATIDÃO rrsrs. Vamos continuar???

Vivi, Bruna sabe o que eu descobri?? Sonho que se sonha junto é realidade! “TMJ!”. Valeu para todo o sempre!!

As portas se abriram com o afeto e atenção da Regina Rocco, a paciência, sorrisos e explicações da Ana Claudia, Pablo, Daiana, Jaqueline, e a coringa Marcinha Neves sempre sorrindo e ajudando. Obrigada HOSPITAL GAFREE GUINLE, OBRIGADA PPGHIV/HV: gratidão marcada no coração

Na confusão, sem mapa e sem caminho, surge Delgado - firme, aponta com clareza e força, afeto e bom humor (aiii!), que alívio ter a certeza de sua aparição no momento exato! Exato no número, salvação de um trabalho braçal, dedicação incansável, FELIPE, você fez uma diferença marcante. Entre borboletas e musculação, teve tempo para reflexão, conselhos e solidariedade, valeu muito, Marcio-genro rrsrsr. Na primeira e última hora, dedicação total, som, câmera, foto, registro, tradução, apoio, torcida TECA, MARINA. Vizinha sempre pronta, Cristina querida, sorrisos. Em todas as paradas, Júlia estava na liberação, nem imagino sem ela...a fásia de tudo, a liga, movimento fluido. Ângela Santos, atenção, afeto, paciência, reconhecimento, história. Tecida com fio invisível, textura firme, macia, delicadeza que salta aos olhos, mas nada vai fazer com que se rompa a rede feminina de afetos, cuidados, escuta, força, dedicação e torcida aquecendo sempre meu coração, Tereza,

Celia, Ethel, Ana, Zeina, Elida, Luciana. Sempre junto uma taça-um cheiro- um prazer- dois- três- plenitude-uma ideia, ufa, não faltou.

Mãe, não deu tempo, né? Tudo bem, papai estava aflito..., mas força, dignidade, determinação e celebração vocês semearam dentro de mim e lembro todos, todos os dias da minha vida... Vocês estão dentro de mim. Valeu a força, meu irmão longe e perto, Louis Bernard.

“Quero nunca mais partir para longe de mim” (ELISA LUCINDA)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAFISM -	Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
ACOG -	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AF -	Atividade física
Aids -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP-	Assoalho pélvico
AS -	Aspectos sociais
AVD -	Atividade da vida diária
CF -	Capacidade funcional
CID -	Classificação Internacional de Doenças
COFFITO -	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
COVID-19 -	Coronavirus 19
CREFITO -	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CVCT -	Com vídeo com teleconsulta
CVST -	Com vídeo sem teleconsulta
DAP -	Disfunção do assoalho pelvico
DCP -	Dor na cintura pélvica
DL -	Dor lombar
DS -	Disfunção Sexual
EGS -	Estado geral da saúde
EUA -	Estados Unidos da América
FEBRASGO -	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUGG -	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IC -	Imagem Corporal
ICS -	<i>International Continence Society</i>
IDATE -	Inventário de ansiedade traço-estado
IF -	Incontinência fecal
IMC -	Índice de massa corporal
IST -	Infecção sexualmente transmissível
IU -	Incontinência urinária
IUE -	Incontinência urinaria de esforço
IUE -	Incontinência urinária de esforço
IUGA -	<i>International Urogynecological Association</i>
MAP -	Musculatura do assoalho pélvico
MCS -	Resumo do componente mental
MS -	Ministério da Saúde
NHP -	<i>Nottingham Health Profile</i>
PCS -	Resumo do componente físico
PFBQ -	<i>Pelvic Floor Bother Questionnaire</i>

PGQ -	<i>Pelvic Girdle Questionnaire</i>
POP -	Prolapso de órgãos pélvicos
QV -	Qualidade de vida
RMDQ -	<i>Roland Morris Disability Questionnaire</i>
SVST -	Sem vídeo sem teleconsulta
TALE -	Termo de assentimento livre e esclarecido
TARV -	Terapia antirretroviral
TCLE -	Termo de consentimento livre e esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES - FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Evolução da infecção pelo HIV. Fase aguda: Replicação viral acentuada (alta carga viral e queda abrupta de linfócitos T CD4+). Fase de latência clínica: Equilíbrio entre a replicação viral e resposta imunológica. Fase sintomática e AIDS: Desequilíbrio entre a replicação viral e o sistema imunológico; indivíduos assintomáticos que apresentam contagem de células T CD4+ menor que 200 células/mm ³	20
Figura 2 - P4 - Para verificar dor na cintura pélvica posterior	45
Figura 3 - Ponte - Para verificar dor na cintura pélvica posterior	45
Figura 4 - “MAT-test” – “Puxando um tapete”: Para verificar dor na cintura pélvica anterior	46
Figura 5 - Trendelenburg - Para verificar dor na cintura pélvica posterior.....	46
Figura 6 - Início do movimento de rotação. Primeiro a cabeça, depois bacia.....	51
Figura 7 - Inclinação-rotação da bacia e cintura escapular	51
Figura 8 - Fechamento das costelas e do tórax para completar a torção.	52
Figura 9 - Encerramento da torção	52
Figura 10 - Movimento PD 01 - deitada em decúbito dorsal sobre um saco plástico: pêndulo.	54
Figura 11 - Movimento PD 02 - deitada em decúbito dorsal sobre o saco plástico: balsa de pelve.	54
Figura 12 - Movimento PD 03 -deitada em decúbito dorsal sobre o saco plástico: movimento de relógio.	55
Figura 13 - Movimento PD 04 - deitada em decúbito dorsal: treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP).....	55
Figura 14 - Movimento PD 05 - deitada em decúbito dorsal: ponte. Elevação pélvica com apoio dos pés e membros superiores (MMSS) no solo.	56
Figura 15 - Movimento PD 06 - deitada em decúbito dorsal: remador.....	56
Figura 16 - Movimento PD 07 - deitada em decúbito dorsal: balancinho.....	57
Figura 17 - Movimento PD 08 -deitada em decúbito dorsal: quatro dinâmico.	57
Figura 18 - Movimento PD 09 - Deitada em decúbito lateral (DL): pés de palhaço, pés de bailarina.	58

Figura 19 - Movimento PD 10 - deitada em D.L: esticando o braço.	58
Figura 20 - Movimento PD 11 - deitada em D.L.: ostra.....	59
Figura 21 - Movimento PD 12- deitada em D.L.: Charleston.	59
Figura 22 - Movimento PD 13 - deitada em D.L.: rotação de braços.	60
Figura 23 - Movimento PD 14 - deitada em D.D: torcendo a toalha.	60
Figura 24 - Movimento PD 14 - deitada em D.D: torcendo a toalha.	61
Figura 25 - Movimento PS 15 - sentada: borboletinha.....	61
Figura 26 - Movimento PS 16 - sentada: bomba de retorno venoso.	62
Figura 27 - Movimento PS 16 - sentada: bomba de retorno venoso.	62
Figura 28 - Movimento PS 17 – sentada: as árvores que balançam.	63
Figura 29 - Movimento PS 17 – sentada: as árvores que balançam.	63
Figura 30 - Movimento PS 18 - sentada: deslizando.....	64
Figura 31 - Movimento PS 18 - sentada: deslizando.....	64
Figura 32 - Movimento PS 19 - sentada: esticando os braços.....	65
Figura 33 - Movimento PS 20 – sentada: rotação de braços.	65
Figura 34 - Movimento PS 20 – sentada: rotação de braços.	66
Figura 35 - Movimento PS 21- sentada: pescoço girando.....	66
Figura 36 - Movimento PS 21- sentada: pescoço girando.....	67
Figura 37 - PS 22 – sentada: postura de sereia.	67
Figura 38 - PS 22 – sentada: postura de sereia.	68
Figura 39 – PS 23 - sentada: postura de sereia dinâmica.	68
Figura 40 - Movimento PS 24- sentada: saia justa.	69
Figura 41 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.	69
Figura 42 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.	70
Figura 43 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.	70
Figura 44 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.	71

Figura 45 - Movimento PJ 26 - joelho e em pé: joelho a frente.	71
Figura 46 - Movimento PJ 26 - joelho e em pé: joelho a frente.	72
Figura 47 - Movimento PQA 27- joelho e em pé: 4 apoios.	72
Figura 48 - Movimento PQA 27- joelho e em pé: 4 apoios.	73
Figura 49 - Movimento PQA 28 - Joelho e em pé: gatinho	73
Figura 50 - Movimento PQA 28 - Joelho e em pé: gatinho	74
Figura 51 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.....	75
Figura 52 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.....	76
Figura 53 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.....	76
Figura 54 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.....	77
Figura 55 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.....	77
Figura 56 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.....	78
Figura 57 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.....	78
Figura 58 - Fluxograma do desenho do estudo	82
Figura 59 - Fluxograma do estudo.....	84
Quadro 1 - Tipos de dor.....	27
Tabela 1 – Dados sociodemográficas de gestantes que vivem com HIV em pré-natal no ambulatório de obstetrícia do HUGG segundo os grupos de atendimento randomizados (n=50)	85
Tabela 2 - Análise descritiva dos questionários de qualidade de vida, dor lombo-pelvica, disfunção assoalho pélvico e ansiedade de gestantes que vivem com HIV em pré-natal no ambulatório de obstetrícia do HUGG segundo os grupos de atendimento randomizados (n=50)	86
Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos questionários de qualidade de vida, dor lombo pelvica, disfunção do assoalho pélvico e ansiedade segundo os momentos e variação, pelo tempo de conhecimento da soropositividade para o HIV em 50 gestantes do ambulatório de o bstetrícia do HUGG, no período de set/2021 a set/2021	87
Tabela 4 - Gestantes que vivem com HIV em pré-natal no ambulatório de obstetrícia do HUGG, no período de set/2020 a set/2021, segundo a condição de participação no final do estudo (n=50) ANÁLISE DAS PERDAS	89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 HIV/AIDS	20
2.2 O ASSOALHO PÉLVICO NA GRAVIDEZ	22
2.3 DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO	23
2.3.1 Incontinência urinária	23
2.3.2 - Dor lombar / dor na cintura pélvica	26
2.3.3 Disfunção sexual	27
2.4 ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ	28
2.5 GRAVIDEZ E HIV	30
2.6 QUALIDADE DE VIDA E VULNERABILIDADE DA MULHER GRÁVIDA COM HIV	31
2.7 GRAVIDEZ E COVID- 19	34
2.8 TELECONSULTA EM FISIOTERAPIA	35
3 JUSTIFICATIVA	38
4 HIPÓTESE	40
5 OBJETIVOS	41
5.1 OBJETIVO GERAL	41
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
5.3 DESFECHOS	41
6 METODOLOGIA	42
6.1 TIPO DE ESTUDO	42
6.2 ORIGEM DA AMOSTRA	42
6.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	42
6.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
6.5 AMOSTRA PRETENDIDA	43
6.6 QUESTIONÁRIOS	43
6.7 EXAME FÍSICO	45
6.8 CARTILHAS – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (APÊNDICE E)	46
6.9 VÍDEOS (APÊNDICE F)	47
6.10 BASE TEÓRICA DOS EXERCÍCIOS POSTURAIIS	48
6.11 FOTOS DOS EXERCÍCIOS COM EXPLICAÇÕES E OBJETIVOS	53

6.12 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS	79
6.12.1 Abordagem presencial - TCLE + ficha de identificação + 4 questionários + entrega das cartilhas + exame físico.....	79
6.12.2 Randomização.....	80
6.12.3 Procedimento com cada grupo	80
6.12.4 Teleconsulta.....	80
6.12.5 Avaliação final	81
6.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	82
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	83
8 RESULTADOS	84
9 DISCUSSÃO	90
9.1 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	95
10 CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO CNS nº 466/2012	110
APÊNDICE B -TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) - RESOLUÇÃO CNS nº 466/2012	113
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ATENDIMENTO A DISTÂNCIA – TELECONSULTA/ TELEMONTORAMENTO DE FISIOTERAPIA (Adaptado das Recomendações da ABRAFISM em maio de 2020).....	115
APÊNDICE D - AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA EM OBSTETRÍCIA.....	117
APÊNDICE E - CARTILHAS - ATIVIDADES DA VIDA DIARIA.....	119
APÊNDICE F – QR CODE COM OS VÍDEOS ENVIADOS PARA AS PARTICIPANTES	122
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL DE COLETA.....	123
ANEXO B – VERSÃO BRASILEIRA DO SF-36	124
ANEXO C – QUESTIONÁRIO PGQ- BRASIL	125
ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE INCOMODO DO ASSOALHO PÉLVICO	126
ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO - IDATE.....	127
ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUGG. ...	128

RESUMO

Esse é um estudo piloto realizado no ambulatório de pré-natal do Hospital Gaffrée e Guinle, UNIRIO, sobre o acompanhamento de gestantes com diagnóstico de HIV, seguindo tratamento com medicações antirretrovirais. A pesquisa se propõe a avaliar a qualidade de vida dessas gestantes a partir de disfunções do assoalho pélvico, dor lombar e na cintura pélvica, ansiedade, utilizando quatro questionários: SF-36, PGQ, PFBQ, IDATE através de uma proposta de protocolo de teleconsulta. Três grupos foram randomizados o primeiro recebia um vídeo de exercícios compatível com a idade gestacional pelo aplicativo de celular WhatsApp *Web* e cartilhas com posturas nas atividades da vida diária. O segundo grupo recebia o mesmo material do primeiro grupo e eram realizados atendimentos por vídeo chamada com data e hora marcadas após o recebimento de cada vídeo. O terceiro grupo apenas recebeu as cartilhas. Os grupos foram comparados através de análise de variância (ANOVA), considerando significância estatística um p valor <0,05. Como resultados encontrou-se uma piora nos domínios capacidade funcional para os dois grupos que não realizaram a teleconsulta com a prática dos exercícios, uma melhora no domínio vitalidade e no domínio estado geral de saúde e saúde mental; e uma tendência a melhora com o grupo que obteve a teleconsulta, piorando no grupo sem vídeo e sem teleconsulta. Houve nesse mesmo grupo a piora da dor lombar e na cintura pélvica. Não é possível afirmar que a proposta de teleconsulta influencia na qualidade de vida quando de uma amostra reduzida. Entre os grupos não houve uma diferença significativa no tipo de tratamento. Necessário apontar que outras abordagens devem ser criadas para garantir o sigilo da soropositividade e, ainda, maior esclarecimento quanto ao trabalho da fisioterapia em obstetrícia para qualquer gestante, pois foram fatores de muita influência para perdas durante o estudo. Existe pouca publicação de estudos de fisioterapia em obstetrícia com essa população, necessário maior implementação de pesquisas nessa área para conclusões mais robustas.

Palavras-chave: Infecção por HIV. Consulta remota. Terapia por exercício.

ABSTRACT

This is a pilot study carried out at the prenatal clinic of Hospital Gaffrée and Guinle - part of the Federal University of the state of Rio de Janeiro (UNIRIO) - on pregnant women diagnosed with HIV receiving regular treatment with antiretroviral medications. The research aims to assess the quality of life of these pregnant women considering the occurrence of pelvic floor disorders, low back pain, pelvic girdle pain and anxiety using four questionnaires. Namely SF-36, PGQ, PFBQ, IDATE using a protocol of teleconsultation. Three groups were randomized: the first received an exercise video compatible with their fetus gestational age via WhatsApp and booklets with examples of postures for daily activities. The second group received the same material as the first group and also received a teleconsultation through video call after each exercise video was sent to them. The third group received only the booklets. The groups were compared using analysis of variance (ANOVA), considering statistical significance a p value <0.05. As a result, we found a worsening in the functional capacity domains for the two groups that did not receive teleconsultation along with the exercise videos. We found an improvement in the vitality domain and in the general health and mental health domain; and a trend towards improvement with the group that received the teleconsultation. We found worsening in the group that received only the booklets. In this same group we found worsening of low back pain and pelvic girdle pain. Besides clinical conclusions, the study found that teleconsultation is not suitable for this population group, given the secrecy of their HIV positive status. Further research into physical therapy in this population is still needed for more robust conclusions.

KEYWORDS: HIV infection. Pregnancy. Remote consultation; Exercise therapy.

1 INTRODUÇÃO

A aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma infecção causada por um retrovírus chamado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pertencente à família do Lentivirus, que provoca infecções persistentes, com evolução lenta e produzindo degeneração progressiva do sistema imune (BRASIL, 2014). Utiliza como veículo o sangue, fluidos sexuais e leite materno. Os primeiros casos de aids foram descritos nos Estados Unidos da América (EUA), em 1981. Em 1987, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a aids como um problema de saúde mundial (BRASIL, 2003).

A feminização da epidemia começa a ter visibilidade a partir da década de 90, atingindo as mulheres em idade fértil. Caracteriza-se dessa forma a transmissão heterossexual em mulheres com relacionamentos estáveis, retirando o foco das profissionais do sexo e atingindo uma parcela da população fora dos grupos de risco (BRASIL, 2002; PREUSSLER, 2005). As infecções pelo HIV começam a apresentar um fenômeno global que aponta transformações epidemiológicas, marcadas pela “feminização”, “interiorização”, “pauperização” e “juvenilização” (VIEIRA *et al.*, 2014; AYALA, 2016). Assim apresentam-se os casos de gestantes infectadas pelo HIV (SANTOS, 2016).

A gestante que vive com HIV/aids encontra-se numa situação de vulnerabilidade associada a fatores culturais, sociais e políticos, onde muitas vezes, não tem acesso a serviços e recursos terapêuticos, com pouca capacidade de decidir sobre sua situação de risco (BRASIL, 1999).

O conhecimento das adaptações fisiológicas e biomecânicas do corpo feminino durante a gestação ajuda a compreender melhor o trabalho a ser realizado com estas mulheres gestantes, na proposta de melhora na sua qualidade de vida gestacional, minimizando intercorrências físicas patológicas (LEMOS, 2014; BIO, 2015; BARACHO, 2018).

Variados são os sintomas apresentados pela gestante, desde disfunções neuromusculares até redução da motilidade da musculatura lisa, aumentando a constipação, queixa de dispneia, alterações cardiovasculares, passando pelas disfunções do assoalho pélvico (AP) com perdas involuntárias de urina, dores lombares e pélvicas, além da disfunção sexual (RASTAD *et al.*, 2014). Essas dores acometem, principalmente a partir do 6º mês de gestação levando a: limitações para realizar tarefas da vida diária, em 12% das gestantes; restrição na participação com afastamento do trabalho, em 9 a 21% das gestantes, além da redução na qualidade de vida (QV). Devido a prevalência de dores lombares e pélvicas, 45 a 73% são

consideradas naturais da gestação e apenas 32% das mulheres durante a gravidez relatam ao obstetra essas dores (BARACHO, 2018).

Uma forma de melhorar a saúde física e mental materna e reduzir o risco de complicações na gravidez é a atividade física pré-natal, que deve ser considerada linha de frente no acompanhamento de gestantes (MOTTOLA *et al.*, 2018). A orientação para a realização de atividade física durante a gestação deu-se em 1990 e garantia a melhora da QV dessa mulher gestante. Ela é estimulada e indicada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), em 2002 e reconhecida como segura e indicada para todas as gestantes saudáveis (ACOG, 2002).

Agora em 2020, foi publicado novo parecer desse comitê do ACOG onde “o exercício físico consiste em movimentos corporais planejados, estruturados e repetitivos, feitos para melhorar um ou mais componentes de aptidão física, é um elemento essencial para uma vida saudável”. A Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM, 2020a) e a ACOG (2020) recomendam, ainda, que as mulheres sedentárias devem iniciar algum exercício durante o período gestacional.

Mattos *et al.*, em 2014, lembram que qualquer modificação no corpo, altera a nossa imagem corporal (IC) interferindo, assim, na QV. As mulheres que vivem com HIV/aids se preocupam com as modificações da sua IC em confronto com a soropositividade, podendo apresentar consequências marcantes como o excesso de zelo ou o descaso com a sua imagem. Durante a gestação, o ventre passa a ser a representação do corpo desta mulher, influenciando no sentido de fazer parte do mundo e reforçando a noção do corpo constituído por partes. Mattos *et al.* afirmam que o mesmo acontece quanto ao HIV, onde após sua confirmação, passa a fazer parte do corpo da mulher e qualquer modificação pode alterar sua QV, a IC e a perspectiva de um futuro. Segundo a literatura “a concepção de corpo desvela-se, mais uma vez, plena de sentido e significado como corpo que sente, que se movimenta e que estabelece relação com o mundo” (MATTOS *et al.*, 2014).

Desde dezembro de 2019 existe no mundo uma epidemia do novo Coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2* ou SARS-CoV-2) – COVID-19 –, um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória grave. Em 20 de março de 2020, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a existência de transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional (BRASIL, 2020), indicando como grupo de risco para COVID-19 indivíduos acima de 60 anos e indivíduos com doenças crônicas. Mais tarde, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)

ampliou tal indicação para grávidas em qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal) (FEBRASGO, 2020). Considerando as diversas modificações fisiológicas da gestação, pode haver um risco teórico maior de desenvolver a doença grave por COVID-19, em particular pneumonia e insuficiência respiratória (FEBRASGO, 2020). As mudanças fisiológicas no organismo da gestante levam a uma predisposição por infecções graves, inclusive respiratórias, como já relatado na literatura científica (FEBRASGO, 2020). Dessa forma, o isolamento social foi dado como proteção a população, principalmente ao grupo de gestantes.

A partir desse isolamento, alternativas foram criadas para que o cuidado em saúde das gestantes pudesse se concretizar, respeitando as regras sanitárias. Por meio da Lei 13989/2020, o uso da telemedicina foi aprovado para realização de consultas médicas, durante o período de pandemia pelo novo coronavírus (FEBRASGO, 2020).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e a ABRAFISM publicaram a resolução nº 516/2020 (COFFITO, 2020) e recomendações (ABRAFISM, 2020b) que facilitaram o atendimento aos pacientes por teleconsulta, considerando o enfrentamento da crise provocada pela pandemia do COVID-19 no país e no mundo, cabendo ao fisioterapeuta autonomia e independência para determinar quais os pacientes que podem ser acompanhados à distância (COFFITO, 2020).

Essa pesquisa foi desenvolvida utilizando o recurso da teleconsulta, para atendimento fisioterápico, de setembro de 2020 a setembro de 2021, com as pacientes gestantes que vivem com HIV+ encaminhadas ao ambulatório pré-natal do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), no Estado do Rio de Janeiro, instituição referência para o tratamento de HIV/ aids. Este ambulatório conta com uma equipe transdisciplinar, a saber Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Psicologia, Nutrição e Infectologia que existe desde maio de 2018, proporcionando a essas mulheres um acompanhamento integral. A fisioterapia se propôs a abrir um campo de atuação na saúde da mulher em obstetrícia ao fazer parte da equipe através desta pesquisa.

Esse é um estudo piloto que avaliou o efeito que um protocolo de teleconsulta tem na QV das gestantes com HIV, utilizando questionários para avaliar, no início da gestação e com 37 semanas de gestação, disfunções da musculatura do assoalho pélvico (MAP), dor lombar, na cintura pélvica e ansiedade, com um envio de vídeos pelo aplicativo *WhatsApp*, de acordo com a idade gestacional e acompanhamento por teleconsulta com dia e hora pre agendados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

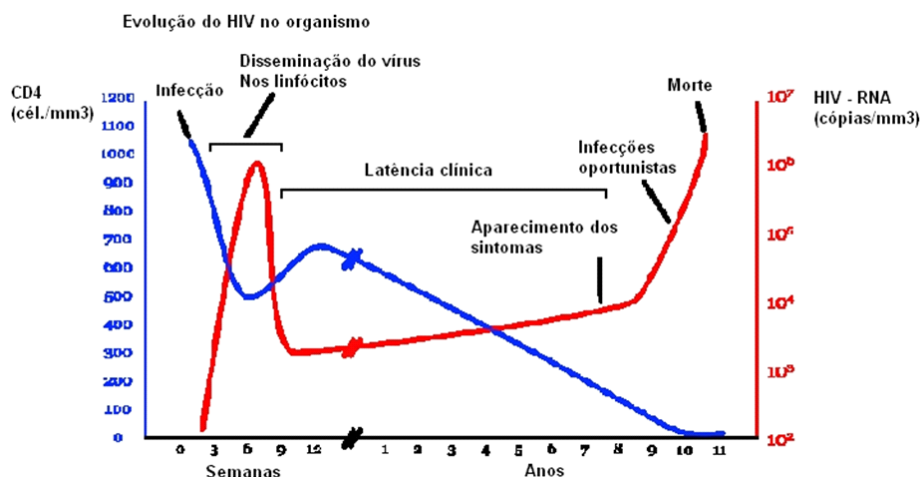
2.1 HIV/AIDS

O HIV foi identificado na década de 80 e é estudado desde então em seus mais diversos aspectos. Sua principal característica é a presença da enzima transcriptase reversa que promove uma elevada velocidade de replicação e taxa de mutações, o que possibilita uma grande variabilidade genética. Também possui como propriedade o prolongado período de incubação antes do surgimento dos sintomas da doença e supressão do sistema imune, o que ocasiona diversas apresentações clínicas da infecção (VAILLANT; GULICK, 2019).

O fator fundamental da infecção pelo HIV é o processo contínuo e persistente de disfunção imune, que contribui para o caráter crônico e progressivo da infecção. Como consequência, há uma depleção seletiva de linfócitos T CD4+ que começa desde a hora da contaminação e leva a uma evolutiva incapacidade de elaboração de uma resposta imunológica apropriada, o que torna o indivíduo suscetível a infecções oportunistas ou malignidades que constituem a clínica definidora da aids (VAILLANT; GULICK, 2019).

A evolução natural da infecção pelo HIV é dividida em três fases: Fase Aguda, Fase crônica ou de latência clínica e aids (Figura 1). Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (FAUCI *et al.*, 1996).

Figura 1 - Evolução da infecção pelo HIV. Fase aguda: Replicação viral acentuada (alta carga viral e queda abrupta de linfócitos T CD4+). Fase de latência clínica: Equilíbrio entre a replicação viral e resposta imunológica. Fase sintomática e AIDS: Desequilíbrio entre a replicação viral e o sistema imunológico; indivíduos assintomáticos que apresentam contagem de células T CD4+ menor que 200 células/mm³.



Fonte: Adaptado de Fauci *et al.* (1996).

A infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria de Consolidação no 4, de 28 de setembro de 2017), sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986; a infecção pelo HIV em gestantes, desde 2000; e a infecção pelo HIV, desde 2014. No Brasil, em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos de HIV e 29.917 casos de aids – notificados no Sinan - com uma taxa de detecção de 14,1/100 mil habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2021, 1.045.355 casos de aids detectados no país (BRASIL, 2021).

Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 22,0/100 mil habitantes (2012) para 14,1/100 mil habitantes em 2020, configurando um decréscimo de 35,7%. Cabe aqui ressaltar que embora haja uma diminuição dos casos de aids em todo o país, esse declínio pode ser um pouco devido à demora na notificação e alimentação das bases de dados do Sinan, por conta da mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19, e pelo fato das pessoas estarem frequentando menos os postos de saúde (BRASIL, 2021).

Segundo o Boletim Epidemiológico do Brasil de 2021, notificado no Sinan, os novos números de infecção pelo HIV no Brasil, adquirido no período de 2007 a junho de 2021, foram de 381.793 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 165.247 (43,3%) na região Sudeste. No ano de 2020, foram notificados 32.701 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.299 (13,2%) casos na região Norte; 8.190 (25,0%) no Nordeste; 11.270 (34,5%) no Sudeste; 5.732 (17,5%) no Sul e 3.210 (9,8%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2021).

Quando classificamos por sexo, foi notificado no Sinan um total de 266.360 (69,8%) casos em homens e 115.333 (30,2%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2020 foi de 2,8 (M:F), ou seja, 28 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2021).

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes infectadas com HIV, das quais 7.814 no ano de 2020. Verificou-se que 37,4% das gestantes eram residentes da região Sudeste seguida pelas regiões Sul (29,5%), Nordeste (18,3%), Norte (8,9%) e Centro-Oeste (5,9%). No ano de 2020, foram identificadas 7.814 gestantes infectadas com HIV no Brasil, sendo 32,4% no Sudeste. Em um período de dez anos, houve um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A região sul, a partir de 2011, se mostra com as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes no país, em 2020 a taxa foi de 5,2 casos/mil nascidos vivos (BRASIL, 2021).

Durante décadas a epidemia da aids no Brasil foi relacionada a homossexualidade, sempre descrita sobre grupos e/ou comportamentos de risco, mas sua disseminação alcançou vários segmentos sociais na atualidade, relata-se um quadro marcado pelos processos de heterossexualização e feminização.

2.2 O ASSOALHO PÉLVICO NA GRAVIDEZ

O AP é uma estrutura complexa, rica e dinâmica que envolve fâscias, músculos, nervos e ligamentos interconectados (SOBHGOL *et al.*, 2019). É a única estrutura transversal do corpo humano que suporta carga, sendo assim responsável por diversas funções, tais como, respiração, estabilização do tronco, suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência fecal e urinária, permitindo também a relação sexual e o parto (FRANCESSCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009). Quando há alguma disfunção, pode-se conduzir a consequências angustiantes a longo prazo, incontinência urinária (IU), prolapso de órgão pélvico (POP), incontinência fecal (IF), disfunção sexual (DS), afetando a QV das mulheres. A gravidez é um conhecido fator de risco importante para disfunções do AP (LIU *et al.*, 2019).

A expressão AP é uma expressão que engloba músculos lisos e estriados, ligamentos e fâscias que mantem a ação de sustentação e suportes dos órgãos pélvicos (bexiga, vagina e reto), mantem a continência urinária e fecal, fundamental na função sexual e permite a passagem do feto na hora do parto (STRANDRING, 2010). A MAP é composta por 70% de fibras musculares tipo I (fibras de contração lenta) e, 30% fibras musculares tipo II (fibras de contração rápida). Assim, as fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigravitacional dos MAP, mantendo o tônus constante e na manutenção da continência no repouso. As fibras do tipo II, promovem o fechamento uretral mantendo o tônus muscular por períodos prolongados, de forma a contribuir para a contração repentina em situações em que há aumento da pressão intra-abdominal como tosse, espirro, gargalhada, e variados tipos de esforço físico.

Durante o ciclo gravídico-puerperal ocorre no corpo da mulher a cada mês, inúmeros ajustes musculoesqueléticos, sobretudo na MAP, desencadeando algumas disfunções, apesar de sua etiologia multifatorial. O incremento do peso corporal materno e o peso do útero gravídico aumentam a pressão sobre a MAP na gestação (LEMOS, 2014), gerando assim alterações nessa musculatura. A persistência e progressão dessas alterações, dessas disfunções do AP podem afetar subsequentemente um bem-estar social e sexual da mulher. A prevalência de relatos de desconforto devido aos sintomas miccionais pode variar de 35,6% a 50% entre as gestantes

(ADLER *et al.*, 2019), podendo afetá-las nos âmbitos social, sexual e profissional, além de implicar em um custo significativo para a mulher e para os serviços de saúde (LAL *et al.*, 2009; LO, 2010).

Esses ajustes e adaptações são fisiológicas e ocorrem em reação à presença do concepto e seus tecidos, modulados pelo aumento da progesterona, diminuição dos níveis de colágeno, enfim pela ação crescente de vários hormônios trofoblásticos/placentários, fetais e maternos, alterações enzimáticas, bioquímicas e do equilíbrio hídrico, fatores imunológicos bem como pela ação mecânica exercida pelo útero gravídico, acarretando a diminuição da força e da função de suporte e esfínteriana da MAP (ARTAL, WISWELL; DRINKATER, 1999; MELZER, 2010; SANGSAWANG, 2014; FERREIRA *et al.*, 2015). Provavelmente em nenhuma outra fase do ciclo vital exista maior mudança no funcionamento e na forma do corpo humano em tão curto espaço de tempo (BARACHO, 2018).

2.3 DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

2.3.1 Incontinência urinária

De acordo com a *International Continence Society* (ICS) e a *International Urogynecological Association* (IUGA), deu-se a padronização da nomenclatura em uroginecologia para os diferentes sintomas de armazenamento e esvaziamento vesical durante a fase miccional. Assim, para IU de esforço entende-se como a perda involuntária de urina após exercício físico, tosse ou espirro; entende-se IU de urgência como a perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência urinária; e incontinência mista como perda involuntária de urina associada a urgência e a exercício físico, tosse ou espirro (HAYLEN *et al.*, 2010).

Os legisladores, profissionais médicos e o público em geral não sabem que a IU é uma doença, apesar de sua classificação na Classificação Internacional de Doenças (CID). Parte dessa falta de consciência está enraizada na percepção errônea generalizada de que a incontinência representa uma parte normal do envelhecimento, ou é uma consequência natural do parto. Além disso, as mulheres muitas vezes atrasam ou adiam totalmente a apresentação aos profissionais saúde; mesmo entre as mulheres que recebem um diagnóstico, apenas uma minoria recebe terapia eficaz (AOKI, 2017).

A IU durante a gestação é um preditor significativo de sua presença em gestações subsequentes e em idade posterior (VIKTRUP, 2000 *apud* TING, 2020), o que a torna uma doença crônica com deterioração substancial da QV, seja por desconforto, necessidade de higiene pessoal regular, ou insegurança, entre outros. Mais tarde, a IU leva ao isolamento, o que favorece a depressão e condições psiquiátricas mais graves (HORNG, 2013; SANGSAWANG, 2014).

Estudos epidemiológicos sobre a IU durante a gravidez apresentam inúmeros fatores de risco não modificáveis, associados como raça, doenças crônicas e tamanho fetal. No entanto, alguns outros fatores de risco podem ser modificáveis e prevenir a IU durante a gestação. A MAP é o que proporciona a manutenção do mecanismo de continência dando suporte aos órgãos pélvicos e fechando o esfíncter uretral ao contrair (RETZKY, 1995; SANGSAWANG, 2014).

Tossir, espirrar, gargalhar, movimentar-se bruscamente, aumenta a pressão intra-abdominal que é transmitida para a bexiga. No momento em que a pressão dentro da bexiga é maior do que a pressão de fechamento uretral, associado a uma fraqueza do esfíncter uretral há o vazamento de urina ou incontinência urinária de esforço (IUE). Esse fato é mais comum no terceiro trimestre, seguido pelo segundo e primeiro trimestre, respectivamente (SHARMA *et al.*, 2008; WIJMA *et al.*, 2008; LIANG *et al.*, 2012). Um estudo de coorte em 2019, entre 200 mulheres gestantes austríacas investigou a prevalência de disfunções de AP, revelando que o escore médio de diferentes incontinências (esforço, urgência e mista) e prolapso aumentam significativamente durante o terceiro trimestre gestacional (ADLER *et al.*, 2019).

Morkved *et al.* (2004) mediram a força muscular do AP de 103 mulheres gestantes nulíparas continentas e incontinentes, num ensaio clínico na Noruega, encontraram uma diminuição significativa da força na MAP nas gestantes incontinentes em comparação com as gestantes nulíparas continentas.

Sangsawang (2014) realizou uma revisão da literatura com o propósito de identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de IUE durante a gravidez. Ela apresenta nessa revisão alguns fatores associados com o desenvolvimento de IUE durante a gravidez, dos quais se destacarão apenas seis fatores, que são independentes.

Um primeiro fator é a idade materna no momento de primeira gravidez, sendo este fator de risco independente para a ocorrência de IUE (ALLAHDIN, 2012). Com o aumento da idade existe a diminuição no número total de fibras musculares estriadas da uretra além da perda da pressão do fechamento uretral. A obesidade é o próximo fator de risco que contribui para a IUE em gestantes. Uma das explicações é que a obesidade aumenta a pressão intra-abdominal, assim

pressiona e favorece uma tensão sobre o AP, podendo prejudicar o fluxo sanguíneo e a inervação nervosa para a bexiga e uretra (BUMP *et al.*, 1992; JAIN; PARSONS, 2011). Tabagismo também contribui para os fatores de risco para IUE. O monóxido de carbono prejudica o oxigênio transportado para os tecidos assim, resulta em atrofia muscular e alteração na MAP. Além do fato de que fumar pode causar tosse, tosse crônica, acarretando um aumento da pressão da bexiga, pressão significativa e danos na inervação sobre o AP; a nicotina exerce um efeito estimulante sobre o músculo detrusor, contribuindo para o vazamento da urina (HANNESTAD *et al.*, 2003).

O peso do útero em expansão pressiona o intestino e altera a peristalse; o aumento gradativo de estrogênio e as alterações hormonais relacionadas à gravidez, particularmente a progesterona que inibe o músculo liso do intestino, diminuindo a contratilidade dos músculos do sistema digestório levando à redução do movimento intestinal: constipação é o resultado. Todas essas alterações podem resultar em fezes duras e secas, o que é associado a esforços repetidos e estresse no MAP exigindo compressão abdominal vigorosa durante a defecação. A constipação pode ser um fator principal no desenvolvimento de danos ao AP e faz com que os nervos pélvicos se estiquem e a região perianal seja realocada para baixo (BONAPACE; FISHER, 1998; BUMP; NORTON, 1998; BRADLEY *et al.*, 2007; AMSELEM *et al.*, 2010).

Mocellin, Rett e Driusso (2016) apresentam um estudo observacional transversal, com 40 gestantes, sobre a QV de gestantes com e sem sintomas miccionais, além de identificar outros fatores que podem contribuir na QV durante a gestação. Esse estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família do município de Aracaju/SE, dividido em dois grupos distintos: quinze mulheres com sintomas miccionais, e vinte e cinco sem sintomas miccionais, utilizando um questionário de QV *World Health Organization Quality of Life*. Esse estudo mostrou que existe uma grande interferência dos sintomas miccionais na QV da mulher grávida podendo agravar a percepção geral de saúde. Para uma gestação cursando com sintomas miccionais percebeu-se que a idade materna, IMC e paridade são fatores de risco (MOCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2016).

Observaram que essas mulheres se sentiram desamparadas no que diz respeito a um suporte emocional, pois a gestante, que carrega tais sintomas, não consegue procurar ajuda por vergonha de relatar seu desconforto miccional, associado a percepção que não existe um caminho de diminuição ou cura, como se tal sintoma fosse inerente à gravidez; até o lazer e a

vida social ficam comprometidas pelo constrangimento que um vazamento de urina pode trazer (MOCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2016).

A bexiga se torna um órgão abdominal (LEMOS, 2014) deslocando-se para cima e para a frente pelo útero gravídico em crescimento, alterando o ângulo uretrovesical posterior. Isso pode causar o aparecimento ou agravamento da urgência miccional e por consequência a incontinência urinária por esforço (LOPES, 2010). Todas estas modificações contribuem para a estase urinária, o crescimento de bactérias, e consequentemente, o aparecimento de infecção urinária. A infecção urinária é a infecção mais comum e a primeira causa de sepse durante a gestação, além de se associar ao trabalho de parto prematuro e suas complicações (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA 2009). Ao mesmo tempo, o crescimento uterino e o encaixe cefálico no 3º trimestre justificam o aumento do desejo miccional, associado aos sintomas de frequência, noctúria e urgência ligado ou não a uma IU.

2.3.2 - Dor lombar / dor na cintura pélvica

A dor na região lombo - pélvica durante a gestação não é uma condição natural do desconforto gestacional, mas uma condição patológica que merece ser estudada. Com a ida da mulher para o mercado de trabalho e maiores exigências a elas impostas, elas próprias não admitem essa dor como condição natural do processo de gestação, indo em busca de tratamento e de prevenção (LEMOS, 2014).

A dor lombar na gravidez é conhecida há muitos séculos por ter sido descrita por Hipócrates, Pineau, Hunter e outros. Em 1962, Walde reconheceu dois padrões de dor lombar: dor lombar e dor na cintura pélvica (quadro 1). Posteriormente, Elden *et al.* (2005) estabeleceram critérios para diferenciar essas duas entidades.

Bhardwaj e Nagandla (2014) nos esclarecem que a fisiopatologia da dor lombar e da dor na cintura pélvica (DCP) é uma combinação de causas biomecânicas, hormonais e controle motor prejudicado, incluindo fatores psicossociais (STUGE, 2019), uma dor que afeta a QV, repercutindo em perturbações do sono, vida social e sexual, capacidade para o trabalho e aumento do estresse psicológico (DAVENPORT *et al.*, 2019). A dor na cintura pélvica aparece mais no segundo ou terceiro trimestre de gestação, cursando muitas vezes com dificuldade de locomoção, com 7 a 12,5% dos casos sendo necessário o uso de órteses para deambulação (WUYTACK, 2020). A dor lombar geralmente se apresenta sem irradiação para os pés, e aumenta por atividade postural, causando menos deficiência que a dor na cintura pélvica.

A pelve faz a transferência de carga do tronco para as pernas e, para que essa carga seja transferida e as forças de cisalhamento minimizadas, a pelve precisa estar estabilizada. Caso essa transferência de peso seja prejudicada, resulta na sobrecarga dos ligamentos da pelve e, portanto, terá uma influência na dor na cintura pélvica. Uma alteração na estratégia de estabilização lombo pélvica associada a uma ativação motora insuficiente, podem ser um possível mecanismo para dor contínua e incapacitante, na cintura pélvica. Mudanças na curvatura da coluna vertebral e na postura podem ser causadas pela gravidez e tanto o aumento da lordose lombar quanto o achatamento da coluna lombar ou cifose lombar são relatados como prevalentes durante a gravidez (STUGE, 2019).

Quadro 1 - Tipos de dor

DOR LOMBAR	DOR NA CINTURA PÉLVICA
Ao redor da coluna lombar último processo espinhoso torácico e inferiormente pelo primeiro processo espinhoso sacral	Crista ílica póstero- superior e dobra glútea
Fraqueza do glúteo médio, dificuldade movimento de flexão de tronco	Irradia para a parte posterior da coxa, joelhos e panturrilha capacidade para ficar em pé, andar e se sentar diminuída
Ansiedade e depressão associados	Pode cursar junto com dor na sínfise púbica
Mais grave no período do pós-parto	Mais intensa e incapacitante, alteração do controle motor e mecânico da pelve, associada a depressão
Dor contínua, comparado a um extremo cansaço.	Dor comparada a uma "facada"

Fonte: Adaptado de: Bhardwaj e Nagandla (2014).

2.3.3 Disfunção sexual

Cabe ressaltar ainda como disfunção do AP, a disfunção sexual, que é considerada um problema de saúde pública (SOBHGOL *et al.*, 2019). É definida como perturbação do desejo sexual e alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual causando problemas interpessoais afetando a QV (FERREIRA *et al.*, 2015 *apud* SOBHGOL *et al.*, 2019). A frequência da disfunção sexual na população é estimada de 19% a 50% com maior incidência em mulheres (43%) do que em homens (31%). Alguns estudos, relatam, que a incidência de disfunção sexual aumenta em torno de 63-93% de todas as mulheres grávidas (RIBEIRO, 2014 *apud* SOBHGOL *et al.*, 2019). A gravidez e o parto podem causar mudanças importantes na vida dos casais alterando toda uma adaptação anterior de ajustamento físico e emocional; muitas

mulheres vivenciam a sexualidade de forma diferente durante este período (PAULS, 2008 *apud* SOBHGOL *et al.*, 2019).

Para uma atividade sexual satisfatória é necessário inicialmente uma interação fisiológica, psicossocial e comportamental entre as pessoas e cada um com si próprio (LEVIN, 2007 *apud* SOBHGOL *et al.*, 2019). Existem inúmeros fatores associados à disfunção sexual, mas aqui o que será ressaltado é que um AP saudável, determina a excitação sexual e o orgasmo satisfatório. Músculos fracos não levam a estimulação e excitação dificultando o potencial orgástico (MOHKAR, 2013 *apud* SOBHGOL *et al.*, 2019).

A influência hormonal e hematológica altera o AP, a musculatura lisa apresenta um maior relaxamento devido a progesterona, interferindo assim no funcionamento das vísceras, a relaxina provoca nas fibras de colágeno uma frouxidão ligamentar e instabilidade sobretudo na pelve. Ainda sobre influência dessa alteração hormonal e hematológica há o amolecimento do tecido conjuntivo, pele e músculos do períneo, vagina e vulva tem vascularização aumentada, há o aumento da lubrificação vaginal como efeito da renovação das células do revestimento da vagina. O espessamento da parede da vagina causado por hormônios produz muco, assim o excesso de lubrificação altera o atrito pênis- vagina tornando mais difícil a relação sexual (MARTINS; LIMA; ALMEIDA, 2011; RESENDE; MONTENEGRO, 2014).

O exercício da MAP contribui para aumento de fluxo sanguíneo em direção a pelve, melhora a receptividade e capacidade de resposta vaginal e clitoriana facilitando o prazer durante a relação sexual (FERREIRA, 2015; PAULS, 2008 *apud* SOBHGOL *et al.*, 2019).

2.4 ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ

A prevalência de um nível insuficiente de atividade física em mulheres grávidas foi demonstrada em estudos utilizando amostras representativas em diferentes países. Mesmo com muitos estudos demonstrando os benefícios da atividade física na gestação, sabe-se que a gestação continua sendo um momento da vida da mulher que há uma redução substancial de atividade física (KRZEPOTA, 2018).

A atividade física pré-natal deve ser considerada linha de frente para reduzir o risco de complicações na gravidez e melhorar a saúde física e mental materna (MOTTOLA *et al.*, 2018). Comparando com outros tratamentos não farmacológicos de baixo custo, como reabilitação interdisciplinar, acupuntura, manipulação da coluna vertebral ou terapia cognitivo-comportamental, o exercício é facilmente acessível como parte de uma estratégia de

autogerenciamento, pode exigir o mínimo de equipamento e pode ser realizado em casa (LIN *et al.*, 2011).

Uma das modalidades terapêuticas do fisioterapeuta para a prevenção e o tratamento das disfunções músculo esqueléticas na gestante são os exercícios de estabilização lombo pélvica, mobilização pélvica, ativação e fortalecimento de glúteos, estabilização da cintura escapular e dos membros superiores e coluna cervical, em variados decúbitos (BARACHO, 2018). Além disso, alongamentos envolvendo a musculatura para vertebral, grande dorsal, quadrado lombar, trapézios, ativação de musculatura transversa do abdome em associação à contração do AP, prevenindo e reduzindo algias musculoesqueléticas e edemas, melhorando autopercepção, a IC e a autoestima (BARACHO, 2018).

Barakat (2021) nos propõe uma outra modalidade fisioterapêutica em seu artigo *An exercise program throughout pregnancy: Barakat model* com o grupo de pesquisa *Actividad Físico-deportiva en Poblaciones Específicas*, de Madri, um modelo de programa que inclui exercícios durante a gravidez em 3 blocos. O primeiro bloco até 20 semanas, depois até 30 semanas e o terceiro bloco até a fim da gravidez. A sessão de exercícios é dividida em sete partes: mobilidade das articulações como aquecimento, exercicios aerobicos, fortalecimento muscular e tonificação geral , exercicios de coordenação e equilibrio, fortalecimento do AP, alongamento e relaxamento, feedback da sessão. Cada um desses sete itens são distribuídos em maior ou menor quantidade na sessão, de acordo com a idade gestacional. Nesse mesmo artigo ele também alerta para o que chama de posições operacionais durante a gestação, ou seja mostra detalhes para cada decúbito onde já exista uma sobrecarga da própria gravidez, e posições relacionadas a tração craniocaudal própria do aumento uterino (BARAKAT, 2021).

Em 2019, foi publicado o *Canadian Guideline for Physical Activity Throughout Pregnancy* - (DAVENPORT *et al.*, 2019), a partir de uma extensa revisão sistemática da literatura, que fornece recomendações baseadas em evidências relacionadas a atividade física na gestação e sua interferência na promoção da saúde materna, fetal e neonatal. Sugere exercícios físicos de intensidade moderada, no mínimo de 150 minutos por semana. Essas diretrizes estão associadas a diminuição de complicações nos recém-nascidos, além de benefícios para a saúde materna, a saber: menor risco de pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, cesariana, parto instrumental, IU, excesso de ganho de peso, depressão, diminuição da taxa de glicose no sangue, dor lombopélvica (MOTTOLA *et al.*, 2018).

Atividade física na gravidez é um tema bastante pesquisado e estudado em diversos países e por diferentes olhares. No entanto, não temos conhecimento de pesquisas de atividade

física propostas a gestantes com HIV, salvo um estudo piloto de seis semanas em pessoas de baixo nível socioeconômico, numa comunidade indígena falante da língua Xhosade. As mulheres realizavam duas horas de atividade física semanal, sendo 30 minutos de atividades domiciliares, uma sessão aeróbica em grupo de 30 minutos semanais, e 60 min de uma combinação de atividades que foi escolhida nas discussões de grupos focais. O estudo não informa dados que interfiram na saúde mental ou física daquelas mulheres, mas resultou num aumento total de passos semanais e autoeficácia para atividade física (MABWEAZARA, 2018).

2.5 GRAVIDEZ E HIV

As mulheres com HIV/aids vivem num cenário de muitas vulnerabilidades, por determinações biológicas, pelas questões de gênero, raça/etnia, pela submissão das mulheres aos comandos de seus companheiros ou companheiras, pela dependência financeira e afetiva, inclusive na discussão de métodos preventivos como o uso de preservativos, o mito do amor romântico pautado na confiança que em alguns casos leva a violência doméstica, baixa escolaridade, o estigma, o preconceito e a discriminação no trato com o HIV/aids, ainda presente na contemporaneidade (BRASIL, 2007; ROCHA, VIEIRA; LYRA, 2013).

O receio de ser reconhecida como uma pessoa que vive com HIV estimula o isolamento social, ativa uma série de estereótipos que as limitam socialmente. Quando a mulher com HIV engravida há um condicionamento que a trata como despersonalização da mulher pois não considera a singularidade na produção de subjetividades nestas mulheres e as submete exclusivamente a medicalização dos seus corpos (CARNEIRO, 2013).

A obstetrícia e a ginecologia ainda se comportam com um forte traço masculino, vindo do modelo das ciências médicas, estudando o corpo pela objetividade científica, na maioria das vezes definindo orientações morais e prescrevendo papéis sociais para mulheres e homens (ROHDEN, 2001; PORTELLA, 2014).

Entre os transtornos mentais comuns, depressão e ansiedade estão classificados em terceiro lugar no rol de deficiências e enfermidades, no código de transtornos mentais comuns. Estima-se que em 2020, a depressão sozinha represente cerca de 15% da carga global de doenças (YOUSUF *et al.*, 2020). Entre os pacientes com HIV as taxas de ansiedade e depressão são duas a quatro vezes maiores do que no resto da população, podendo afetar não apenas o aspecto social de sua QV, mas, as interações sociais e a própria adesão ao tratamento (RABKIN *et al.*, 2008; DEJESUS *et al.*, 2013; MEFFERT *et al.*, 2019). Tal fato assume proporções maiores quando esses transtornos afetam aqueles com alta vulnerabilidade, estigmatizados e

marginalizados como mulheres, minorias raciais ou étnicas. A depressão é um grande obstáculo, ao pensar em propostas para a prevenção do HIV, mesmo nos países em desenvolvimento, pois as duas doenças estão ligadas e se agravam.

Bouhnik *et al.* (2005 *apud* YOSUF, 2020) na sua pesquisa que determina a prevalência de ansiedade e depressão, com mulheres da Etiópia que vivem com HIV, coloca que a partir de estudos específicos percebe-se que a baixa adesão ao tratamento do HIV, pode ser em virtude dos sintomas depressivos e da própria depressão. Ainda nesse estudo, Yosuf ressalta que o estado civil, o nível de escolaridade, a ocupação e a renda mensal das mulheres estavam mais diretamente relacionadas tanto à ansiedade quanto a depressão enquanto, variáveis sociodemográficas como idade, residência, etnia, religião e número de filhos menos relacionadas a ansiedade e depressão. Assim, Yosuf encontrou uma relação positiva entre o estigma do vírus HIV e a depressão que é consistente com achados anteriores (GONZALEZ *et al.*, 2012; BENOIT *et al.*, 2014; LOGIE *et al.*, 2013 *apud* YOSUF *et al.*, 2020). Depressão e apreensão são consequências do medo esperado da aceitação social.

A partir de estudos chegou-se a uma combinação de terapia antirretroviral (TARV) de forma que a infecção por HIV saiu do patamar de uma doença fatal a uma condição crônica gerenciável (LIU *et al.*, 2013), no entanto a QV é mais frágil e mais prejudicada do que a população geral, mesmo que a expectativa de vida entre os infectados por HIV seja mais próxima a essa população geral (MINERS *et al.*, 2014, CHARKHIAN *et al.*, 2014).

Hoje em dia, melhorar a QV em relação à saúde das pessoas com HIV tem se tornado um objetivo fundamental. O apoio social pode minimizar o estresse, mas a depressão e a ansiedade são as duas principais causas de sofrimento entre pessoas que vivem com HIV, são os dois principais preditores de pior QV em relação a saúde (FEKETE *et al.*, 2014, GARRIDO-HERNANSAIZ *et al.*, 2016; XIAOWEN *et al.*, 2018).

2.6 QUALIDADE DE VIDA E VULNERABILIDADE DA MULHER GRÁVIDA COM HIV

Qualidade de vida para Kontomanolis (2017) se relaciona a satisfação social que é demonstrada ou mesmo vivenciada pelas pessoas em relação ao seu estado físico, mental e social. Também pode ser definida como uma noção multidimensional que envolve um status e papel social satisfatório, bem-estar físico, funcionamento intelectual em ambiente estável, saudável e emocional, bem como autoestima fundamentada (SCHALOCK, 1997). Segundo a OMS, QV é a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura em

que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

QV é um conceito amplo e multidimensional que geralmente inclui avaliações subjetivas de aspectos positivos e negativos da vida; e foi reconhecida como uma ferramenta de medição proeminente em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos, incluindo o vírus HIV ou a aids (ZIKOS *et al.*, 2016; MERCIECA-BEBBER *et al.*, 2018). Quando a QV é considerada no contexto da saúde e da doença, é comumente referida como QV relacionada à saúde para diferenciá-la de outros aspectos da QV (NIGUSSO; MUDZUSI, 2021).

Um estudo foi realizado na China (XIAOWEN *et al.*, 2018) com mulheres grávidas com HIV analisando efeitos diretos e efeitos mediadores entre suporte social, sintomas de depressão e ansiedade na qualidade de vida em relação a saúde com mulheres grávidas com HIV. Esse estudo concluiu que a ansiedade e a depressão têm efeito direto numa pior QV mas quando é permeada pelo suporte social, se torna um fator protetor para a QV.

Mulheres grávidas que vivem com HIV passam por dificuldades financeiras, desemprego, maior ansiedade, sintomas depressivos e pior QV em relação a saúde (PATEL *et al.*, 2004; YATOR *et al.*, 2016; SILVEIRA; SILVEIRA; MÜLLER, 2016; ACHCHAPPA *et al.*, 2017). Precisam lidar com as incertezas, estresses e angústias próprias da gestação, tem que conviver com uma infecção devastadora, com implicações médicas e éticas, tem que lidar com comportamentos discriminatórios e estigmatizantes. Será que todas essas questões e angústias favorecem a uma boa qualidade de vida gestacional? E ainda administrar todo o medo, isolamento, pânico da pandemia do COVID-19? É já de conhecimento que uma gravidez normal, está intrinsecamente ligada a um estado mental equilibrado bem como o primeiro passo para uma boa QV (KONTOMANOLIS, 2017). Essas mulheres têm um futuro incerto, menos oportunidades, poucas aspirações, não tem perspectivas quanto ao seu status social, profundas incertezas dominam suas vidas (STRATHDEE *et al.*, 2015).

Na epidemiologia e na Saúde Pública, o conceito de risco não foi eficaz para o controle dessa epidemia, que desafiou o sistema social, a área da saúde e das ciências sociais (PADOVEZE, 2019). O conceito de vulnerabilidade aparece no início da década de 90, abrindo um clarão na concepção do significado da aids aprofundando na compreensão das razões que levam a sua ocorrência para a disseminação da doença com questões relacionadas à desigualdade social, diversidade sexual, raça/etnia, preconceito, discriminação e inúmeras outras questões que afetam o modo de viver de estratos populacionais diversos, contribuindo na produção de conhecimento e práticas interdisciplinares. O conceito de vulnerabilidade é

expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação” (AYRES *et al.*, 2003 *apud* GARCIA; SOUZA, 2010).

Assim, ficou definido dentro desse conceito a subdivisão entre vulnerabilidade individual, social e programática. Individual consideram os dados ligados a epidemiologia e sociodemográficos que determinam maior ou menor exposição ao vírus. Vulnerabilidade social se refere às questões de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, diversidade sexual, o pertencimento étnico e racial e seus significados dentro da sociedade. A programática é o investimento em ações e programas de saúde voltados para a prevenção da infecção pelo HIV, a assistência voltada as pessoas e o acesso aos diferentes segmentos da população as ações e equipamentos sociais e de saúde (SANTOS, 2016).

Os estudos de vulnerabilidade buscam compreender a condição das pessoas e/ou dos segmentos populacionais aos quais pertencem. A partir dessa compreensão, o objetivo seria clarear os determinantes sociais dos agravos, trazê-los para a discussão das políticas públicas e construir estratégias de intervenção que pudessem efetivamente alterar esses determinantes” (SANTOS, 2016).

Entretanto, não podemos esquecer que a discussão sobre a epidemia e seu enfrentamento passam pelo entendimento das relações de gênero nas sociedades e como elas influenciam e determinam homens e mulheres. Existe um papel social a ser desempenhado por homens e mulheres e a dinâmica de poder entre os gêneros (BARBOSA, 1999). Na discussão da prevenção das IST existe a dificuldade em colocar a necessidade do uso do preservativo principalmente se for uma mulher casada, isso pode levantar suspeitas com relação a sua própria fidelidade além de ser responsabilidade das mulheres as questões reprodutivas, as questões sexuais. Mostra de que ainda permanece o papel da mulher de submissão quanto a discussão das questões sexuais com seus parceiros (GARCIA; SOUZA, 2010.).

Porém, a gestação representa o maior valor de vida social e pessoal que precisa ser protegido, onde elas se colocam mais próximas da capacidade fértil de qualquer mulher na sociedade. O suporte emocional é um grande apoio a essas pessoas com patologias a longo prazo (RAHANGDALE *et al.*, 2010; VAN DER GEEST, 2015; MOFENSON *et al.*, 2016).

Ainda após alguns anos do início da epidemia do vírus da imunodeficiência adquirida não foi dada nenhuma solução as gestantes que continuam até hoje sendo discriminadas e rejeitadas.

O estigma e a discriminação são parâmetros fortes na criação de uma sociedade oculta que é extremamente difícil de alcançar e revelar - uma sociedade governada por suas próprias regras únicas. A discriminação contra as mulheres em sociedades dominadas por homens pode ameaçar fundamentalmente suas posições sociais, econômicas e familiares (KONTOMANOLIS, 2017).

2.7 GRAVIDEZ E COVID- 19

As gestantes passam por um momento de ansiedade decorrentes de sua própria condição de grávida; além de se preocuparem com a saúde fetal e o resultado do parto, existem vários outros fatores de risco associados à alta prevalência de ansiedade durante a gravidez (BAYRAMPOUR; McDONALD; TOUGH, 2015). Um desses fatores que podem afetar a saúde mental das gestantes é a insegurança relacionada a eventos catastróficos ou desastres naturais (SALEHI *et al.*, 2020). A atual pandemia de COVID - 19 é considerada um exemplo de desastre natural com tantos problemas de saúde global, no qual mais de 190 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem com isso e mais de 4 milhões de pessoas morreram (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Protocolos de distanciamento social, pouca comunicação com parentes aumenta o estresse, a ansiedade, a depressão no dia a dia das pessoas (MEHTA *et al.*, 2020). Um estudo transversal com mulheres grávidas, realizado em abril de 2020, no Hospital Kamali, no Irã mostra que a ansiedade causada pelo coronavírus teve impacto direto, relacionado a transtornos mentais durante a gravidez (SALEHI *et al.*, 2020).

Foi criado em março de 2020, um registro internacional na web, COVI-Preg, concebido e projetado por um grupo de profissionais da área da saúde na Suíça. Esse registro foi alimentado por 129 autores de várias localidades do mundo para promover uma coleta estruturada de dados sobre mulheres grávidas e seus fetos expostos ao SARS-CoV- 2. Essa coleta obteve informações sobre os riscos específicos entre mulheres grávidas, a fim de formular diretrizes baseadas em evidências para o manejo dessa população vulnerável. Foi a maior coorte de mulheres grávidas testadas para SARC-Cov-2 em todo o mundo e a primeira análise de dados primários estratificados pela gravidade da doença materna identificando fatores de risco associados, além de uma descrição dos desfechos gestacionais/ neonatais adversos. Na conclusão desse estudo publicado agora em 2021, as mulheres grávidas com comorbidades associadas parecem ter maior risco de complicações graves da infecção. Os resultados obstétricos e neonatais parecem ser influenciados pela gravidade da doença materna;

as complicações incluem cesarianas, prematuridade neonatal e admissão neonatal em unidade de terapia intensiva (VOUGA *et al.* 2021).

As gestantes brasileiras apresentam uma elevada taxa de morbimortalidade por COVID-19 que pode estar relacionada às condições de imunossupressão que ocorrem durante a gravidez, elevação do diafragma, juntamente com aumento do consumo de oxigênio e edema da mucosa do trato respiratório, diminuindo a capacidade residual funcional do pulmão durante a gravidez.

Problemas crônicos são enfrentados pela saúde brasileira como baixa qualidade no atendimento e dificuldade no acesso ao atendimento de emergência e alta complexidade (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Dessa forma a assistência prestada às gestantes contaminadas pela COVID-19 requer cuidados especiais para preservar a saúde materna e fetal (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020). Com a evolução da pandemia, as gestantes passaram a apresentar risco pois requerem uma maior necessidade de internação em Unidade de tratamento Intensivo, ventilação invasiva, suporte de oxigenação e maior risco de parto prematuro e morte materna (CAVALCANTE *et al.*, 2021). A pesquisa evolui, mas, ainda não responde a todas os desfechos como a morbidade e mortalidade materno-fetal, restrição de crescimento intrauterino, hipertensão arterial, insuficiência renal, síndrome de HELLP (H-hemólise, EL- níveis elevados de enzima hepática, LP- contagem baixa de plaqueta), aborto espontâneo e placenta prévia (SISTON, 2010; DASHRAATH, 2020; GONÇALVES, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2020).

2.8 TELECONSULTA EM FISIOTERAPIA

A telemedicina é definida como a troca de informações médicas por meio de recursos eletrônicos, com uma grande diversidade de aplicações, sendo utilizada em diversos serviços de saúde, inclusive na fisioterapia (FLODGRÉN *et al.*, 2015). A emergência da pandemia da COVID-19 afetou não só o serviço hospitalar com os pacientes infectados, mas igualmente serviços ambulatoriais que foram descontinuados para que seus profissionais se dedicassem aos enfermos, formando assim um grande aparato de combate a essa epidemia. Os pacientes ambulatoriais, sem atendimento, correrão risco quando portadores de doenças, de progressões súbitas (NEGRINI *et al.*, 2020). Com base em uma recomendação prática recém-lançada pelo ACOG mulheres grávidas foram aconselhadas a limitar o contato com outras pessoas e ficar em casa tanto quanto possível (ACOG, 2020). No entanto, torna-se necessário pesar as questões epidemiológicas regionais, e a restrição de contato (PITANGUI *et al.*, 2022).

Em 2019, a World Confederation for Physical Therapy definiu a fisioterapia digital como “um termo usado para descrever serviços, suporte e informações de saúde fornecidos remotamente por meio de dispositivo e comunicações digitais”.

Muitas diretrizes e recomendações foram publicadas, como referência para a teleconsulta na área da saúde. Optou-se por seguir as orientações do MS, FEBRASGO, COFFITO, CREFITO e ABRAFISM para direcionar essa pesquisa de teleconsulta de forma adequada a fim de garantir a segurança das gestantes e dos profissionais de saúde envolvidos. Diante disso, para orientar essa pesquisa foram utilizados documentos produzidos pelas entidades de classe.

Segundo a nova resolução N° 516, de 20 de março de 2020, do COFFITO a teleconsulta: “consiste na consulta clínica registrada e realizada pelo fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional à distância”. O telemonitoramento: “consiste no acompanhamento à distância do paciente atendido previamente de forma presencial por meio de aparelhos tecnológicos” Assim esse será o termo utilizado nessa pesquisa: **teleconsulta**.

No documento que se intitula Recomendação geral: Fisioterapia por meio digital/teleconsulta e telemonitoramento na fisioterapia em saúde da mulher e uro-proctologia redigido em maio de 2020 pela ABRAFISM (2020b), ressaltam-se itens fundamentais para o bom atendimento em teleconsulta: seguir os preceitos ético-legais da profissão; garantir se a paciente está num local privado ou se quem a acompanha é por vontade própria; avaliar as condições de transmissão para assegurar a privacidade da paciente; garantir o consentimento assinado pela paciente; garantir o sigilo da condição de saúde dessa gestante; garantir que a paciente já tenha tido informações acerca do que será tratado naquela sessão; garantir que a paciente já tenha sido informada de todo o material necessário para aquela sessão de fisioterapia, bem como o dia e horário tenham sido de comum acordo; certificar-se da elegibilidade da plataforma digital utilizada; garantir não gravar a sessão nem fazer fotos; garantir a utilização de fones de ouvido por parte do fisioterapeuta; garantir um mínimo de monitoramento do estado geral da paciente, mesmo que por meio subjetivos; garantir se existe algum sintoma de COVID-19 para a interrupção imediata das sessões.

Os itens acima foram seguidos nessa pesquisa. Embora o contato com a gestante fosse através da teleconsulta, sempre havia a certificação de que essa paciente estava frequentando as consultas pré-natal e não corria risco de aborto, restrição de crescimento fetal, lesões musculoesqueléticas (PITANGUI *et al.*, 2022).

Ramachandra (2021) publicou um estudo de caso de reabilitação com uma paciente de 32 semanas de gestação, que apresentava disfunção do AP e foi atendida por um fisioterapeuta em tempo real por videochamada, por 30 minutos, cinco dias na semana por quatro semanas consecutivas, com exercícios não supervisionados. Houve uma redução total da dor da primeira à última sessão e diminuição nos escores do questionário de disfunção da cintura pélvica.

Um estudo retrospectivo, com 235 mulheres grávidas com HIV foi realizado para investigar a eficácia de uma intervenção de mensagens de saúde por celular móvel enviada duas vezes por semana, durante a gestação até o primeiro ano, com o objetivo de enviar informações sobre saúde materna na gravidez e suporte ao HIV para a mulher e o bebê. Os resultados foram medidos com as consultas pré-natais, resultados de nascimento e testes de HIV nos bebês. As participantes compareceram a mais consultas pré-natais, tiveram maior chance de um parto normal, e menor risco de ter um recém-nascido de baixo peso (COLEMAN *et al.*, 2017).

3 JUSTIFICATIVA

A partir de contato prévio com o ambulatório de pré-natal de gestantes com HIV/aids, emergiram várias questões que vão se tornar o ponto de partida para a escolha dessa população como reflexão numa pesquisa: será que essas mulheres gestantes são vistas apenas como um corpo doente que pode transmitir uma grave infecção, precisam de contenção e controle para a não-transmissão?

Até que ponto são apenas corpos que precisam de tutela, mulheres negras, mulheres brancas, de baixo poder aquisitivo, muitas vezes de baixa escolaridade, submetidas a uma relação amorosa subserviente respeitando regras morais, religiosas, do lugar de passividade da mulher e ainda estigmatizadas pelo diagnóstico eterno de uma doença que gera preconceitos, fruto essencialmente de uma percepção moral onde mulheres com HIV são profissionais do sexo ou mulheres sem regras com diversidade de parceiros? Sofrendo preconceito ético, racial, moral, ocupando lugar de uma “bomba relógio” que pode povoar o novo mundo de pessoas igualmente doentes?

Até que ponto elas precisam ser “alfabetizadas” nessa infecção sexualmente transmissível?

Na realidade são mulheres com situações de existência muito comprometidas, invisíveis, ocultadas em todos os âmbitos. No feminismo acadêmico, as mulheres negras são ocultadas, imagine negras com HIV? É preciso encontrar a singularidade desse corpo no feminismo negro. Um corpo para além da TARV, da hipertensão, da diabetes. Onde está o corpo dessas gestantes?

Interessante refletir a existência de um espaço onde elas possam de fato se igualar a outras mulheres e sentir um bebê mexendo, um prazer, uma dor lombar por causa da gravidez, perceber talvez, uma perda miccional. Importante refletir como se dá o autocuidado desses corpos, para além da estética, onde são mais aceitas como iguais. Essas mulheres são despertas para o autocuidado pois, fazer exercícios, perceber a dor lombar e o desconforto da cintura pélvica e tentar minimizá-las fazem parte do autocuidado.

São mulheres marcadas, isoladas e sós que sequer possuem uma rede social dentro do seu grupo, onde desvendar sua sorologia é tabu, escondido do parceiro amoroso – quando existe - e da própria família.

Muito eventualmente, a mãe ou algum membro da família não tem conhecimento, pois o segredo poderá ser revelado, e o pânico da descoberta, levando em conta os preconceitos da doença que são enormes. São poucas as campanhas que esclareçam à população que o HIV/aids

hoje é considerado apenas uma infecção sexualmente transmissível, podendo ser tratada, desaparecendo o risco de contágio.

Saber quem são essas mulheres, quais são suas características, e de que forma elas podem lidar com seu corpo, de que forma podem lidar com sintomas que causam desconforto, o quanto esses desconfortos alteram de fato a QV dessas pessoas, despertou o interesse por um estudo piloto, visto que é uma população feminina com características muito exclusivas desde o ponto de vista social até imunológico.

O binômio gravidez-HIV é muito estudado pela antropologia, psicologia, enfermagem, medicina, mas ainda não teve sua atenção voltada para a fisioterapia na saúde da mulher, mostrando a necessidade de abrir um novo caminho de pesquisa, uma área inédita para o aprofundamento da fisioterapia em obstetrícia, justificando seu estudo, aliando a QV com sintomas associados as disfunções de AP consideradas “comuns” ou inerentes a uma gestação, dentro da medicina masculina, que dita o que é normal ou patológico para o corpo feminino

Nesse momento de pandemia com regras claras de distanciamento, o não uso do transporte público a não ser quando extremamente necessário: ir ao pré-natal, por exemplo; impossível propor um trabalho de fisioterapia em obstetrícia semanal, numa sala privada, com um profissional ao lado da gestante. Com a liberação da teleconsulta, aliada à boa aceitação e ao sucesso de experiências vividas com pacientes em obstetrícia de outra classe social, surgiu o desejo de repetir o mesmo recurso, a fim de alcançar essas gestantes, cumprindo os protocolos de saúde nesse momento de pandemia sem a necessidade do deslocamento, gasto financeiro.

4 HIPÓTESE

A teleconsulta associada a cartilha de Atividades da Vida Diária para gestantes contribui para melhorar a QV, reduz a dor lombar e na cintura pélvica, diminui as disfunções do assoalho pélvico e a ansiedade das gestantes que tem HIV, que são acompanhadas pelo ambulatório de obstetrícia do HUGG.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os efeitos de uma proposta de protocolo de teleconsulta para gestantes com HIV/aids atendidas no ambulatório de pré-natal do HUGG

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar os efeitos de uma proposta de protocolo de teleconsulta na QV, ansiedade e disfunções da MAP e na dor lombo pélvica de gestantes com HIV.

5.3 DESFECHOS

Dor lombar e dor na cintura pélvica, disfunção do AP, QV e ansiedade.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo piloto de um ensaio clínico randomizado.

6.2 ORIGEM DA AMOSTRA

O estudo foi realizado no HUGG, com gestantes que vivem com HIV/AIDS, a partir da demanda do serviço ambulatorial de pré-natal.

6.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de elegibilidade eram verificados pela pesquisadora a partir dos prontuários separados para aquele dia de atendimento. Mulheres gestantes, primíparas ou multíparas, idade entre 15 e 43 anos, idade gestacional a partir de 12 semanas, com limitação até 32 semanas, feto único, sem queixa anterior de dor lombar e IU, que estejam fazendo o acompanhamento pré-natal no HUGG, diagnóstico de HIV, seguindo tratamento com medicações antirretrovirais após o ano de 2013, possuidoras de um celular que possa receber mensagens pelo aplicativo do *WhatsApp Web* bem como vídeos e que possa se comunicar por vídeo chamada.

6.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Corroborando indicação para o exercício físico do ACOG (2002) foram adotados os mesmos critérios de exclusão para esse estudo: mulheres com risco de aborto, sangramento uterino, inflamação e/ou infecção urinária vigentes, déficit cognitivo que impeça o entendimento dos comandos, uso de drogas ilícitas, cirurgias pélvicas pré-existent, hipertensas, diabéticas com uso de insulina, apresentando sintomas de candidíase, ou apresentando outra infecção sexualmente transmissível (IST).

Importante ressaltar que, seguindo as recomendações da ABRAFISM (2020a), pacientes com diagnósticos de COVID-19 foram excluídas do estudo e aquelas que durante os exercícios físicos apresentaram sintomas de tosse, febre ou falta de ar, interromperam imediatamente o estudo por suspeita sintomatológica compatível a COVID-19.

6.5 AMOSTRA PRETENDIDA

A amostra foi realizada de forma sequencial por conveniência, sendo randomizada em grupos, composta pelas gestantes com HIV atendidas no Ambulatório de pré-natal do HUGG.

Foi realizado um estudo piloto para verificar se seria viável na pandemia e esse estudo piloto mostra as adaptações, e por isso, não foi realizado cálculo amostral. Durante a revisão de literatura, não se conseguiu localizar pesquisas de fisioterapia com gestantes com HIV, principalmente empregando a teleconsulta, que servissem de base para o cálculo amostral, assim faz-se necessário um estudo piloto para traçar uma linha de reflexão às próximas pesquisas.

Foram selecionadas gestantes pela pesquisadora através do prontuário de atendimento no ambulatório daquele dia específico, que atendiam os critérios de elegibilidade. As voluntárias foram randomizadas em três grupos:

- a) GRUPO 1: com vídeo sem teleconsulta (CVST): as gestantes receberam a cartilha autoexplicativa de atividades da vida diária, e um vídeo com exercícios e orientações de acordo com a idade gestacional;
- b) GRUPO 2: com vídeo com teleconsulta (CVCT): as gestantes receberam a cartilha autoexplicativa de atividades da vida diária, os vídeos com exercícios e orientações de acordo com a idade gestacional além de serem acompanhadas por uma teleconsulta para realização e orientação dos exercícios com a fisioterapeuta pesquisadora, follow-up: com vídeo com teleconsulta;
- c) GRUPO 3: sem vídeo sem teleconsulta (SVST): as gestantes receberam apenas a cartilha autoexplicativa de atividades da vida diária.

6.6 QUESTIONÁRIOS

Após a leitura em conjunto pela pesquisadora e a voluntária, a explicação e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a pesquisa e para a teleconsulta foram preenchidos em conjunto com a pesquisadora os quatro questionários especificados abaixo, anexos A, B, C e D, e o apêndice D.

Os critérios para escolha destes questionários incluíram a possibilidade de serem autoadministrados, concisos e com fácil aplicabilidade clínica, além de serem validados na língua portuguesa do Brasil.

O Questionário de qualidade de vida SF-36 é um instrumento de avaliação de QV, de fácil admissão e compreensão. Foi modificado para melhorar o alcance e a precisão de algumas das escalas, melhorar a redação e o formato do questionário, resultando no SF-36 versão 2. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, que englobam oito escalas, domínios ou componentes: três domínios (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor corporal) contribuem principalmente para o Resumo do Componente Físico (PCS) e três (saúde mental, limitação por aspectos emocionais, e aspectos sociais) contribuem para o Resumo do Componente Mental (MCS). Os domínios Vitalidade, Estado Geral de Saúde apresentam correlações, entre si. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e cem a melhor estado de saúde. A validação na língua portuguesa foi feita em 1999, por Ciconelli *et al.* Em 2018, foi realizado o primeiro estudo de validação do SF-36 (v2) em pacientes brasileiros com HIV, publicado em 2019 por um grupo de pesquisadores em doenças infecciosas de Salvador (COOPER *et al.*, 2017; KUSTERER, 2019).

O questionário *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ) validado em 2018, foi delineado de forma a simplificar a identificação e o grau de incômodo relacionados a problemas comuns do AP. É descrito como um questionário de nove itens que inclui sintomas e incômodos relacionados a disfunções do AP: IUE, urgência e frequência urinária, incontinência de urgência, disúria, prolapso de órgãos pélvicos, defecação obstruída, incontinência fecal e dispareunia. Cada resposta é pontuada em um intervalo de 0 a 5, com pontuações mais altas indicando um incômodo mais grave. O sistema de pontuação dá o mesmo peso para todas as questões. A pontuação total varia de 0 a 45. Para obter uma pontuação resumida de 0 a 100, a pontuação total foi transformada pela multiplicação da pontuação média dos itens respondidos por 20 (PETERSON, 2010).

O questionário Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi criado por Spielberger *et al.* em 1970, traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Biaggio *et al.* em 1977. Contém 20 afirmações com quatro possibilidades de concordância (1. Absolutamente não; 2. Um pouco; 3. Bastante; 4. MUITÍSSIMO). Os graus de ansiedade são classificados de acordo com os resultados das pontuações obtidas. Uma pontuação entre 20 e 40 indica baixo grau de ansiedade, entre 41 e 60 indica médio grau de ansiedade e entre 61 e 80 indica alto grau de ansiedade (BIAGGIO *et al.*, 1977).

O questionário *Pelvic Girdle Questionnaire* (PGQ) tem como objetivo desenvolver uma medida específica para a dor da cintura pélvica relacionada à gestação. A adaptação transcultural do PGQ escolhida para esta pesquisa foi a nova versão em português do Brasil do

PGQ de Beaton (2019) por ser mais recente confiável, responsivo e oferecer melhor compreensão como questionário autoaplicável (FAGUNDES; CABRAL, 2019).

6.7 EXAME FÍSICO

O exame físico foi realizado com todas as voluntárias, por uma pesquisadora cega pois, ainda não teria ocorrido a randomização. Este exame físico teve como base dois artigos que demonstraram testes autoaplicáveis com maior confiabilidade em relação aos testes (de provocação de dor) aplicados de forma presencial. Olsén, Eden, Gutke (2014) investigam a concordância entre os testes autoaplicáveis realizados pela gestante em casa e os testes realizados por um examinador, em mulheres grávidas com suspeita de dor na cintura pélvica. Olsén *et al.*, em 2009, publicaram um artigo, com os mesmos autores, onde esses testes foram explicados com imagens claras e maiores detalhes, os que ofereceram maior concordância entre o teste autoaplicável e o realizado pelo fisioterapeuta na gestante foram: P4, Ponte, MAT e Trendelenburg (Figura 2, Figura 3, Figura 4, Figura 5).

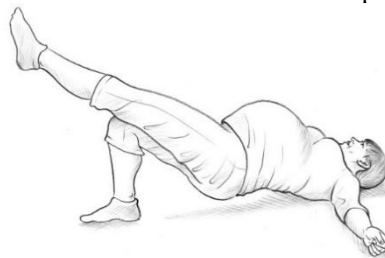
Figura 2 - P4 - Para verificar dor na cintura pélvica posterior



Fonte: Olsén, 2009.

Deitada em decúbito dorsal com flexão de 90° no quadril, a paciente pressiona o joelho fletido, ao longo do eixo longitudinal do fêmur. Teste positivo = reproduzindo a dor na área SI.

Figura 3 - Ponte - Para verificar dor na cintura pélvica posterior



Fonte: Olsén, 2009.

A paciente levanta o glúteo e estende uma perna. Teste positivo = reproduzindo a dor na área SI.

Figura 4 - “MAT-test” – “Puxando um tapete”: Para verificar dor na cintura pélvica anterior



Fonte: Olsén, 2009.

A paciente realiza um movimento de abdução e adução do quadril simulando o movimento de puxar uma esteira. Teste positivo = dor na sínfise púbica

Figura 5 - Trendelenburg - Para verificar dor na cintura pélvica posterior



Fonte: Olsén, 2009.

Em pé sobre uma perna, flexiona a outra com o quadril e o joelho a 90°. Teste positivo = reproduzindo a dor na área SI.

6.8 CARTILHAS – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (APÊNDICE E)

Levando em conta que, no decorrer da gestação, dimensões desse corpo se alteram tornando as áreas de alcance mais distantes, além de uma maior demanda do sistema

musculoesquelético chegando a provocar desconforto, fadiga, ou até lesões, as duas cartilhas de atividades da vida diária se fazem necessárias nesse contexto como um material de consulta fácil, para esclarecer orientações posturais e ergonômicas específicas. Neste momento da gestação, algumas queixas de desconfortos que as gestantes, em sua maioria, apresentam, se devem a hábitos posturais inadequados ou até alguns movimentos que causam desequilíbrios no quadril na hora de realizar tarefas.

As cartilhas adaptadas de Baracho (2018) e também de cartilhas para uso da clínica de Sabrina Baracho esclarecem com uma linguagem acessível, de forma visual bem distribuída, fotos de uma gestante em diferentes situações da vida cotidiana, propondo posturas que evitem desconfortos ou até pequenas lesões: levantando um objeto do chão, colocando sapatos, sentando-se em uma cadeira, dormindo de um jeito confortável, levantando-se da cama, carregando sacolas de compras, guardando objetos no alto. As cartilhas serão um produto dessa pesquisa para o ambulatório pré-natal do HUGG.

6.9 VÍDEOS (APÊNDICE F)

Os vídeos apresentam uma modelo gestante executando todos os movimentos que as participantes da pesquisa deverão realizar na medida da individualidade biomecânica de cada corpo. Os vídeos com os exercícios foram enviados pelo aplicativo *WhatsApp* a dois grupos da pesquisa, logo após a avaliação física, (instrumento de importância para essa pesquisa) pois contém os movimentos que cada uma deverá efetuar de acordo com sua idade gestacional. São vídeos acompanhados de narração com linguagem coloquial para que essa participante tenha a explicação de como realizar cada movimento de forma clara e dentro do seu repertório linguístico, tanto para ter a capacidade de realizá-los sozinha, como para realizá-los na teleconsulta acompanhada pela pesquisadora fisioterapeuta.

São vídeos de curta duração, enviados de acordo com a idade gestacional, objetivando diminuir as alterações músculos esqueléticas, a dor lombar, a dor na cintura pélvica e assim favorecer a QV dessa gestante. A voluntária pode ingressar na pesquisa em qualquer idade gestacional assegurando o recebimento de todos os vídeos desde o primeiro, adaptando o intervalo de tempo entre um e outro vídeo. Todas as voluntárias experimentam a realização de todos os exercícios, bem como a realização das teleconsultas de acordo com o grupo randomizado a que pertence. As teleconsultas são 3, uma a cada vídeo. No item **6.11** se

encontram as fotos de cada movimento do vídeo, nomeados com breve descrição e objetivo prioritário.

Os vídeos foram enviados de acordo com a idade gestacional, no entanto, cada participante recebeu todos os vídeos até que seja compatível com sua idade gestacional, pois existe uma evolução nos exercícios explicitada abaixo.

- a) 1º vídeo com conteúdo de movimentos compatíveis da 14^a/15^a semana de gestação até a 22^a semana de gestação;
- b) 2º vídeo com conteúdo de movimentos compatíveis da 23^a semana de gestação até a 30^a semana de gestação;
- c) 3º vídeo com conteúdo compatível com a 31^a semana de gestação até a 37^a semana de gestação.

No grupo **CVCT**, as teleconsultas se realizaram pelo menos 1 vez após o envio de cada um dos 3 vídeos, de acordo com a idade gestacional, até a 37^a semana. Estima-se um tempo de 20 minutos na teleconsulta após o primeiro vídeo; e 15 minutos para os outros dois vídeos. As teleconsultas foram realizadas pela pesquisadora principal, de acordo com as recomendações da ABRAFISM.

Nas teleconsultas, o objetivo principal foi explicar cada movimento apresentado no vídeo, pedindo para que a gestante repita sob supervisão da pesquisadora, percebendo seu corpo ao realizar o movimento, esclarecendo número de repetições, frequência, orientando adaptações necessárias para a realização das sessões (ABRAFISM, 2020b). Os comandos da pesquisadora principal para cada movimento foram fiéis à orientação do comando verbal de cada vídeo. Caso ainda houvesse dúvidas de entendimento por parte da gestante, a pesquisadora sugeriria assistir novamente ao vídeo, em conjunto a fim de dirimir aquela dúvida, evitando explicações diferentes entre cada participante.

6.10 BASE TEÓRICA DOS EXERCÍCIOS POSTURAIIS

Os movimentos foram selecionados após análise e experimentação em outros contextos do que representa uma teleconsulta, pois é fundamental preservar a segurança física da mulher gestante, na ausência de um auxílio presencial para ajuste postural, além de buscar reduzir risco de lesão, de queda ou perda de equilíbrio.

O corpo da mulher grávida passa por transformações tão grandes, e de maneira tão rápida, que lhe é difícil lidar de forma eficiente e coordenada com essa nova configuração

corporal, com esse novo volume, com esse novo eixo. Terapeuticamente, o ideal é fazê-la voltar a experimentar as vivências de seus primeiros meses de vida, o que lhe possibilitou domínio sobre um corpo desconhecido. Esse caminho do amadurecimento de um protocolo de movimentos corporais se desenvolveu na experiência clínica durante alguns anos no trabalho particular com gestantes.

Os primeiros movimentos apresentados nos vídeos se dão em decúbito dorsal, seguido de rolamentos, decúbitos laterais, passa-se à posição sentada, seguindo a posição de dois apoios, quatro apoios e por fim, em posição ortostática. É o momento de reviver esse processo de desenvolvimento motor na medida em que um novo corpo lhe é imposto. Esse corpo grávido precisa de uma oportunidade para reaprender a lidar com a sua organização motora nessa nova configuração, assim como o bebê aprendeu com sucesso a lidar com sua organização motora na configuração fora do ambiente aquático, do útero. Em síntese, a proposta de movimentos com o corpo grávido se pauta, em linhas gerais, no desenvolvimento motor infantil, não subtraindo as necessidades específicas para esse corpo, que irá sustentar todo o peso abdominal durante muitas semanas.

Dentro do útero, o ser humano desenvolve-se em uma posição de enrolamento, fora dele as primeiras experiências motoras – movimento de sucção ao mamar, movimentos voluntários ou não, de membros superiores, chutar - são vivenciadas em enrolamento do tronco (BEZIERS; HUNSINGER, 1992).

Piret e Béziers (1992) propõem uma nova base para o entendimento da Cinesiologia, que denominam coordenação motora. Segundo elas, o desenvolvimento motor humano se inicia com o enrolamento voluntário do tronco, isto é, aproximação entre cabeça e pelve. Esta pode ocorrer a partir da cabeça ou da pelve. Um movimento acentua o enrolamento em flexão; a extensão é o seu retorno. A coordenação motora é a harmonia entre a anatomia e a fisiologia do movimento, é o estudo do movimento humano na sua forma mais comum, os movimentos básicos do dia a dia, diz Santos (2002).

Para mamar, o bebê tem que acionar todos os músculos da mímica, pré-vertebrais, supra hioideos, infra hioideos e deglutidores. O esforço é tamanho que os músculos abdominais também são estimulados, o que puxa a pelve em direção ao tórax. Instala-se aí o primeiro trabalho de fortalecimento da cadeia muscular anterior. Posteriormente, ao começar a brincar com os próprios pés, o abdome inferior começa a ser estimulado e a pelve é atraída em direção à cabeça (PIRET; BÉZIERS, 1992). Como as camadas do abdome inferior estão em continuidade de direção com a musculatura do períneo, os retos encontram-se na mesma

camada profunda do musculo elevador do ânus que parte da face interna do púbis com fibras longitudinais que correm em direção ao cóccix ambas as regiões trabalham simultaneamente (SANTOS, 2002). Iniciar a experimentação do enrolamento, das torções dissociando a bacia do tórax, reaprendendo como um bebê a se movimentar nessa nova configuração, acionando um engrama mental da potência já existente, para assim um novo realinhamento que a manterá no equilíbrio a fim de viver com menos desconfortos.

Encontra-se aqui, então, o objetivo da primeira série de exercícios propostos neste trabalho. O enrolamento, as torções e o surgimento de possibilidades que o bebê descobre e que essa nova mecânica corporal vai experimentar, descobrir e se apropriar. Inclinações da pelve, movimentos de mobilidade da pelve em todos os sentidos laterais, oblíquos, ante e retroversão, para permitir o enrolamento. É um recurso, também de sensibilização motora para a partir daí entender como se processa a mecânica dessa pelve prevenindo rigidez, bloqueios e dores, contribuindo no ritmo na respiratório favorecendo até o treinamento da MAP.

Depois do desenvolvimento do enrolamento ativo, inicia-se a torção do tronco. Observe este bebê iniciando o movimento rotatório opondo tórax e bacia, (Figura 6) movimento que se inicia por uma inclinação-rotação da bacia e cintura escapular (Figura 5 e Figura 6) e se prolonga por um fechamento das costelas do lado da rotação cefálica, quando estas se aproximam, “fechando” o tórax deste lado (Figura 7 e Figura 8) (aumento do tônus flexor) e automaticamente “abrindo-o” do outro (aumento do tônus extensor). Aí o desencadear da torção, que provoca uma flexão do membro inferior do lado no qual houve aumento do tônus flexor no tronco e extensão do lado onde houve aumento do tônus extensor (Figura 9).

Isto estabelece um movimento recíproco de membros inferiores, base da deambulação, que se estabelecerá logo depois que esse padrão for suficientemente treinado. Dessa forma, a criança experimenta uma sensação de estabilidade e de equilíbrio. O enrolamento propicia a criança se organizar tendo boas condições de endireitamento para sentar-se, ficar em pé e depois andar. Essa é uma sequência usada com a gestante nos exercícios em decúbito dorsal do primeiro vídeo, com o mesmo propósito (vide movimentos PD 06,07,12 e 13). Ampliações dos espaços no plano horizontal e frontal para o ventre em expansão (BEZIERS; HUNSINGER, 1992; SANTOS, 2002).

Figura 6 - Início do movimento de rotação. Primeiro a cabeça, depois bacia



Fonte: A autora, 2022.

Figura 7 - Inclinação-rotação da bacia e cintura escapular



Fonte: A autora, 2022.

Figura 8 - Fechamento das costelas e do tórax para completar a torção.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 9 - Encerramento da torção



Fonte: A autora, 2022.

A utilização de alongamentos dinâmicos promove maior elasticidade das fibras musculares. A estabilização da cintura escapular promove a organização dessa região, que necessita de ajustes diante das adaptações posturais ao longo da gestação. Junto com essa estabilidade central da cintura escapular se promove o ganho de força e resistência de MMSS, além de favorecer a não sobrecarga dos músculos acessórios na respiração.

Os movimentos na posição sentada, dois apoios, quatro apoios e em posição ortostática abrem outras possibilidades de exercícios nas quais o ventre pode ser acomodado mais facilmente e os membros superiores e inferiores podem ser treinados em força e equilíbrio, movimentos de ampliação da caixa torácica contando com a ação da gravidade, flexibilidade dos pelvitrocantéridos. Continuando na postura sentada, há deslocamento de peso do tronco sobre as pernas (posição de sereia), experimentando as torções com alongamento de serrátil e oblíquos, com fortalecimento da cadeia posterior para firmar esse corpo (vide movimentos sentada 02, 03 e 04). Nessa alteração de peso, o bebê passa a posição de 2 e 4 apoios (SANTOS, 2002; TRINDADE, 2007).

Em dois apoios, “joelho a frente”, as articulações sacro-ilíacas são solicitadas de maneira assimétrica, do lado da perna que vai à frente em natação, e do lado da perna que vai para trás em contra-natação. flexibilizar iliopsoas que tende à retração pela tendência da pelve para entrar em anteversão (CALAIS-GERMAIN; LEMOTTE, 1991). Na posição de quatro apoios, a flexão do quadril permite movimento do fêmur alongando reto anterior e isquiotibiais.

Afinal deve ser no decorrer do movimento, na sua execução (com propósito utilitário ou expressivo, ou sem qualquer propósito além dele próprio) que o aparelho locomotor rememora suas origens e se refina (BERTAZZO, 1992).

6.11 FOTOS DOS EXERCÍCIOS COM EXPLICAÇÕES E OBJETIVOS

A modelo das fotos e do vídeo é uma fisioterapeuta participante do grupo de pesquisa, integrante da equipe de fisioterapia em obstetrícia do HUGG.

Exercícios na posição deitada (PD) em decúbito dorsal e lateral – 1º vídeo.

Figura 10 - Movimento PD 01 - deitada em decúbito dorsal sobre um saco plástico: pêndulo. Inclinação lateral da pelve em decúbito dorsal bilateral de forma alternada. Objetivo: mobilidade pélvica.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 11 - Movimento PD 02 - deitada em decúbito dorsal sobre o saco plástico: balsa de pelve. Movimentos alternados com anterversão e retroversão pélvica. Objetivo: mobilidade pélvica, iniciar o preparo para o enrolamento partindo de baixo.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 12 - Movimento PD 03 -deitada em decúbito dorsal sobre o saco plástico: movimento de relógio.
Movimento combinado de rotação da cintura pélvica no sentido horário.
Objetivo: Continuar mobilidade pélvica em planos oblíquos.

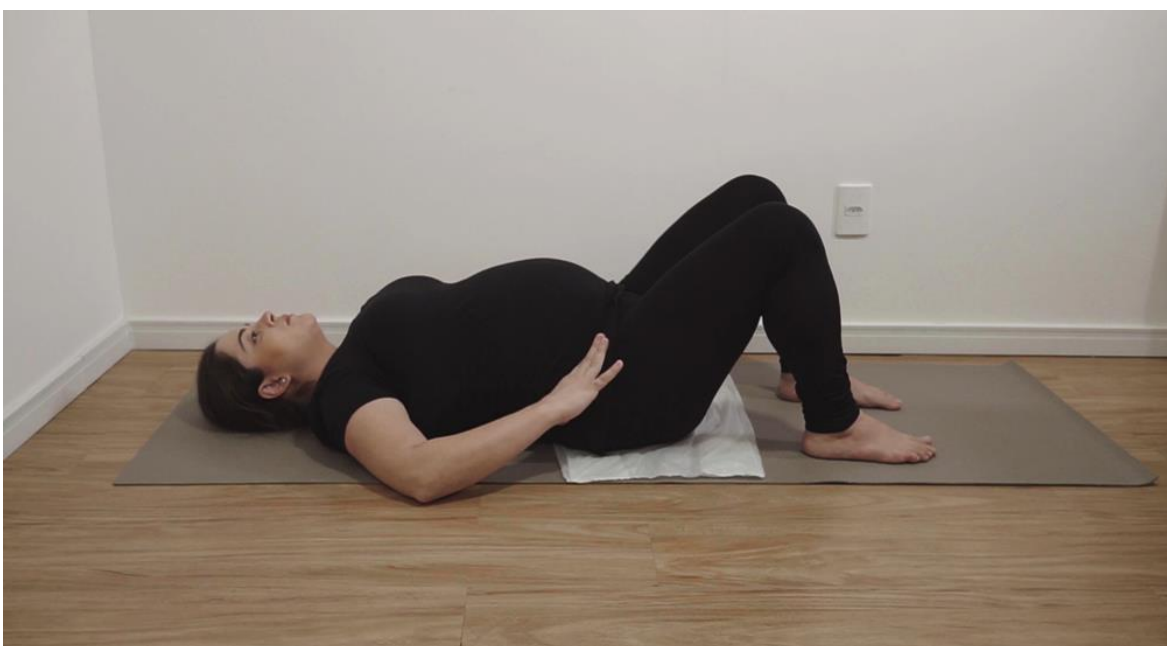


Fonte: A autora, 2022.

Figura 13 - Movimento PD 04 - deitada em decúbito dorsal: treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP).

Respiração com ativação dos músculos do assoalho pélvico.

Objetivo: ativação dos músculos do assoalho pélvico na fase expiratória sem freio labial.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 14 - Movimento PD 05 - deitada em decúbito dorsal: ponte. Elevação pélvica com apoio dos pés e membros superiores (MMSS) no solo.

Objetivo: ativação de transverso do abdome, assoalho pélvico, posteriores de coxa e glúteo com mobilização de coluna vertebral. Realizar enrolamento do tronco partindo da posição neutra com treinamento de força muscular de perônio e abdominais.

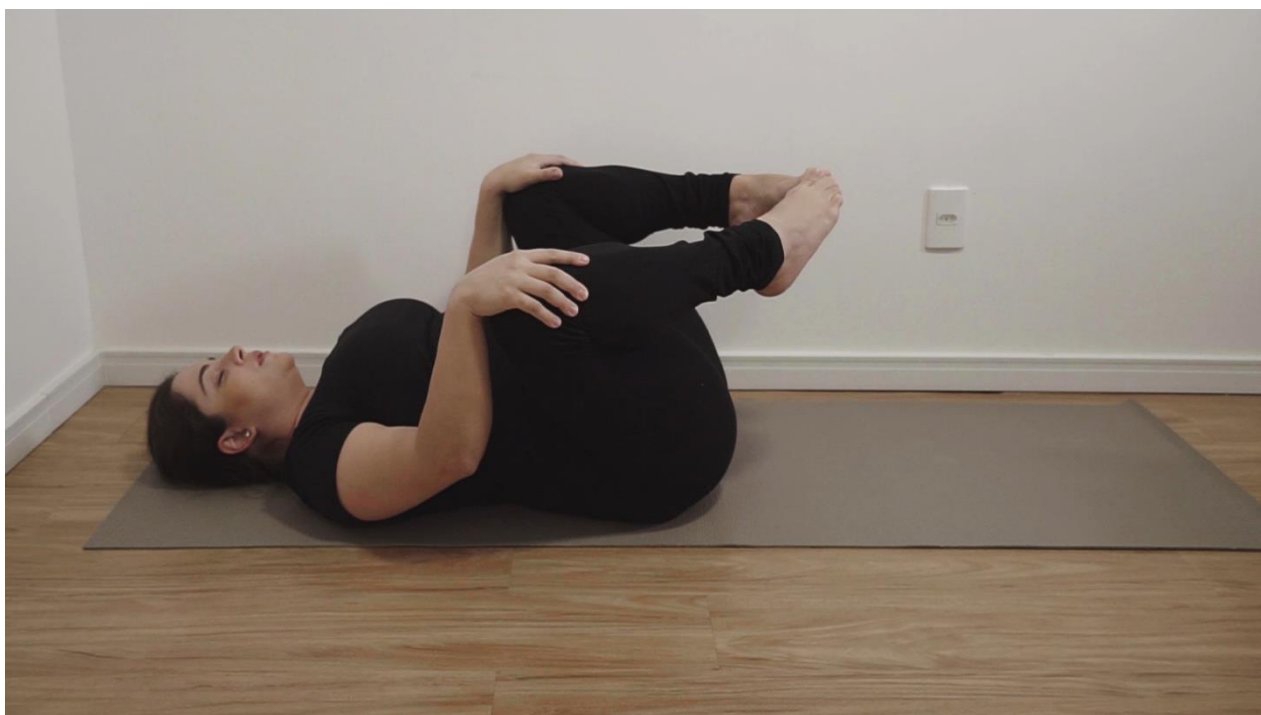


Fonte: A autora, 2022.

Figura 15 - Movimento PD 06 - deitada em decúbito dorsal: remador.

Mobilização de coxofemoral (CF) em flexão e rotação externa, limitada pelo contato do hálux.

Objetivos: Força de abdominais utilizados aqui como estabilizadores para movimento de mobilização de coxofemoral, mobilidade pélvica, ativação de glúteo médio e transverso do abdome.



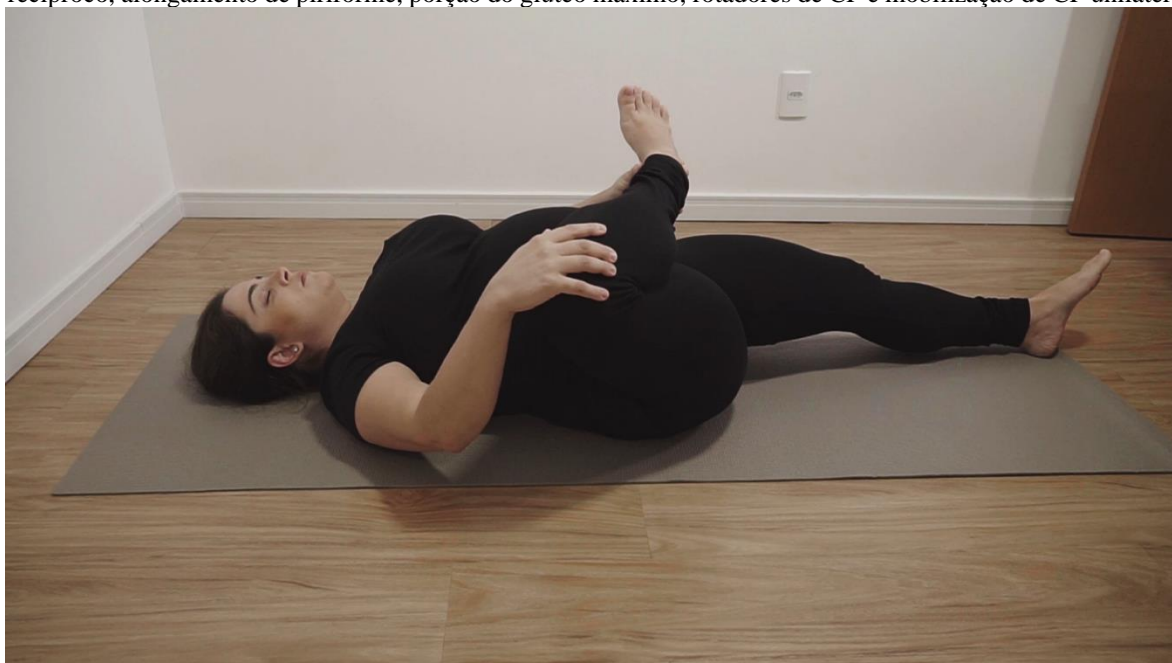
Fonte: A autora, 2022.

Figura 16 - Movimento PD 07 - deitada em decúbito dorsal: balancinho.
Dissociação de cintura pélvica com rotação da coluna vertebral, para os dois lados.
Objetivo: mobilização da coluna, alongamento dinâmico de cadeia lateral e peitorais.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 17 - Movimento PD 08 -deitada em decúbito dorsal: quatro dinâmico.
Flexão de CF com rotação externa em grande amplitude, para ambos os lados.
Objetivo: mobilização de CF com alongamento de piriformes, dissociação de membros inferiores em movimento recíproco, alongamento de piriforme, porção do glúteo máximo, rotadores de CF e mobilização de CF unilateral.



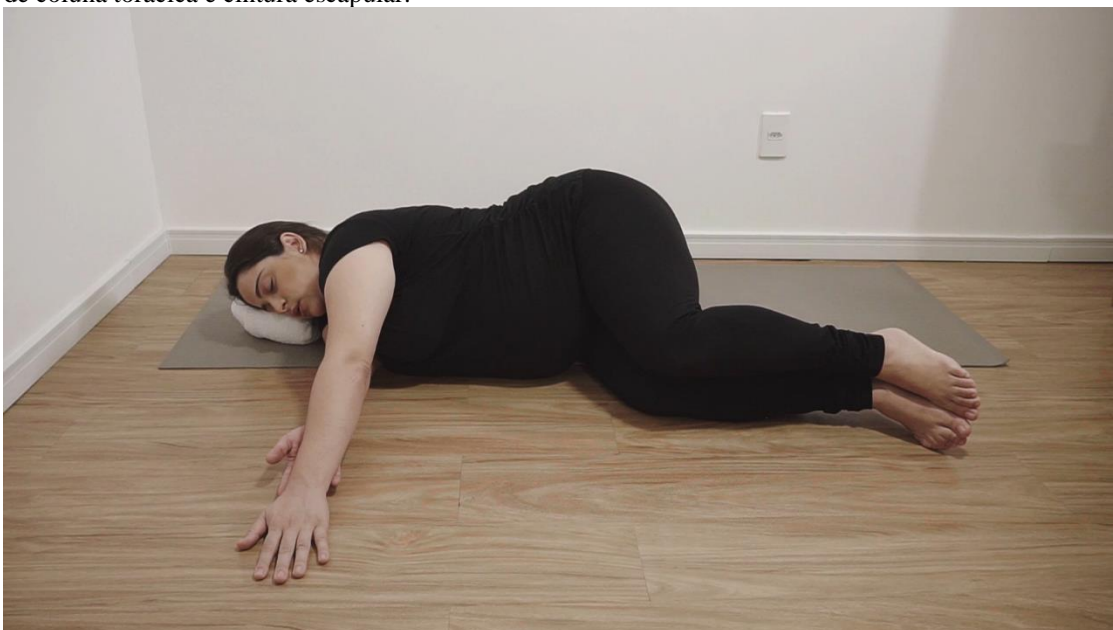
Fonte: A autora, 2022.

Figura 18 - Movimento PD 09 - Deitada em decúbito lateral (DL): pés de palhaço, pés de bailarina. Abdução de CF com extensão de joelho unilateral que deverá ser repetido do outro lado. Objetivo: Mobilização mais ampla de CF em abdução alongamento de posteriores de coxa e adutores, com mobilização de tornozelo.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 19 - Movimento PD 10 - deitada em D.L: esticando o braço. Rotação da coluna torácica, adução de glenoumeral com deslizamento de escápula, repetindo do outro lado. Objetivo: Mobilização de cintura escapular e pélvica em dissociação estimulando a torção de tronco, mobilização de coluna torácica e cintura escapular.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 20 - Movimento PD 11 - deitada em D.L.: ostra.

Adução em D.L. de C. F. mantendo contato entre joelhos, que deverá ser repetido do outro lado.

Objetivo: alongamento de AP e mobilização de CF.

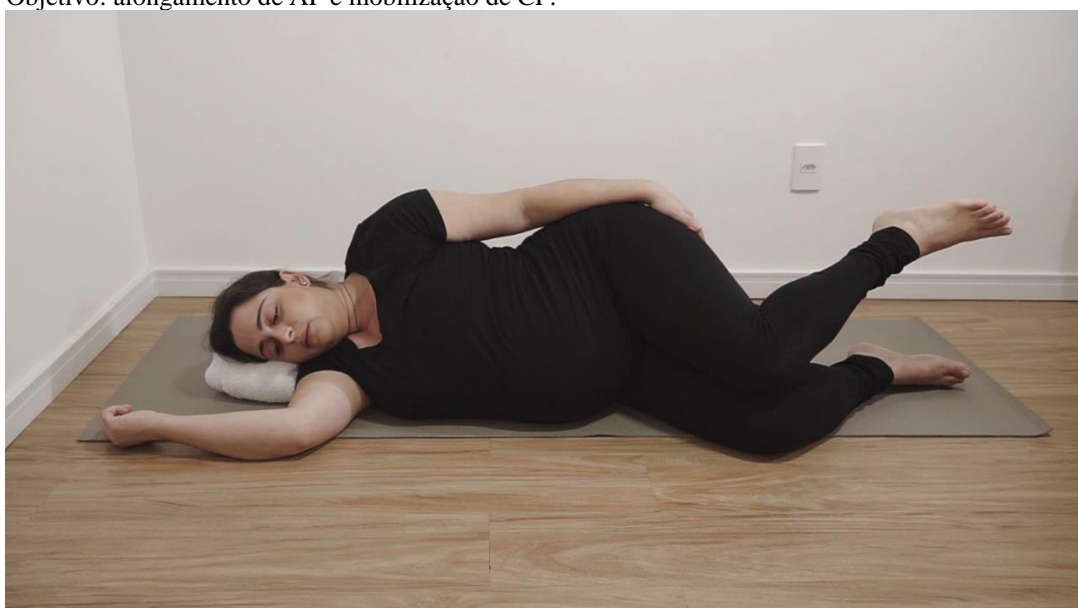


Fonte: A autora, 2022.

Figura 21 - Movimento PD 12- deitada em D.L.: Charleston.

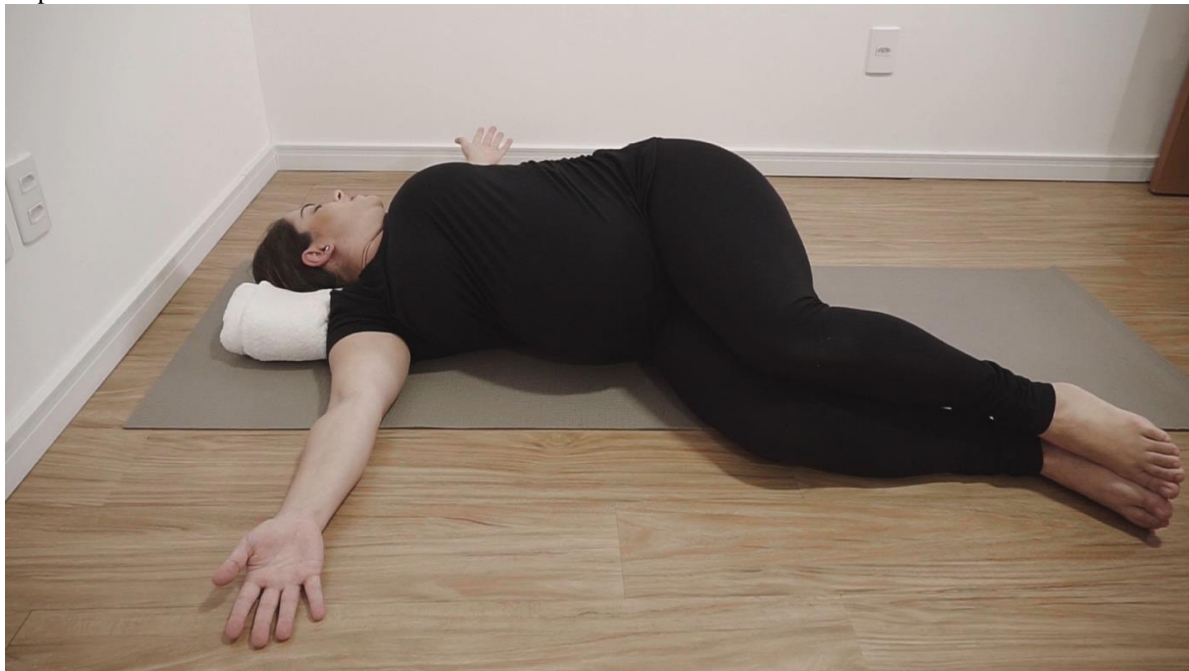
Adução em D.L. de C. F. mantendo contato entre joelhos, que deverá ser repetido do outro lado.

Objetivo: alongamento de AP e mobilização de CF.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 22 - Movimento PD 13 - deitada em D.L.: rotação de braços.
Dissociação da cintura escapular, que deverá ser repetido do outro lado.
Objetivo: Torção de tronco partindo da região escapular mobilidade da coluna torácica e alongamento dinâmico de peitorais.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 23 - Movimento PD 14 - deitada em D.D: torcendo a toalha.
Dissociação de cinturas pélvica e escapular com flexão e adução de joelho, que deverá ser repetido do outro lado.
Objetivo: mobilização de coluna vertebral e alongamento dinâmico de cadeia lateral, o que abre espaço para o ventre no plano frontal. mobilização de toda a coluna vertebral e alongamento dinâmico de cadeia lateral.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 24 - Movimento PD 14 - deitada em D.D: torcendo a toalha.



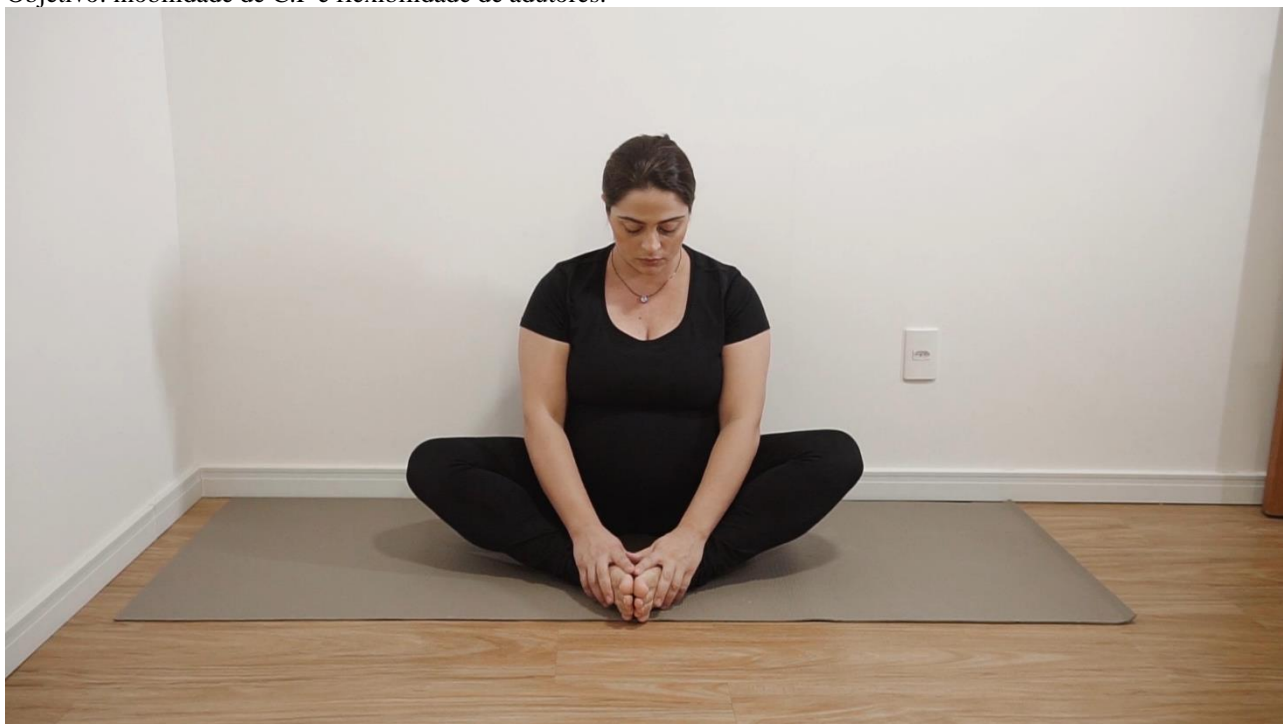
Fonte: A autora, 2022.

Movimentos na postura sentada (PS): 2º vídeo

Figura 25 - Movimento PS 15 - sentada: borboletinha.

Movimento oscilatório curto de adução de C.F.

Objetivo: mobilidade de C.F e flexibilidade de adutores.



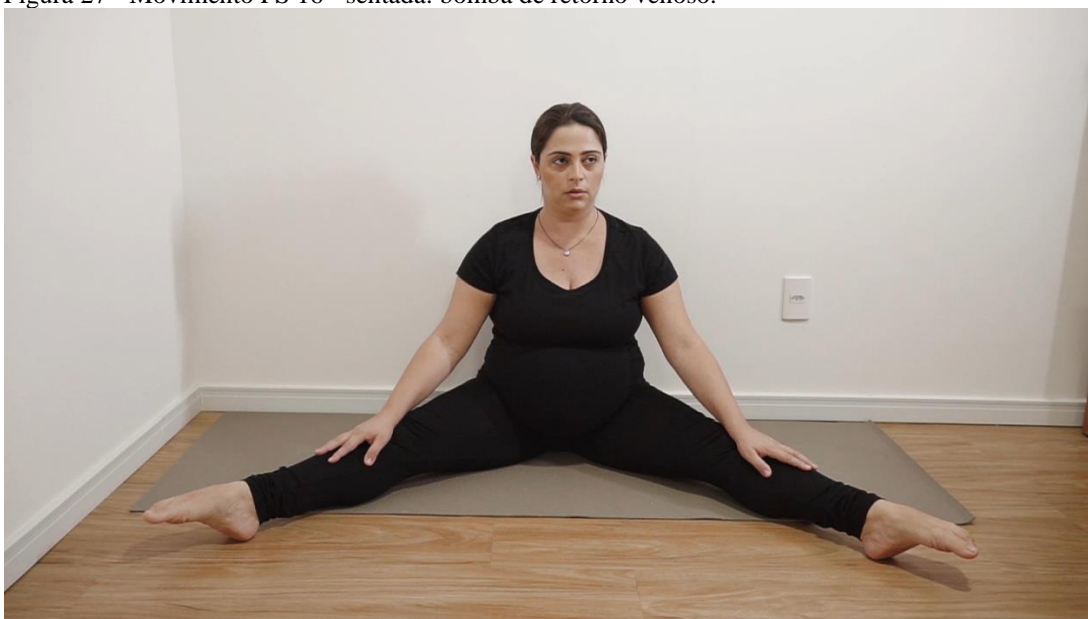
Fonte: A autora, 2022.

Figura 26 - Movimento PS 16 - sentada: bomba de retorno venoso.
Movimento oscilatório de tornozelo em flexão plantar e flexão dorsal.
Objetivo: mobilidade de tornozelo e facilitação para o retorno venoso de MMII.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 27 - Movimento PS 16 - sentada: bomba de retorno venoso.



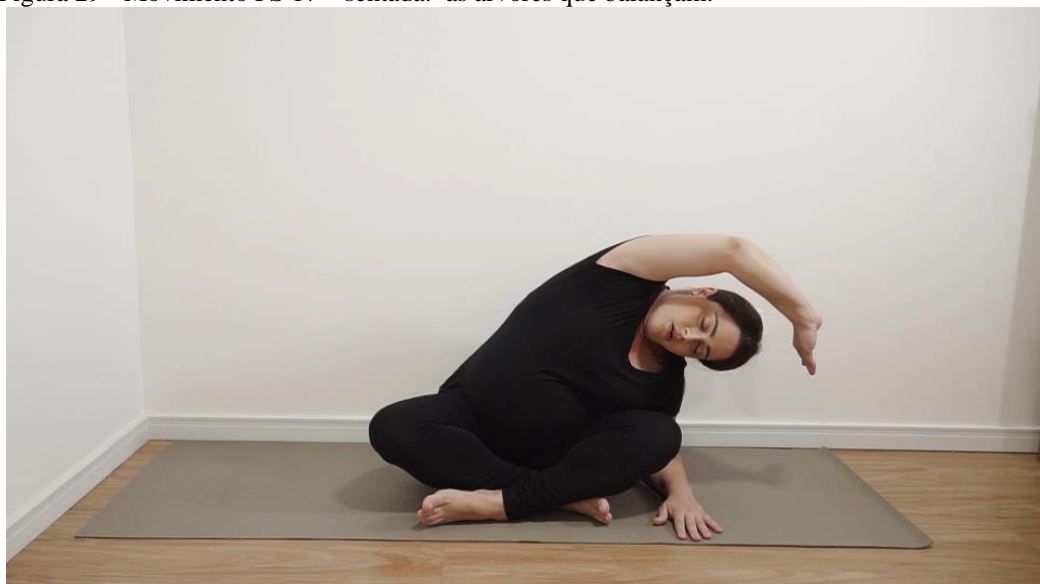
Fonte: A autora, 2022.

Figura 28 - Movimento PS 17 – sentada: as árvores que balançam.
Inclinação lateral de tronco acompanhada com elevação do MMSS de forma alternada.
Objetivo: Abrir espaço para o volume abdominal no plano frontal mobilização de coluna vertebral, mobilização de todo MMSS, flexibilidade de serrátil e quadrado lombar.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 29 - Movimento PS 17 – sentada: as árvores que balançam.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 30 - Movimento PS 18 - sentada: deslizando.

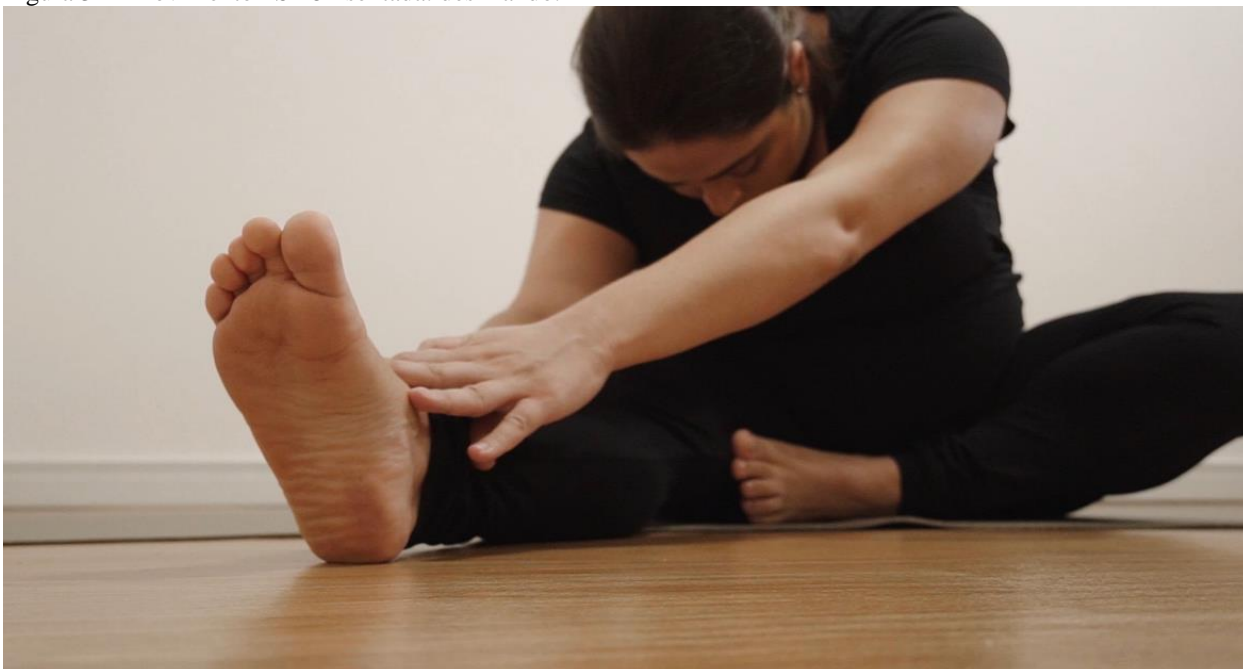
Flexão anterior de tronco com extensão unilateral do MMII, que deverá ser repetido do outro lado.

Objetivo: mobilização da coluna vertebral, mobilização de C.F., alongamento dinâmico de posteriores de coxa e paravertebrais.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 31 - Movimento PS 18 - sentada: deslizando.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 32 - Movimento PS 19 - sentada: esticando os braços.

Elevação dos MMSS em extensão.

Objetivo: flexibilidade de MMSS, mobilidade diafragmática e incentivo à expansão torácica nos diâmetros ântero-posterior e látero-lateral.

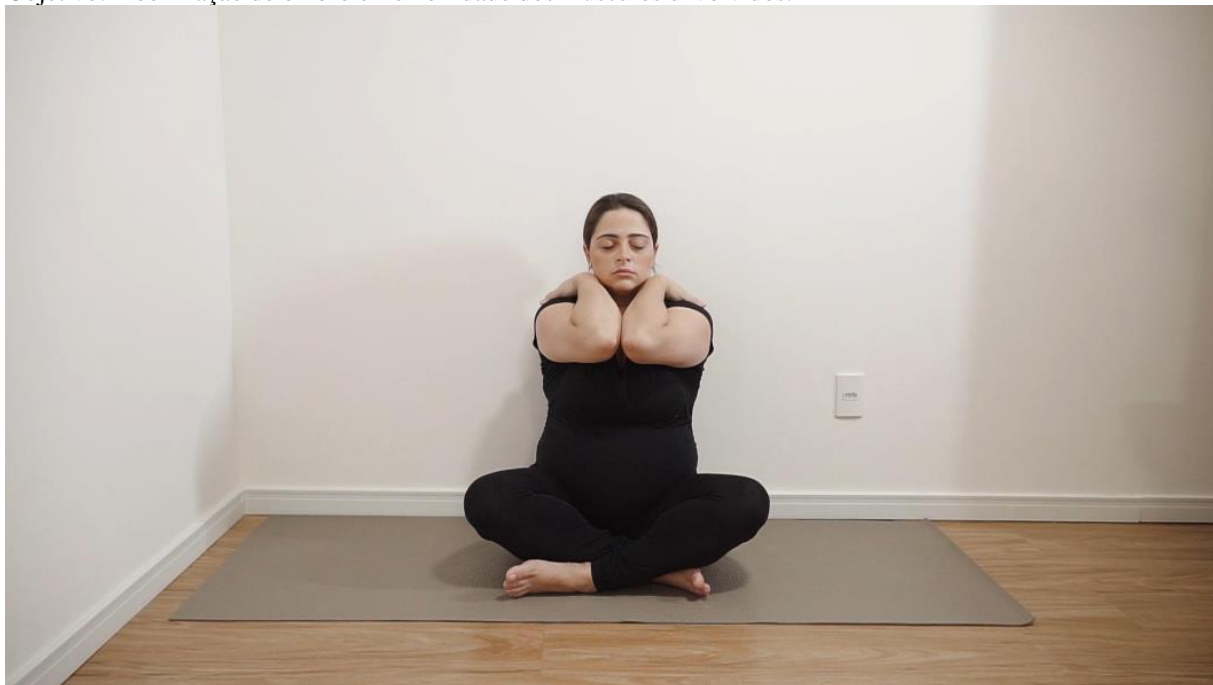


Fonte: A autora, 2022.

Figura 33 - Movimento PS 20 – sentada: rotação de braços.

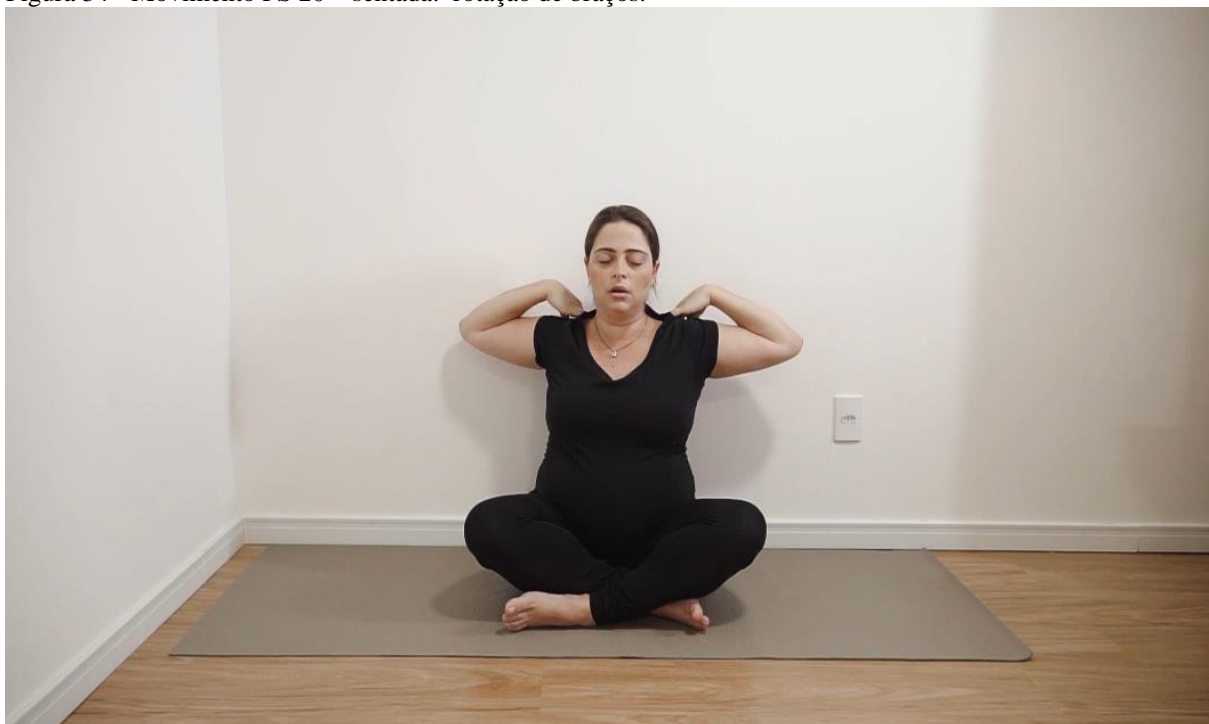
Movimento combinado de glenoumeral com flexão de cotovelo e punho.

Objetivo: mobilização de ombro e flexibilidade dos músculos envolvidos.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 34 - Movimento PS 20 – sentada: rotação de braços.

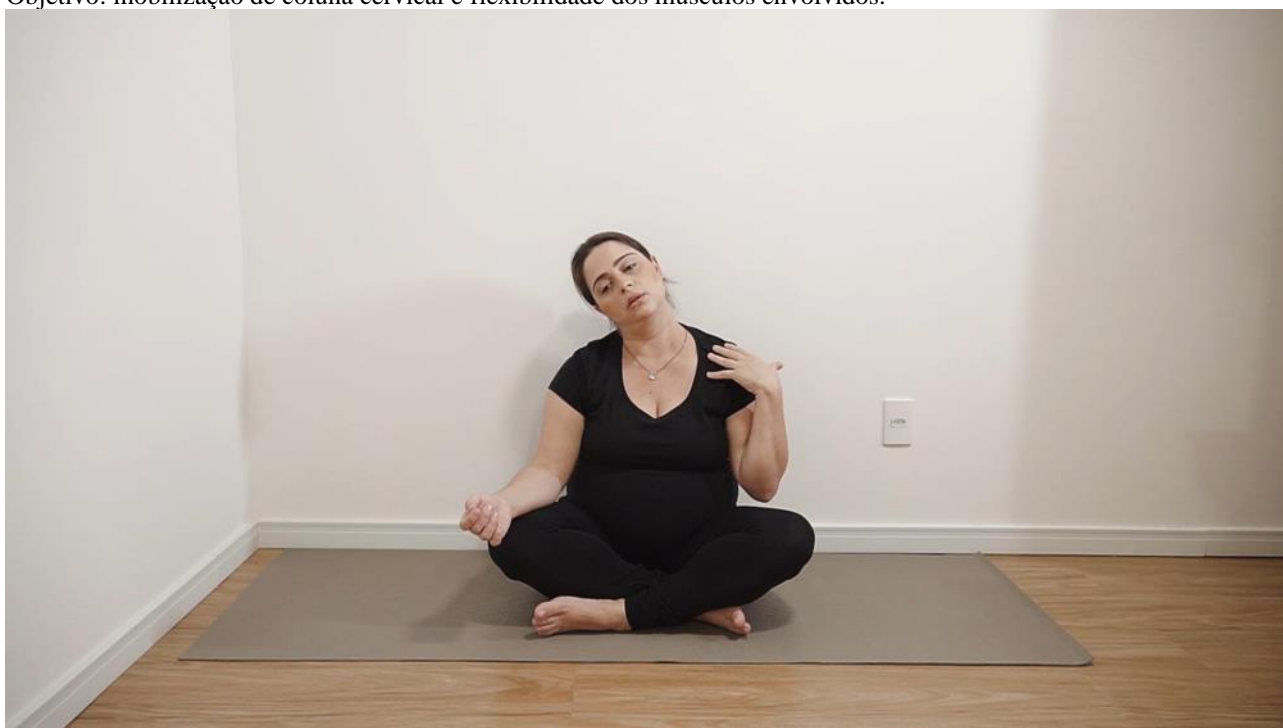


Fonte: A autora, 2022.

Figura 35 - Movimento PS 21- sentada: pescoço girando.

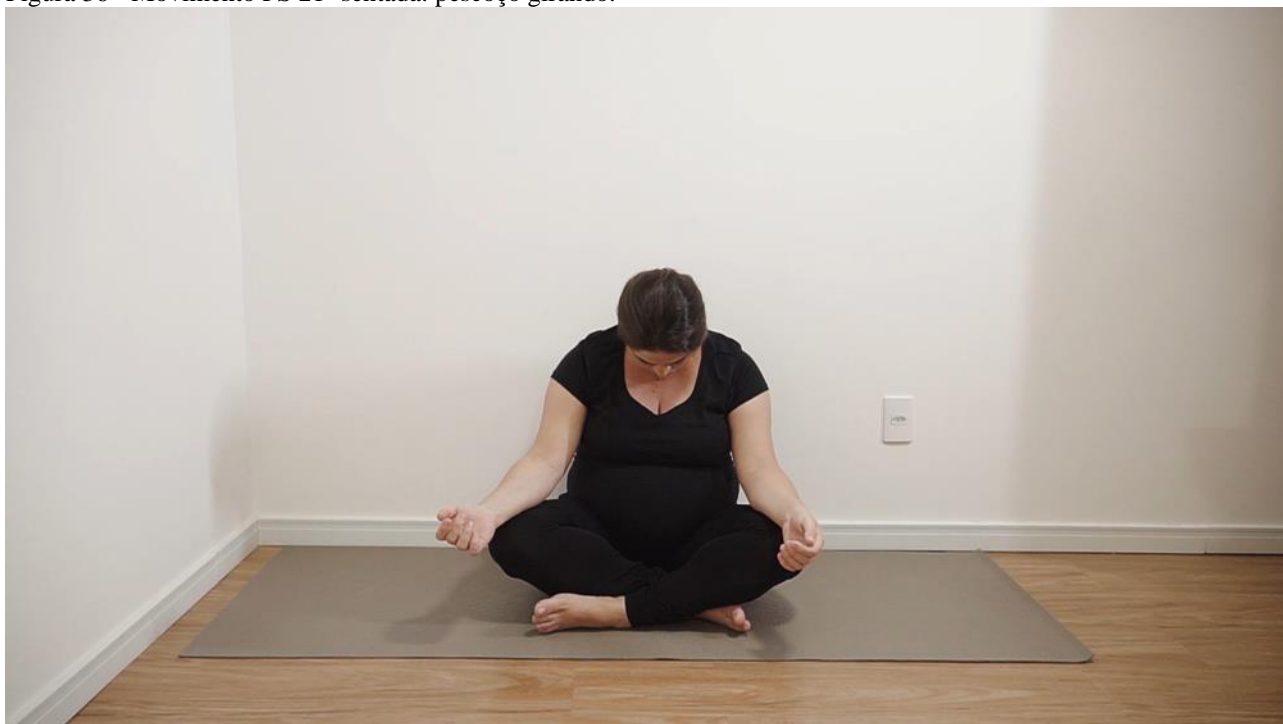
Movimentos combinados de coluna cervical.

Objetivo: mobilização de coluna cervical e flexibilidade dos músculos envolvidos.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 36 - Movimento PS 21- sentada: pescoço girando.

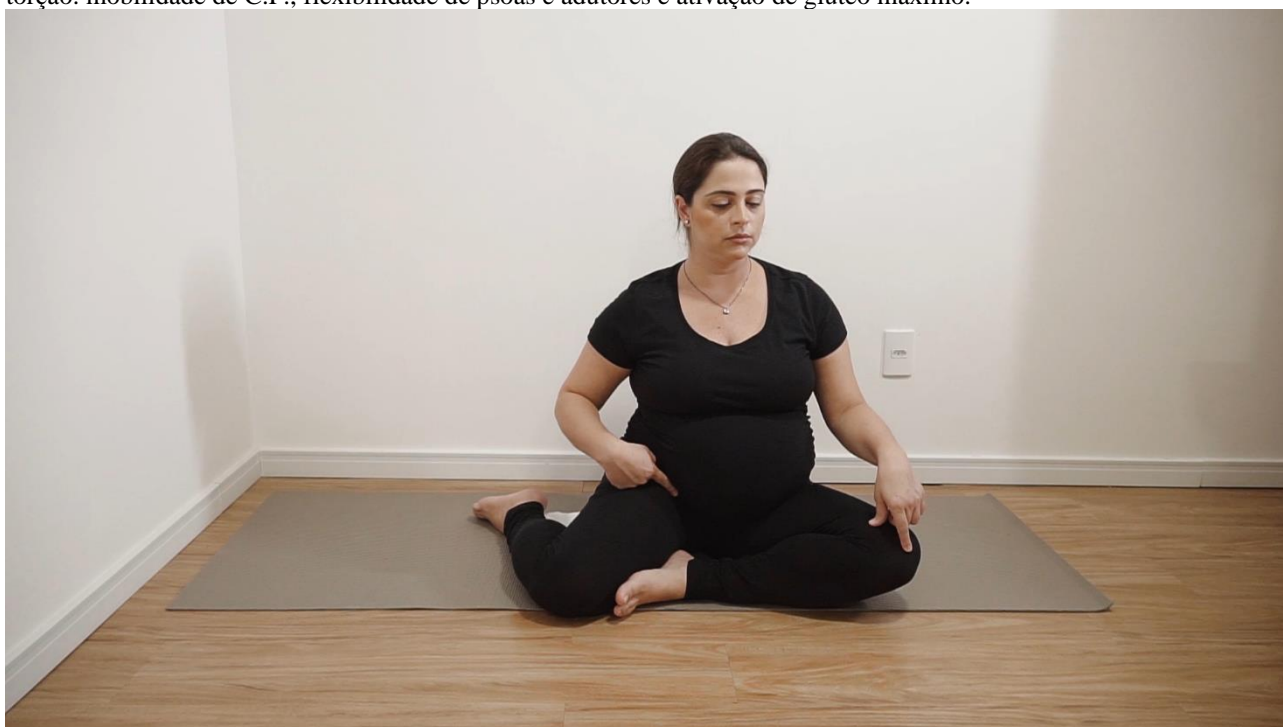


Fonte: A autora, 2022.

Figura 37 - PS 22 – sentada: postura de sereia.

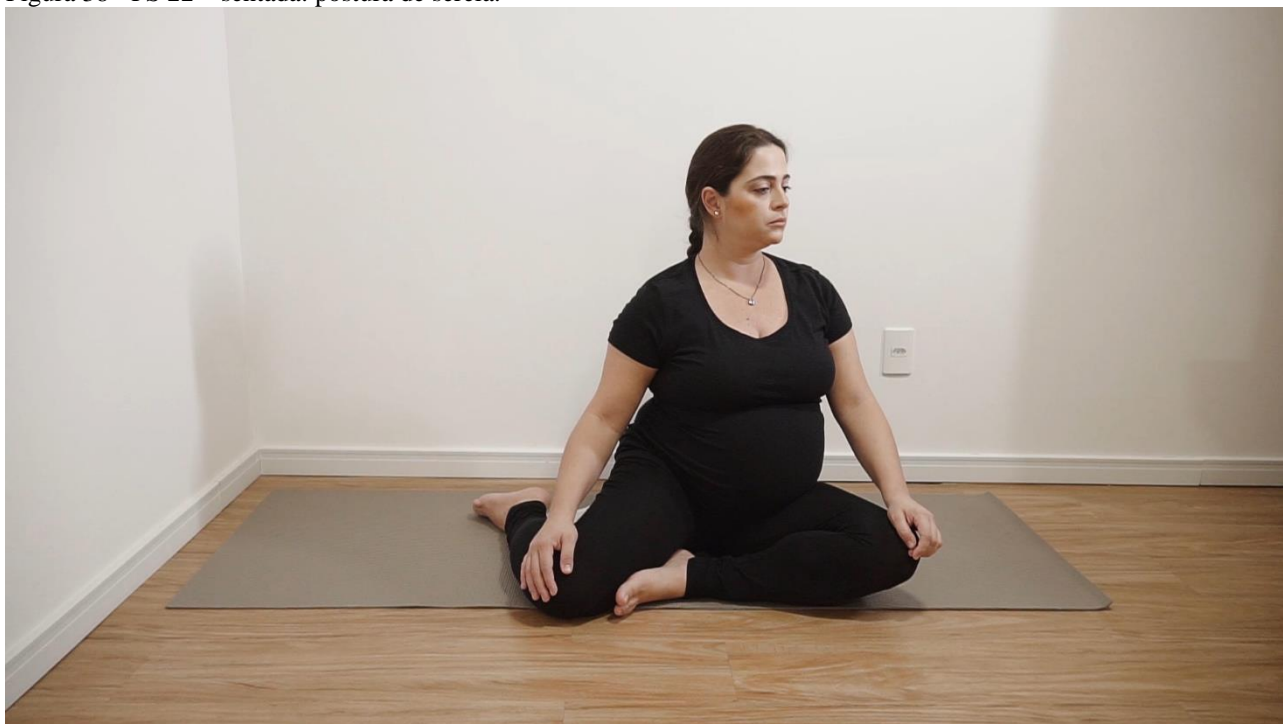
Extensão de CF com posicionamento de um MMII em adução e outro em abdução que deverá ser repetido do outro lado.

Objetivo: o estímulo de fechamento de um lado e abertura concomitante do lado oposto do tronco, em estímulo à torção. mobilidade de C.F., flexibilidade de psoas e adutores e ativação de glúteo máximo.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 38 - PS 22 – sentada: postura de sereia.

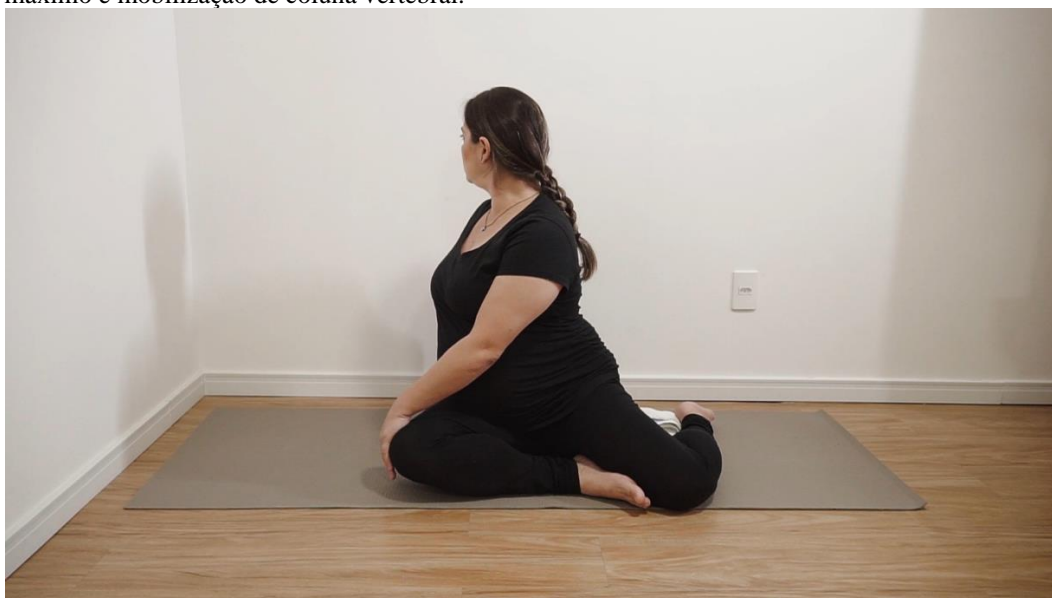


Fonte: A autora, 2022.

Figura 39 - Movimento PS 23 - sentada: postura de sereia dinâmica.

Extensão de CF com posicionamento de um MMII em adução e outro em abdução, associada à rotação de tronco e coluna cervical, que deverão ser repetidos do outro lado.

Objetivo: o estímulo de fechamento de um lado e abertura concomitante do lado oposto do tronco, em estímulo à torção. Mobilidade de C.F., flexibilidade de psoas e adutores, ativação de glúteo máximo e mobilização de coluna vertebral.

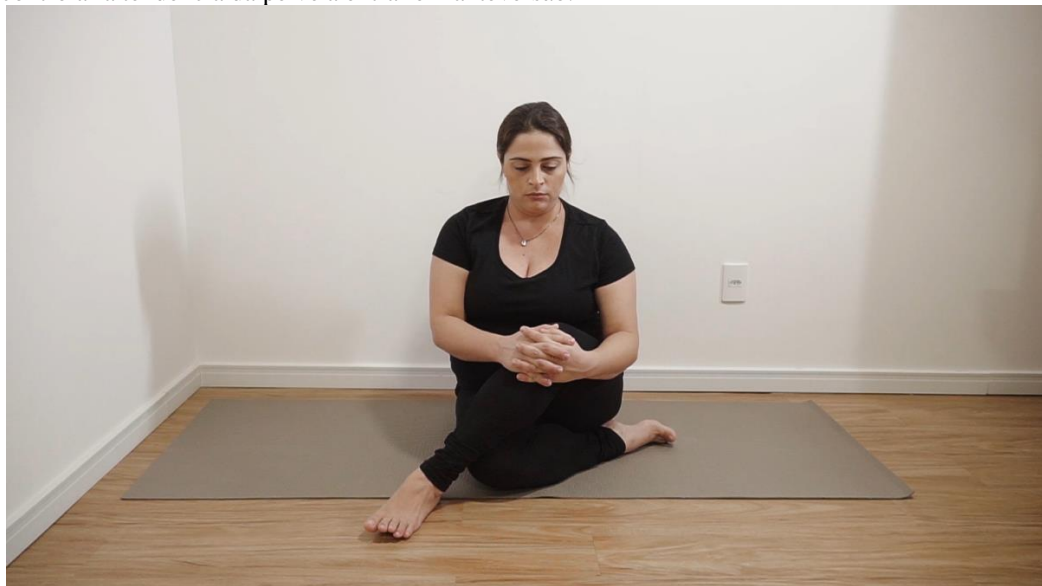


Fonte: A autora, 2022.

Figura 40 - Movimento PS 24- sentada: saia justa.

Adução unilateral de um MMII associada a flexão de quadril, joelho e apoio plantar, que deverá ser repetido do outro lado.

Objetivo: flexibilidade dos músculos envolvidos, em especial os pelvicoanterianos, que se tensionam ao controlar a tendência da pelve a entrar em anteversão.

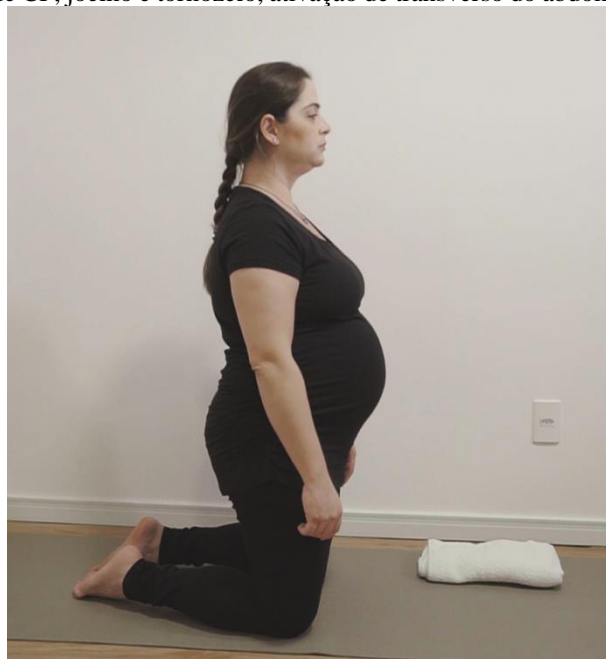


Fonte: A autora, 2022.

Exercícios na posição de joelhos (PJ) pé (PP) e quatro apoios (POA) – vídeo nº3

Figura 41 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.

Extensão de C.F. associada à flexão de joelho e flexão plantar do pé que está em apoio, deverá ser repetido do outro lado. Objetivo: flexibilidade de adutores, mobilidade articular de CF, joelho e tornozelo, ativação de transverso do abdome.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 42 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 43 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 44 - Movimento PJ 25- joelho e em pé: joelho a frente.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 45 - Movimento PJ 26 - joelho e em pé: joelho a frente.

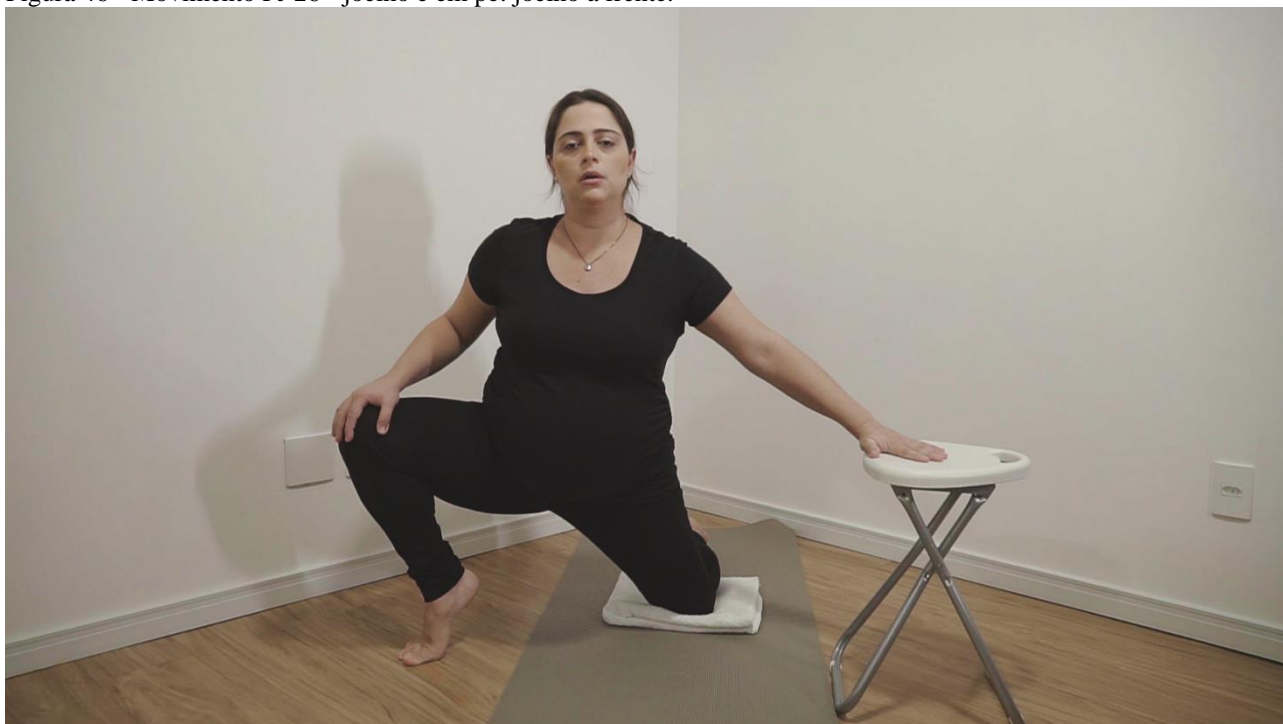
Extensão de C.F. em abdução associada à flexão de joelho e flexão plantar do pé que está em apoio, deverá ser repetido do outro lado.

Objetivo: flexibilidade de adutores, mobilidade articular de CF, joelho e tornozelo, ativação de transverso do abdome.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 46 - Movimento PJ 26 - joelho e em pé: joelho a frente.



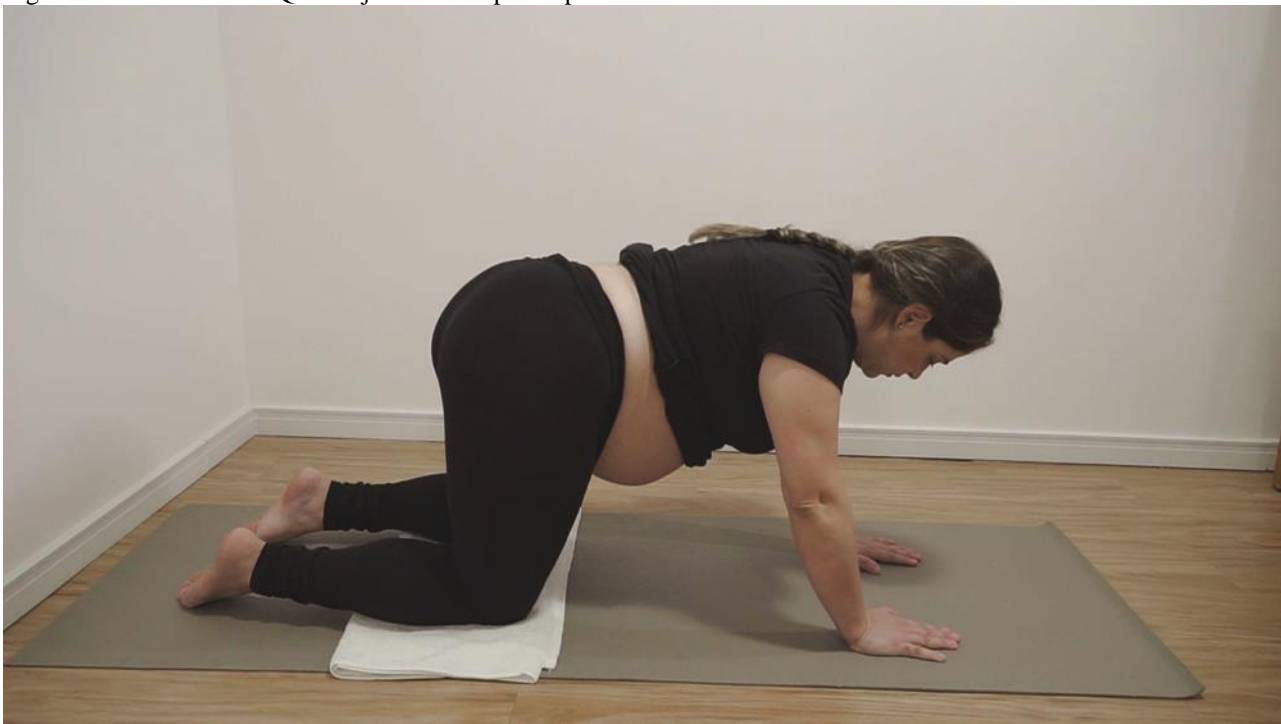
Fonte: A autora, 2022.

Figura 47 - Movimento PQA 27- joelho e em pé: 4 apoios.
Movimento combinado de cintura pélvica e lombar.
Objetivo: mobilização da cintura pélvica e coluna.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 48 - Movimento PQA 27- joelho e em pé: 4 apoios.

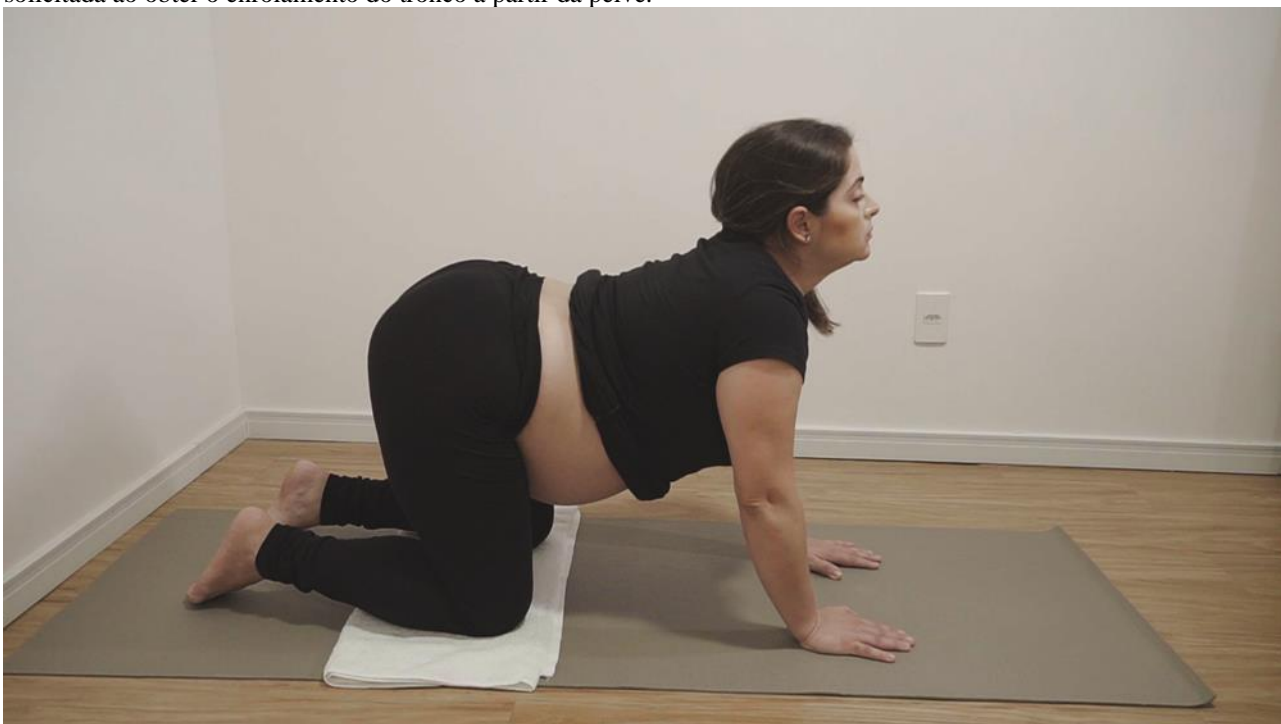


Fonte: A autora, 2022.

Figura 49 - Movimento PQA 28 - Joelho e em pé: gatinho

Extensão da coluna vertebral associada à inspiração, alternada com a flexão da coluna vertebral na expiração.

Objetivo: mobilização da coluna vertebral e pelve, estímulo da musculatura abdominal e perineal que deve ser solicitada ao obter o enrolamento do tronco a partir da pelve.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 50 - Movimento PQA 28 - Joelho e em pé: gatinho



Fonte: A autora, 2022.

Figura 51 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.

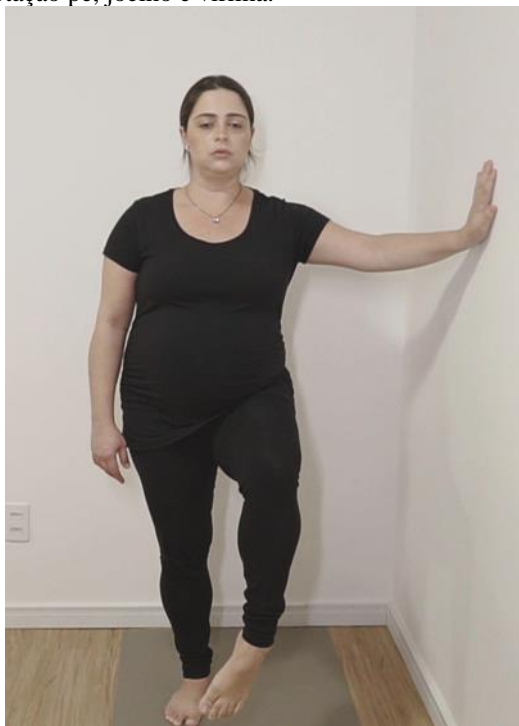
Apoio unipodal em extensão de quadril e joelho, enquanto ocorrem movimentos combinados de circundução no tornozelo em seguida no joelho e por fim C.F., que deverão ser repetidos do outro lado.

Objetivos: mobilização de tornozelo, joelho e C.F. associado a isometria de todo o MMII contralateral com incentivo a ação dos músculos estabilizadores do complexo lombo-pélvico.



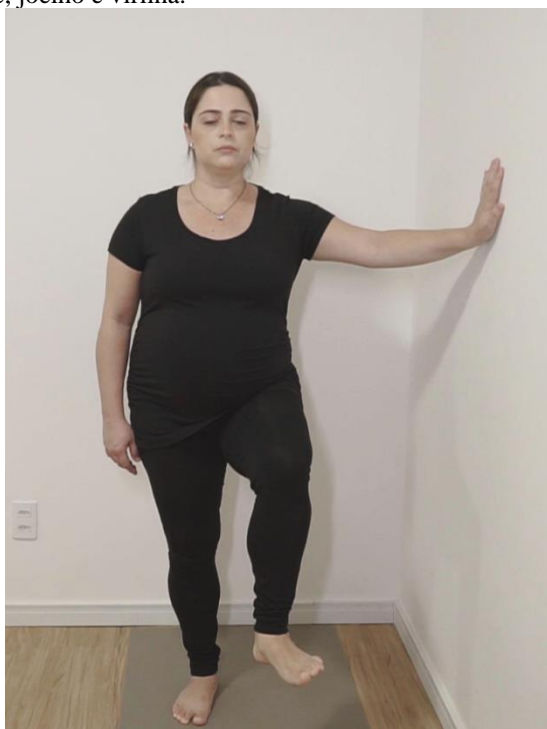
Fonte: A autora, 2022.

Figura 52 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 53 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.



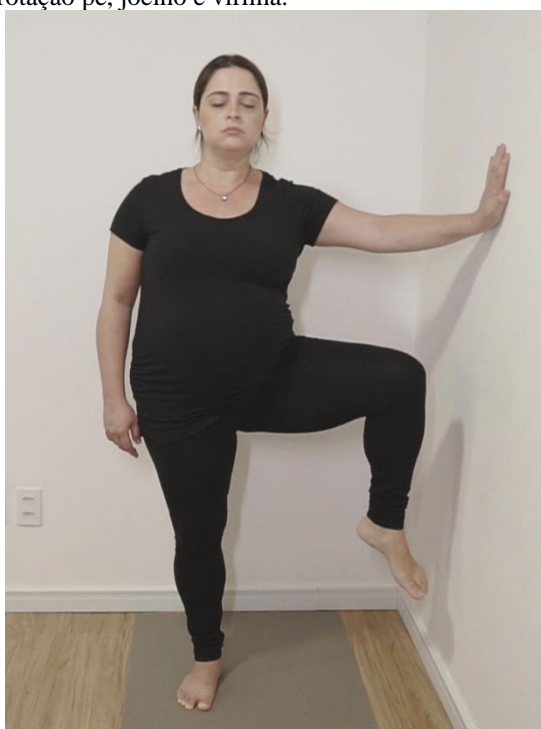
Fonte: A autora, 2022.

Figura 54 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.



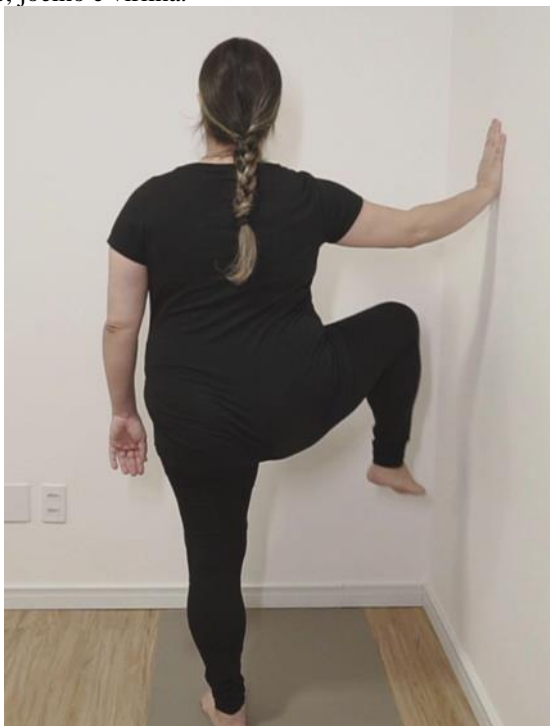
Fonte: A autora, 2022.

Figura 55 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 56 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.



Fonte: A autora, 2022.

Figura 57 - Movimento PP 29 - joelho e em pé: rotação pé, joelho e virilha.



Fonte: A autora, 2022.

6.12 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

6.12.1 Abordagem presencial - TCLE + ficha de identificação + 4 questionários + entrega das cartilhas + exame físico

No dia de ambulatório pré-natal para gestante com HIV, antes mesmo do início dos atendimentos multiprofissionais, há uma pesquisa, pela pesquisadora, das fichas das pacientes que já chegaram ao serviço a fim de verificar alguns critérios de elegibilidade: atendimento de gestação ou puerpério, idade gestacional, comorbidade, data provável do parto (no intervalo de tempo do transcurso da pesquisa).

Assim, após a identificação da paciente pelo nome, através de abordagem verbal, ela é convidada a sentar num espaço aberto, onde é explicada a proposta da pesquisa para depois apresentar as duas vias do TCLE, ou se for menor de 18 anos o Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) (APÊNDICE A, APÊNDICE B), e pedir sua assinatura; assinando igualmente duas vias do TCLE para atendimento a distância/ teleconsulta de fisioterapia, adaptado das recomendações da ABRAFISM (2020b) (APÊNDICE C) sendo informadas sobre a razão do estudo, assim como sua metodologia.

Em seguida, foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos através de uma ficha de identificação e variáveis maternas, onde se dará a confirmação dos demais itens para a elegibilidade ou exclusão na participação da pesquisa (APÊNDICE D);

Essa mesma gestante responderá a um questionário, auto preenchível, de Qualidade de Vida (ANEXO B), um segundo questionário o PGQ - Brasil sobre dor na cintura pélvica (ANEXO C), um terceiro questionário sobre funções do AP, *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (ANEXO D) e um último questionário IDATE (ANEXO E). Esses questionários servirão de reavaliação na consulta pré-natal de 37 semanas;

Nesse momento, serão entregues duas cartilhas de Atividades da Vida Diária (APÊNDICE E). baseada nas orientações ergonômicas recentemente publicadas em Baracho(2018) e adaptadas da cartilha desenvolvida por Sabrina Baracho para uso em sua clinica particular.

Como última etapa desse encontro presencial, é feita uma avaliação dinâmica, um exame físico presencial, por uma pesquisadora “cega”, treinada, antes da randomização. Após o exame físico essa pesquisadora “cega” coloca cada TCLE + ficha de identificação + 4 questionários em um envelope opaco lacrado e numerado, para que possa ser incluído na etapa de randomização.

6.12.2 Randomização

A fim de definir as participantes de cada grupo foi utilizado um randomizador eletrônico (*Research Randomizer*), sendo designado GRUPO 1 - controle, GRUPO 2 - experimental, GRUPO 3 – SHAM para garantia da aleatoriedade, até que cada grupo tenha em média de 10 a 20 integrantes.

A randomização, para estar em cada um dos grupos, foi realizada de acordo com uma tabela de números randômicos previamente gerados em computador, por um estatístico que não participou da coleta de dados, utilizando o programa *Random Allocation Software* versão 1.0.

A partir dessa lista, foram preparados envelopes opacos numerados sequencialmente de um a doze, sendo que cada número, de acordo com a tabela de randomização, correspondeu à designação da paciente para o grupo intervenção, controle ou grupo *sham*. Esses envelopes opacos foram preparados pelo pesquisador “cego”, logo após o término do exame físico presencial. O pesquisador independente abriu o envelope e cada participante foi alocada para um dos três grupos: de intervenção, controle ou grupo *sham*.

6.12.3 Procedimento com cada grupo

GRUPO 1 – (CTSV): recebeu a cartilha de atividades da vida diária, autoexplicativa, e um vídeo com orientações de movimentos e exercícios, de acordo com a idade gestacional o envio desse vídeo vai mudando, ao todo foram 3 vídeos de exercícios;

GRUPO 2 – (CTCV): grupo de intervenção: que recebeu cartilha de atividades da vida diária, autoexplicativa, os vídeos e será acompanhada em, no mínimo, uma teleconsulta sempre após envio de cada vídeo para orientação dos exercícios, follow-up;

GRUPO 3 – (STSV): SHAM - que receberá apenas a cartilha de atividades da vida diária, autoexplicativa.

6.12.4 Teleconsulta

A paciente recebe o vídeo pela pesquisadora principal através do aplicativo *WhatsApp* logo após a randomização, confirma esse recebimento, assiste o vídeo, e depois confirma que o assistiu. Se pertencer ao grupo 1, não há a sessão de teleconsulta. O grupo 1, ocorre um monitoramento sem vídeochamada, apenas enviando mensagens com intervalo entre 10 e 15 dias para a confirmação de que os exercícios estão sendo realizados, que a paciente está bem

fisicamente, se existe alguma dúvida ou dificuldade e que não há sintomas de COVID-19. Ainda há uma troca de mensagens para anunciar o envio do próximo vídeo. Tal protocolo é repetido a cada momento de envio de vídeo no grupo 1 e nos intervalos entre um vídeo e outro.

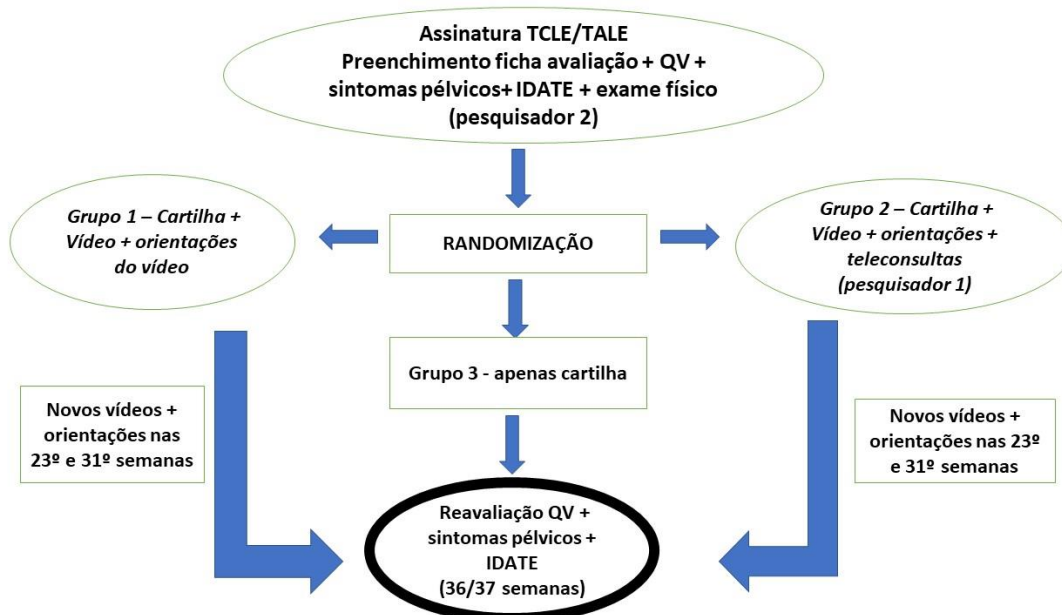
Quando o envio do vídeo está sendo realizado para uma gestante do grupo 2, ela confirma o recebimento do vídeo, confirma que o assistiu e assim, nos certificamos de que teve todas as informações necessárias para a realização da videochamada, que nesse momento é marcada com data e hora compatíveis com a rotina da paciente, para que a teleconsulta seja realizada. Toda essa troca de mensagens é realizada pelo aplicativo *WhatsApp*.

Alguns minutos antes da hora marcada para a teleconsulta a pesquisadora principal, que é fisioterapeuta, lembra a gestante de colocar uma toalha ou um tapete no chão e pegar o material necessário para aquele vídeo. Durante a primeira teleconsulta, a fisioterapeuta pesquisadora confere se a gestante está com boa transmissão tanto de imagem quanto sonora, utilizando fones de ouvido, garantindo assim a privacidade da paciente, principalmente, quanto a informações sobre sua saúde. Além de não ser permitido gravação ou fotografias da teleconsulta, é necessário garantir a gestante que isso não acontecerá. A fisioterapeuta avalia as condições de segurança do ambiente domiciliar para a realização dos exercícios. Caso a conexão, via internet, venha a falhar, a pesquisadora se compromete a ligar quantas vezes forem necessárias até que todos os exercícios do vídeo enviado sejam repetidos e supervisionados. E assim, a cada um dos 3 vídeos que serão enviados e posteriormente a teleconsulta, o protocolo se repete.

6.12.5 Avaliação final

Cada participante responderá, aos quatro questionários entre 36 e 37 semanas de gestação para a avaliação final na consulta pré-natal. Os questionários serão realizados pela pesquisadora “cega”, pois ela não teve a informação de qual grupo pertence cada gestante que está na fase final da pesquisa.

Figura 58 - Fluxograma do desenho do estudo



Fonte: A autora, 2022.

6.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando o Pacote Estatístico do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23 para Windows.

A análise dos dados foi realizada por um estatístico “cego”, com os grupos identificados como A ou B ou C e somente ao final da análise, já preparadas as tabelas, é que esse teve conhecimento sobre qual grupo correspondia cada letra. Foi adotado o princípio da intenção de tratar, isto é, cada paciente foi analisada dentro do grupo para o qual foi originalmente alocada.

Para a caracterização da amostra em relação às variáveis biológicas maternas e clínicas, foi realizada uma análise descritiva, utilizando média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas. Para as variáveis categóricas, foi realizada uma análise de distribuição de frequência. As características basais dos grupos foram apresentadas em gráficos e tabelas.

Para comparar os escores foi utilizado o teste t de *Student* para aquelas com distribuição normal (apresentando-se médias e desvios-padrão) e variâncias semelhantes e *Mann-Whitney* para os demais casos. Para comparar as variáveis ordinais, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* (com mediana e intervalos interquartis). Todos os valores de p utilizados são bicaudados e foi adotado um nível de significância de 5%. Para comparação dos escores entre grupos, foi realizado o teste ANOVA, com posterior correção de Bonferroni, caso haja necessidade.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa dessa instituição, CAAE 36370020.1.0000.5258, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece os preceitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Todas as gestantes foram incluídas na pesquisa após manifestar anuência através da assinatura do TCLE ou TALE. Além disso, assinaram também um TCLE para atendimento à distância – tele consulta/ tele monitoramento de fisioterapia (Adaptado das Recomendações da ABRAFISM em maio de 2020) (APÊNDICE C).

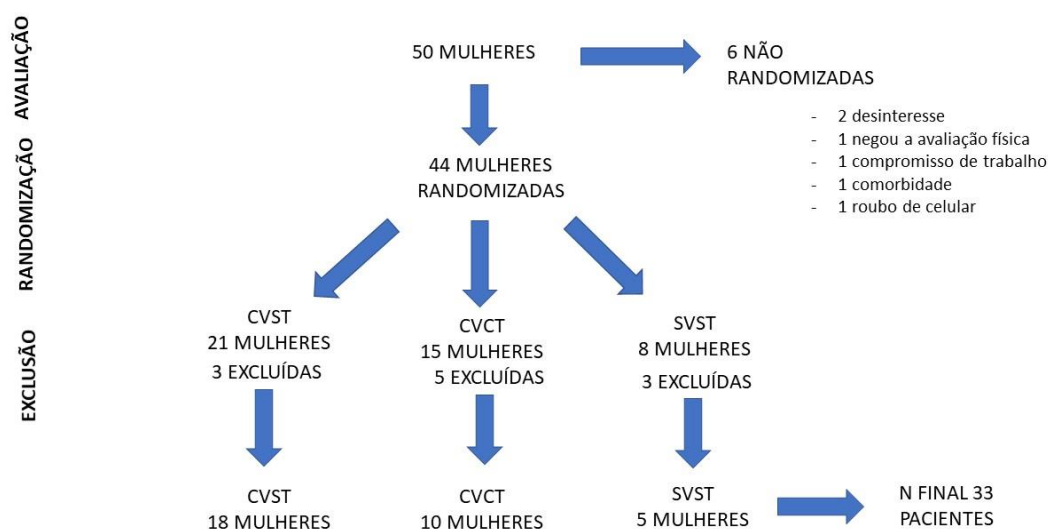
O estudo foi cadastrado na plataforma Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) sob o nome *Physiotherapy in pregnant women with HIV through call center*, UTN U1111-1257-8647.

A participação foi livre e opcional, e não acarretou nenhum custo, pois foi realizada no mesmo dia da consulta pré-natal da paciente. A paciente pôde retirar seu consentimento em qualquer momento. As informações obtidas foram usadas apenas para elaboração do projeto e este será divulgado apenas em publicações científicas.

8 RESULTADOS

A amostra desse estudo foi de 50 gestantes que vivem com HIV, ao longo de setembro de 2020 a setembro de 2021, no ambulatório pré-natal do HUGG. A figura 10 mostra o fluxograma dos critérios de exclusão e de perdas que ocorreram ao longo do estudo.

Figura 59 - Fluxograma do estudo.



Fonte: A autora, 2022.

A tabela número 1 apresenta os dados sociodemográficos, onde é possível observar que 39 mulheres (78,0%) tem entre 15 e 34 anos, contra apenas 11, de 35 a 42 anos. Percebe-se que uma grande parte das mulheres, 42%, ou seja, 20 gestantes souberam da sua soropositividade no curso da gravidez, e apenas 12 (24%) já tinham conhecimento da soropositividade há mais de 10 anos, sendo que dentre essas 7 (14%) se contaminaram por transmissão vertical. O perfil de escolaridade apontado 21 mulheres (42%) com segundo grau completo e 29 (58%) mulheres com menos que nove anos de estudo. Observa-se que houve uma participação de 32 (64%) mulheres gestantes pretas ou pardas contra 18 (36%) brancas, todas autorreferidas.

O perfil geral das 21 gestantes que frequentaram o grupo 1 **CVST**: apresenta-se com 16 gestantes (76,2%) na idade entre 15 e 34 anos; 14 (66,7%) pretas ou pardas; 13 gestantes (61,9%) com menos que o 2º grau completo e 9 (42,9%) que já entraram na gravidez com o conhecimento de sua infecção sexualmente transmitida pelo HIV pelo menos entre 2 e 9 anos. Sobre as demais gestantes desse grupo: cinco (23,8%) com idade entre 35 e 42 anos; oito

(38,1%) com o segundo grau completo, igual número com conhecimento da sua soropositividade durante a gestação e apenas 4 (19%) que já tinham conhecimento de sua soropositividade há mais de 10 anos; ainda, 7(33,3%) de cor branca autorreferida.

Tabela 1 – Dados sociodemográficas de gestantes que vivem com HIV em pré-natal no ambulatório de obstetrícia do HUGG segundo os grupos de atendimento randomizados (n=50)

Características	Total		Grupo alocado na randomização						P-valor do teste exato de Fisher
			Vídeos sem tele-atendimento		Vídeos com tele-atendimento		Sem vídeos e sem tele-atendimento		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
15 a 34 anos	34	68,0	16	76,2	11	73,3	7	87,5	0,922
35 a 42 anos	10	20,0	5	23,8	4	26,7	1	12,5	
Conhecimento da doença									
Até 1 ano*	18	36,0	8	38,1	6	40,0	4	50,0	0,968
De 2 a 9 anos	16	32,0	9	42,9	5	33,3	2	25,0	
10 anos ou mais**	10	20,0	4	19,0	4	26,7	2	25,0	
Escolaridade									
Menos que o 2º grau completo	26	52,0	13	61,9	7	46,7	6	75,0	0,573
Pelo menos o 2º grau completo	18	36,0	8	38,1	8	53,3	2	25,0	
Cor/raça									
Preta ou parda	30	60,0	14	66,7	11	73,3	5	62,5	0,390
Branca	14	28,0	7	33,3	4	26,7	3	37,5	
Total	50	100,0	21	100,0	15	100,0	8	100,0	
*Contando as 14 (28%) gestantes que tomaram conhecimento durante a gravidez									
**Contando as 7 (14%) gestantes que se contaminaram por transmissão vertical									

Fonte: A autora, 2022.

A participação do grupo 2 **CVCT**: foi de 15 gestantes, sendo 11 (73,3%) entre 15 e 34 anos e igual número de pretas ou pardas, 06 gestantes (40,0%) com o conhecimento da soropositividade nessa gestação em curso; 8 (53,3%) com segundo grau completo. As demais gestantes desse grupo se apresentaram 4 (26,7%) na idade entre 35 e 42 anos; 5 gestantes (33,3%) com o conhecimento de sua infecção sexualmente transmitida HIV pelo menos entre 2 e 9 anos e 4 (26,7%) que já tinham conhecimento de sua soropositividade há mais de 10 anos; 7 gestantes (46,7%) com menos de 9 anos de escolaridade e 4 gestantes da cor branca autorreferida.

Houve a participação de 8 mulheres no grupo 3 **SVST**: a maioria mais jovem, 7 (87,5%) e apenas 1 (12,5%) com idade entre 35 e 42 anos; 4 (50%) diagnóstico na gestação em curso, 2 (25%) mulheres com conhecimento do diagnóstico de 2 a 9 anos e igualmente duas (25%) com diagnóstico há mais de 10 anos; 6 (75%) mulheres possuem menos que o segundo grau completo e 2 (25%) com segundo grau.

No questionário SF- 36 de QV, no domínio capacidade funcional (CF), na Tabela 2, observa-se mudança significativa nos dois grupos **SVST** e no grupo **CVST**. No primeiro, de

80,6 ± 11,2 para 54,0 ± 23,8 na avaliação com 37 semanas, $p=0,04$; e no grupo **CVST** na primeira avaliação de 77,6 ± 19,7 para, com 37 semanas 61,7 ± 23,0, $p=0,004$. Portanto houve uma piora entre a primeira e a segunda avaliação nos dois grupos. No entanto, no grupo **CVCT** pode se dizer que a **CF** se manteve estável entre a primeira e segunda avaliação realizada com 37 semanas de gestação, embora não tenha havido um valor de p estatisticamente significativo ($p = 0,44$) (Tabela 2).

Observa-se que também houve uma tendência à piora no domínio aspectos físicos (**AF**) no grupo **SVST** ($p=0,06$).

Já no domínio estado geral da saúde (**EGS**) - nos grupos - **CVST** e **CVCT**, houve mudanças estatisticamente significativas entre os dois períodos: **CVST** piora no **EGS** - 87,0 (42,0- 100,0) e com 37 semanas 84,5 (47,0 – 100,0), $p =0,04$, enquanto no **CVCT** houve uma melhora no **EGS** de 77,0 (27,0 – 100,0) na 1ª avaliação para 89,5 (52,0 – 100) na segunda avaliação com 37 semanas $p= 0,04$. O p entre grupos não foi significativo ($p =0,51$).

Tabela 2 - Análise descritiva dos questionários de qualidade de vida, dor lombo-pelvica, disfunção assoalho pélvico e ansiedade de gestantes que vivem com HIV em pré-natal no ambulatório de obstetrícia do HUGG segundo os grupos de atendimento randomizados (n=50)

	Sem vídeo e sem atendimento			Com vídeo sem teleatendimento			Com vídeo com teleatendimento			p entre grupos**
	1ª avaliação (n=8)	37 semanas (n=5)	p valor*	1ª avaliação (n=21)	37 semanas (n=18)	p valor*	1ª avaliação (n=15)	37 semanas (n=10)	p valor*	
SF36: Capacidade Funcional	80,6 ± 11,2	54,0 ± 23,8	0,04	77,6 ± 19,7	61,7 ± 23,0	0,004	59,7 ± 20,6	52,0 ± 20,2	0,44	0,21
SF36: Aspectos Físicos [#]	50,0 (25,0 - 100,0)	25,0 (0-50,0)	0,06	75,0 (0 -100)	37,5 (0-100)	0,12	0 (0 -100)	0 (0 -100)	1	0,06
SF36: Dor	51,5 (0 - 72,0)	41,0 (31,0 - 51,0)	0,71	72,0 (21,0 - 100,0)	51,0 (31,0 - 84,0)	0,22	42,0 (0 - 74,0)	41,0 (10,0 - 74,0)	0,59	0,54
SF36: Estado Geral de Saúde	81,0 (57,0 - 100,0)	77,0 (62,0 - 97,0)	0,71	87,0 (42,0 - 100)	84,5 (47,0 - 100,0)	0,04	77,0 (27,0 - 100,0)	89,5 (52,0 - 100)	0,04	0,51
SF36: Vitalidade	65,0 (35,0 - 80,0)	45,0 (25,0 - 70,0)	0,68	70,0 (10,0-100)	47,5 (20,0 - 70,0)	0,37	40,0 (0 - 70,0)	40,0 (0 - 80,0)	0,03	0,16
SF36 Aspectos Sociais	81,3 (50 - 100,0)	37,5 (25,0 - 100)	0,07	87,5 (12,5 - 100)	87,3 (37,0 - 100)	0,29	62,0 (0 - 100)	75,0 (37,5 - 100)	0,06	0,07
SF36: Aspecto Emocional	70,8 ± 37,6	53,3 ± 29,9	0,78	47,6 ± 44,2	59,3 ± 47,9	0,18	42,2 ± 49,5	48,3 ± 41,9	0,89	0,97
SF36: Saúde Mental	52,0 (36,0 - 96,0)	56,0 (44,0 - 76,0)	0,13	64,0 (16,0 - 100,0)	72,0 (44,0 - 100,0)	0,09	52,0 (8,0 - 84,0)	58,0 (20,0 - 96,0)	0,13	0,78
PGQ	22,0 (10,7 - 52,0)	45,3 (8,0 - 56,0)	0,55	30,0 (0 - 72,0)	34,0 (2,7 - 61,3)	0,007	22,7 (0 - 64,0)	36,7 (12,0 - 54,7)	0,41	0,55
PFBQ	20,0 (2,2 - 44,4)	17,8 (2,2 - 37,6)	0,89	13,3 (0 - 68,9)	17,8 (4,4 - 66,7)	0,31	22,2 (6,7 - 57,8)	20,0 (11,1 - 48,9)	0,95	0,75
IDATE	52,0 (33,0 - 61,0)	52,0 (44,0 - 61,0)	0,78	45,0 (37,0 - 57,0)	46,0 (36,0 - 55,0)	0,33	47,0 (32,0 - 54,0)	47,5 (38,0 - 56,0)	0,51	0,71
Dados descritos em média ± DP ou mediana (máx-mín).										
*P-valor pelo teste de Wilcoxon para a variação em relação ao inicial										
** P-valor pelo teste de Kruskal-Wallis										

Fonte: A autora, 2022.

No domínio **VITALIDADE**, houve uma diferença na amplitude apresentada apenas no grupo **CVCT** na 1ª. avaliação 40,0 (0-70,0) para 2ª avaliação 40,0 (0-80,0), $p = 0,03$. Ainda no SF- 36, **CVCT** no domínio aspectos sociais (**AS**) pode-se dizer que houve uma tendência à melhora, mesmo sem o valor de p ser significativo. Não foram apresentadas diferenças significativas nos domínios dor, aspectos emocionais e saúde mental.

A avaliação de dor lombar e dor na cintura pélvica, no questionário PGQ, apresentou uma piora significativa no grupo **CVST** na 1ª avaliação com 30,0 (0 -72,0) e com 37 semanas

34,0 (2,7 – 61,3), $p = 0,07$. Nos outros grupos, não houve variações dignas de nota, nesse quesito.

Não houve diferenças estaticamente significantes entre os grupos nos questionários PFBQ e IDATE.

Ao avaliar a interferência do tempo de diagnóstico da soropositividade, na QV dessas mulheres, é possível afirmar que a **CF** apresentou uma alteração bem significativa nos três grupos quanto ao tempo de conhecimento da soropositividade, a saber no grupo que teve o diagnóstico durante a gestação em curso a média foi de $72,5 \pm 21,1$ e na avaliação de 37 semanas $56,8 \pm 25,3$ com apresentação de $p = 0,01$; alteração também ocorreu nas gestantes que descobriram seu diagnóstico entre 2 a 9 anos com a média de $70,6 \pm 22,4$ e para a segunda avaliação um média de $56,1 \pm 17,5$, $p = 0,09$ (Tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos questionários de qualidade de vida, dor lombo pélvica, disfunção do assoalho pélvico e ansiedade segundo os momentos e variação, pelo tempo de conhecimento da soropositividade para o HIV em 50 gestantes do ambulatório de obstetrícia do HUGG, no período de set/2021 a set/2021

	Menos de 1 ano			Entre 2 e 9 anos			Mais de 10 anos			p entre grupos**
	1ª avaliação (n=20)	37 semanas (n=14)	p valor*	1ª avaliação (n= 18)	37 semanas (n=14)	p valor*	1ª avaliação (n=12)	37 semanas (n=5)	p valor*	
SF36: Capacidade Funcional	72,5 ± 21,1	56,8 ± 25,3	0,01	70,6 ± 22,4	56,1 ± 17,5	0,09	80,0 ± 14,0	64,0 ± 27,7	0,06	0,81
SF36: Aspectos Físicos	50,0 (0 - 100,0)	0 (0-100,0)	0,06	37,5 (0-100,0)	12,5 (0- 100,0)	0,49	75,0 (0-100,0)	75,0 (0-100,0)	0,36	0,59
SF36: Dor	46,5 (0 - 100,0)	41,0 (10,0 - 84,0)	0,89	56,5 (22,0 - 100,0)	56,5 (12,0 - 84,0)	0,36	62,0 (51,0 - 100,0)	51,0 (31,0 - 84,0)	1	0,88
SF36: Estado Geral de Saúde	79,5 (20,0 - 100,0)	87,0 (47,0 - 100,0)	0,04	79,5 (45,0 - 100,0)	89,5 (57,0 - 100,0)	0,01	88,5 (47,5 - 100,0)	82,0 (62,0 - 95,0)	1	0,67
SF36: Vitalidade	42,5 (5,0 - 100,0)	42,5 (15,0 - 100,0)	0,8	42,5 (0 - 100,0)	47,5 (0-80,0)	0,6	65,0 (5,0 - 100,0)	65,0 (35,0 - 70,0)	0,65	0,81
SF36 Aspectos Sociais	68,8 (25,0 - 100,0)	87,5 (25,0 - 100,0)	0,12	75,0 (0 - 100,0)	68,8 (37,5 - 100)	0,28	73,5 (0 - 100,0)	62,5 (37,5 - 87,0)	0,34	0,16
SF36: Aspecto Emocional	55,0 ± 48,7	64,3 ± 46,2	0,2	38,9 ± 41,6	46,4 ± 40,4	0,2	63,9 ± 43,7	53,3 ± 44,7	0,18	0,19
SF36: Saúde Mental	56,0 (8,0 - 100,0)	58,0 (28,0 - 100,0)	0,04	66,0 (20,0 - 88,0)	70,0 (20,0 - 92,0)	0,16	66,0 (16,0 - 84,0)	76,0 (60,0 - 80,0)	0,14	0,94
PGQ	23,8 (1,3 - 56,0)	43,8 (2,7 - 61,3)	0,01	23,3 (0 - 72,0)	37,3 (8,0 - 56,0)	0,22	16,7 (0 - 26,7)	32,0 (5,3 - 54,7)	0,008	0,25
PPBQ	17,8 (2,2 - 48,9)	16,7 (4,4 - 48,9)	0,46	22,2 (2,2 - 68,9)	21,1 (2,2 - 66,7)	0,07	12,2 (0 - 44,4)	17,8 (6,7 - 37,6)	0,08	0,08
IDATE	46,5 (33,0 - 53,0)	48,5 (36,0 - 54,0)	0,9	45,0 (32,0 - 61,0)	44,0 (38,0 - 55,0)	0,59	51,0 (41,0 - 57,0)	50,0 (43,0 - 61,0)	0,34	0,71

Dados descritos em média ± DP ou mediana (máx-mín).

*P-valor pelo teste de Wilcoxon para a variação em relação ao inicial

** P-valor pelo teste de Kruskal-Wallis

Fonte: A autora, 2022.

Observa -se igual variação nas gestantes com mais de 10 anos de soropositividade ou transmissão vertical: percebe-se uma média de $80,0 \pm 14,0$ e para a avaliação com 37 semanas $64,0 \pm 27,7$ com $p = 0,06$. Fica claro que a **CF** piorou no percurso da gestação independente do tempo de conhecimento do diagnóstico. Nos grupos de intervenção delineou-se também essa piora a saber, nos grupos **SVST** e **CVST**, é possível ter a certeza da interferência na **CF** na vida de muitas gestantes que convivem com HIV.

Simultaneamente à piora da **CF** com gestantes que tiveram conhecimento da sua soropositividade na gestação em curso, segue uma piora na limitação por aspectos físicos- **AF**- com mediana 50,0 (0 - 100,0) piorando na segunda avaliação para 0 (0-100,0), o **EGS** melhorou

apresentando uma mediana de 79,5 (20,0-100,0) na primeira avaliação para uma mediana de 87,0 (47,0 – 100,0) com $p = 0,04$ mostrando assim uma melhora estatisticamente significativa que é comprovada também pela mediana da **SM** 56,0 (8,0 – 100,0) para a segunda avaliação 58,0 (28,0 – 100,0).

No grupo de gestantes que tiveram conhecimento da soropositividade entre 2 e 9 anos, os valores significativos do **EGS** da mesma forma apresentaram melhora significativa com mediana 79,5 (45,0-100,0) para 89,5 (57,0- 100,0), $p = 0,01$.

A dor lombar e dor na cintura pélvica, avaliados pelo PGQ, apresentou uma piora considerável nos dois grupos extremos. O grupo de conhecimento durante a gestação na primeira avaliação 23,8 (1,3 - 56,0) e na segunda avaliação 43,8 (2,7 - 61,3) e o grupo com mais de 10 anos ou TV apresentou uma mediana 16,7 (0 - 26,7), $p = 0,01$ para segunda avaliação com 32,0 (5,5 – 54,7) $p = 0,08$.

É possível colocar que o questionário PFBQ apresenta uma pequena tendencia a diferença entre os 3 grupos, $p = 0,08$.

Mostra-se viável descrever o perfil dessa gestante que abandonou a pesquisa. Ela está entre a faixa etária de 15 a 34 anos (88,2%), pretas ou pardas, (64,7%) que tiveram contato com seu diagnostico há mais de 10 anos (41,2%), ou nasceram de transmissão vertical (41,2%), e tem, em sua maioria, o segundo grau completo (58,8%). Interessante notar que entre as 17 perdas do estudo, 5 delas estavam alocadas no grupo **CVCT** que iniciou com 15 participantes e terminou com 10, sendo este o grupo mais prejudicado na análise (Tabela 4).

Tabela 4 - Gestantes que vivem com HIV em pré-natal no ambulatório de obstetrícia do HUGG, no período de set/2020 a set/2021, segundo a condição de participação no final do estudo (n=50) ANÁLISE DAS PERDAS

Características	Total		Condição no estudo				P-valor do teste exato de Fisher
			Participante até o final		Perda*		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
15 a 34 anos	39	78,0	24	72,7	15	88,2	0,292
35 a 42 anos	11	22,0	9	27,3	2	11,8	
Conhecimento da doença							
Até 1 ano	20	40,0	14	42,4	6	35,3	0,114
De 2 a 9 anos	18	36,0	14	42,4	4	23,5	
10 anos ou mais	12	24,0	5	15,2	7	41,2	
Escolaridade							
Menos que o 2º grau completo	29	58,0	22	66,7	7	41,2	0,131
Pelo menos o 2º grau completo	21	42,0	11	33,3	10	58,8	
Cor/raça							
Preta ou parda	32	64,0	21	63,6	11	64,7	1,000
Branca	18	36,0	12	36,4	6	35,3	
Total	50	100,0	33	100,0	17	100,0	

*Incluídas as 6 (12%) gestantes que sequer foram randomizadas

Fonte: A autora, 2022.

9 DISCUSSÃO

Levando em conta o resultado dos domínios do questionário SF-36 de QV, percebe-se que a teleconsulta fez diferença no estado geral de saúde das gestantes; a **CF** apresentou uma estabilidade; na **VITALIDADE** houve diferença de amplitude e **AS** uma tendência a melhora. Não é possível afirmar que a proposta de teleconsulta influencia na QV pois a amostra é pequena, em virtude do tempo que se desenvolveu a pesquisa bem como pelo contexto sanitário que se vive. Entre os grupos não houve um tipo de tratamento que se destacasse em relação ao outro. É possível sim, afirmar que outras abordagens devem ser criadas para garantir o sigilo da soropositividade e maior esclarecimento quanto ao trabalho da fisioterapia em obstetrícia para qualquer gestante, pois foram fatores de muita influência para perdas no grupo com a teleconsulta.

A importância do estudo da QV em gestantes com HIV cada dia está se tornando objeto de pesquisa pois a partir desses resultados é possível complementar o manejo clínico ou biológico da doença, bem como a eficácia das intervenções, não suprimindo a qualidade do cuidado, considerando que indivíduos com HIV+ tem inúmeras consequências biopsicossociais que influenciam sua QV. Em grávidas, a atenção é especial devido ao risco da transmissão vertical, bem-estar do feto e da mãe, além das consequências futuras dessa criança (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016).

Os dados sociodemográficos que compõem a primeira tabela se apresentam de forma pertinente com o último boletim epidemiológico de 2020, publicado pelo MS, onde a faixa etária de maior número de gestantes infectada é entre 20 e 24 anos (27,5%), com menos de 9 anos de escolaridade (27,9%), crescendo a proporção de gestantes com 9 anos completos de estudo (BRASIL, 2021).

Os resultados do estudo mostraram que nessa população não houve diferença entre os grupos, não existe nesse estudo uma intervenção que tenha sido melhor que a outra; a diferença se deu intragrupos. Uma revisão sistemática por Vancampfort *et al.* (2017), incluindo 45 estudos de atividade física em pessoas com HIV concluiu que outros obstáculos importantes para os níveis baixos de atividade física são presença de dores corporais, depressão e infecções oportunistas. Essa revisão deixa um alerta para os profissionais de saúde levarem em conta os sentimentos de depressão e estratégias para um maior esclarecimento dos benefícios do exercício garantindo maior participação, motivação e eficácia.

De maneira geral, podemos observar que a teleconsulta não impactou efetivamente na QV das mulheres grávidas com HIV do nosso estudo. Conseguimos perceber alguma mudança

na QV, principalmente no domínio CF, no estado geral de saúde e na dor na cintura pélvica, além de tendências a piora nos aspectos físicos e melhora na vitalidade.

Um estudo transversal com 326 mulheres grávidas (não soropositivas), na Noruega (ROBINSON *et al.*, 2018) com o objetivo de avaliar o impacto da gravidez e DCP na QV das gestantes a partir do SF- 36 e do questionário *Nottingham Health Profile (NHP)* apresentou piores escores na CF para as mulheres com DCP o que corrobora os índices do grupo CVST, que teve escores baixos igualmente na CF, bem como uma piora significativa no questionário de dor na cintura pélvica. É possível perceber uma equivalência entre a Tabela 2 (separada pelos grupos de intervenção) e a Tabela 4 (pelo tempo de soropositividade) no domínio CF, confirmando a piora em qualquer situação de estudo como acontece com a pesquisa de Robinson. Igualmente se encontrou, nessa pesquisa, menor QV para as gestantes com DCP do que para aquelas sem DCP; no entanto, as mulheres sem DCP também tiveram índices mais baixos de QV, sugerindo mesmo que a gravidez tem repercussão em importantes dimensões da saúde e o sintoma de DCP, vem somar na redução da QV (ROBINSON *et al.*, 2018).

Ainda nessa pesquisa a piora na CF, influenciou igualmente o domínio AS levando à grávida a um maior isolamento de atividades sociais (ROBINSON *et al.*, 2018). No entanto, em nossa pesquisa, esse dado deve ser questionado pois estamos numa pandemia do COVID-19 e o domínio AS do questionário SF- 36 é explicitado no sentido de como a função emocional e física afetam a vida social da mulher e de que maneira a saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades sociais normais; portanto, a gestante pode dizer que não houve nenhuma interferência pois estávamos num momento de total isolamento, sem vida social. Nesse contexto, o domínio AS fica prejudicado em sua análise.

Walters, West e Nippita (2018), no estudo sobre discussão da avaliação prática e o manejo da DCP, esclarecem mais uma vez que esse é um sintoma que incapacita o desempenho de funções normais como ficar em pé, andar, sentar-se, subir escada, vestir-se, piorando a QV. Lemos (2014) conclui num estudo transversal com 105 mulheres grávidas utilizando o questionário PGQ que que quanto maior a intensidade da dor da cintura pélvica, maior o nível de incapacidade funcional da gestante. No SF36, a CF se explica através de atividades com muito esforço ou com esforço considerado moderado a saber, correr, levantar objetos pesados e leves, arrastar móveis, varrer a casa, subir escada, andar mais de um quarteirão, tomar banho, vestir-se, mudar de posição na cama.

Ward *et al.* (2022) relataram que 75% da população de seu estudo apresentou perda de potência muscular. A sarcopenia pode ser a causa de uma disfunção do AP pois a perda

progressiva de massa muscular vai interferir no mecanismo de sustentação de órgão pélvicos, interferir na função de continência urinária, fecal ou gasosa e, inclusive no mecanismo de estabilização junto a outros grupamentos musculares, levando à sobrecarga de outros grupamentos adjacentes. Analisando os dados relacionados ao questionário **PFBQ** dessa pesquisa, observa-se uma tendência ($p=0,08$) à diferença entre os grupos, principalmente no grupo de soropositividade há mais de 10 anos, indo de encontro à literatura que analisa os efeitos da continuidade ao longo do tempo da TARV. A TARV acarreta uma série de resultados que afetam diferentes sistemas do corpo, além de comprometer a CF, como baixa concentração, fadiga crônica, resistência reduzida, falta de ar, perda de massa muscular, fraqueza, incontinência, sensação alterada, tônus alterado, articulações rígidas, hemiparesia e paraparesia (SHEPHARD, 2015; BANDA *et al.*, 2019; KOUSARI, 2021).

Wuytack (2020) apresentou uma revisão de escopo com o objetivo de mapear a literatura sobre os fatores de risco associados a dor na cintura pélvica, em torno de 5.090 registros de bancos de dados foram identificados, 14 fatores foram mais examinados e se repetiram em mais de um estudo dentre eles a depressão, níveis mais elevados de estresses diários e estresses emocionais. Em páginas anteriores nesse trabalho foi aprofundado a característica dessa gestante quanto a depressão, ansiedade e estresse. Considera-se que os dados aqui coletados comprovam o que é revelado nas pesquisas e artigos já publicados. No entanto, na coleta realizada nessa pesquisa não houve dados significativamente estatísticos no questionário do IDATE, embora seja perceptível essa depressão e ansiedade. Um dos motivos que explicariam essa questão seria o cansaço trazido com todo o processo de coleta, fome ou proximidade com a consulta.

Importante salientar que entre os três grupos, o maior índice de perdas se deu no grupo **CVCT**. Na primeira avaliação, eram 15 mulheres e na avaliação de 37 semanas, apenas 10 gestantes terminaram o estudo. Nos outros dois grupos, a perda foi de apenas 3 gestantes, igualmente. Masquillier *et al.* (2018) revelam que o medo de violações da confidencialidade e do estigma relacionado ao HIV podem ser barreiras potenciais para a aceitação de atendimentos específicos à essa população. A confidencialidade é uma imensa barreira, pois é ela quem garante a não estigmatização, a manutenção do emprego, nenhum desconforto nas redes familiares ou sociais (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). O uso contínuo do antirretrovirais, por exemplo, aumenta a preocupação com o sigilo pelo medo de revelar a condição médica a familiares, amigos e colegas de trabalho. Apesar das informações sobre a doença, o preconceito está presente e compromete a QV das pessoas que vivem com HIV, fazendo com que adotem

uma “vida dupla”, afetando também a demanda por cuidados de saúde” (MEDEIROS, MEDEIROS, SILVA, 2017).

No momento da primeira abordagem e permissão pelo preenchimento do TCLE três itens eram garantidos a essa gestante: a importância de qualquer gestante praticar exercícios físicos durante a gravidez; a garantia da confidencialidade da soropositividade no momento das teleconsultas; e a teleconsulta ser marcada previamente em dia e horário da disponibilidade da gestante, ou seja, em nenhuma hipótese haveria ligação telefônica fora desse horário. Apesar dessa garantia, percebemos certa recusa da participante da pesquisa em atender ao telefone, bem como em não responder as mensagens no *WhatsApp*, acarretando assim um constante adiamento por vezes de 3 a 4 semanas.

No documento para a teleconsulta elaborada pela ABRAFISM (2020b) é recomendado “garantir se a paciente está num local privado ou se quem a acompanha é por vontade própria, e avaliar as condições de transmissão para assegurar a privacidade da paciente”. Percebeu-se falta de privacidade em alguns lares, casas de um ou dois cômodos com mais de três moradores, consideramos que esse foi um fator social limitante.

Apesar disso, o **EGS** apontou uma melhora no grupo **CVCT**, confirmando vários estudos onde a presença do suporte social melhora a qualidade da vida dessa gestante mesmo que com sintomas físicos pois, se sente apoiada e cuidada pelos serviços de saúde, corroborado pela melhora de vitalidade no grupo **CVCT** (ACHCHAPPA *et al.*, 2017; WU *et al.*, 2015). Xiaowen *et al.* (2018) mostram como existe uma profunda correlação entre o apoio social e a QV nessa população feminina específica. Buscando esclarecimento com Yu *et al.* (2015) e Ma *et al.* (2015) do que se entende por apoio social: consiste em apoio subjetivo, objetivo, suporte associado à utilização de serviços preventivos e de terapia relacionados ao HIV (YU *et al.*, 2015; MA *et al.* (2015).

A confiança na instituição pode estar associada à empatia dos profissionais de saúde, ajudando assim a mulher gestante a criar estratégias para cuidados com a doença no curso da gestação (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016). A relação que a gestante estabelece com seus cuidadores de saúde, a confiança no profissional, interfere positivamente na QV afetando as decisões que ela pode tomar inclusive sobre a transmissão vertical (TIRADO *et al.*, 2014). Ressalta-se aqui que essa confiança no profissional de referência da equipe, que atende essa mulher na instituição de cuidados de saúde não é o profissional que “entra em sua casa”, ou seja, não é o pesquisador fisioterapeuta. Na equipe de saúde do ambulatório do HUGG ele não

é o profissional de referência para a gestante e sim, o obstetra, a assistente social ou a própria epidemiologista.

As tabelas 4 e a tabela 5 foram construídas apenas para uma reflexão geral, com a intenção de acrescentar perguntas à continuidade da pesquisa. O grupo de mulheres que soube da soropositividade no curso da gravidez apresentou piora em três domínios, CF, atividade física e PGQ, em relação aos outros dois grupos. É possível perceber que existe uma mudança mais significativa entre as mulheres que descobriram sua soropositividade há menos de 1 ano, quer dizer, na gestação em curso, pois provoca uma transformação na perspectiva de vida (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016). Ela precisa lidar com duas informações que mudarão suas vidas: a necessidade de medicação ao longo da vida, bem como alterações físicas e fisiológicas que podem alterar a qualidade da sua vida, além das mudanças em sua rotina com a chegada de um filho (AURPIBUL *et al.*, 2020).

Aurpibul *et al.*, (2020), em seu estudo de sintomas depressivos associados à QV, referenda a observação presenciada nesse ambulatório de pré-natal, a cada momento em que uma mulher recebia o seu diagnóstico durante aquela gestação. O abalo emocional era enorme, por vezes toda a equipe do ambulatório (obstetra, assistente social, psicóloga, enfermeira) prestava suporte por horas contínuas até que houvesse um mínimo de estabilização emocional para garantia de seu retorno a casa com segurança. Essa mulher oculta o diagnóstico, tem medo do futuro e entra num quadro depressivo. Assim, pode-se supor que a piora na CF e nos aspectos físicos é compatível com o grupo que teve o impacto da soropositividade durante a gestação, como vimos na tabela 4. Tal era o impacto que não era possível a abordagem dessa gestante para inclusão na pesquisa nesse momento, era necessário aguardar o próximo mês da consulta pré-natal.

“O Silêncio Protetor”, escrito por Monteiro *et al.* (2016), e o medo da revelação da soropositividade foi de fato um impedimento a teleconsulta, obstáculo esse só percebido por volta do sexto mês de coleta, até então apenas a mudez no atendimento das chamadas marcadas com antecedência num horário disponível para a gestante. “Os diferentes recursos que as pessoas estigmatizadas empregam para reduzir os sinais indesejáveis (tais como a infecção por HIV) um deles a invisibilidade pode ser entendida como meio de evitar efeitos adversos da estigmatização (Goffman, 1963). No caso da aids, o silêncio em torno da infecção do HIV é devido ao medo de ser identificado como marginalizadas e, os chamados, 'comportamentos desviantes' que ainda estão associados à infecção por HIV, como prostituição, homossexualidade e uso de drogas ilícitas” (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Uma pesquisa com gestantes no RJ, que avaliava a trajetória estigmatizante da mulher ao receber o resultado do diagnóstico do HIV, percebe que ela não divulga a soropositividade, pois assim poderia aumentar seu nível de exclusão social, julgamento moral e desagregação nas redes de apoio familiares e sociais (MONTEIRO *et al.*, 2016). As mulheres temem a visibilidade do HIV. Dessa forma, a tensão aumenta, pois, é cada vez mais distante a participação nas políticas públicas e atividades relacionadas ao enfrentamento do estigma além do impedimento da reflexão de estratégias da soropositividade com compartilhamento legítimo a respostas eficazes (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2017).

9.1 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É perceptível a tendência à piora da QV dessas gestantes com HIV à medida que a gestação evolui, contribuindo para uma perda da CF. Na literatura, há escassez de dados sobre teleconsulta de gestantes com HIV e a QV a partir da visão das disfunções do AP, dores lombares e da cintura pélvica. Talvez aqui seja a primeira abordagem mais detalhada sobre esse tema, nessa população. Fundamental a inserção da fisioterapia nessa equipe multidisciplinar da saúde, assim como um trabalho de movimentos corporais em virtude de todas as adaptações corporais de uma gestação, principalmente de uma mulher com essa IST. Fundamental também a atenção na QV sobre a ótica aqui estudada para que possa haver engajamento nas políticas públicas de saúde, sobretudo ao se ter conhecimento do grande número da população de mulheres gestantes com HIV nesse país – 2,1 caso s/mil nascidos vivos, nos últimos 20 anos; e, em 2020 essa taxa de detecção foi para 2,7 casos /mil nascidos vivos (BRASIL, 2021).

Assim, é efetiva a contribuição desses achados para aprofundar o estudo das intervenções na gestante com HIV, não só considerando a cronicidade da infecção, a sobrevida, a QV, a estigmatização da doença, mas uma gestação com mais vitalidade, sem alterações sistêmicas futuras e maior conexão com seu bebê.

Esse estudo apresenta uma amostra muito pequena e por isso, dados estatísticos não significantes, pelo momento de pandemia, pela diminuição abrupta na frequência de atendimentos no ambulatório, pelas dificuldades na entrevista presencial (embora em local aberto e assegurando protocolo sanitário). A preocupação em não deter essa paciente por muitos minutos na entrevista presencial, acrescido do tempo para responder a quatro questionários, além da ficha de avaliação, exame físico e leitura e assinatura do TCLE foi um fator limitante

para a pesquisa. Ocorreu uma falta de esclarecimento às gestantes, anterior à inclusão na pesquisa, sobre a importância da fisioterapia na saúde da mulher gestante de uma forma geral, sobre compreender os benefícios dos exercícios a fim de encorajar uma maior participação.

Pelo mesmo fato anterior, não houve maior esclarecimento quanto ao uso das cartilhas recebidas por todas, com as orientações das atividades da vida diária. Ainda como limitação desse estudo houve a falta de retorno, quanto à satisfação daquelas que tiveram a teleconsulta e daquelas que só tiveram acesso ao vídeo. É preciso ainda considerar que existem barreiras a serem vencidas com essa população: estigmatização da doença, exclusão social, ocultação do diagnóstico, dores gerais no corpo, o sentimento de ansiedade e depressão, manter um estilo de vida de autocuidado, deficiência nas políticas públicas de uma divulgação maior sobre mitos do HIV.

10 CONCLUSÃO

É possível concluir que existe piora significativa na CF das gestantes pesquisadas, nos grupos **CVST** e nos grupos **SVST**; não foi possível observar alterações significativas no grupo **CVCT**.

Confirma-se uma melhora na vitalidade, ou seja, vigor, força, energia, no grupo que foi acompanhado por vídeo e por teleconsulta. Quanto à saúde física e a saúde mental, ou seja, problemas emocionais interferirem na vida, apresenta-se uma tendência a melhora no grupo com vídeo e com teleconsulta ao longo das semanas gestacionais. Ainda, referindo-se ao estado geral da saúde, observou-se uma piora que aconteceu nas gestantes que pertenciam ao grupo sem vídeo e sem teleconsulta; e no grupo com vídeo e com teleconsulta houve uma melhora significativa, deixando claro que as mulheres quando são cuidadas, acolhidas e bem-informadas se sentem mais seguras e acreditam que sua saúde poderá se manter em bom estado. Percebem-se mudanças positivas no grupo de gestantes que tiveram conhecimento de sua soropositividade no curso da gestação. Quanto à dor lombar e na cintura pélvica, a alteração mais visível foi no grupo sem vídeo e sem teleconsulta, para piora.

Apesar das perdas durante o estudo, da dificuldade em marcar as teleconsultas e da angústia que essas mulheres passam pelo medo de serem apontadas e estigmatizadas, não é possível afirmar que a teleconsulta não favorece o trabalho da fisioterapia nessa população. Necessário um maior número de participantes na amostra. Percebe-se igualmente a necessidade de maior divulgação do trabalho desenvolvido pela fisioterapia em obstetrícia para que não só a população com maior acesso à informação possa usufruir dessa atuação profissional na prevenção primária da saúde e no tratamento, mas que seja possível democratizar uma atuação profissional de tanto valor para a QV de nossas gestantes. Além disso, criar novas abordagens para garantir o sigilo da soropositividade a essas gestantes.

A QV, cada vez mais tem sido um parâmetro para avaliar desfechos clínicos. A teleconsulta pode ser um caminho que se abre para a assistência clínica, é necessário o incentivo a pesquisas mais aprofundadas, estudos mais robustos, a fim de estabelecer intervenções precisas a partir das necessidades de gestantes com HIV.

REFERÊNCIAS

- ACHCHAPPA, B. *et al.* Intimate partner violence, depression, and quality of life among women living with HIV/AIDS in a Coastal City of South India. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)**, [s. l.], v. 16, n. 5, p. 455-459, 2017.
- ADLER, B. B. *et al.* Prevalence and risk factors for pelvic floor disorders during early and late pregnancy in a cohort of Austrian women. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 300, p. 1325–1330, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05311-9>. Acesso em: 8 fev. 2022.
- ALLAHDIN, S.; KAMBHAMPATI, L. Stress urinary incontinence in continent primigrávidas. **J. Obstet. Gynaecol.**, [s. l.], v. 32, p. 2-5, 2012.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Committee Opinion Summary: number 804. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. **Obstet. Gynecol.**, [s. l.], v. 135, n. 4, abr. 2020, p. 991-993. Disponível em: 10.1097/AOG.0000000000003773. Acesso em: 8 fev. 2022.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Committee Obstetric Practice. Committee opinion: number 267. Exercise during pregnancy and the postpartum period. **Obstet. Gynecol.**, [s. l.], v. 1, n. 99, jan. 2002, p. 171-173.
- AMSELEM, C. *et al.* Constipation: a potential cause of pelvic floor damage? **Neurogastroenterol Motil**, [s. l.], v. 22, p. 150-153, 2010.
- AOKI, Y. *et al.* Urinary incontinence in women. **Nat. Rev. Dis. Primers**, [s. l.], v. 3, n. 17042, jul. 2017. Disponível em: doi: 10.1038 / nrpd.2017.42. Acesso em: 8 fev. 2022.
- ARTAL, R.; WISWELL, R. A.; DRINKATER, B. L. **Exercise in pregnancy**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER - ABRAFISM. **Recomendações para o atendimento fisioterapêutico a gestantes, parturientes e puérperas em tempos de COVID-19**. Belém: Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher, 2020a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER - ABRAFISM. **Recomendação geral: fisioterapia por meio digital/teleconsulta e telemonitoramento na fisioterapia em saúde da mulher e uro-proctologia**. [S. l.]: ABRAFISM, 2020b. Disponível em: <http://crefito.com.br/imp/oficios/Recomend-ABRAFISM-digital.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2022.
- AURPIBUL, L. *et al.* Depressive Symptoms Associated with Low Quality of Life Among Pregnant and Postpartum Women Living with HIV in Chiang Mai, Thailand. **Int. J. MCH. AIDS.**, [s. l.], v. 3, n. 9, , p. 421-429, 2020. Disponível em: doi: 10.21106/ijma.375. Acesso em: 10 fev. 2022.
- AYALA, A. L. M; MOREIRA, A.; FRANCELINO, G. Características Socioeconomicas e Fatores Associados a Positividade para o HIV em Gestantes de uma Cidade do Sul do Brasil.

Rev. APS, [s. l.], vol. 19, n. 2, p. 210-220, 2016. Disponível em:

<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2570/968>. Acesso em: 8 fev. 2022.

BANDA, G. T. *et al.* Common impairments and functional limitations of HIV sequelae that require physiotherapy rehabilitation in the medical wards at Queen Elizabeth Central Hospital, Malawi: A cross sectional study. **Malawi Med. J.**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 171-176, 2019.

BARACHO, E. *et al.* Avaliação e intervenção da fisioterapia na gravidez. In: BARACHO, E. (org.). **Fisioterapia aplicada a saúde da mulher**. 6. edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARAKAT, R. An exercise program throughout pregnancy: Barakat model Birth Defects. **Birth Defects Research**, [s. l.], v. 113, n. 3, p. 218-226, fev. 2021. Disponível em: doi: 10.1002/bdr2.1747. Acesso em: 8 fev. 2022.

BARBOSA, R. H. S. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 281-296.

BAYRAMPOUR, H.; McDONALD, S.; TOUGH, S. Risk factors of transiente and persistent anxiety during pregnancy. **Midwifery**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 582-589, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.009>. Acesso em: 9 fev. 2022.

BEATON, D. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186-3191, dez. 2000.

BENOIT, A. C. *et al.* Demographic and clinical factors correlating with high levels of psychological distress in HIV-positive women living in Ontario, Canada. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 694-701, 2014. Disponível em: doi: 10.1080/09540121.2013.855301. Acesso em: 9 fev. 2022.

BERTAZZO, I. Apresentação da edição brasileira. In: PIRET, S.; BÉZIERES, M. M. **A coordenação motora**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1992. p. 1-8.

BEZIERES, M. M.; HUNSINGER, Y. **O bebê e a coordenação motora**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1994.

BHARDWAJ, A.; NAGLANDA, K. Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy: pathophysiology, diagnostic approaches and modern management. **Postgrad. Med. J.**, [s. l.], v. 90, n. 1066, p. 450-460, 2014. Disponível em: doi: 10.1136/postgradmedj-2013-132377. Acesso em: 8 fev. 2022.

BIAGGIO, A. M. B. *et al.* Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arq. Bras. Psicol. Apl.**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977.

BIO, E. **O corpo no trabalho de parto**: o resgate do processo natural do Nascimento. São Paulo: Summus, 2015.

BONAPACE, E. S.; FISHER, R. S. Constipation and diarrhea in pregnancy. **Gastroenterol Clin. North Am.**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 197-211, mar. 1998. Disponível em: doi: 10.1016/s0889-8553(05)70353-8. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRADLEY, C. S. *et al.* Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms, and risk factors. **Obstet. Gynecol.**, [s. l.], v. 110, p. 1351-1357, 2007.

BRASIL. **Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Feminização da AIDS e adolescência. Brasília: Diário Oficial da União, 2007. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6286-5-dezembro-2007-565691-norma-pe.html>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS**, Brasília, v. 49, n. 53, jul. 2017 / jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS**, Brasília, n. 1, abr./dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS: 1ª a 52ª semanas epidemiológicas**, Brasília, n. 1, jan./dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: HIV/Aids**, Brasília, número especial, dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS: Atenção às gestantes no contexto da infecção sars-cov-2.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/notatecnicagestantes72020cocamcgcidapes/sapsms03abr2020covid-19.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada.** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Telelab: diagnóstico e monitoramento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/93-diagnostico-de-hiv>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BUMP, R. C. *et al.* Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, [s. l.], v. 166, p. 392-399, 1992.

BUMP, R. C; NORTON, P. A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. **Obstet. Gynecol. Clin North Am.** [s. l.], v. 25, p. 726-46, 1998.

CALAIS-GERMAIN, B.; LEMOTTE, A. **Anatomia para o movimento: bases de exercícios.** São Paulo: Manole, 1991. v. 2.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

- CAVALCANTE, F. M. L. *et al.* Use of the prone position in pregnant women with COVID-19 other health conditions. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 29, e3494, 2021. Disponível em: doi:10.1590 / 1518-8345.5181.3494. Acesso em: 9 fev. 2022.
- CHARKHIAN, A. *et al.* Relationship between health-related quality of life and social support in HIV-infected people in Tehran, Iran. **Iranian Journal of Public Health**, [s. l.], v. 43, p. 100-106, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4454040/>. Acesso em: 9 fev. 2022.
- CICONELLI, R. M. *et al.*, Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.
- COLEMAN, J. *et al.* Effectiveness of an SMS-based maternal health intervention to improve clinical outcomes of HIV-positive pregnant women. **AIDSCare**, [s. l.], v. 7, n. 890897, jul. 2017. Disponível em: doi:10.1080/09540121.2017.1280126. Acesso em: 9 fev. 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. **Resolução Nº 516, de 20 de março de 2020**: Teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria. Brasília: COFFITO, 2020.
- COOPER, V. *et al.* Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. **Health Qual Life Outcomes**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 220, nov. 2017. Disponível em: doi: 10.1186/s12955-017-0778-6. Acesso em: 9 fev. 2022.
- DASHRAATH, P., *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, [s. l.], v. 222, n. 6, p. 521-531, 2020.
- DAVENPORT, M. H. *et al.* Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Br. J. SportsMed.**, [s. l.], v. 53, n. 2, p. 90-98, 2019. Disponível em: 10.1136/bjsports-2018-099400. Acesso em: 8 fev. 2022.
- DEJESUS, R. S. *et al.* Antidepressant medication use among patients with depression: comparison between usual care and collaborative care using care managers. **Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health**, [s. l.], v. 9, p. 84-87, 2013.
- ELDEN, H. *et al.* Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. **BMJ**, [s. l.], v. 330, n. 7494, abr. 2005. Disponível em: doi: 10.1136/bmj.38397. 507014.E0. Acesso em: 8 fev. 2022.
- FAGUNDES, F. M. L.; CABRAL, C. M. N. Cross-cultural adaptation of the Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ) into Brazilian Portuguese and clinimetric testing of the PGQ and Roland Morris questionnaire in pregnancy pelvic pain. **Braz. J. Phys. Ther.**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 132-139, mar. 2019.
- FAUCI, A. S. *et al.* Immunopathogenic mechanisms of HIV infection. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 194, n. 7, p. 654-663, 1996.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante pandemia da COVID-19. **Febrasgo**, São Paulo, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-proto-colo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 8 fev. 2022.

FEKETE, E. M. *et al.* Oxytocin, social support and sleep quality in low income minority women living with HIV. **Behavioral Sleep Medicine**, [s. l.], v. 12, p. 207-221, 2014. Disponível em: doi:10.1080/15402002.2013.791297. Acesso em: 9 fev. 2022.

FERREIRA, C. *et al.* Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. **Incl. Pelvic Floor Dysfunct**, [s. l.], v. 26, n. 12, p. 1735-1750, 2015.

FLODGREN, G. *et al.* Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [s. l.], v. 9, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26343551/>. Acesso em: 9 fev. 2022.

FRANCESSCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F. L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 383-389, set./out. 2009.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, sup. 2, p. 9-20, 2010.

GARRIDO-HERNANSAIZ, H. *et al.* Stigma, symptom severity and perceived social support predict quality of life for PLHIV in urban India context. **Health and Quality of Life Outcomes**, [s. l.], v. 14, p. 87-160, 2016. Disponível em: doi:10.1186/s12955-016-0556-x. Acesso em: 9 fev. 2022.

GOFFMAN, E. **Stigma**: Notes on the management of a spoiled identity. New York: Simon & Schuster, 1963.

GOMES, A. M. T; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações Sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 3, n. 19, p. 485-492, 2011.

GONÇALVES, A. K. The real impact of the coronavirus disease 2019 (covid-19) on the pregnancy outcome. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [s. l.], v. 42, p. 303-304, 2020.

GONZALEZ, A. *et al.* HIV symptom distress and anxiety sensitivity in relation to panic, social anxiety, and depression symptoms among HIV-positive adults. **AIDS Patient Care STDS**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 156-164, 2012 Disponível em: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/apc.2011.0309>. Acesso em: 9 fev. 2022.

HANNESTAD, Y. S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, [s. l.], v. 110, p. 247-54, 2003.

HAYLEN, B. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction.

Int. Urogynecol. J., [s. l.], v. 1, n. 21, p. 5-26, jan. 2010. Disponível em: doi: 10.1007/s00192-009-0976-9. Acesso em: 8 fev. 2022.

HORNG, S. S. *et al.* The epidemiology of urinary incontinence and its influence on quality of life in Taiwanese middle-aged women. **Neurourology and Urodynamics**, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 371-376, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22302>. Acesso em: 8 fev. 2022.

JAIN, P.; PARSONS, M. The effects of obesity on the pelvic floor. **Obs. Gynae.**, [s. l.], v. 13, p. 133-142, 2011.

KONTOMANOLIS, E. N. *et al.* The social stigma of HIV-AIDS: society's role. **HIV AIDS (Auckl)**, [s. l.], v. 9, p. 111-118, 10 maio 2017. Disponível em: doi: 10.2147/HIV.S129992. Acesso em: 9 fev. 2022.

KOUSARI, A. *et al.* Poorer muscle quality and quantity with ART initiation is associated with greater inflammation and immune activation randomized controlled trial. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, [s. l.], v. 88, n. 4, p. 399-405, dez. 2021.

KRZEPOTA, J.; SADOWSKA, D.; BIERNAT, E. Relationships between physical activity and quality of life in pregnant women in the second and third trimester. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [s. l.], v. 15, n. 2745, 2018. Disponível em: doi:10.3390/ijerph15122745. Acesso em: 8 fev. 2022.

KUSTERER, L. L. Validity and reliability of the 36-Item Short Form Health Survey questionnaire version 2 among people living with HIV in Brazil. **Braz. J. Infect. Dis.**, [s. l.], v. 23, n. 5, p. 313-321, set./out. 2019. Disponível em: doi: 10.1016/j.bjid.2019.08.001. Acesso em: 9 fev. 2022.

LAL, M. *et al.* A disfunção do assoalho pélvico pós-cesariana contribui para a morbidade psicossocial não revelada. **J. Reprod. Med.**, [s. l.], v. 54, n. 2, p. 53-60, fev. 2009.

LEMOS, A. **Fisioterapia obstétrica baseada em evidências**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 13-17.

LIANG, C. C. *et al.* Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. **Arch. Gynecol. Obstet.**, [s. l.], v. 285, p. 1205-1210, 2012.

LIN, C. W. *et al.* Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. **Eur. Spine J.**, [s. l.], v. 20, p. 1024-1038, 2011.

LIU, L. *et al.* Functional social support, psychological capital, and depressive and anxiety symptoms among people living with HIV/AIDS employed full-time. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 13, p. 324-333, 2013. Disponível em: doi:10.1186/1471-244X-13-324. Acesso em: 9 fev. 2022.

LIU, N. G. *et al.* Effects of exercise on pregnant women's quality of life: a systematic review. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, [s. l.], v. 242, p. 170-177, nov. 2019. Disponível em: doi: 10.1016 / j. ejogrb.2019.03.00. Acesso em: 8 fev. 2022.

LO, J. *et al.* Quality of life in women with postpartum anal incontinence. **Obstet. Gynecol.**, v. 4, n. 115, p. 809-814, abr. 2010. Disponível em: doi: 10.1097 / AOG.0b013e3181d4160d. Acesso em: 8 fev. 2022.

LOGIE, C. *et al.* Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. **AIDS Patient Care STDS**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 114-122, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23373665>. Acesso em: 9 fev. 2022.

LOPES, M. A. B.; ZUGAIB, M. **Atividade física na gravidez e no pós-parto**. São Paulo: Roca, 2010.

MA, W. *et al.* Social support and HIV/STDs infections among a probability-based sample of rural married migrant women in Shandong Province. **China. BMC Public Health**, [s. l.], v. 117, 2015. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2508-5>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MABWEAZARA, S. Z. *et al.* A six week contextualised physical activity intervention for women living with HIV and AIDS of low socioeconomic status: a pilot study. **AIDS CARE: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS /HIV**, [s. l.], v. 30, n. 2, sup. AIDS Impact 2017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1470309>. Acesso em: 8 fev. 2022.

MARTINS, T. M.; LIMA, A.; ALMEIDA, Y. Abordagem sobre a sexualidade durante a gestação. **Rev. Perspect. Amaz.**, [s. l.], v. 2, p. 80-89, 2011.

MASQUILLIER, C. *et al.* Fighting stigma, promoting care: a study on the use of occupationally-based HIV services in the Free State Province of South Africa. **AIDS Care**, [s. l.], v. 30, sup. 2, jun. 2018. Disponível em: doi: 10.1080/09540121.2018.1468010. Acesso em: 10 fev. 2022.

MATTOS, J. G. S. M. *et al.* Imagem corporal de gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência adquirida. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, p. 51-56, maio/ago., 2014.

MEDEIROS, K. T. S. *et al.* Impact of SARS-CoV-2 (COVID-19) on pregnancy: a systematic review and meta-analysis protocol. **BMJ Open.**, [s. l.], v. 10, n. 11, 2020.

MEDEIROS, R. C. S. C. *et al.* Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS. **Rev. Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, p. 66, jul. 2017. Disponível em: doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006266. Acesso em: 10 fev. 2022.

MEFFERT, S. M. *et al.* East African HIV care: depression and HIV outcomes. **Glob. Ment. Heal.**, [s. l.], v. 6, n. 9, 2019.

MEHTA, P.; *et al.* COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. **The Lancet**, Londres, v. 395, n. 10229, p. 1033-1034, mar. 2020.

- MELZER, K. *et al.* Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. **Sports Med.**, [s. l.], v. 40, n. 6, p. 493-507, jun. 2010. Disponível em: doi: 10.2165/11532290-000000000-00000. Acesso em: 8 fev. 2022.
- MERCIECA-BEBBER, R. *et al.* The importance of patient-reported outcomes in clinical trials and strategies for future optimization. **Patient Relat Outcome Meas**, [s. l.], v. 9, p. 353-367, 2018. Disponível em: doi: 10.2147/PROM.S156279. Acesso em: 9 fev. 2022.
- MINERS, A. *et al.* Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: a cross-sectional comparison with the general population. **The Lancet HIV**, [s. l.], v. 1, e32-e40, 2014. Disponível em: doi:10.1016/S2325-3018(14)70018-9. Acesso em: 9 fev. 2022.
- MOCCELLIN, A. S.; RETT, M. T.; DRIUSSO, P. Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de primigestas no segundo e terceiro trimestre gestacional? **Fisioterapia e Pesquisa**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 136-141, 2016.
- MOFENSON, L. M. Antiretroviral therapy and adverse outcome: the elephant in the room? **J. Infect Dis.**, [s. l.], v. 213, n. 7, p. 1051-1054, 2016.
- MONTEIRO, S. *et al.* The Dynamics of the production of aids-related stigma among pregnant women living with HIV/Aids in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde**, [s. l.], v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590 / 0102-311X00122215. Acesso em: 10 fev. 2022.
- MORKVED, S. *et al.* Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. **Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct**, [s. l.], v. 15, p. 384-390, 2004.
- MOTTOLA, M. *et al.* Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. **Br. J. SportsMed**, [s. l.], v. 52, p. 1339-1346, 2018. Disponível em: doi:10.1136/bjsports-2018-100056. Acesso em: 8 fev. 2022.
- NEGRINI, S. *et al.* Feasibility and acceptability of telemedicine to substitute outpatient rehabilitation services in the COVID-19 emergency in Italy: an observational everyday clinical-life study. **American Congress of Rehabilitation Medicine**, [s. l.], v. 101, p. 2027-2032, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.08.001>. Acesso em: 9 fev. 2022.
- NIGUSSO, F. T.; MUDZUSI, A. H. M. Health-related quality of life of people living with HIV/AIDS: the role of social inequalities and disease-related factors. **Health Qual Life Outcomes**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 63, fev. 2021. Disponível em: doi: 10.1186/s12955-021-01702-2. Acesso em: 9 fev. 2022.
- OLSÉN, M. F. *et al.* Self-administered tests as a screening procedure for pregnancy-related pelvic girdle pain. **Eur. Spine J.**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 1121-1129, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19330361/>. Acesso em: 10 fev. 2022.
- OLSÉN, M. F.; ELDEN, H.; GUTKE, A. Evaluation of self-administered tests for pelvic girdle pain in pregnancy. **Musculoskeletal Disorders**, [s. l.], v. 15, n. 138, abr. 2014 <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/138>. 2014. Acesso em: 10 fev. 2022.

PADOVEZE, M. C. *et al.* The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 72, n. 1, fev. 2019.

PATEL, V. *et al.* Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. **B. M. J.**, [s. l.], v. 328, n. 7443, p. 820-823, 2004.

PETERSON, T. V. *et al.* Validation of a global pelvic floor symptom bother questionnaire. **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 1129-1135, 2010.

PIRET, S.; BÉZIERS, M. M. **A coordenação motora**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1992.

PITANGUI, A. C. R. *et al.* A guide for physiotherapeutic care during pregnancy, labor, and the postpartum period during the COVID-19 pandemic. **I. J. Gynecol. Obstet.**, [s. l.], v. 156, n. 3, mar. 2022. [Brief communication].

PORTELLA, M. de O. Avanços e incoerências nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento. In: MARTINS, P. H. *et al.* (ed.). **Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2014.

PREUSSLER, G. M. I. **Escutando as mães HIV sobre o grupo de gestantes soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RABKIN, J. G. *et al.* HIV and depression: 2008 review and update. **Curr. HIV/AIDS Rep.**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 167-171, 2008. Disponível em: doi: 10.1007/s11904-008-0025-1. Acesso em: 8 fev. 2022.

RAHANGDALE, L. *et al.* Stigma as experienced by women accessing prevention of parent to child transmission of HIV services in Karnataka, India. **AIDS Care**, [s. l.], v. 22, n. 7, p. 836-842, 2010.

RAMACHANDRA, P. Telerehabilitation for pelvic girdle dys function in pregnancy during COVID-19 pandemic crisis: a case report. **Physiother. Theory Pract.**, [s. l.], 13 mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33719853/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

RASTAD, Z. *et al.* The effect of positive psychology intervention on quality of life among women with unintended pregnancy. **J. Educ. Health Promot.**, [s. l.], v. 1, n. 10, maio 2021. Disponível em: 10.4103/jehp.jehp_784_20. Acesso em: 8 fev. 2022.

RESENDE, J. F.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RETZKY, S. S; ROGERS JR, R. M. Urinary incontinence in women. **Clin. Symp.**, v. 47, n. 2, p. 2-32, 1995.

ROBINSON, P. S. *et al.* The association between pregnancy, pelvic girdle pain and health-related quality of life – a comparison of two instruments. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, [s. l.], v. 2, n. 45, dez. 2018. Disponível em: doi:10.1186/s41687-018-0069-y. Acesso em: 10 fev. 2022.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 11, p. 119-141, 2013.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SALEHI, L.; RAHIMZADEH, M.; MOLAEI, E. *et al.* The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. **Brain Behav.**, [s. l.], v. 10, n. 2, nov. 2020. Disponível em: doi: 10.1002/brb3.1835. Acesso em: 9 fev. 2022.

SANGSAWANG, B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. **Eur. J. Obstet. Gynecol.**, [s. l.], v. 178, p. 27-34, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.010>. Acesso em: 8 fev. 2022.

SANTOS, A. **A biomecânica da coordenação motora**. São Paulo: Summus, 2002.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/Aids. **Saúde Soc.**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>. Acesso em: 28 maio 2017.

SCHALOCK, R. L. (ed.). **Quality of Life**: application to persons with disabilities. Washington: American Association on Mental Retardation, 1997. v. 2.

SCHERER, L. M.; BORENSTEIN, S.; PADILHA, M. I. Gestantes /puerperas com HIV/AIDS: conhecendo os deficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 359-365, abr./jun. 2009

SHARMA, J. B. *et al.* Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a question- naire based study. **Arch. Gynecol. Obstet.**, [s. l.], v. 279, p. 845-851, 2008.

SHEPHARD, R. J. Physical impairment in HIV infections and AIDS: responses to resistance and aerobic training. **J. Sports Med. Phys. Fitness**, [s. l.], v. 55, n. 9, p. 1013-1028, set. 2015.

SILVEIRA, M. P. T.; SILVEIRA, M. F.; MÜLLER, C. H. Quality of life of pregnant women living with HIV/AIDS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [s. l.], v. 38, p. 246-252, 2016.

SISTON, A. M. *et al.* Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) virus illness among pregnant women in the United States. **JAMA**, [s. l.], v. 303, n. 15, p. 1517-1525, 2010.

SOBHGOL, S. S. *et al.* Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. **Trials**, [s. l.], v. 20, n. 1, 20 fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3226-6>. Acesso em: 8 fev. 2020.

SOUTO, S. P. A. D.; ALBUQUERQUE, R. S. D.; PRATA, A. P. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, sup. 2, 2020. Disponível em: doi: 10.1590 / 0034-7167-2020-0551. Acesso em: 9 fev. 2022.

STRANDRING, S. **Gray's anatomia**. 40. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

STRATHDEE, S. A. Substance use and HIV among female sex workers and female prisoners: risk environments and implications for prevention, treatment, and policies. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr**, [s. l.], v. 69, sup. 2, p. s110 -s117, 2015.

STUGE, B. Evidence of stabilizing exercises for low back- and pelvic girdle pain - a critical review. **Braz. J. Phys. Ther.**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 181-186, mar./abr. 2019. Disponível em: doi: 10.1016/j.bjpt.2018.11.006. Acesso em: 8 fev. 2022.

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil :124 maternal deaths and counting. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, [s. l.], v. 151, p. 154-156, 2020. Disponível em: doi: 10.1002 / ijgo.13300. Acesso em: 9 fev. 2022.

TING, H.; Y.; CESAR, J. A. Urinary incontinence among pregnant women in Southern Brazil: A population based cross-sectional survey. **Plos One**, [s. l.], 8 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234338>. Acesso em: 8 fev. 2020.

TIRADO, M. C. B. A. *et al.* Quality of life of pregnant women infected with the human immunodeficiency virus (HIV) in the city of São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [s. l.], v. 36, n. 5, p. 228-232, maio 2014. Disponível em: doi: 10.1590/s0100-7203201400050008. Acesso em: 10 fev. 2022.

TRINDADE, A. **Gestos de cuidado, gestos de amor**: orientações sobre o desenvolvimento do bebê. São Paulo: Summus, 2007.

VAILLANT, A. A. J.; GULICK, P. G. **HIV disease current practice**. *In*: Treasure Island (FL). [S. l.]: StatPearls Publishing; jan. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534860/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

VAN DER GEEST, S. Wisdom and counselling: a note on advising people with HIV/AIDS in Ghana. **Afr. J. AIDS Res.**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 255-264, 2015.

VANCAMPFORT, D. *et al.* Physical activity correlates in people living with HIV/AIDS: a systematic review of 45 studies. **Disabil. Rehabil.**, [s. l.], v. 40, n. 14, p. 1618-1629, 2018. Disponível em: doi: 10.1080 / 09638288.2017.1306587. Acesso em: 10 fev. 2022.

VIEIRA, A. C. S. *et al.* A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Rev. Katál**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 196-206, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0196.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.

VOUGA, M. *et al.* Maternal outcomes and risk factors for COVID-19 severity among pregnant women. **Sci. Rep.**, [s. l.], v. 11, n. 2, 6 de julho de 2021. Disponível em: doi: 10.1038/s41598-021-92357-y. Acesso em: 9 fev. 2022.

WALDE, J. Obstetrical and gynaecological back and pelvic pains, especially those contracted during pregnancy. **Obstet. Gynecol. Scand.**, [s. l.], v. 2, p. 11-53, 1962.

WARD, E.; HANASS-HANCOCK, J.; AMON, J. J. Left behind: persons with disabilities in HIV prevalence research and national strategic plans in east and Southern Africa. **Disabil. Rehabil.**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 114-123, jan. 2022.

WIJMA, J. *et al.* The diagnostic strength of the 24-h pad test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after childbirth. **Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct**, [s. l.], v. 19, p. 525-30, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHOQOL**: measuring quality of life. [S. l.]: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>. Acesso em: 9 fev. 2022.

WU, X. *et al.* Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. **Appl. Nurs. Res.**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 169-174, 2015. Disponível em: doi: 10.1016/j.apnr.2014.09.011. Acesso em: 10 fev. 2022.

WUYTACK, F.; BEGLEY, C.; DALY, D. Risk factors for pregnancy-related pelvic girdle pain: a scoping review. **Pregnancy Childbirth**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 739, nov. 2020. Disponível em: doi: 10.1186/s12884-020-03442-5. Acesso em: 8 fev; 2022.

XIAOWEN, W. *et al.* Depression and anxiety mediate perceived social support to predict health-related quality of life in pregnant women living with HIV. **AIDS Care**, [s. l.], v. 30, n. 9, p. 1147-1155, set. 2018. Disponível em: doi: 10.1080/09540121.2018.1456640. Acesso em: 9 fev. 2022.

YATOR, O. *et al.* Risk factors for postpartum depression in women living with HIV attending prevention of mother-to-child transmission clinic at Kenyatta National Hospital, Nairobi. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, [s. l.], v. 28, n. 7, p. 884-889, 2016.

YOUSUF, R. M. *et al.* Anxiety and depression among women living with HIV: prevalence and correlations. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, [s. l.], v. 16, p. 59-66, 2020. Disponível em: <https://clinical-practice-and-epidemiology-in-mental-health.com>. Acesso em: 8 fev. 2022.

YU, Y. *et al.* Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey among people living with HIV/AIDS in China. **Applied Nursing Research**, [s. l.], v. 28, p. 328-333. Disponível em: doi: 10.1016/j.apnr.2015.03.006. Acesso em: 10 fev. 2022.

ZIKOS, E. *et al.* The added value of analyzing pooled health-related quality of life data: a review of the EORTC PROBE initiative. **J. Natl. Cancer Inst.**, [s. l.], v. 108, n. 5, maio 2016. Disponível em: doi: 10.1093/jnci/djv391. Acesso em: 9 fev. 2022.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESOLUÇÃO CNS nº 466/2012**

Prezada senhora, você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“FISIOTERAPIA EM OBSTETRICIA POR MEIO DIGITAL/TELECONSULTA: GESTANTES QUE CONVIVEM COM O VÍRUS HIV”**

Nome da participante:

Este é um projeto de pesquisa realizado pelo setor de fisioterapia Obstétrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sob responsabilidade da fisioterapeuta Leila Marise Dominique Klaczko Acosta e orientação da Prof. Dra. Vívian Pinto de Almeida.

Objetivos deste estudo: Identificar sintomas de dor na cintura pélvica (quadril, costas e coluna lombar) e sintomas de perda urinária referidos ao longo da sua gestação.

Como será feito o estudo: Se a senhora concordar em participar deste estudo, seguirá as seguintes etapas: Participará de uma entrevista individual para coleta de dados pessoais, e responderá a dois questionários: um sobre sua qualidade de vida e outro sobre sintomas como dor, perda urinária e desconfortos decorrentes de sua gravidez. Esses questionários serão novamente preenchidos ao final de sua gravidez (em torno da 37ª semana).

Você será acompanhada por uma profissional fisioterapeuta que lhe orientará exercícios simples, para melhorar suas atividades de vida diária, seja através de uma cartilha ou através de teleconsultas por videochamadas de *whatsapp*, com horário a combinar entre terapeuta e participante.

Desconfortos e riscos: Os questionários e testes realizados não apresentam riscos à saúde da paciente e apresentam uma duração máxima de 30 minutos para serem preenchidos e realizados no primeiro encontro. Desconfortos provenientes da movimentação do corpo durante os exercícios podem acontecer, assim como em qualquer atividade física. Os exercícios são movimentos simples, comuns na atividade de vida diária, não havendo risco de sangramentos vaginais, ou prejuízos para seu bebê.

Benefícios esperados: O principal benefício esperado será avaliar a importância da fisioterapia obstétrica, mesmo que remotamente, através de teleconsultas, mantendo a qualidade de vida e de saúde da gestante sob o período de pandemia.

Liberdade de recusar: A participação no estudo é totalmente voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores e nem com qualquer instituição envolvida.

Confidencialidade: Todas as informações obtidas neste estudo são confidenciais, uma vez que seu nome não será associado às análises a serem realizadas. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos.

Suspensão da pesquisa: O estudo será imediatamente suspenso na ocorrência de qualquer falha metodológica ou técnica observada pelo pesquisador, cabendo ao mesmo a responsabilidade de informar a todos os participantes o motivo da suspensão. O estudo também será suspenso caso seja percebido qualquer risco ou danos à saúde dos sujeitos participantes, conseqüente à pesquisa, que não tenha sido previsto no TCLE .

Questões financeiras: A participação nesta pesquisa não implica em nenhum custo para você. Você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você receberá uma cópia deste termo com o e-mail de contato dos professores que acompanharão a pesquisa para maiores esclarecimentos.

Em caso de dúvidas: Estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar através do telefone **(21) 22641437** e no seguinte local: ambulatório de fisioterapia pélvica, às quintas e sextas, 2º andar do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, na rua Mariz e Barros, 775 - Tijuca, e-mail: dominique.klaczko@gmail.com. Caso haja dúvidas éticas, favor contactar com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Rua Mariz e Barros, 775/ 4º andar, pela entrada da ortopedia - Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, 20270-004, tel: (21) 22645177.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: / /

Participante:

Leila Marise Dominique Klaczko Acosta (pesquisadora)

**APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) -
RESOLUÇÃO CNS nº 466/2012**
(Para menores de 18 anos)

Nome da participante:

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**EFEITOS DE UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TELEFISIOTERAPIA PARA GESTANTES COM HIV: UM ESTUDO PILOTO**” sob responsabilidade da pesquisadora Leila Marise Dominique Klaczko Acosta. Seus pais ou responsáveis sabem de tudo o que vai acontecer na pesquisa (riscos e benefícios) e permitiram que você participe.

Esta pesquisa será realizada para identificar sintomas algícos na cintura pélvica e sintomas de IU referidos ao longo da sua gravidez.

Como será feito o estudo: Se você concordar em participar deste estudo, seguirá as seguintes etapas: Participará de uma entrevista individual para coleta de dados pessoais, juntamente com seu responsável, e responderá a dois questionários: um sobre sua qualidade de vida e outro sobre sintomas como dor, perda urinária e desconfortos decorrentes de sua gravidez. Esses questionários serão novamente preenchidos ao final de sua gravidez. (em torno da 37ª semana)

Você será acompanhada por uma profissional fisioterapeuta que lhe orientará exercícios simples, para melhorar suas atividades de vida diária, seja através de uma cartilha ou através de teleconsultas por videochamadas de *whatsapp*, com horário a combinar entre terapeuta e participante.

Desconfortos e riscos: Os questionários e testes realizados não apresentam riscos à saúde da paciente e apresentam uma duração máxima de 30 minutos para serem preenchidos e realizados no primeiro encontro. Desconfortos provenientes da movimentação do corpo durante os exercícios podem acontecer, assim como em qualquer atividade física. Os exercícios são movimentos simples, comuns na atividade de vida diária, não havendo risco de sangramentos vaginais, ou prejuízos para seu bebê.

Benefícios esperados: O principal benefício esperado será avaliar a importância da fisioterapia obstétrica, mesmo que remotamente, através de teleconsultas, mantendo a qualidade de vida e de saúde da gestante sob o período de pandemia.

Liberdade de recusar: A participação no estudo é totalmente voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores e nem com qualquer instituição envolvida.

Confidencialidade: Todas as informações obtidas neste estudo são confidenciais, uma vez que seu nome não será associado às análises a serem realizadas. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos.

Suspensão da pesquisa: O estudo será imediatamente suspenso na ocorrência de qualquer falha metodológica ou técnica observada pelo pesquisador, cabendo ao mesmo a responsabilidade de informar a todos os participantes o motivo da suspensão. O estudo também será suspenso caso seja percebido qualquer risco ou danos à saúde dos sujeitos participantes, conseqüente à pesquisa, que não tenha sido previsto no TCLE.

Questões financeiras: A participação nesta pesquisa não implica em nenhum custo para você. Você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você receberá uma cópia deste termo com o e-mail de contato dos professores que acompanharão a pesquisa para maiores esclarecimentos.

Em caso de dúvidas: Estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar através do telefone **(21) 22641437** e no seguinte local: ambulatório de fisioterapia pélvica, às quintas e sextas, 2º andar do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, na rua Mariz e Barros, 775 - Tijuca, e-mail: dominique.klaczko@gmail.com. Caso haja dúvidas éticas, favor contactar com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Rua Mariz e Barros, 775/ 4º andar, pela entrada da ortopedia - Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, 20270-004, tel: (21) 22645177.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

aceito participar da pesquisa

não aceito participar da pesquisa

Assinatura do menor

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ATENDIMENTO A DISTÂNCIA – TELECONSULTA/ TELEMONITORAMENTO DE FISIOTERAPIA (Adaptado das Recomendações da ABRAFISM em maio de 2020)

Eu, _____ inscrito no C.P.F sob o nº _____, dou expressa e plena autorização ao Dr (a) _____ (qualificação do fisioterapeuta associado), para realizar o atendimento de consulta/acompanhamento a distância através de serviços eletrônicos. Declaro ter ciência que: I. O atendimento a distância é limitado por não permitir a realização do exame físico presencial e utilização de todos os recursos fisioterapêuticos. É essencial que todas as informações questionadas pelo fisioterapeuta sejam adequadamente respondidas para que se possa indicar adequadamente e realizar as sessões de teleconsulta ou telemonitoramento. O fisioterapeuta poderá orientá-lo e instruí-lo a respeito da realização de alguns procedimentos de avaliação a distância incluindo aspectos relacionados ao exame físico. II. O fisioterapeuta irá definir a indicação e a viabilidade do atendimento a distância podendo ser necessário a seu critério a realização de avaliação presencial e/ou atendimento fisioterapêutico bem como a orientação para que procure outros profissionais da saúde e serviços de pronto atendimento em situações de emergência; III. A teleconsulta/telemonitoramento serão realizados pelo meio eletrônico estabelecido pelo fisioterapeuta/serviço de fisioterapia, sendo as sessões devidamente registradas no prontuário de fisioterapia do paciente devendo ser apropriadamente armazenado pelo fisioterapeuta/serviço de fisioterapia conforme orientações do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); IV. Os honorários do fisioterapeuta relacionados as sessões de teleconsultas/monitoramentos privados, conveniados ou contratados bem como forma de pagamento serão estipulados pelo fisioterapeuta e acordado com o paciente, responsáveis legais do paciente e operadoras e contratantes/serviços quando for o caso. IV. A teleconsulta ou telemonitoramento de Fisioterapia tal qual o atendimento presencial deve ser previamente agendado não pressupondo que o fisioterapeuta deva estar disponível a qualquer momento para prestar atendimento, sendo que o tempo de atendimento deve ser acordado entre o fisioterapeuta e o paciente. Declaro que estou ciente que qualquer plataforma de atendimento online apresenta risco de que haja algum tipo de vazamento de informações, interferências durante as sessões e quedas de transmissão que fogem ao controle do fisioterapeuta apesar de todos os cuidados empreendidos, autorizo a gravação da teleconsulta ou telemonitoramento quando indicado e acordado com o fisioterapeuta, tenho ciência que minhas informações e as evoluções dos meus atendimentos serão registradas no prontuário de fisioterapia de modo sigiloso, respeitando-se os princípios da confidencialidade e as normativas do Código de Ética e Deontologia do Fisioterapeuta de acordo com a Resolução nº 424, de acordo com a Resolução nº 516 que regulamenta a 31 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER CNPJ: 07.907.951/0001-98 www.abrafism.org.br ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER MAIO/2020 teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria em fisioterapia e demais resoluções que venham a ser emanadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Por fim, declaro ter lido, entendido e aceito completamente os esclarecimentos contidos neste instrumento, estando ciente que estão atendidas as exigências da Lei nº 8078/90, portanto diante disse eu expresse meu pleno consentimento para a realização da teleconsulta ou telemonitoramento conforme indicado pelo fisioterapeuta.

Local e Data:

Assinam: _____

Nome e CPF (Paciente)

Nome e n° CREFITO (Fisioterapeuta)_____

APÊNDICE D - AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA EM OBSTETRÍCIA



Avaliação Fisioterápica em Obstetrícia

Pesquisa: “Fisioterapia em Obstetrícia por meio digital / teleconsulta: Gestantes que Vivem com HIV/AIDS”

	Data da avaliação: / /
	Matrícula:
	CNS:
	Telefone:

Nome:	
Como gosta de ser chamada:	
Idade:	Data de nascimento: / /
Idade gestacional: semanas DUM: / / DPP: / /	

Raça: () branca () parda () preta () indígena () amarela	
Naturalidade:	
Gênero:	Orientação sexual:
Endereço:	
Bairro:	
Endereço profissional:	
Estado civil:	Escolaridade:
Profissão:	Atividade remunerada:
E-mail:	

Diagnóstico clínico - HIV: () positivo () negativo	
Tempo de diagnóstico:	
Indicação:	Médico:
Medicações em uso:	

Método de concepção:			
HDA:			
HPP:			
	HAS		neoplasia
	DM		constipação
	Cistite		apneia
	Candidíase		
Observação:			

Complicações e procedimentos na gestação:					
sangramento uterino		HAS		ITU	
hemorragia		diabetes gestacional		IST ativa	
placenta prévia		perda de líquido amniótico		cerclagem	
Obs:					

ASPECTOS OBSTÉTRICOS						
Feto único:		sim		Não. Quantos?		
Nº de gestações						
Nº de partos						
Nº de abortos		provocado		espontâneo		

APÊNDICE E - CARTILHAS - ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA



Dominique Klaczko

Fisioterapia Obstétrica

Durante a gravidez vivenciamos alterações músculo esqueléticas que modificam o centro de gravidade do nosso corpo. Quando a barriga começa a aparecer, é importante que a gestante passe a compreender o seu corpo de maneira diferente, reaprendendo posturas para que não haja desequilíbrios e, conseqüentemente, dor. Aqui vão algumas sugestões que podem melhorar o seu dia a dia...

Para guardar objetos no alto

Utilize uma escada ou banquinho para pegar ou guardar objetos em lugares altos. Evite elevar os pés, buscando manter os braços levemente flexionados.



Para transportar objetos pesados

Ao carregar objetos pesados procure trazê-los bem junto ao corpo. Agache sempre quando o objeto estiver em um lugar muito baixo. Porém, esteja atenta, pois não é conveniente carregar peso.



Para carregar sacolas

Esteja atenta em distribuir o peso a ser carregado entre duas sacolas. Coloque uma sacola em cada mão, carregando-as na lateral do corpo, nunca à frente dele.



Para sentar

A cadeira deverá ter encosto e, de preferência, braços de apoio. Opte por cadeiras com abertura na parte inferior. Apoie bem as costas e sente-se sobre os isquios, no fundo da cadeira. Os pés devem estar totalmente apoiados no chão ou sobre uma banqueta, e joelhos e quadril formando um ângulo de 90°.



Para relaxar

Recoste na cama ou sofá levemente inclinada, com o apoio de almofadas. O pescoço deverá estar apoiado, assim como, os cotovelos apoiados em almofadas ou travesseiros sem elevar o ombro. Procure apoiar a coluna com almofadas, principalmente na altura da lombar e do sacro. Utilize um rolo ou mesmo uma toalha enrolada na altura dos joelhos para leve flexão de joelhos.



Durante a gravidez vivenciamos alterações músculo esqueléticas que modificam o centro de gravidade do nosso corpo. Quando a barriga começa a aparecer, é importante que a gestante passe a compreender o seu corpo de maneira diferente, reaprendendo posturas para que não haja desequilíbrios e, conseqüentemente, dor. Aqui vão algumas sugestões que podem melhorar o seu dia a dia...

Para sentar à mesa

Mantenha a cadeira próxima à mesa. Pelo menos um cotovelo deve estar bem apoiado, evitando curvar excessivamente a coluna.



Para dirigir automóveis

Mantenha braços e pernas semi-flexionados. Para tanto, o banco deverá estar mais próximo do volante, sem comprimir o abdome. Atenção ao cinto de segurança, pois a faixa inferior deverá ficar abaixo do abdome.

Para dormir

Opte por dormir de lado, de preferência sobre o lado esquerdo, com as pernas dobradas. Use almofadas ou travesseiros que deem suporte e acomodem a barriga, além de apoios entre os joelhos e no espaço entre a cabeça e os ombros. Evite ficar de barriga para cima por períodos prolongados.



Para levantar da cama

Primeiramente, antes de se levantar da cama, sempre vire de lado. Apoie as mãos e o cotovelo sobre a cama e, em seguida, coloque os pés no chão. Com eles já apoiados, levante-se. Para deitar, faça o processo inverso.



Para pegar objetos no chão

Agache abrindo as pernas para que a barriga encaixe entre elas e evite curvar-se. Outra opção é agachar mantendo uma das pernas flexionadas.



Para calçar sapatos

Sente na cadeira com apoio total dos pés e pernas formando um ângulo de 90°. Leve uma perna sobre a outra e vista o calçado com o auxílio das mãos.




Adaptado da cartilha de Sabrina Baracho.

APÊNDICE F – QR CODE COM OS VÍDEOS ENVIADOS PARA AS PARTICIPANTES



ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL DE COLETA


HU Unirio EBSERH

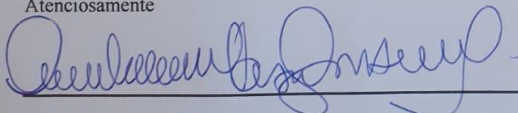
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

PREZADA DRA. REGINA ROCCO

Venho por meio desta, solicitar autorização para a realização da pesquisa **EFEITOS DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA POR MEIO DIGITAL/ TELECONSULTA EM GESTANTES VIVENDO COM HIV+; ESTUDO PILOTO** sob minha responsabilidade, fisioterapeuta Leila Marise Dominique Klaczko Acosta conforme folha de apresentação ao Comitê de Ética de Pesquisa dessa instituição, inscrita no Programa de Pós graduação em HIV/HV.

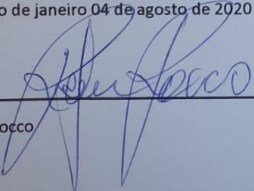
A coleta de dados será realizada por mim, todas as 2as. feiras no ambulatório do pré-natal dessa instituição através de uma ficha de anamnese, quatro questionários e exame físico que a gestante responderá com ajuda da pesquisadora no momento de admissão dessa gestante e entre 36 e 37 sem de gestação. Nesta coleta serão respeitados os protocolos de distanciamento social, máscara, jaleco e limpeza constante das mãos com álcool gel como regras para evitar a contaminação do COVID-19

Atenciosamente

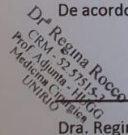


Leila Marise Dominique Klaczko Acosta

De acordo, Rio de Janeiro 04 de agosto de 2020



Dra. Regina Rocco


Dra. Regina Rocco
CRM - 50.515.577
Prof. Adjunta - UNIRIO
Medicina Clínica
UNIRIO

ANEXO B – VERSÃO BRASILEIRA DO SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar, objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilometro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomas banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

ANEXO C – QUESTIONÁRIO PGQ- BRASIL

Questionário de Dor Pélvica Gestacional
PELVIC GIRDLE QUESTIONNAIRE – BRASIL (PGQ-Br)

O quanto você acredita ser problemático realizar as atividades listadas abaixo por causa da sua dor pélvica? Para cada atividade, marque a opção que melhor descreva como você está hoje.

O quanto considera difícil realizar as atividades listadas por causa da sua dor pélvica:	De modo nenhum	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Vestir-se				
2. Ficar em pé por menos de 10 minutos				
3. Ficar em pé por mais de 1 hora				
4. Curvar-se				
5. Sentar-se por menos de 10 minutos				
6. Sentar-se por mais de 1 hora				
7. Caminhar por menos de 10 minutos				
8. Caminhar por mais de 1 hora				
9. Subir escadas				
10. Fazer tarefas domésticas				
11. Carregar objetos leves				
12. Carregar objetos pesados				
13. Levantar-se / sentar-se				
14. Empurrar um carrinho de compras				
15. Correr				
16. Realizar atividades esportivas*				<input type="checkbox"/>
17. Deitar-se				
18. Virar-se na cama				
19. Ter uma vida sexual normal*				<input type="checkbox"/>
20. Empurrar algo com um pé				

*Se não aplicável, marque a caixa a direita

Quanta dor você sente:	Nenhuma	Alguma	Moderada	Muita
21. De manhã				
22. De noite				

Por causa de sua dor pélvica:	De modo nenhum	Pouco	Moderadamente	Muito
23. Sua perna/pernas têm falhado?				
24. Você faz as coisas mais lentamente?				
25. Seu sono é interrompido?				

Procedimentos para pontuação: a pontuação de cada questão deve ser somada e o valor total deve ser transformado em porcentagem variando de 0% (sem comprometimentos) a 100% (grande extensão de comprometimentos).

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE INCOMODO DO ASSOALHO PÉLVICO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INCÔMODO RELACIONADO ÀS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

(PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE)

Data: ___/___/___

Instruções: O questionário a seguir relaciona-se ao seu assoalho pélvico. Todas as informações são estritamente confidenciais. Marque com um (X) a condição que mais se relaciona ao seu estado **no último mês**.

RGHC

<p>1. Você apresenta perda de urina (incontinência) associada a atividades físicas, como tossir, espirrar, rir, carregar peso ou mudar de posição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>2. Você apresenta frequência miccional aumentada (necessidade de urinar mais vezes do que o usual; incluindo ter que levantar da cama mais que duas vezes durante a noite para urinar)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>3. Você apresenta urgência miccional (vontade súbita e forte de urinar e muito difícil de controlar)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>4. Você apresenta perda de urina associada a urgência (perda de urina involuntária junto com vontade forte e súbita de urinar)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>5. Você apresenta dificuldade ou desconforto para urinar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>6. Você tem a sensação de que há uma bola na sua vagina (bexiga, útero ou reto caídos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>7. Você tem dificuldade para terminar de evacuar (como ter que pressionar a vagina ou o reto com a mão para terminar a evacuação)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>8. Você apresenta perda acidental de fezes ou gases? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quanto isso a incomoda? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>
<p>9. Você é sexualmente ativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, dor ou desconforto te impedem de aproveitar o sexo? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apenas um pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito</p>

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO - IDATE

1 = Absolutamente não / 2 = Um pouco / 3 = Bastante / 4 = Muitíssimo				
01. Sinto-me calma	1	2	3	4
02. Sinto-me segura	1	2	3	4
03. Estou tensa	1	2	3	4
04. Estou arrependida	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbada	1	2	3	4
07. Estou preocupada com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansada	1	2	3	4
09. Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13. Estou agitada	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraída	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17. Estou preocupada	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitada e confusa	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUGG.

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FISIOTERAPIA EM OBSTETRICIA POR MEIO DIGITAL/TELECONSULTA: GESTANTES QUE CONVIVEM COM O VÍRUS HIV

Pesquisador: DOMINIQUE KLACZKO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36370020.1.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.251.250

Apresentação do Projeto:

O novo Coronavírus (Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2 ou SARS-CoV-2) é um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. Rapidamente uma doença respiratória grave espalhou-se por todo território chinês e diversos países (FEBRASGO, 2020). Em 11 de março de 2020 foi declarado uma pandemia, em função da COVID-19. Em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde reconheceu a existência de transmissão comunitária em todo o território nacional (MINISTERIO DA SAUDE, 2020). Em um primeiro momento, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) indicou como grupo de risco para COVID-19 indivíduos acima de 60 anos e indivíduos com doenças crônicas. Mais tarde, ampliou tal indicação até incluir "grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal). (FEBRASGO, 2020) Considerando as diversas modificações fisiológicas da gestação, pode haver um risco teórico maior de desenvolver a doença grave por COVID-19, em particular pneumonia e insuficiência respiratória. (FEBRASGO, 2020). Como já relatado na literatura científica, as mudanças fisiológicas no organismo da gestante (e puérpera, visto que estas mudanças não se resolvem imediatamente após o parto) levam a uma predisposição por infecções graves, inclusive respiratórias, e que as alterações anatômicas reduzem sua tolerância à hipóxia. Muitas diretrizes e recomendações são publicadas. Seguiremos as orientações do MS, FEBRASGO, COFFITO, CREFITO E ABRAFISM para nortear essa pesquisa de

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5317 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 4.351.350

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1606348.pdf	06/08/2020 19:31:26		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/08/2020 19:30:27	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Outros	FICHA_DE_AVALIACAO.docx	04/08/2020 18:43:07	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Outros	LINK_VIDEOS_DOMINIQUE.docx	04/08/2020 18:42:32	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Outros	CARTILHA_DOMINIQUE.docx	04/08/2020 18:42:16	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Outros	QUESTIONARIOS_SF36_E_PFBQ.docx	04/08/2020 18:41:33	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DOMINIQUE.docx	04/08/2020 18:40:35	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_DOMINIQUE.docx	04/08/2020 18:40:11	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TELEATENDIMENTO.docx	04/08/2020 18:40:00	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_ANUENCIA.pdf	04/08/2020 18:39:35	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_LMDOMINIQUE.pdf	04/08/2020 18:35:33	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/08/2020 18:33:41	Vivian Pinto de Almeida	Aceito
Cronograma	cronograma2020.docx	04/08/2020 18:31:16	Vivian Pinto de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: caphugg@gmail.com