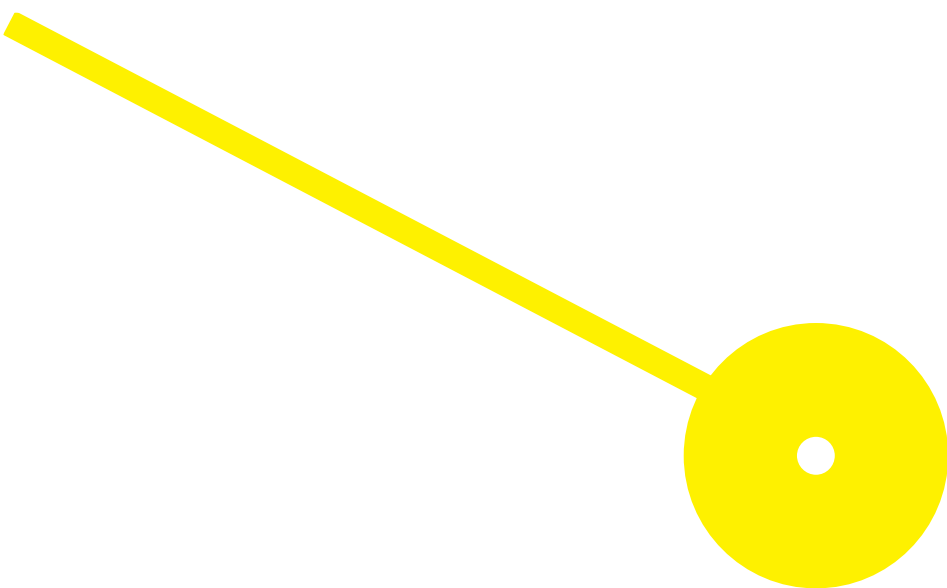




Literacia em Saúde – Diástase dos músculos retos abdominais e relação com a prática de Atividade Física – Estudo Observacional

Sílvia Catarina Vieira Pereira

10/2021





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Literacia em Saúde – Diástase dos músculos retos abdominais e relação com a prática de
Atividade Física – Estudo Observacional**

Autor

Sílvia Catarina Vieira Pereira

Orientador(es)

Professora Doutora Paula Clara Ribeiro Santos da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico do Porto

Co-Orientador(es)

Professora Doutora Cristina Teresa Torrão de Carvalho Mesquita da Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico do Porto

Professora Doutora Sofia Manuela da Rocha Lopes da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico do Porto

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em **Fisioterapia** – Área
de especialização em **Terapia Manual Ortopédica** pela Escola
Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.**

Agradecimentos

Aos meus pais e irmãos pelo apoio incondicional que sempre demonstraram desde sempre, em especial ao longo do meu percurso académico;

Um especial agradecimento à minha querida irmã pelo apoio ajuda que me deu ao longo deste percurso em todos os momentos, bons e menos bons;

Aos meus amigos, colegas de trabalho e utentes que sempre tiveram uma palavra de incentivo e apoio durante todo este percurso;

Aos Coordenadores dos serviços de Fisioterapia dos locais onde trabalhei/trabalho (FisioBeselga/Hospital Particular de Viana do Castelo) por permitirem e facilitarem o processo de conciliação entre a realização do mestrado e o horário laboral.

À colega de turma e amiga Maria José Costa, pelo excelente trabalho em equipa e companheirismo que demonstrou.

Às Docentes que me orientaram ao longo de todo o desenvolvimento desta dissertação de Mestrado e contribuíram para o desenvolvimento da mesma.

E não poderia esquecer, um especial agradecimento a todas as participantes deste estudo, que mesmo em anonimato, me ajudaram a tornar este estudo passível de ser realizado e por isso têm a minha gratidão.

“Gratidão é saber que todas as pessoas que cruzam o nosso caminho são necessárias para a
nossa evolução!”

Demonstro a minha Gratidão a todas as pessoas que caminharam comigo ao longo desta
jornada.

Resumo

Fundamentação: A Literacia em Saúde promove a autonomia e o empoderamento das pessoas no controlo da sua saúde, além de melhorar significativamente o acesso à informação em saúde e o seu uso efetivo. Tem sido demonstrada a existência de uma relação positiva entre a Literacia em Saúde e a Atividade Física que assumem um lugar central em questões de saúde pública e inúmeros benefícios, nomeadamente para a prevenção e resolução da Diástase Abdominal.

Objetivo: Determinar os níveis de Literacia em Saúde relativos à diástase abdominal em mulheres entre os 18-65 anos, residentes em Portugal, verificar a relação entre os domínios da Literacia e as características da amostra; e verificar a relação entre a Literacia em Saúde e o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de Atividade Física.

Metodologia: Estudo observacional analítico transversal, cuja amostra não probabilística por conveniência é composta por 318 participantes. Para recolha de dados utilizaram-se 2 questionários de autopreenchimento, o IPAQ-Versão Curta e o QNLDR, este último, elaborado pela nossa equipa de investigação com o objetivo de avaliar a literacia em saúde sobre a diástase abdominal. Além da elaboração, o QNLDR foi sujeito a um processo de validação de conteúdo e um estudo piloto.

Resultados: A Literacia em Saúde global apresenta taxas de acerto entre 50%-75%, "Suficientes"; A Literacia Funcional e Interativa demonstraram ser os domínios com taxas de acertos mais baixas, 25%-50%, "Problemáticas", já a Literacia Crítica apresenta taxas de acerto "Excelentes", 75%-100%. Verificou-se a ausência de relação entre a Literacia em Saúde e o cumprimento das recomendações da OMS para atividade física ($p > 0,005$); destacam-se ainda, na amostra, comportamentos sedentários e taxas de incumprimento das recomendações da OMS elevados (aproximadamente 30%). Além disso, verifica-se que fatores como a idade avançada, grau académico mais baixo e classes profissionais não relacionadas com a saúde tendem a influenciar os níveis de Literacia em Saúde que são tendencialmente mais baixos.

Conclusão: Existe uma lacuna de conhecimento essencialmente na Literacia Funcional e Interativa sobre esta condição, especificamente em mulheres mais velhas, com baixo grau académico ou que desempenhem cargos não relacionados com a saúde. Verificam-se elevadas taxas de incumprimento das recomendações da OMS e que o cumprimento dessas recomendações não é influenciado pela Literacia em Saúde.

Palavras chave: Literacia em saúde; Fisioterapia; Diástase dos músculos retos abdominais; Atividade Física; Promoção da Saúde.

Abstract

Women's Health Literacy – Rectus Abdominis Diastasis and relationship with Physical Activity – Observational Study

Background: Health Literacy promotes patient autonomy and empowerment in controlling their health, in addition to improving access to health information and its effective use. A positive correlation has been presented between health literacy and physical activity which assume a central focus in public health issues as well as several benefits, namely for abdominal diastases.

Objectives: Determine the levels of Health Literacy related to Abdominal Diastasis in 18 to 65 years old Portuguese Women, residing in Portugal; to verify the relationship between the domains of Literacy and the characteristics of the sample; and to analyse the influence of Health Literacy on compliance with the WHO recommendations for the practice of Physical Activity.

Methods: This is an observational, analytic, and transversal study, where the non-probabilistic sample, by convenience, is composed by 318 participants. For the collection of data, we used two digital self-fill questionnaires, the IPAQ-short-version and QNLDRA, the latter developed by our research team with the aim of evaluating health literacy on abdominal diastasis. In addition, the QNLDRA was subjected to a content validation process and a pilot study.

Results: Our results indicate that health literacy presents hit rates between 50%–75% (Sufficient). In addition, they also indicate that functional and interactive literacy appear to be the domains with the lower rates 25%–50% (Problematic). Whereas critical literacy points out to Excellent hit rates (75%–100%). Finally, the results show the absence of correlation between health literacy and the fulfilment of WHO [World Health Organization] recommendations as far as physical activity is concerned ($p > 0,005$). The analysis of the sample demonstrates the existence of sedentary behaviour and high levels of noncompliance of WHO recommendations (approximately 30%). Furthermore, it appears that factors such as older age, lower educational level and professional classes not related to health tend to influence the levels of Health Literacy, which tend to be lower.

Conclusion: In conclusion, there is a lack of knowledge as far as interactive and functional literacy are concerned, specifically in older women, with low academic level or who hold jobs not related to health. High levels of noncompliance of WHO recommendations are noted. Finds show that physical activity is not influenced by health literacy.

Keywords: Health Literacy; Physiotherapy; Diastasis recti abdominis; Physical Activity; Health promotion.

Conteúdo

1. Fundamentação/ Introdução.....	1
2. Métodos.....	7
2.1 – Tipo de estudo de investigação.....	7
2.2 – População-alvo e amostra.....	7
2.3 – Processo de amostragem.....	7
2.4 – Critérios de participação (inclusão e exclusão).....	8
2.5 – Instrumentos de recolha de dados.....	8
2.6 – Procedimentos de recolha de dados.....	11
2.6.1 – Elaboração e validação de conteúdo do QNLDRA.....	11
2.6.1.1 – Validação de conteúdo do QNLDRA.....	13
2.6.1.2 – Estudo Piloto do QNLDRA.....	14
2.6.1.3 – Score do QNLDRA.....	14
2.7 – Questões éticas.....	15
2.8 – Estatística.....	15
3. Resultados.....	16
3.1- Caraterização da amostra.....	16
3.2- Domínios de Literacia em Saúde.....	18
3.2.1 – Literacia Funcional.....	18
3.2.2- Literacia Interativa.....	19
3.2.3- Literacia Crítica.....	19
3.3 – Relação entre os 3 Domínios de Literacia em Saúde da Mulher – Conhecimento sobre DRA..	20
3.4 – Relação entre os Domínios de Literacia em Saúde da Mulher – Conhecimento sobre DRA e as características da amostra.....	20
3.5 – Relação entre os domínios de LS e a prática de Atividade Física – IPAQ.....	22
4. Discussão.....	23
5. Conclusão.....	27
6. Bibliografia.....	28
7. Anexos:.....	36
Anexo I – Questionário: Literacia em Saúde – conhecimento sobre Diástase abdominal e a relação com a Atividade Física e as disfunções do pavimento pélvico (QNLDRA).....	36
Anexo II – Questionário Internacional de AF – Versão Curta (<i>International Physical Activity Questionnaire</i> , IPAQ).....	48
Anexo III – Relatório das Rondas de Peritagem para Validação de Conteúdo.....	50
Anexo IV – Tabelas de taxas de acerto em cada domínio da Literacia em Saúde relativa à Diástase dos retos abdominais (Resultados QNLDRA).....	105

Índices de Tabelas

Tabela 1 – Composição do Painel de Peritos.....	13
Tabela 2 – Características das Participantes no Estudo Piloto	14
Tabela 3 – Caracterização da amostra relativamente às variáveis demográficas, antropométricas e obstétricas (n=318).....	17
Tabela 4 – Taxas de Acerto em função dos domínios de Literacia em Saúde sobre a diástase dos retos abdominais (n=318)	18
Tabela 5 – Correlação entre os diferentes domínios de Literacia em Saúde (n=318)	20
Tabela 6 – Relação entre os Domínios da Literacia em Saúde da DRA e as variáveis: Grupo etário, Habilitações Académicas, Classe Profissional e Gravidez (n=318).....	22
Tabela 7 – Resultados IPAQ – Tempo, médio, em dias e minutos de AF; Nível de AF global e comportamentos sedentários (n=164).....	23
Tabela 8 – Relação entre a LS e o cumprimento das Recomendações da OMS para a prática de AF (n=164).....	23

Índices de Ilustrações

Figura 1 – Diagrama de seleção e constituição da amostra em estudo.....	17
---	----

Lista de Siglas:

LS – Literacia em Saúde;

LF – Literacia Funcional;

LI – Literacia Interativa;

LC – Literacia Crítica;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

AVD – Atividades da Vida Diária;

LCHD – *Life Course Health Development* (sigla inglesa para desenvolvimento do ciclo de vida);

DRA – Diástase do musculo reto abdominal;

IMC – Índice de massa corporal;

AF/PA – Atividade Física/*Physical Activity* (sigla Inglesa);

QNLDR – Questionário de Literacia em Saúde – conhecimento sobre a diástase do musculo reto abdominal;

IPAQ – *International Physical Activity questionnaire* (sigla inglesa de Questionário internacional de atividade física);

SD – *Standard Deviation* (Sigla Inglesa de Desvio Padrão);

SLF – *Score* de Literacia Funcional;

SLI – *Score* de Literacia Interativa;

SLC – *Score* de Literacia Crítica.

"Literacia em Saúde – Diástase dos músculos retos abdominais e relação com a prática de Atividade Física" – Estudo Observacional

1.Fundamentação/ Introdução

Antes de abordar um tema na área da "Saúde" torna-se fulcral enunciar a sua definição delineada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1946).

Durante a segunda metade do século XX, uma explosão de pesquisas enunciou um número crescente de condições de saúde. Modelos biopsicossociais responsáveis pela ampla gama de fatores que influenciam a saúde começaram a substituir modelos biomédicos antiquados e excessivamente simplificados de causalidade de doenças. Recentemente, surge no decorrer das últimas décadas o conceito *LifeCourse Health Development* (LCHD), que define o desenvolvimento da saúde como um processo dinâmico que começa antes da concepção e continua ao longo do ciclo de vida (Halfon, Larson, Lu, Tullis, & Russ, 2014), delineando assim possíveis origens de condições de saúde crônicas comuns da vida adulta em eventos do passado. Por consequência, há uma maior compreensão de como a saúde e a doença se desenvolvem ao longo do ciclo de vida (Halfon, Neal; ForrestChristopher B.; Lerner, Richard M.; Faustman, 2018).

Este conceito apresenta enormes implicações sobre a forma como a saúde de cada indivíduo é considerada, sobre a formação e treino dos profissionais de saúde e a forma como os sistemas e políticas de saúde são desenvolvidos para responder às necessidades populacionais e individuais de cada um. Permite ainda, melhorar a compreensão da importância relativa de diferentes fases do ciclo de vida em relação à saúde e processos específicos de doença, assim como definir estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde (Kuh & Hardy, 2009).

A par da evolução destes conceitos, ao longo dos anos, tem vindo a ser demonstrada uma forte interação entre a literacia, nível de educação e saúde. A relação entre a educação, aprendizagem e a saúde é cada vez mais evidente ao longo de todo o desenvolvimento do ciclo de vida (Peres, Rodrigues, & Silva, 2021; Sørensen et al., 2013). Deste modo, a Literacia em Saúde (LS) assume-se como um conceito de interesse crescente dando ênfase no papel e responsabilização dos cidadãos na saúde e cuidados de saúde (Gonçalves, 2015).

A OMS define LS intimamente relacionada com a alfabetização em saúde, como conjunto de competências cognitivas e sociais, nomeadamente o conhecimento, a motivação e a competência dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões da vida quotidiana em relação aos cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o desenvolvimento do ciclo de vida (Andrade, Áurea; Augusto, Berta; Fernandes, Carlos; Almeida, 2020; Lopes, Carlos; Vaz de

Almeida, 2019; Osborn & Thompson, 2013; Saúde, 2021). Deste modo, a LS promove a autonomia e o *empowerment* do utente no controlo da sua saúde e determina a forma como os sistemas de saúde são utilizados, além de melhorar significativamente o acesso à informação em saúde e o seu uso efetivo (Sørensen et al., 2013).

São considerados três domínios de LS, nomeadamente a Literacia Funcional (LF) ou básica, que consiste no conhecimento fisiopatológico, conhecimento de conceitos em saúde e sistemas de saúde; Literacia Interativa (LI) ou comunicacional que consiste na procura, extração e interpretação de informações em saúde; e a Literacia Crítica (LC) que visa a modificação e/ou adaptação de comportamentos em saúde, em função da melhor qualidade de vida, através de uma avaliação e pensamento crítico das informações existente (Osborn & Thompson, 2013; Saúde, 2021; Telo-de-Arriaga, M, Santos B, Silva A, Mta F, Chaves N, 2019).

Porém, ainda se verificam baixos níveis de LS, essencialmente junto das populações mais idosas, indivíduos com baixo status social, baixo nível educacional e baixos recursos financeiros (Marques & Crespo, 2015; Serrão, Veiga, & Vieira, 2015).

Segundo um estudo realizado por Pedro, Amaral, & Escoval, (2016), com o objetivo de diagnosticar os níveis de LS na população portuguesa foi possível verificar que cerca de 61% da população apresenta “um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado”. Este baixo nível de LS associa-se a uma menor capacidade dos indivíduos em gerir a sua saúde/ doença de forma apropriada e eficaz, promovendo piores condições de saúde, um maior número de internamentos e uma utilização mais frequente dos serviços de urgência, em vez de prevalecerem os serviços de prevenção da doença e promoção da saúde, acarretando desta forma mais custos para o Sistema Nacional de Saúde (Pedro et al., 2016; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2019; Senol, Gol, & Ozkan, 2019; Telo-de-Arriaga, M, Santos B, Silva A, Mta F, Chaves N, 2019).

A baixa LS pode ainda ter impacto na função física e na saúde mental; resultando numa maior probabilidade de os indivíduos reportarem dificuldades em atividades da vida diária (AVD), devido a uma saúde física debilitada e frágil e relatos de dor, incapacidade, instabilidade e desconforto (Serrão et al., 2015). Contudo, a população adulta só se predispõe a iniciar e a desenvolver um processo de aprendizagem, se com isso obtiverem algum benefício, ou seja, se tiver conhecimento que seja proveitoso e extremamente necessário para o seu dia-a-dia (Poppel, M. Van, Owe, K. M., & Santos-rocha, 2019; Senol et al., 2019).

No que concerne à LS da mulher e conhecimento da Diástase do músculo reto abdominal (DRA) é importante contextualizar em termos anatómicos e biomecânicos. A parede abdominal ântero-lateral, apresenta uma configuração laminar formada por quatro músculos interligados entre si com fibras orientadas na vertical (reto abdominal), horizontal (transverso abdominal) e obliquamente (oblíquos internos e externos), apresentando anexos esqueléticos na caixa torácica, pélvis e coluna

vertebral pela fáscia toracolombar (P. Mota, Pascoal, Carita, & Kari, 2015; P. Mota, Pascoal, Sancho, Carita, & Bø, 2013)). As aponevroses desses músculos formam a bainha do reto abdominal, servindo de inserção medial para os músculos oblíquos (interno e externo) e transversos abdominais, ao longo da linha média anterior do abdômen, formando uma estrutura fibrosa que permite ligar o lado direito ao lado esquerdo da parede abdominal, a qual se denomina linha alba e se estende desde a apófise xifoide até à sínfise púbica (Litos, 2014; Parker, Millar, & Dugan, 2009). Esta linha alba, rica em fibras de colagénio, oferece uma grande resistência à separação do músculo reto abdominal, no entanto quando esta fica sujeita a um stress mecânico contínuo e progressivo no tempo, como é o caso da gravidez ou da obesidade que leva a uma série de modificações no diâmetro torácico, nas dimensões ântero-laterais do abdômen, nas relações entre os músculos da região abdominal e na pressão intra-abdominal, a linha alba fica sujeita a um aumento do seu comprimento (D. R. Benjamin, van de Water, & Peiris, 2014; Deenika R. Benjamin, Frawley, Shields, van de Water, & Taylor, 2019; Hernández-Gascón et al., 2013). Esta parede abdominal é crucial para manutenção da postura corporal, estabilidade do tronco e pélvis, respiração, movimentos do tronco e suporte visceral abdominal (Chiarello, Falzone, McCaslin, Patel, & Ulery, 2005; Kamel & Yousif, 2017; P. G. F. da Mota, Pascoal, Carita, & Bø, 2015).

A DRA é definida como a separação do músculo reto abdominal em qualquer lugar ao longo da linha alba, como resultado do alargamento da mesma (Gruszczynska & Truszczynska-Baszak A-C, 2018; Lalingkar, Gosavi, Jagtap, & Yadav, 2019; Matloch, Opala-Berdzik, Stanula, Cizek, & Kucio, 2019; P. G. F. da Mota et al., 2015).

De entre os fatores de risco relacionados com o aparecimento da DRA, destacam-se, a idade, nomeadamente o envelhecimento, a gravidez, multiparidade, IMC pré e pós Gravidez, pontuação de hiper mobilidade de *Beighton's*, peso do bebé ao nascer, baixos níveis de Atividade Física (AF) antes, durante a e após a gravidez, o IMC em mulheres não grávidas, o sedentarismo, baixos níveis de AF, a obesidade, a diabetes mellitus e desportos que realizem treino abdominal com cargas excessivamente elevadas promovendo uma grande hipertrofia abdominal e stress mecânico sobre a linha alba (Candido G, Lo T, 2005; Chiarello et al., 2005; P. G. F. da Mota et al., 2015; Puri, Sharma, Samuel, & Chahal, 2021; Rett, Braga, Bernardes, & Andrade, 2009; Spitznagle, Leong, & Van Dillen, 2007).

Esta condição é mais prevalente entre a população feminina, uma vez que estas poderão vivenciar em alguma fase do ciclo de vida o processo biológico e fisiológico da gravidez. A gravidez, é um dos principais fatores associados ao aparecimento de DRA, pois trata-se de um período onde ocorrem inúmeras alterações anatómicas, fisiológicas e bioquímicas que sucedem de forma progressiva ao longo de todo o sistema corporal (Lalingkar et al., 2019), alterando de forma significativa a integridade dos tecidos da parede abdominal e o controlo motor da articulação pélvica, que influencia, por sua vez, a mobilidade funcional (Bø, Stuge, & Hilde, 2019; Deering, Chumanov, Stiffler-Joachim, & Heiderscheit, 2020; Litos, 2014). Os níveis aumentados de relaxina, progesterona e estrogénio levam à

frouxidão e ao alongamento do tecido conjuntivo, enfraquecendo a linha alba, tornando os músculos excessivamente fracos, hipotônicos e alongados causando alterações no ângulo de inserção, alterando a linha de ação dos músculos que, por sua vez reduzem a capacidade do músculo gerar torque (Brewin & Naninni, 2014; Chiarello et al., 2005; Gürşen, inanoğlu, Kaya, Akbayrak, & Baltacı, 2016; Kamel & Yousif, 2017; Michalska, Rokita, Wolder, Pogorzelska, & Kaczmarczyk, 2018). Além disso, há uma diminuição da capacidade de resistência da linha alba relativamente às tensões geradas, pelo aumento de peso e aumento das dimensões do útero, que por si só influenciam a morfologia do tronco materno, principalmente da musculatura abdominal, levando a que os ventres musculares do reto abdominal, conectados pela linha alba, se alonguem e curvem em torno do útero/ parede abdominal aumentando assim a distância entre ambos (distância entre retos) ao longo da linha alba. (Chiarello et al., 2005; Matloch et al., 2019; P. Mota et al., 2015, 2013; Theodorsen, Strand, & Bø, 2019).

A DRA de origem na gravidez pode surgir quer durante o período gestacional (30%–70%), quer no período pós-parto (35%–60%) (Mahalakshmi, Sumathi, Chitra, & Ramamoorthy, 2016; P. Mota et al., 2015, 2013). Surge geralmente no início no terceiro trimestre, atingindo o pico máximo imediatamente após o nascimento, com uma prevalência de 63% até 92 horas após o parto, 50%–60% até 6 semanas após o parto e 39%–45% até 6 meses após o parto (Kamel & Yousif, 2017; Lalingkar et al., 2019; A. G. Pascoal, Dionisio, Cordeiro, & Mota, 2014).

Normalmente após o parto, a DRA pode resolver-se naturalmente dentro de 1 a 8 semanas, tendo em conta que a diminuição do útero ocorre num período de 14 dias, que os músculos abdominais levam 6 semanas ou mais a voltar ao estado pré-gestacional e 6 meses para voltarem ao seu estado de força máxima (Matloch et al., 2019). Contudo, em algumas mulheres, essa resolução espontânea pode não ocorrer sem que haja a realização de um programa de intervenção, tornando-se numa situação patológica que vai influenciar diretamente o equilíbrio e a harmonia das pressões intra-abdominais, responsáveis pela estabilidade local/central. Uma vez afetada, essa instabilidade consequente vai ter repercussões nos movimentos distais, nomeadamente nos membros, originando implicações funcionais nas AVD's (León, S. C., Cuña-Carrera, I. Da, González, C. A. de la H., & Soto-González, 2019; Litos, 2014; Matloch et al., 2019).

Deste modo, torna-se fulcral promover a saúde da mulher e um estilo de vida mais saudável e ativo. A prevenção do sedentarismo, da diabetes e da obesidade devem ser consideradas complementos úteis na prevenção do aparecimento da DRA (Wu et al., 2021). A gravidez é também um período onde a prevenção deve prevalecer, uma vez que representa profundas mudanças físicas e psicológicas, exigindo uma rápida aquisição de conhecimento e uma enorme quantidade de mudanças no comportamento para com a sua saúde e o seu bem-estar de forma a progredir numa gravidez e num pós-parto sem intercorrências (Garad et al., 2020; Santos-rocha, 2020; Yee et al., 2017) pelo que

devem ser mudanças adotadas com espírito crítico e com base em informações fidedignas (Senol et al., 2019).

Dado que não se trata de uma situação dolorosa, passa muitas vezes despercebida pelos clientes, bem como pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não é avaliada nem intervencionada (Lalingkar et al., 2019; Parker et al., 2009), pelo que muitas mulheres só procuram ajuda quando já apresentam sintomas como instabilidade pélvica, dor lombar, desconforto no abdômen, sintomas uroginecológicos (incontinência urinária e fecal), prolapso dos órgãos pélvicos e possíveis complicações decorrentes da longa exposição à DRA (LCHD), como por exemplo hérnia abdominal (Gruszczyńska & Truszczyńska-Baszak A-C, 2018; Jessen, Öberg, & Rosenberg, 2019). Além disso, pacientes com DRA apresentam também menor percepção da imagem corporal, menor satisfação corporal e menor qualidade de vida (Jessen et al., 2019). Estas são situações extremamente relevantes que justificam a importância do tratamento conservador, nomeadamente através da fisioterapia (Gruszczyńska & Truszczyńska-Baszak A-C, 2018; Michalska et al., 2018).

Como tratamento conservador, a fisioterapia é considerada um método de tratamento capaz de diminuir a distância entre retos e conseqüentemente a DRA (Michalska et al., 2018) através de exercícios de fortalecimento abdominal, exercícios aeróbicos e educação postural (Gruszczyńska & Truszczyńska-Baszak, 2019; Jessen et al., 2019). São prescritos vários exercícios com foco primordial na ativação do transversos abdominal e pavimento pélvico. Teoricamente a ativação destes grupos musculares coloca a linha alba em sobrecarga mecânica que vai promover a formação e alinhamento do colagénio, melhorando assim a sua função. Exercícios de contração do pavimento pélvico induzem co contração dos abdominais profundos, sugerindo que o fortalecimento do pavimento pélvico pode ter ações indiretas na parede abdominal. Assim o fortalecimento do cilindro muscular, nomeadamente pavimento pélvico, transversos abdominal, multífidos profundo e diafragma parece influenciar a estabilidade e controlo mecânico lombo-pélvico. Contudo, a existência de estudos que avaliem os efeitos da ativação destes grupos musculares é ainda escassa e inconsistente (Dias, Thaís M.; Barbalho, Thaisa C.; Moura, Amanda; Souza, Rafaela J.; Sousa, 2012; Gluppe, Hilde, Tennfjord, Engh, & Bø, 2018; Keshwani, Mathur, & Mclean, 2019; Michelowski, Andréia; Simão, 2014; Thabet & Alshehri, 2019). Além da intervenção ao nível da prevenção e resolução da DRA, o Fisioterapeuta, como profissional de saúde e prescritor de Atividade Física, assume também um papel importante no que concerne à educação para a saúde sobre a DRA, em que a intervenção passa essencialmente por estratégias de prevenção da doença, promoção e educação para a saúde, com a finalidade de melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Bezner, 2015; Gustavsson & Eriksson-Crommert, 2020; Lowe, Littlewood, & McLean, 2018)

Embora vários estudos confirmem o impacto positivo do exercício e prática de AF na diminuição da distância inter-retos ainda não foi formulado nenhum protocolo e plano de intervenção

específico até agora, pelo que não estão ainda descritos quais os exercícios abdominais mais eficazes na redução da DRA (D. R. Benjamin et al., 2014; Gluppe et al., 2018; Keshwani et al., 2019; Michalska et al., 2018; Thabet & Alshehri, 2019). Além disso, a evidência atual descreve o impacto da AF em diversas condições, patologias e populações, contudo no que toca à DRA essa evidência foca-se essencialmente no estudo da AF em mulheres grávidas e em período pós-parto, havendo ainda uma lacuna de conhecimento no que toca a prevenção e resolução de DRA.

A promoção da prática de AF assume hoje em dia um lugar central em torno de discussões de prioridade para a saúde pública (Mendes, Sousa, & Themudo Barata, 2011; Paul H Lee, Duncan J Macfarlane, 2011). Todas as consequências da inatividade física estão direta ou indiretamente relacionadas com fatores de risco de aparecimento de DRA, pelo que ao promover a prática de AF estamos a apostar na prevenção de todas estas comorbilidades, promoção da saúde e qualidade de vida e assim apostar na redução de fatores de risco associados à DRA.

Relativamente à gravidez, principal fator de risco da DRA, diversos estudos revelam os benefícios físicos e psicológicos, tanto para a mãe como para o bebé, que a manutenção da AF durante a gravidez e no pós-parto. No entanto, apenas uma pequena proporção de mulheres atinge os níveis recomendados de AF durante a gravidez, ocorrendo um declínio destes níveis com a progressão da gravidez (Poppel, M. Van, Owe, K. M., & Santos-rocha, 2019). Não existindo contra-indicação obstétrica, a realização de AF deve ser adaptada à condição da grávida, pelo que durante este período as mulheres devem ser seguidas por profissionais especializados na área da saúde da mulher, para que sejam adotadas modificações ao tipo e à forma de realização dos exercícios, sem nunca passar pela sua cessação (Augusto Gil Pascoal, Stuge, Mota, Hilde, & Bø, 2019; Perales, M., Nagpal, T. S., & Barakat, 2019).

Em 2020 a OMS atualizou as recomendações globais para a prática de AF e comportamento sedentário em diversas populações, nomeadamente adultos e mulheres grávidas (World Health Organization, 2020). Nesta atualização, consta também considerações adicionais de segurança para as mulheres grávidas, de entre as quais se destacam a de estarem devidamente informadas sobre sinais de risco, assim como quando devem parar ou limitar a atividade; retomar a prática AF gradual após o parto e consultar um profissional de saúde em caso de cesariana (Mendes et al., 2011; World Health Organization, 2020).

Existem diversos estudos em que os pesquisadores desenvolvem diferentes instrumentos de avaliação que permitam medir com eficácia o nível de LS em diferentes grupos com enfoque em várias condições de saúde, por exemplo os estudos efetuados por: Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008; Matsuoka et al., 2016; Picetti et al., 2017; Plummer & Chalmers, 2017; Ramos & Vital, 2013. Na área da saúde da mulher existem diversos estudos de LS, contudo não são direcionados para aquilo que se pretende investigar neste projeto, são muito generalistas. Aquele que mais se assemelha àquilo que

pretendemos é o estudo de (Taheri et al., 2020), no entanto continua a ser um estudo muito generalizado sobre LS materna na gravidez, não abordando as questões da DRA.

É de extrema relevância a investigação dos diferentes níveis de LS em diferentes comunidades e diferentes questões de saúde pública (Taheri et al., 2020), para que os profissionais de saúde tomem conhecimento e consciência das lacunas existentes sobre temas específicos, em cada comunidade, para que possam modificar a sua atuação e realizar intervenções ajustadas às necessidades dos indivíduos, otimizando os resultados em saúde (Alves, Morais, Barreiras, Cruz, & Lima, 2018; Ishikawa et al., 2008; Senol et al., 2019). Assim, dada a escassez de estudos e tendo em conta a importância da DRA e a sua relação com o aparecimento de possíveis disfunções ao longo do ciclo de vida (Parker et al., 2009) e a íntima relação com a AF, torna necessário investigar qual o conhecimento que a população feminina detém sobre estes temas.

1.1 – Objetivo

O presente estudo tem como objetivo primordial determinar os níveis de LS (funcional, interativa e crítica) relativos à DRA; Verificar a relação existente entre os domínios de LS; Determinar a relação dos domínios de LS com as características da amostra; e determinar a relação entre a LS – conhecimentos da DRA com o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF.

2. Métodos

2.1 – Tipo de estudo de investigação

Este é um estudo observacional analítico transversal, uma vez que se trata de um estudo que pretende determinar o nível de literacia e a forma como esta se relaciona com outras variáveis em estudo, sem que haja qualquer tipo de intervenção por parte dos investigadores, sendo realizado num determinado e único momento.

2.2 – População-alvo e amostra

A amostra é constituída por mulheres, residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 65.

2.3 – Processo de amostragem

A amostra foi selecionada de modo não probabilístico por conveniência com carácter voluntário, através de um questionário respondido via online, divulgado sob a forma de link. Foi divulgado em grupos de interesse online (redes sociais), boca a boca por outras mulheres (bola de neve), incentivo por parte de outros profissionais com quem seja possível criar alguma ligação e apoio de *influencers* na

divulgação, de modo a obter o maior número possível de participantes (Brewin & Naninni, 2014; Plummer & Chalmers, 2017).

Devido às restrições impostas pela Covid-19, não foram distribuídos questionários nem panfletos e/ou cartazes presencialmente.

O cálculo do tamanho amostral foi efetuado através do programa de cálculo *Raosoft*. Através do site PORDATA foi possível aceder ao número de mulheres residentes em Portugal, no ano de 2011 (data dos últimos censos divulgados à data da realização do projeto), que pertenciam aos grupos etários dos 18 aos 65 anos. Foi efetuado o somatório do número de mulheres por grupo etário, tendo sido o valor total colocado no programa. Com base num intervalo de confiança de 95% e a margem de erro de 5,50%, foi recomendado pelo programa uma amostra igual ou superior a 318 participantes.

2.4 – Critérios de participação (inclusão e exclusão)

Foram convidadas a participar no estudo todas as mulheres residentes em Portugal com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Dos critérios de exclusão destacam-se a residência no estrangeiro e a falta de domínio da língua Portuguesa.

2.5 – Instrumentos de recolha de dados

Para a realização do presente estudo foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados, o Questionário de Literacia em Saúde – Conhecimento sobre a diástase abdominal (QNLDR) e o IPAQ.

Questionário: Literacia em Saúde – conhecimento sobre Diástase abdominal e a relação com a Atividade Física (QNLDR); (Anexo I)

O Questionário de avaliação da LS – Conhecimento sobre a DRA foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a LS sobre a DRA, nos seus diferentes domínios e obter a caracterização sociodemográfica da amostra. São abordados os 3 domínios da literacia nomeadamente Literacia Funciona (LF), Literacia Interativa (LI) e Literacia Crítica (LC). Este questionário é composto por 35 questões, que abordam além da caracterização sociodemográfica da amostra (10 questões), uma questão de perceção da DRA e os três domínios específicos da literacia, são eles, a LF “conhecimento sobre a DRA” (11 questões), a LI “procura e avaliação de informações sobre a DRA” (6 questões) e a LC “Decisões e comportamentos sobre a DRA” (6 questões).

O preenchimento estimado do questionário é de 5-10 min.

Foi elaborado um Score para cotação do questionário, em que:

- Na secção LF foi atribuído 1 ponto à resposta considerada correta e/ou mais correta e 0 nas restantes opções de resposta (das 4 variáveis componentes); Feita a cotação inicial, na secção LF foi realizado o somatório de todas as variáveis componentes de cada questão, se em cada

questão o somatório fosse igual a 4, a resposta era considerada totalmente correta e por isso o Score passaria a ser 1 (Resposta certa), se a cotação fosse inferior a 4, a resposta à questão era considerada errada e seria atribuído cotação 0 (Resposta Errada). Obteve-se então uma cotação máxima de 11 pontos no domínio da LF;

- Na secção LI foi cotado com 2 pontos a opção de resposta “Frequentemente”, 1 ponto a resposta “Às vezes” e 0 pontos a resposta “Nunca”;

Ainda no domínio da LI, na questão referente às fontes de informação, única questão do grupo com diferentes variáveis componente, cujas opções de resposta são “Sim/Não/Não sei”, a opção “Não sei” foi cotada com 0 pontos e as opções “Sim” e “Não” foram cotadas com 1 ponto cada, deste modo obtém-se uma cotação máxima de 4 pontos para esta questão específica. Considerou-se então que uma cotação nesta questão igual a 0 pontos seria classificada com 0, uma cotação entre 1 e 3 pontos seria classificada como 1 e uma cotação igual a 4 pontos seria classificada com 2.

Assim, obtém-se uma cotação máxima de 12 pontos para este domínio de literacia, em que cada questão vale no mínimo 0 e no máximo 2 pontos;

- Na secção LC foi cotado com 2 pontos a resposta “Sim”, 1 ponto a resposta “Não” e 0 pontos a resposta “Não Sei”, com exceção da questão 34 em que a opção “Sim” foi cotada com 1 ponto, a opção “Não” foi cotada com 2 pontos e a opção “Não Sei” cotada com 0 pontos, obtendo-se uma cotação máxima de 12 pontos para este domínio.

O Score total de Literacia foi de 35 pontos e considerou-se que uma pontuação inferior a 8,75 pontos (<25% de taxa de acerto) corresponderia a um nível de literacia “Inadequado”, entre 8,75 -17,5 (25%-50% taxa de acerto) pontos corresponderia a um nível de literacia “Problemático”, um score entre 17,5-26,25 (50%-75% de taxa de acerto) pontos corresponde a um nível de literacia “Suficiente” e um score entre 26,25-35 pontos (>75% de taxa de acerto) corresponderia a um nível de literacia “Excelente”. A mesma linha de raciocínio foi utilizada para definir as taxas de acerto de cada domínio individualmente.

Para efetuar a análise entre a LS e as diferentes classes profissionais, foi necessário agrupar as diferentes profissões descritas pelas inquiridas em grupos de classes profissionais, para tal, utilizou-se a “Classificação Portuguesa de Profissões” de 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Efetuada a primeira triagem e agrupamento em classes profissionais, estas foram agrupadas em 3 grandes grupos, o grupo dos “Profissionais de Saúde”, o grupo dos ainda “Estudantes” e o grupo de todas as “Outras Classes profissionais, não relacionadas com a saúde”.

Inicialmente este trabalho de investigação apresentava desenho de estudo diferente, contudo devido ao clima de instabilidade que se vivia aquando a realização do mesmo, provocado pela situação

pandémica originada pela infeção SARS-CoV2, Covid-19, inviabilizou a sua operacionalização, pelo que houve necessidade de realizar alterações e reestruturações profundas no desenho de estudo. Assim, e considerando o tempo que restava para a *deadline* definida para entrega da dissertação, não foi possível a realização da avaliação da Fiabilidade teste-reteste deste questionário, contudo ficou salvaguardada uma validação de conteúdo interno e um estudo piloto.

Questionário Internacional de AF – Versão Curta (*International Physical Activity Questionnaire, IPAQ*) (ANEXO II)

O IPAQ foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os níveis de AF da população em todos os países, face a diferentes contextos sociais e culturais. Este abrange um conjunto de domínios, nomeadamente AF nas atividades de lazer, atividades domésticas e de jardinagem (quintal), AF relacionada com o trabalho e AF relacionada com o transporte (IPAQ, 2005). Foram criadas uma versão longa e uma versão curta do questionário, no entanto, ao longo deste estudo de investigação apenas será utilizada a versão curta, previamente validada em Português (Sardinha & Campaniço, 2016). Assim, o IPAQ – versão curta, é constituído por 9 questões relativas a três tipos específicos de atividades que compreendem, de forma muito genérica, os quatro domínios acima referidos, são eles as caminhadas, as atividades de intensidade moderada e as atividades de intensidade vigorosa. Desta forma, o score final do IPAQ – versão curta obtém-se através da soma da duração (min) e da frequência (dias) destes três tipos de atividades (Hallal & Victora, 2004; Mahboubi Anarjan, Monfared, Arslan, Kazak, & Bikas, 2005).

O questionário permite categorizar se os indivíduos detêm um nível de AF baixo, moderado ou elevado ou, pode ainda ser calculado o nível de AF através da estimativa de gasto energético em cada atividade (conversão das atividades em MET's-minuto) (Mahboubi Anarjan et al., 2005).

Quando estudado os níveis de fiabilidade da versão curta do IPAQ para a versão portuguesa, foi possível demonstrar um coeficiente de correlação de *Spearman* de 0,77, indicando uma boa fiabilidade teste-reteste (Hallal & Victora, 2004).

Quando estudada a validade da versão curta do IPAQ em relação aos acelerómetros, foi possível demonstrar um coeficiente de 0,30 (IC 95% = 0,23–0,36), indicando uma concordância moderada entre as duas medidas (Hallal & Victora, 2004).

A OMS atualizou em 2020 as recomendações para a prática de AF, destacando-se a prática semanal de: 150–300 min de AF Moderada ou +300min; Ou 75–150 min de AF Vigorosa ou +150 min; Combinação equivalente; Pelo menos 2 dias/semana de exercícios de fortalecimento; Limitar o tempo de comportamento sedentário.

2.6 – Procedimentos de recolha de dados

Para obter e recolher os dados necessários para a realização deste estudo, foi elaborado, com base na literatura existente, um questionário (o QNLDRA) no qual se pretende avaliar o nível de LS sobre a DRA, assim como obter uma caracterização sociodemográfica da amostra; Este questionário, por nós construído, foi sujeito a um processo de validação de conteúdo e estudo piloto prévios que se encontram descritos no capítulo 2.6.1. Além desse questionário foi distribuído em conjunto, um outro questionário que avalia a prática de AF, nomeadamente o Questionário de avaliação internacional de AF (IPAQ – *International Physical activity questionnaire*).

Os dois questionários foram divulgados/distribuídos, em conjunto, via online, sob a forma de link, de preenchimento anónimo, com consentimento informado anexado.

Após o término do período de recolha de amostras que decorreu entre dia 18 de junho de 2021 e 10 de agosto de 2021, o questionário foi encerrado, tendo se obtido um total de 325 respostas para estudo.

2.6.1 – Elaboração e validação de conteúdo do QNLDRA

Inicialmente foi efetuada uma pesquisa de literatura com vista à identificação e análise de artigos que investigassem a LS na DRA os respetivos instrumentos de avaliação utilizados; também foram alvo de pesquisa artigos relacionados com a saúde materna, tendo em conta que é a área onde esta condição é mais prevalente. A revisão de literatura para a elaboração deste instrumento teve início a 20 de outubro de 2020 e foi efetuada em bases de dados eletrónicas como a *PubMed*, *B-On*, *ScienceDirect*, *PEdro*, *Cochrane*, *ResearchGate* e *SpringerLink*, bem como uma pesquisa manual pelo *Google Scholar*. Após a realização desta pesquisa, foi possível constatar a inexistência de um instrumento que avaliasse concretamente a LS na DRA.

Considerando a ausência de estudos e instrumentos que abordem especificamente a LS sobre a DRA, houve a necessidade de construir um novo instrumento de avaliação, na plataforma digital *GoogleForms*, que abordasse este tema específico. Foi elaborado, pela nossa equipa de investigação, um questionário com base da definição e modelo de LS, onde se pretende avaliar o nível de LS em todos os seus domínios, nomeadamente LF, LI e LC, sobre a DRA, de forma criteriosa e concreta, assim como obter uma caracterização sociodemográfica da amostra (Ishikawa et al., 2008; Matsuoka et al., 2016; Plummer & Chalmers, 2017).

Depois da identificação e análise dos vários artigos sobre a DRA, onde se pretendia averiguar quais as questões mais relevantes a abordar e suas respetivas respostas, e depois de analisar outros instrumentos de avaliação da LS sobre outras temáticas que serviram de base à construção do nosso questionário, como o *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*, o *European Health Literacy Survey (HLS-*

EU-PT) e o *Maternal Health Literacy Inventory in Pregnancy (MHELIP)*, foi possível delinear os temas a abordar e o método de organização e de construção do QNLDRA.

A primeira versão do questionário era composta por 3 secções com um total de 55 questões, sem escala de *likert* definida, em que as opções de resposta estavam organizadas em formato de escolha múltipla. A primeira secção composta por questões gerais, relacionadas com a caracterização sociodemográfica. A segunda secção continha questões relacionadas com a DRA, nomeadamente, questões relacionadas com o conhecimento, questões relativas à presença e prevalência da DRA, questões relacionadas com a intervenção, contacto com os profissionais e autoavaliação. E por último, a terceira secção que pretendia perceber quais os níveis e o tipo de atividade física das participantes antes, durante e após a gravidez e os seus benefícios associados. Esta primeira versão do questionário apresentava lacunas quanto à organização e conteúdos específicos relativos à LS. Assim, foi necessária a realização de uma filtragem de conteúdo por parte das investigadoras e após discussão e correção de conteúdos, foi elaborada uma segunda versão do questionário composta por 5 secções com um total de 96 questões, com escala de *likert* definida para cada secção.

A segunda versão apresentava uma primeira secção constituída por questão gerais e relacionadas com a caracterização sociodemográfica. Na segunda secção constavam as questões relacionadas com a LF sobre DRA. Mantiveram-se as questões relacionadas com a presença de DRA nas participantes bem como a realização de uma autoavaliação. A terceira secção continha questões relacionadas com a LI sobre a DRA. Na quarta secção estavam presentes questões relacionadas com a LC sobre a DRA e por último, a quinta secção pretendia perceber quais os níveis e o tipo de atividade física das participantes antes, durante e após a gravidez e os seus benefícios associados. As opções de resposta de cada secção foram definidas com base em escalas de *likert* que variavam de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”, com exceção da secção de LI que variava de “Nunca” a “Frequentemente”.

Tendo em conta que a segunda versão do questionário estava demasiado extensa foi necessário realizar uma reflexão crítica, que implicou a eliminação de todas as questões que não abordavam especificamente os domínios da LS ou que eram redundantes, assim como as questões de caracterização sociodemográficas, de autoavaliação e prevalência da DRA que não acrescentavam valor ao estudo. Além disso, foi eliminada a quinta secção que estava relacionada com a prática de AF. Esta reflexão culminou numa terceira versão do questionário composta por 4 secções com um total de 44 questões, com escala de *likert* definida para cada secção.

Por último, após a análise efetuada pelo painel de Delphi, descrita no subcapítulo 2.6.1.1, foi elaborada uma quarta e última versão do questionário, que corresponde ao seu formato atual, divulgado junto da população, apresentando-se a descrição do mesmo no capítulo “2.5 – Instrumentos

de Avaliação: “Questionário de avaliação de Literacia em Saúde – Conhecimento sobre diástase dos músculos retos abdominais (QNLDR)””.

2.6.1.1 – Validação de conteúdo do QNLDR

Após elaboração do questionário, foi necessário realizar o processo de validação de conteúdo através de um painel *Delphi*, com o objetivo de garantir que o questionário continha questões pertinentes para a avaliação da LS sobre a DRA e incluíam conteúdo mais atual sobre o tema, de modo a assegurar que o instrumento aborda o que se pretende avaliar.

Foi elaborada uma matriz de avaliação e validação do questionário que, posteriormente, foi enviada a um painel de 12 especialistas (Tabela 1), todas mulheres Fisioterapeutas, maioritariamente especialistas em saúde da mulher, com o objetivo de realizarem uma revisão, avaliação, correção e validação do conteúdo das questões, procurando detetar alguma dificuldade na compreensão e interpretação, bem como a pertinência das mesmas, analisando-as de forma qualitativa e quantitativa (Plummer & Chalmers, 2017). Esta matriz incluía uma breve introdução e esclarecimento para o preenchimento. Os peritos deveriam pontuar cada questão numa escala de 1-5 (1. Concorda sem reservas; 2. Concorda na generalidade, mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão; 3. Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão; 4. Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique; 5. Sem opinião.), esta pontuação deveria ser justificada pelos peritos, que também foram convidados a deixar sugestões de correção.

Foram realizadas duas rondas de validação de conteúdo, na primeira ronda obtiveram-se 8 respostas e na segunda 6 respostas de avaliação, nesta última obteve-se uma percentagem de concordância superior a 60%, pelo que não foi necessário recorrer a uma terceira ronda (Anexo III – Relatório de peritagem e validação de conteúdo).

De ambas as rondas resultaram correções e sugestões que foram aplicadas ao questionário, sobretudo nas escalas de *likert*, na pertinência de certas questões, tendo sido eliminadas as que não fossem da concordância de todos, assim como as questões redundantes em relação aos conteúdos avaliados.

Tabela 1 – Composição do Painel de Delphi

Painel de especialistas	Anos de experiência	Principais áreas de especialização
Diana Bernardo	11	Saúde da mulher
Margarida Ferreira	25	Saúde da mulher
Sofia Rocha Lopes	20	Neuro-músculo-esquelética/ Promoção da Saúde
Cristina Mesquita	33	Neuro-músculo-esquelética / Promoção da saúde
Fátima Sancho	35	Saúde da mulher
Sónia Vicente	30	Saúde da mulher
Camila Carvalho	12	Saúde da mulher
Paula Clara Santos	32	Saúde da mulher/ Promoção da saúde

2.6.1.2– Estudo Piloto do QNLDRA

Findo o período de Validação de Conteúdo do QNLDRA, ambos os questionários utilizados para a recolha de dados, foram sujeitos a um estudo piloto, onde se pretendia testar a metodologia, de forma a detetar alguma dificuldade de compreensão e interpretação das questões, adequação e clareza dos itens, assim como avaliar o tempo necessário para o preenchimento dos dois questionários, por parte de mulheres que cumpriam os critérios de inclusão, conhecidas das investigadoras, mas com completo desconhecimento sobre a temática em estudo. Neste estudo piloto participaram 7 mulheres externas todas elas elegíveis para estudo, com média de idades de 40,4±10,34 anos (média±SD) (Tabela 2) (Ishikawa et al., 2008).

Deste estudo, não resultaram quais quer alterações significativas ao conteúdo do questionário e percebeu-se que o tempo necessário para preenchimento rondava os 10-15 minutos em média.

Só após o término deste procedimento é que o questionário foi divulgado/distribuído via online, sob a forma de link, de preenchimento anónimo, com consentimento informado anexado. Através desse questionário pretende-se avaliar o nível de LS sobre a DRA.

Tabela 2 – Características das Participantes no Estudo Piloto

Participantes	Idade	Atividade profissional
IC	25	Fisioterapeuta, intervenção em musculoesquelética
JC	31	Engenheira Biomédica
MP	37	Professora
DF	38	Fisioterapeuta, intervenção em saúde da mulher
PS	54	Docente de Fisioterapia, especialista na área da saúde da mulher
CM	55	Docente de Fisioterapia
SL	43	Docente de Fisioterapia

2.6.1.3– Score do QNLDRA

Foram consideradas duas formas diferentes de cotação para o questionário, em que a diferença apenas residia na atribuição de cotação do domínio da LF. A opção descrita na descrição do questionário (mencionada no capítulo 2.5), atribuída através do número de questões corretas ou incorretas e uma outra opção na qual o *score* do domínio da LF seria obtido através no número de variáveis componentes de cada questão corretas ou incorretas, nos restantes domínios da LS a pontuação era realizada da mesma forma. Porém, a tomada de decisão entre uma e outra opção de cotação recaiu sobre a primeira hipótese, por questões metodológicas, uma vez que a diferença entre ambas era a perda de apenas cerca de 20% de participantes com algum conhecimento da primeira opção em relação à segunda e sendo este um estudo de Literacia e foco na Promoção da Saúde conseguimos igualmente aceder às participantes com alguma informação.

Com base no *Score* definido, foram consideradas taxas de acerto por percentis, em cada domínio individualmente. Assim, o *Score* total de cada domínio seria dividido em quatro percentis, em que uma taxa de acerto entre 0%–25% seria considerada “Inadequada”; 25%–50% “Problemática”; 50%–75% “Suficiente”; e 75%–100% “Excelente”.

2.7 – Questões éticas

No início do questionário consta uma breve introdução com a explicação do objetivo do estudo de investigação e, de seguida, foi apresentado um Termo de Consentimento Informado. Apenas os investigadores tiveram acesso aos dados, primando sempre pela privacidade e confidencialidade das participantes, servindo os dados apenas para fins meramente académicos.

A garantia do anonimato e confidencialidade dos dados relativos aos participantes assegurase através da ocultação da identificação.

Todos os dados foram encriptados de forma que só os investigadores tivessem acesso, num computador não ligado à rede. Sendo os dados passíveis de ser publicados em revistas da especialidade. Após a elaboração da dissertação e publicação do artigo os dados serão eliminados de forma permanente.

2.8 – Estatística

Os dados alvos de análise exploratória serão analisados utilizando o software *Statistic Package Social Science 27* (SPSS 27) (IBM Company, USA), que permitirá realizar uma análise estatística dos dados.

Para realizar a análise de dados foi necessário realizar primeiramente um teste para aferir se os valores das variáveis em estudo seguiam ou não a normalidade. Quando as variáveis seguiram a normalidade, utilizou-se testes paramétricos, caso contrário utilizou-se testes não paramétricos. Assim sendo, é necessário aplicar um teste de normalidade, que neste caso, como a dimensão da amostra é superior a 50 ($n=318$) terá de se aplicar o teste *Kolgomorov-Smirnov* ($n \geq 50$).

As variáveis em estudo foram: a LF, LI e LC, *Score* total da AF (IPAQ) e respetivos scores secundários: caminhada/*Walking*, atividade moderada/*Moderate* e atividade vigorosa/*Vigorous* e a variável grupos etários todas as variáveis quantitativas; foram ainda analisadas as variáveis habilitações académicas, variável classe profissional e a variável gravidez, variáveis qualitativas.

A fim de analisar a relação existente entre duas variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* (teste Não Paramétrico), cuja interpretação do Rho de *Spearman* foi efetuada através dos valores tabelados por Byrman e Cramer ($2,02 \leq \rho$: Correlação muito fraca, sem significância; $0,2 \leq \rho \leq 0,39$: Correlação Fraca; $0,4 \leq \rho \leq 0,69$: Correlação Moderada; $0,7 \leq \rho \leq 0,89$: Correlação Forte; $0,9 \leq \rho \leq 1$: Correlação Muito Elevada); para analisar a relação entre uma variável quantitativa e uma

variável qualitativa (habilitações académicas, gravidez e classes profissionais) foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para 3 ou mais amostras independentes (teste Não Paramétrico), ambos testes não paramétricos (Pocinho, M.; Figueiredo, 2018).

3. Resultados

3.1- Caracterização da amostra

Obtiveram-se 325 respostas ao questionário, das quais 7 foram eliminadas, uma não aceitou participar no estudo e 6 não cumpriam os critérios de elegibilidade, destas 3 eram residentes no estrangeiro, uma tinha idade superior à definida como critério de participação e duas não apresentavam bom domínio da língua Portuguesa (Figura 1). Assim sendo, obteve-se uma amostra elegível para análise com 318 respostas de mulheres residentes em Portugal com uma média de idades de $30,5 \pm 9,35$ anos.

Como podemos verificar na Tabela 3, aproximadamente 93% das participantes são de nacionalidade Portuguesa e geograficamente, a esmagadora maioria das participantes, 71% residem na região Norte.

Cerca de 24% frequentaram ensino secundário e 74% das inquiridas frequenta/frequentou o ensino superior, das quais se destacam as licenciaturas de Ciências Biomédicas e Laboratoriais, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala. Sensivelmente 45% da amostra é constituída por profissionais de saúde, 18% são ainda estudantes, sendo que as restantes se distribuem por variadas outras classes profissionais, não relacionadas com a área da saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Relativamente a características antropométricas, as participantes deste estudo apresentam um IMC médio de $23,5 \pm 4,75$ Kg/m²; cerca de 68% das inquiridas apresentam um IMC normal, 19% têm excesso de peso e as restantes participantes distribuem-se entre a obesidade e o subpeso. Das 318 inquiridas, aproximadamente 61% nunca estiveram grávidas e 37% já vivenciaram pelo menos uma gravidez. Sendo que, apenas 29% das mulheres está satisfeita com a imagem corporal (Tabela 3).

Figura 1 – Diagrama de seleção e constituição da amostra em estudo

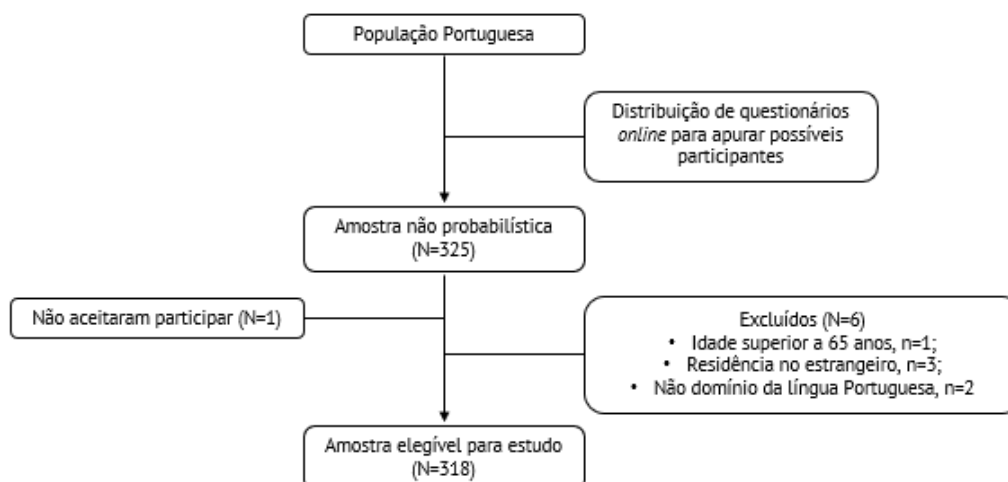


Tabela 3 – Caracterização da amostra relativamente às variáveis demográficas, antropométricas e obstétricas (n=318)

Tabela de Caracterização Amostra				
Caraterísticas	Variável	n	Percentagem %	
Demográficas	Nacionalidade	Portuguesa	294	92,5%
		Brasileira	21	6,6%
		Outra Nacionalidade	3	0,9%
	Regiões	Norte	226	71,2%
		Centro e Sul	60	18,8%
		Lisboa	29	9,1%
		Ilhas	3	0,9%
	Grupos Etários (anos)	18-25	144	44,3%
		26-35	84	26,4%
		36-45	65	20,4%
		46-55	5	1,6%
		56-65	20	6,3%
	Habilitações Académicas	Ensino Básico	8	2,5%
		Ensino Secundário	76	23,9%
		Ensino Superior	234	73,6%
	Classes Profissionais	Profissionais de Saúde	144	45,3%
Outras classes profissionais, não ligadas à saúde		117	36,8%	
Estudantes		57	17,9%	
Antropométricas	IMC	Baixo Peso	15	4,7%
		Peso Normal	216	67,9%
		Excesso de Peso	60	18,9%
		Obesidade	27	8,5%

Tabela de Caracterização Amostra - continuação			
Caraterísticas	Variável	n	Percentagem %
Obstétricas	Gravidez	Neste momento	7 2,2%
		Nunca	194 61,0%
		Pelo menos uma	117 36,8%
	Satisfação com a imagem corporal	Insatisfeita	84 26,4%
		Normal	142 44,7%
		Satisfeita	92 28,9%

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal.

3.2- Domínios de Literacia em Saúde

Globalmente, contactou-se que o *Score* Total de Literacia (Somatório de todos os Domínios individuais: Funcional, Interativa e Crítica), que varia entre 0-35 pontos apresentou um valor médio de 21,0±3,83 (média±SD) pontos, em que o valor mais baixo obtido foi de 8 pontos e o valor mais alto obtido foi de 30 pontos. Verificou-se ainda uma taxa de acerto geral média compreendida entre ao 50%-75%, considerada "Suficiente". Os domínios de LS que se destacam com valores mais baixos e por isso preocupantes, são: o domínio da LS Funcional e o domínio da LI em que cerca de 60% e 51% das inquiridas apresenta uma taxa de acerto compreendido dentre os 25%-50%, considerado "Problemático", respetivamente (Tabela 4).

Tabela 4 - Taxas de Acerto em função dos domínios de Literacia em Saúde sobre a diástase dos retos abdominais (n=318)

Literacia em Saúde sobre DRA	Score	Média±SD	Estratificação por Taxas de acerto				
			Inadequado (<25%) n (%)	Problemático (25%-50%) n (%)	Suficiente (50%-75%) n (%)	Excelente (75%-100%) n (%)	
Domínios	Funcional	0-11	4,4±1,85	73 (23,0%)	190 (59,8%)	54 (17,0%)	1 (0,3%)
	Interativa	0-12	5,2±2,30	74 (23,3%)	163 (51,3%)	69 (21,7%)	12 (3,8%)
	Crítica	0-12	10,5±1,78	2 (0,6%)	7 (2,2%)	52 (16,4%)	257 (80,8%)
LS Global	0-35	21,0±3,83	1 (0,3%)	54 (17,0%)	241 (75,8%)	22 (6,9%)	

Legenda: DRA: Diástase dos retos abdominais; SD: *Standard deviation*; LS: Literacia em Saúde

3.2.1 - Literacia Funcional

De um modo geral, verifica-se que a maioria das participantes, 83% apresenta um nível de LF sobre a DRA "Problemático" ou "Inadequado".

Numa cotação de 0-11 pontos atribuídos a esta secção, o valor médio obtido pelas participantes foi de 4,4±1,85 (média±SD) pontos, sendo que a cotação mais baixa foi de 0 e a cotação mais alta obtida foi de 9, verificando-se assim uma taxa de acerto na LF DRA considerado "Problemático" (Tabela 4).

Apenas se verificam taxas de acerto mais elevadas nas questões sobre: início e/ou manutenção da atividade física; na questão relativa a praticar AF adaptada à condição de saúde e sob a orientação de um profissional; e na questão sobre a forma correta de realizar autoavaliação, todas com taxa de acerto superior a 60%. Por outro lado, das questões com taxas de erro mais elevadas, destacam-se as questões relacionadas com o conhecimento fisiopatológico sobre a DRA, as intervenções e práticas de AF mais adequadas na presença desta condição e a questão sobre o período a partir do qual se deve procurar tratamento, todas elas com taxas de erro superior a 85%.

Quando questionadas sobre “Sei o que é a DRA?”, cerca de 75% das inquiridas considera que sabe, com resposta afirmativa, no entanto, quando são questionadas sobre a definição exata de DRA, 68% das participantes não sabe definir corretamente esta condição (Anexo IV – Tabelas de acerto dos diferentes domínios de Literacia em Saúde).

3.2.2- Literacia Interativa

A maioria das participantes, 75% apresenta de um modo geral, nível de LI sobre a DRA “Problemático” ou “Inadequado”.

Numa cotação de 0-12 pontos atribuídos a esta secção, o valor médio obtido pelas participantes foi de $5,2 \pm 2,30$ (média \pm SD) pontos, sendo que a cotação mais baixa foi de 0 e a cotação mais alta obtida foi de 12, verificando-se por isso uma taxa de acerto na LI compreendida entre os 25%-50%, considerada “Problemática” (Tabela 4).

Percebe-se que a receção e procura ativa, frequente, de informação sobre este tema é muito reduzida, cerca de 6%. Além disso, é possível verificar que as fontes de informação frequentemente utilizadas são as pesquisas livres na internet, cerca de 60%, porém sensivelmente 51% das inquiridas admite recorrer a fontes fidedignas como a OMS, por exemplo.

Mais de metade da amostra não demonstra dificuldades em compreender e interpretar informações sobre a DRA e procura confirmar essas informações junto dos profissionais adequados, contudo, apenas 47% das participantes são capazes de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de intervenção sobre a DRA (Anexo IV – Tabelas de acerto dos diferentes domínios de Literacia em Saúde).

3.2.3- Literacia Critica

A esmagadora maioria das participantes, 97% apresenta um nível de LC sobre a DRA “Suficiente” ou “Excelente” (Tabela 4).

Numa cotação de 0-12 pontos atribuídos a esta secção, o valor médio obtido pelas participantes foi de $10,5 \pm 1,78$ (média \pm SD) pontos sendo que a cotação mais baixa foi de 0 e a cotação

mais alta obtida foi de 12, verificando-se por isso uma taxa de acerto na LC compreendida entre 75%-100%, considerado "Excelente".

A grande maioria das participantes, considera ser capaz (>60% das participantes): de aplicar os conhecimentos que detém sobre a DRA em seu próprio benefício e seguir um plano de exercícios se este lhe fosse proposto por um profissional. Além disso, consideram que as informações obtidas através de profissionais de saúde influenciam a tomada de decisão e adaptação de comportamentos em saúde. Porém, 40% das participantes, apenas recorreriam a um Fisioterapeuta em caso de DRA, se fossem encaminhadas ou aconselhadas por um médico.

De salientar que quase a totalidade da amostra (>95%) consideram crucial a presença de um Fisioterapeuta nos cuidados de saúde primários e consideram importante que haja uma maior divulgação de conteúdo informativo acerca da DRA ao nível da comunidade.

3.3 – Relação entre os 3 Domínios de Literacia em Saúde da Mulher – Conhecimento sobre DRA

Ao estudar a possível relação entre os diferentes domínios de LS, apenas se encontra uma relação estatisticamente significativa entre a Literacia Funcional e a Literacia Interativa, com valor $p < 0,001$ e coeficiente de correlação positivo de $\rho = 0,471$, que indica uma correlação moderada entre as variáveis analisadas. É possível afirmar que a LF influencia e é influenciada pela LI, e que ambas evoluem de forma positiva e proporcional. A Literacia Crítica não demonstra ter qualquer relação com nenhum dos restantes domínios, indicando que a tomada de decisão e adoção/adaptação de comportamentos em saúde parece ser independente do conhecimento e a procura de informação (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre os diferentes domínios de Literacia em Saúde (n=318)

Correlações estabelecidas	Valor P	Coefficiente de Correlação (ρ de Spearman)
SLF Vs SLI	<0,001	0,471
SLI Vs SLC	0,271	-0,062
SLC Vs SLF	0,083	-0,097

Legenda: SLF: Score Literacia Funcional; SLI: Score Literacia Interativa; SLC: Score Literacia Crítica; ρ : Rho de Spearman.

3.4 – Relação entre os Domínios de Literacia em Saúde da Mulher – Conhecimento sobre DRA e as características da amostra

Analisando os resultados da LS em função dos grupos etárias, verifica-se que a faixa etária [26-35 anos] é a que apresenta um nível de LF superior, por outro lado, a faixa etária [46-55 anos] detém níveis médios de LI e LC superiores aos restantes grupos etários.

Verifica-se ainda que existe uma relação estatisticamente significativa entre a LF e a Idade, com valor $p=0,001$ e coeficiente de correlação negativo ($\rho=-0,185$: correlação muito fraca), que indica que as variáveis parecem evoluiu de forma inversamente proporcional, isto é, à medida que a idade aumenta, o nível de LF tende a diminuir. Não se verifica relação entre a idade e os restantes domínios de LS, ambos com valor p superior a $0,005$ (Tabela 6).

Ao estudar os valores de LS em função das Habilitações Académicas, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a LF e a LI com a variável Habilitações Académicas, com valor $p=0,02$ e valor $p<0,01$, respetivamente. Verifica-se que os valores médios de LF e de LI são diferentes nos diferentes Graus Académicos e que, à medida que o grau académico aumenta, aumenta também o nível de LF e o nível de LI, sendo que o “Ensino Superior” é o grau académico com valores médios de LF, LI e LC mais elevados em comparação com os restantes. Apenas a LC parece não ter qualquer tipo de relação significativa com a variável habilitações académicas (Tabela 6).

Verifica-se que os “Profissionais de Saúde” têm valores médios de LF e LI relativos à DRA superiores aos restantes grupos. Em concordância, existe uma relação estatisticamente significativa quando estabelecemos a relação entre a LF e a LI com as diferentes classes profissionais, ambas com valor $p<0,01$. Assim, constata-se que profissões ligadas à área da saúde têm um maior nível de LF e de LI relativamente à DRA em comparação com as restantes classes profissionais. Verifica-se, novamente, que a LC não tem relação estatisticamente significativa com as classes profissionais (Tabela 6).

Por último, ao verificar os níveis de LS em função do fator “Gravidez”, percebemos que apenas a LF apresenta uma relação estatisticamente significativa nos diferentes grupos de mulheres (grávidas neste momento, que tenham vivenciado pelo menos uma gravidez e mulheres que nunca estiveram grávidas) com valor $p=0,004$. Analisando os valores médios, é possível verificar que mulheres que nunca estiveram grávidas apresentam um nível de LF médio superior ao das mulheres que estão grávidas neste momento ou que vivenciaram pelo menos uma gravidez. As restantes dimensões da Literacia, nomeadamente Interativa e Crítica não demonstram qualquer relação significativa com o fator gravidez (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre os Domínios da Literacia em Saúde da DRA e as variáveis: Grupo etário, Habilitações Académicas, Classe Profissional e Gravidez (n=318)

Variáveis	n	Domínios da Literacia em Saúde			
		Literacia Funcional	Literacia Interativa	Literacia crítica	
		Média±SD	Média±SD	Média±SD	
Grupos Etários (anos)	18-25	144	4,6±1,68	6,0±2,32	10,4±2,14
	26-35	84	4,6±1,80	6,6±2,24	10,7±1,31
	36-45	65	3,9±2,05	6,0±2,30	10,5±1,52
	46-55	5	4,2±0,84	6,8±2,17	10,8±0,45
	56-65	20	3,5±2,33	5,1±2,78	10,5±1,61
	Valor P	---	0,001 (ρ : -0,185)	0,735 (ρ : 0,019)	0,749 (ρ : -0,040)
Habilitações Académicas	Ensino Básico	8	1,9±1,6	2,6±2,3	9,9±1,73
	Ensino Secundário	76	4,2±1,69	5,7±2,23	10,3±2,37
	Ensino Superior	234	4,5±1,85	6,4±2,26	10,6±1,54
	Valor P	---	0,001	<0,001	0,432
Classes Profissionais	Profissionais de saúde	144	5,2±1,68	6,9±2,14	10,6±1,56
	Profissionais não relacionados com a saúde	117	3,3±1,66	5,5±2,29	10,6±1,46
	Estudantes	57	4,4±1,85	5,5±2,36	10,1±2,67
	Valor P	---	<0,001	<0,001	0,971
Gravidez	Neste momento	7	4,0±1,63	6,3±1,80	11,6±1,23
	Nunca	194	4,7±1,80	6,1±2,39	10,4±1,89
	Pelo menos uma	117	3,9±1,88	6,1±2,30	10,5±1,59
	Valor P	---	0,004	0,961	0,090

Legenda: SD: *Standard Deviation*.

3.5 – Relação entre os domínios de LS e a prática de Atividade Física – IPAQ

Das 318 inquiridas, apenas 164 reponderam ao questionário IPAQ na sua totalidade, sendo que as restantes foram excluídas desta análise.

Verifica-se que, semanalmente, em média as participantes dedicam cerca de 3 dias por semana à prática de AF de intensidade moderada e/ou vigorosa, despendendo em média aproximadamente 220 minutos à prática em AF moderada e 156 minutos em AF vigorosa. Porém, a AF de baixa intensidade destaca-se das restantes com cerca de 265min de atividade em sensivelmente 5 dias por semana. Além disso, 48% das participantes admite caminhar a passo moderado e/ou vigoroso (Tabela 7).

Em média, as inquiridas passam aproximadamente 262,8±188,20 minutos sentadas num dia de semana e 284,8±201,85 minutos num dia de fim de semana (Tabela 7).

Tendo em conta as recomendações da OMS de 2020 para a prática de AF e os resultados de AF moderada e vigorada deste estudo, verifica-se que 70% das participantes cumprem a recomendação de 150–300min (ou mais) /semana de AF de intensidade moderada ou 75–150min (ou mais) /semana de AF de intensidade vigorosa. Assim, pode constata-se que aproximadamente 30% das participantes em estudo não cumprem as recomendações da OMS relativas à prática de AF de 2020, além de demonstrarem comportamentos sedentários (Tabela 8).

Ao estudar a possível relação entre o nível de LS e o cumprimento ou não cumprimento das recomendações da OMS é possível perceber que os valores médios de LF, LI e LC são muito semelhantes entre os grupos “Cumprir” ou “Não cumprir” as recomendações. Em acréscimo verifica-se, que não existe nenhuma relação estatisticamente significativa entre as variáveis, valor $p > 0,05$, isto indica que os níveis de LS da amostra não influenciam o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF (Tabela 8).

Tabela 7 – Resultados IPAQ – Tempo, médio, em dias e minutos de AF; Nível de AF global e comportamentos sedentários (n=164)

		n* (%)	Dias/Semana	Min./Semana
			Média±SD	Média±SD
Nível de AF	Baixa	2 (1,2%)	4,8±2,09	265,3±358,17
	Moderada	110 (67,7%)	2,8±1,49	220,2±362,88
	Vigorosa	52 (31,7%)	2,5±1,40	155,5±223,89
Velocidade do passo	Lento	12 (3,8%)	---	---
	Moderado	131 (41,2%)	---	---
	Vigoroso	21 (6,6%)	---	---
Tempo sentado num dia de semana (min.)			Média±SD= 262,8±188,20	
Tempo sentado num dia de fim de semana (min.)			Média±SD= 284,8±201,85	

Legenda: Min.: minutos; AF: Atividade Física; SD: *standard Deviation*.

*Foram excluídas 154 participantes por não responderem ao questionário IPAQ na sua totalidade.

Tabela 8 – Relação entre a LS e o cumprimento das Recomendações da OMS para a prática de AF (n=164)

Nível de AF e recomendações da OMS	n* (%)	Literacia Funcional	Literacia Interativa	Literacia Crítica	
		Média±SD	Média±SD	Média±SD	
Global	Cumprir	115 (70,1%)	4,2±1,59	7,2±2,16	10,7±1,41
	Não Cumprir	49 (29,9%)	4,1±1,48	7,1±1,87	10,6±1,43
Valor P			0,550	0,703	0,413

Legenda: AF: Atividade Física; OMS: Organização Mundial de Saúde.

*Foram excluídas 154 participantes por não responderem ao questionário IPAQ na sua totalidade.

4. Discussão

As mulheres residentes em Portugal participantes neste estudo demonstraram ter um nível de LS da mulher global considerado “Suficiente”. Porém, analisadas as dimensões da LS separadamente, os níveis de LF e LI demonstram estar num nível considerado “Problemático”; e a LC apresenta valores considerados “Excelentes”. De salientar que do total de participantes, cerca de 75% considera que sabe

o que é a DRA, porém apenas cerca de 32% sabe definir corretamente esta condição, verificando-se por isso uma falsa percepção de conhecimento das inquiridas, e uma taxa de LF e LI reduzida.

Os valores de LF são semelhantes aos encontrados por Ramos & Vital (2013), noutra condição de saúde, que verificaram que o conhecimento da população Portuguesa sobre a Afasia rondava os 26,9%, considerado "Problemático", contudo, nas restantes dimensões a amostra do presente estudo apresenta valores superiores. Além disso, verifica-se que as principais fontes de informação utilizadas pelas inquiridas continuam a ser os *Media* (cerca de 60% no presente estudo), porém esta percentagem subiu 20% em relação ao valor obtido por Ramos & Vital, (2013) que rondava os 40%. Este resultado reforça a importância dos *Mediano* desenvolvimento da LS; em acréscimo, no nosso estudo foi possível verificar que aproximadamente 50% das participantes já efetuam pesquisas em fontes fidedignas (como a OMS), valor superior ao encontrado em 2013, que oscilava entre os 10%-18% em fontes de informação como livros e formações, respetivamente. Este resultado pode ser influenciado pelo facto da amostra do presente estudo ter uma elevada representatividade de profissionais da área da saúde.

Após analisar os dados obtidos, é possível afirmar que a LF influencia e é influenciada pela busca de informação obtida através da LI, com coeficiente de correlação positivo, o que indica que à medida a LF aumenta a LI tende a aumentar também e vice-versa; já LC não demonstra qualquer tipo de relação com a LF nem com a LI, contrariamente ao resultado obtido por Ishikawa, Takeuchi, & Yano (2008) onde se verificou uma associação de correlação positiva entre os três domínios de LS, mas com resultado estatisticamente significativo apenas na relação entre a LI com a LC. Além disso, Ishikawa, Takeuchi, & Yano (2008) perceberam que a LF apresentava Scores superiores aos restantes domínios da LS, facto que foi justificado com a suposição teórica de que a LI e a LC envolvia conhecimentos mais avançados, no entanto esta premissa não se verifica no nosso estudo, uma vez que os valores de LF foram de um modo geral consideravelmente inferiores aos de LI e LC, fenómeno que pode ser justificado pelo baixo nível de conhecimento sobre a DRA e défice de divulgação de informação específica sobre esta condição ao nível da comunidade. O facto de os valores de LC neste estudo serem consideravelmente superiores aos dos restantes domínios da LS e demonstrarem não ter relação com a maioria das variáveis em estudo, também pode ser explicado pelo reduzido número de questões deste domínio no questionário (QNL DRA), assim como o possível baixo grau de exigência dessas mesmas questões.

Constatou-se que à medida que a idade das participantes aumenta, o nível de LF tende a diminuir, não se verificando relação entre a idade e os restantes níveis de literacia. Isto indica que, mulheres mais velhas tendem a apresentar níveis de LF inferiores, em comparação com mulheres mais jovens. Contudo, é importante salientar que cerca de 91% das participantes se encontram em idade compreendida entre os 18-45 anos, sendo que apenas as restantes se encontram em grupos etários mais elevadas.

Ao estudar os níveis de LS em função do Grau Académico das inquiridas, no presente estudo, foi possível observar que quanto maior for o Grau Académico, mais elevado será o nível de LF e de LI, o mesmo não se verifica em relação à LC e adoção de comportamentos em Saúde. Percebe-se por isso que indivíduos mais letrados terão maior conhecimento fisiopatológico e sobre conceitos e sistemas de saúde, assim como uma procura de informação mais ativa do que indivíduos com baixo grau académico, contudo, o grau académico não interfere com a tomada de decisão em saúde. Mulheres com grau académico mais baixo, tendem a apresentar níveis mais baixos de LS. Na mesma linha de raciocínio, verificou-se uma relação significativa entre a variável Classes Profissionais com a LF e a LI em que se conclui que participantes que desempenhem cargos ligados à área da saúde detêm um melhor *score* de LF e de LI em relação à DRA, em comparação com outras classes profissionais. Porém, o cargo desempenhado pelas participantes, à semelhança do que se verificou na análise das Habilitações Académicas, parece não influenciar a tomada de decisão e adoção/adaptação de comportamentos em saúde. Estes fenómenos podem ser explicados pelo facto de cerca de 74% das inquiridas frequentarem/terem frequentado o Ensino Superior, apenas 26% terem frequentado somente graus inferiores; além de que, cerca de 45% da amostra é composta por profissionais de Saúde. No que às questões sociodemográficas concerne, constatou-se, à semelhança do que Ishikawa, Takeuchi, & Yano (2008) verificou ao estudar os níveis de LS em pacientes diabéticos, fatores como a idade avançada, grau académico baixo e status económico inferior (como é o caso, por exemplo, das classes profissionais “desempregada”, “trabalhadores não qualificados”) tendem a apresentar níveis de LS mais baixos, essencialmente nos domínios da LF e LI e por isso estarão mais predispostos a desenvolver complicações associadas à longa exposição a esta disfunção.

O fator Gravidez parece também ter influência sobre os valores de LF, verificando-se que mulheres que nunca estiveram grávidas apresentam um nível de LF sobre a DRA superior ao das mulheres estão grávidas neste momento ou já vivenciaram pelo menos uma gravidez, contrariamente ao que seria expectável encontrar. O mesmo não se verifica em relação à LI e à LC que demonstram não ter relação significativa com a variável gravidez. De referir que, das 318 participantes, cerca de 61% nunca estiveram grávidas e cerca de 39% já vivenciaram pelo menos uma gravidez e/estão grávidas neste momento. Este fenómeno pode ser explicado por duas hipóteses: pelo facto de haver uma grande percentagem de mulheres que frequentam/frequentaram o Ensino Superior e/ou estão ligadas à área da saúde; ou pelo impacto das redes sociais na divulgação deste tipo de informação junto de mulheres mais jovens e nulíparas.

Importante salientar que apenas 40% das participantes apenas recorreriam ao Fisioterapeuta, em caso de DRA se fossem aconselhadas/encaminhadas pelo médico e que a esmagadora maioria das inquiridas, sensivelmente 97% e 94%, consideram crucial a presença do Fisioterapeuta em cuidados de saúde primários e consideram fundamental uma maior divulgação de informação acerca da DRA ao

nível da comunidade, respetivamente. Uma vez mais se confirma a importância do papel do Fisioterapeuta ao nível dos cuidados primários, como capacitador/ educador, de forma a privilegiar estratégias de prevenção da doença, promoção e educação para a saúde a fim de melhorar a Literacia desta população sobre este tema específico, além de melhorar a saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas.

Ao estudar a relação entre o nível de LS sobre a DRA com o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF, conclui-se no nosso estudo que não existe relação entre o nível de LS e o cumprimento ou não cumprimento das recomendações da OMS. Estes resultados diferem dos resultados obtidos por Plummer & Chalmers (2017), que ao estudar a LS e a AF em mulheres que tinham completado os tratamentos do cancro da mama, perceberam que dos 3 domínios da LS, a LF demonstrou ser o único e significativo preditor da prática de AF após os tratamentos oncológicos. Garad et al. (2020) verificou na sua revisão sistemática com meta análise, que intervenções em LS que visam melhorar e potencializar o conhecimento e LF sobre o autocuidado em mulheres em período pós-parto, apresentavam aumentos significativos na perda de peso e aumento do nível de AF, sendo que nenhum outro domínio da LS demonstrou ter impacto nas variáveis por eles analisadas.

Buja et al. (2020) também encontrou na sua revisão sistemática, resultados consistentes de que existe uma associação positiva entre a LS e a AF, verificando-se que indivíduos com estilos de vida mais ativos apresentavam maiores níveis de LS em comparação com indivíduos com estilos de vida sedentários, sugerindo que um nível adequado de LS induz uma correlação fiável e positiva com a prática regular de AF.

Tendo em conta os valores de AF desta amostra e as recomendações feitas pela World Health Organization (2020), concluiu-se que uma percentagem elevada de participantes não cumpre essas mesmas recomendações, que sugerem que adultos entre os 18-64 anos devem praticar pelo menos 150-300 min de AF de intensidade moderada ou 75-150 min de AF vigorosa ao longo da semana, a OMS recomenda ainda a mulheres grávidas ou em pós-parto que devem praticar pelo menos 150 min de AF moderado por semana. Em acréscimo, identificam-se comportamentos sedentários com o tempo de permanência na posição de sentado por longos períodos de tempo. Este fenómeno pode ser explicado pelos níveis reduzidos de LF e de LI sobre a DRA e/ou pelo facto de no decorrer dos últimos 2 anos a população ter adotado um maior nível de comportamento sedentário devido aos períodos de confinamento, isolamento e distanciamento social, assim como longos períodos em Teletrabalho e/ou Lay-Off simplificado, provocados pelas restrições adotadas para combater a infeção pela SARS-CoV2, Covid-19.

Das limitações presentes neste estudo, destaca-se a limitação à participação no estudo, nomeadamente a impossibilidade de acesso à internet ou a equipamentos tecnológicos para

preenchimento dos questionários; e o número reduzido de questões do domínio da LC, assim como o baixo nível de exigência dessas mesmas questões, no questionário QNLDRA (Ramos & Vital, 2013).

Os Viés do presente estudo, enquadram-se essencialmente nos vieses relacionados com a seleção da amostra. Neste caso, foi identificado o Viés de amostragem, uma vez que a seleção da amostragem foi efetuada por conveniência de caráter voluntário, não sendo representativa da população Portuguesa e tendo em conta também que aproximadamente 50% das participantes estavam ligadas à área da saúde; Viés de participação ou resposta, tendo em conta que geralmente as pessoas que participam nos estudos e respondem aos questionários apresentam uma maior disponibilidade, maior qualidade de vida preocupam-se mais com a sua saúde e cuidam melhor desta, em comparação com as pessoas que não participam nos estudos (Botelho, Silva, & Cruz, 2010).

5. Conclusão

Os resultados encontrados neste estudo, sugerem que ainda existe uma lacuna na Literacia em Saúde, essencialmente no que diz respeito à LF e LI sobre esta condição específica, com valores considerados problemáticos, salientado que existe uma falsa perceção de conhecimento face à DRA e o conhecimento fisiopatológico sobre esta disfunção é reduzido. A LC demonstra ter valores satisfatórios e independentes das características da amostra.

Contatou-se uma interação significativa entre a LF e a LI, que se relacionam mutuamente; e verificou-se que os fatores grupo etário, habilitações académicas, classe profissional e gravidez tendem a influenciar a LS da amostra, essencialmente a LF e a LI. O aumento da idade tende a coincidir com a diminuição da LF, graus académicos superiores e profissões relacionadas com a saúde induzem níveis de LF e LI mais elevados e mulheres que nunca estiveram grávidas demonstram nível de LF superior às restantes.

Conclui-se ainda, que a LS parece não influenciar o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF. Destaca-se ainda a presença de comportamentos sedentários com valores elevados e preocupantes e uma taxa de incumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF elevada.

Recomendações:

Uma vez mais se impõe a importância em promover a LS da população para que os utentes possam tomar melhores decisões em saúde, devidamente informadas e assim adaptar os seus comportamentos sobre estilos de vida mais saudáveis e adoção de boas práticas da AF. Assim, obter-se-ia uma melhor gestão da doença e/ou disfunção associado a comportamentos sedentários e outros fatores de risco reduzindo a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, como é o caso da DRA.

Recomenda-se uma maior divulgação de informação sobre esta temática ao nível da comunidade, para combater a lacuna de conhecimento verificada, assim como alcançar os objetivos propostos neste estudo e apostar em intervenção que visem a promoção da saúde e o *empowerment* dos utentes na resolução de disfunções musculoesqueléticas.

6. Bibliografia

1. Alves, O. M. A., Morais, M. C. S., Barreiras, C. C., Cruz, M. D. J. G., & Lima, A. M. D. L. (2018). Health Literacy: The Reality of a Community in Alto Minho. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(3). <https://doi.org/10.1159/000497073>
2. Andrade, Áurea; Augusto, Berta; Fernandes, Carlos; Almeida, C. et al. (2020). *Literacia em Saúde, um desafio emergente – Contributos para a mudança de comportamento* (1ª Edição). CHUC – Coimbra: Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas Coimbra, do Centro Hospitalar e Universitário de.
3. Benjamin, D. R., van de Water, A. T. M., & Peiris, C. L. (2014). Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: A systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 100(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.08.005>
4. Benjamin, Deenika R., Frawley, H. C., Shields, N., van de Water, A. T. M., & Taylor, N. F. (2019). Relationship between diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM) and musculoskeletal dysfunctions, pain and quality of life: a systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 105(1), 24–34. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.07.002>
5. Bezner, J. R. (2015). Perspective Promoting Health and Wellness : *American Physical Therapy Association*, 95(10), 1433–1444.
6. Bø, K., Stuge, B., & Hilde, G. (2019). Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. *Exercise and Sporting Activity During Pregnancy*, 135–155. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-91032-1>
7. Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2010). Epidemiologia Explicada – Viéses. *Acta Urologica*, 3, 47–52. Retrieved from <http://www.apurologia.pt/acta/3-2010/epidem-expl-vieses.pdf>
8. Brewin, D., & Naninni, A. (2014). Women's perspectives on falls and fall prevention during pregnancy. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(5), 300–305. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000064>
9. Buja, A., Rabensteiner, A., Sperotto, M., Grotto, G., Bertoncetto, C., Cocchio, S., ... Baldo, V. (2020). Health Literacy and Physical Activity: A Systematic Review. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(12), 1259–1274. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0161>
10. Candido G, Lo T, J. P. (2005). Risk factors for diastasis of the recti abdominis. *Journal of the*

- Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 97(January), 49–54.
11. Chiarello, C. M., Falzone, L. A., McCaslin, K. E., Patel, M. N., & Ulery, K. R. (2005). The Effects of an Exercise Program on Diastasis Recti Abdominis in Pregnant Women. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 29(1), 11–16. <https://doi.org/10.1097/01274882-200529010-00003>
 12. Deering, R. E., Chumanov, E. S., Stiffler-Joachim, M. R., & Heiderscheidt, B. C. (2020). Exercise Program Reduces Inter-Recti Distance in Female Runners Up to 2 Years Postpartum. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 44(1), 9–18. <https://doi.org/10.1097/jwh.0000000000000157>
 13. Dias, Thaís M.; Barbalho, Thaisa C.; Moura, Amanda; Souza, Rafaela J.; Sousa, V. P. . V. E. (2012). Puerperium recovery of the diastasis of rectus abdominis with and without physical therapy intervention. *Fisioter Brasil*, 13:6.
 14. Garad, R., McPhee, C., Chai, T. L., Moran, L., O'Reilly, S., & Lim, S. (2020). The Role of Health Literacy in Postpartum Weight, Diet, and Physical Activity. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2463. <https://doi.org/10.3390/jcm9082463>
 15. Gluppe, S. L., Hilde, G., Tennfjord, M. K., Engh, M. E., & Bø, K. (2018). Effect of a Postpartum Training Program on the Prevalence of Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial, 98(4), 260–268. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy008>.
 16. Gonçalves, A. M. (2015). Literacia em Saúde e Utilização dos Serviços de Saúde. *Associação de Politécnicos Do Norte*, 92. Retrieved from [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia em Saúde.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia%20em%20Saude.pdf)
 17. Gruszczyńska, D., & Truszczyńska-Baszak A-C, A. (2018). Exercises for pregnant and postpartum women with diastasis recti abdominis–literature review Ćwiczenia u kobiet w ciąży i po porodzie z rozstępem mięśnia prostego brzucha–przegląd piśmiennictwa, (3), 27–35.
 18. Gruszczyńska, D., & Truszczyńska-Baszak, A. (2019). Physiotherapy in diastasis of the rectus abdominis muscle for woman during pregnancy and postpartum – A review paper. *Rehabilitacja Medyczna*, 23(3), 31–38. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.5015>
 19. Gürşen, C., İnanoğlu, D., Kaya, S., Akbayrak, T., & Baltacı, G. (2016). Effects of exercise and Kinesio taping on abdominal recovery in women with cesarean section: a pilot randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293(3), 557–565. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3862-3>
 20. Gustavsson, C., & Eriksson-Crommert, M. (2020). Physiotherapists' and midwives' views of increased inter recti abdominis distance and its management in women after childbirth. *BMC Women's Health*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00907-9>

21. Halfon, Neal; Forrest Christopher B.; Lerner, Richard M.; Faustman, E. M. . (2018). *Handbook of Life Course Health Development. Handbook of Life Course Health Development.* https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_5
22. Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E., & Russ, S. (2014). Lifecourse health development: Past, present and future. *Maternal and Child Health Journal, 18(2)*, 344–365. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1346-2>
23. Hallal, P. C., & Victora, C. G. (2004). Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) [2]. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 36(3)*, 556. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000117161.66394.07>
24. Hernández-Gascón, B., Mena, A., Peña, E., Pascual, G., Bellón, J. M., & Calvo, B. (2013). Understanding the passive mechanical behavior of the human abdominal wall. *Annals of Biomedical Engineering, 41(2)*, 433–444. <https://doi.org/10.1007/s10439-012-0672-7>
25. Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa: INE.* Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Classificação+Portuguesa+das+Profissões+2010#0>
26. IPAQ. (2005). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms, 1–15.
27. Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care, 31(5)*, 874–879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
28. Jessen, M. L., Öberg, S., & Rosenberg, J. (2019). Treatment Options for Abdominal Rectus Diastasis. *Frontiers in Surgery, 6(November)*, 4–9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2019.00065>
29. Kamel, D. M., & Yousif, A. M. (2017). Neuromuscular Electrical Stimulation and Strength Recovery of Postnatal Diastasis Recti Abdominis Muscles. *Annals of Rehabilitation Medicine, 41(3)*, 465–474.
30. Keshwani, N., Mathur, S., & Mclean, L. (2019). The impact of exercise therapy and abdominal binding in the management of diastasis recti abdominis in the early post-partum period : a pilot randomized controlled trial. *Physiotherapy Theory and Practice, 00(00)*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1675207>
31. Kuh, D., & Hardy, R. (2009). A Life Course Approach to Women's Health. *A Life Course Approach to Women's Health*, 1–336. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780192632890.001.0001>
32. Lalingkar, R. A., Gosavi, P. M., Jagtap, V. K., & Yadav, T. S. (2019). Effect of Electrical Stimulation

- Followed by Exercises in Postnatal Diastasis Recti Abdominis. *International Journal of Health Sciences & Research (Www.Ijhsr.Org)*, 9(March), 88. Retrieved from www.ijhsr.org
33. León, S. C., Cuña-Carrera, I. Da, González, C. A. de la H., & Soto-González, M. (2019). Effects of an Exercise Program on Diastasis Recti in Women. *International Journal of Health Sciences and Research*, 9(10), 90–99.
 34. Litos, K. (2014). Progressive Therapeutic Exercise Program for Successful Treatment of a Postpartum Woman With a Severe Diastasis Recti Abdominis. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 38(2), 58–73. <https://doi.org/10.1097/jwh.0000000000000013>
 35. Lopes, Carlos; Vaz de Almeida, C. (2019). *Literacia em Saúde na Prática*. (I.-C. de Edições, Ed.) (1ª Edição, Vol. 148).
 36. Lowe, A., Littlewood, C., & McLean, S. (2018). Understanding physical activity promotion in physiotherapy practice: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 35(January), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.01.009>
 37. Mahalakshmi, V., Sumathi, G., Chitra, T. V., & Ramamoorthy, V. (2016). Effect of Exercise on Diastasis Recti Abdominis among the Primiparous Women: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(12), 4441–4446.
 38. Mahboubi Anarjan, P., Monfared, H. H., Arslan, N. B., Kazak, C., & Bikas, R. (2005). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Acta Crystallographica Section E: Structure Reports Online*, 68(9), 1–15. <https://doi.org/10.1107/S1600536812034848>
 39. Marques, J. P. D., & Crespo, N. (2015). LITERACIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY EM PORTUGUÊS NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, 99.
 40. Matloch, D., Opala-Berdzik, A., Stanula, A., Ciszek, M., & Kucio, C. (2019). Diastasis of the rectus abdominis muscle in early postpartum women. *Rehabilitacja Medyczna*, 23(1), 11–15. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.0845>
 41. Matsuoka, S., Kato, N., Kayane, T., Yamada, M., Koizumi, M., Ikegame, T., & Tsuchihashi-Makaya, M. (2016). Development and validation of a heart failure-specific health literacy scale. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 131–139. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000226>
 42. Mendes, R., Sousa, N., & Themudo Barata, J. L. (2011). Atividade Física e Saúde Pública: Recomendações para a Prescrição de Exercício. *Acta Medica Portuguesa*, 24(6), 1025–1030.
 43. Michalska, A., Rokita, W., Wolder, D., Pogorzelska, J., & Kaczmarczyk, K. (2018). Diastasis recti

- abdominis - A review of treatment methods. *Ginekologia Polska*, 89(2), 97–101. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0016>
44. Michelowski, Andréia; Simão, L. M. E. (2014). A eficácia da cinesioterapia na redução da diástase do músculo reto abdominal em puérperas de um Hospital Público de Feira de Santana. *BA. Rev Bras Saúde Func.*, 2:12.
45. Mota, P. G. F. da, Pascoal, A. G. B. A., Carita, A. I. A. D., & Bø, K. (2015). Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. *Manual Therapy*, 20(1), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.09.002>
46. Mota, P., Pascoal, A. G., Carita, A. I., & Kari, B. (2015). The immediate effects on inter-rectus distance of abdominal crunch and drawing-in exercises during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 45(10), 781–788. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5459>
47. Mota, P., Pascoal, A. G., Sancho, F., Carita, A. I., & Bø, K. (2013). Reliability of the inter-rectus distance measured by palpation. Comparison of palpation and ultrasound measurements. *Manual Therapy*, 18(4), 294–298. <https://doi.org/10.1016/j.math.2012.10.013>
48. Osborn, M., & Thompson, E. M. (2013). *Health Literacy - The Solid Facts*. (F. A. & A. D. T. Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Ed.), © World Health Organization. © World Health Organization 2013.
49. Parker, M. A., Millar, L. A., & Dugan, S. A. (2009). Diastasis Rectus Abdominis and Lumbo-Pelvic Pain and Dysfunction-Are They Related? *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 33(2), 15–22. <https://doi.org/10.1097/01274882-200933020-00003>
50. Pascoal, A. G., Dionisio, S., Cordeiro, F., & Mota, P. (2014). Inter-rectus distance in postpartum women can be reduced by isometric contraction of the abdominal muscles: A preliminary case-control study. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 100(4), 344–348. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.11.006>
51. Pascoal, Augusto Gil, Stuge, B., Mota, P., Hilde, G., & Bø, K. (2019). Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. *Exercise and Sporting Activity During Pregnancy*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-91032-1>
52. Paul H Lee, Duncan J Macfarlane, T. L. and S. M. S. (2011). Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *Biological Control*, 114, 133–143. <https://doi.org/10.1016/j.biocontrol.2017.08.011>
53. Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

54. Perales, M., Nagpal, T. S., & Barakat, R. (2019). Physiological Changes During Pregnancy: Main Adaptations, Discomforts, and Implications for Physical Activity and Exercise. In R. Santos-Rocha (Ed.), *Exercise and Sporting Activity During Pregnancy*. Springer International Publishing, (pp. 45–56.
55. Peres, F., Rodrigues, K. M., & Silva, T. L. e. (2021). *Literacia em Saúde*. (Editora FIOCRUZ, Ed.), *Literacia em Saúde*. [https://doi.org/https://doi.org/10.7476/9786557081068](https://doi.org/10.7476/9786557081068)
56. Picetti, D., Foster, S., Pangle, A. K., Schrader, A., George, M., Wei, J. Y., & Azhar, G. (2017). Hydration health literacy in the elderly. *Nutrition and Healthy Aging*, 4(3), 227–237. <https://doi.org/10.3233/NHA-170026>
57. Plummer, L. C., & Chalmers, K. A. (2017). Health literacy and physical activity in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1478–1483. <https://doi.org/10.1002/pon.4318>
58. Pocinho, M.; Figueiredo, J. P. (2018). *(Bio) Estatística: teorias e exercícios passo a passo*. Pocinho, M.; Figueiredo, J.P. (1st Edição, Vol. 1). ResearchGate. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/328493301_Bio_Estatistica_teorias_e_exercicios_passo_a_passo
59. Poppel, M. Van, Owe, K. M., & Santos-rocha, R. (2019). Physical Activity, Exercise, and Health Promotion for the Pregnant Exerciser and the Pregnant Athlete. In R. Santos-Rocha (Ed.), *Exercise and Sporting Activity During Pregnancy*. Springer International Publishing, 1–17.
60. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
61. Puri, J., Sharma, S., Samuel, A. J., & Chahal, A. (2021). Investigate Correlation between Diastasis of Rectus Abdominis Muscle and Low Back Pain in Obese Women. *Journal of Lifestyle Medicine*, 11(1), 38–42. <https://doi.org/10.15280/jlm.2021.11.1.38>
62. Ramos, C., & Vital, P. (2013). Literacia em Saúde: Conhecimento sobre afasia da população portuguesa adulta. *Actas Do 13º Colóquio de Psicologia e Educação, 2010(2000)*, 172–187.
63. Rett, M. T., Braga, M. D., Bernardes, N. O., & Andrade, S. C. (2009). Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(4), 275–280. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552009005000037>
64. Santos-rocha, R. (2020). *Exercise and Sporting Activity during Pregnancy: Evidence-Based Guidelines*. *Medicine & Science in Sports & Exercise* (Vol. 52). <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000002478>
65. Sardinha, L., & Campaniço, H. (2016). Validade simultânea do questionário internacional de

- actividade física através da medição objectiva da actividade física por actigrafia proporcional, 90. Retrieved from https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/11866/1/DISSERTAÇÃO_2016_Helena_Campaniço.pdf
66. Saúde, E. M. (2021). Para a Literacia Health Literacy Action Plan.
 67. Senol, D. K., Gol, I., & Ozkan, S. A. (2019). The Effect of Health Literacy Levels of Pregnant Women on Receiving Prenatal Care: A Cross-Sectional Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1717–1724.
 68. Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 2(Spe. 2), 33–38. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0006>
 69. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of HLS-EU-Q. *BMC Public Health*, 13(1), 1–10. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/948>
 70. Spitznagle, T. M., Leong, F. C., & Van Dillen, L. R. (2007). Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *International Urogynecology Journal*, 18(3), 321–328. <https://doi.org/10.1007/s00192-006-0143-5>
 71. Taheri, S., Tavousi, M., Momenimovahed, Z., Direkvand-Moghadam, A., Tiznobaik, A., Suhrabi, Z., & Taghizadeh, Z. (2020). Development and psychometric properties of maternal health literacy inventory in pregnancy. *PLoS ONE*, 15(6), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234305>
 72. Telo-de-Arriaga, M, Santos B, Silva A, Mta F, Chaves N, F. G. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 6. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>
 73. Thabet, A. A., & Alshehri, M. A. (2019). Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis : a randomised controlled trial, 19(1), 62–68.
 74. Theodorsen, N. M., Strand, L. I., & Bø, K. (2019). Effect of pelvic floor and transversus abdominis muscle contraction on inter-rectus distance in postpartum women: a cross-sectional experimental study. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 105(3), 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.08.009>
 75. WHO. (1946). Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference. *International Health Conference*, (2), 143. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf
 76. World Health Organization. (2020). Recomendações da OMS para atividade física e

comportamento sedentário. *World Health Organization*, 24.

77. Wu, L., Gu, Y., Gu, Y., Wang, Y., Lu, X., Zhu, C., ... Xu, H. (2021). Diastasis recti abdominis in adult women based on abdominal computed tomography imaging: Prevalence, risk factors and its impact on life. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3–4), 518–527. <https://doi.org/10.1111/jocn.15568>
78. Yee, L. M., Kamel, L. A., Quader, Z., Rajan, P. V., Taylor, S. M., O’Conor, R., ... Simon, M. A. (2017). Characterizing Literacy and Cognitive Function during Pregnancy and Postpartum. *American Journal of Perinatology*, 34(9), 927–934. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1601307>

7. Anexos:

Anexo I - Questionário: Literacia em Saúde – conhecimento sobre Diástase abdominal e a relação com a Atividade Física e as disfunções do pavimento pélvico (QNLDR)

Muito obrigada pelo seu interesse em colaborar neste estudo. Este questionário foi desenvolvido por duas estudantes do mestrado em Fisioterapia – Terapia Manual Ortopédica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (ESS|P. Porto) e foi submetido à Comissão de Ética da ESS. Tem como objetivo analisar a informação que as mulheres portuguesas têm sobre a diástase abdominal. A participação no estudo é totalmente voluntária e anónima, estando isenta de qualquer tipo de prejuízo caso decida não participar. Assim, pedimos que responda a todas as questões com a maior sinceridade possível. O tempo estimado para o seu preenchimento é de aproximadamente 10-15 minutos. Desde já, a equipa de investigação agradece antecipadamente o tempo despendido, bem como a sua disponibilidade e participação neste estudo.

Em caso de dúvidas, não hesite em contactar as investigadoras Maria José Costa e Sílvia Catarina Pereira através do e-mail mestrado2021sdm@gmail.com.

Eu, abaixo-assinado (NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO).

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a estudar os níveis de literacia em saúde, relacionados com a diástase abdominal e sua relação com disfunções do pavimento pélvico e prática de atividade física em mulheres adultas, residentes em Portugal, recorrendo para tal, a instrumentos de avaliação não invasivos.

Sei que neste estudo está prevista a resposta a um questionário online tendo-me sido explicado em que consiste-

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto-

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Concordo que sejam efetuados os questionários necessários para realizar a recolha de dados que fazem parte deste estudo.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

____ Li, compreendi e aceito participar no estudo. (resposta obrigatória)

Nº da questão	Identificação da Questão	Resposta
1	Qual a sua nacionalidade?	
2	Qual é o seu concelho/distrito de residência oficial?	
3	Considera que tem um bom domínio da língua portuguesa?	
4	Qual é a sua habilitação académica (considere o último ciclo de estudos concluído)?	
	1º Ciclo do Ensino Básico (1º até ao 4º ano)	
	2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano)	
	3º Ciclo do Ensino Básico (7º até ao 9º ano)	
	Ensino Secundário/ Curso Profissional (10º anos até ao 12º ano)	
	Ensino superior (especifique o curso)	
5	Qual é a sua profissão?	

6	Qual é a sua idade? (anos)			
7	Qual é a sua altura? (cm)			
8	Quanto pesa atualmente (se está grávida, deve indicar o seu peso antes de engravidar)? (kg)			
9	Já alguma vez esteve grávida?	Sim	Não	Não Sei
10	Como avalia a sua satisfação com a sua imagem corporal?	Satisfeita	Normal	Insatisfeita
	Secção: Conhecimento sobre diástase			
11	Sei o que é a diástase dos músculos retos abdominais.	Sim	Não	Não sei
12	Das seguintes opções, indique qual/quais considera ser/serem a(as) que melhor define/ definem o que é a diástase dos músculos retos abdominais.			
	Flacidez abdominal	Sim	Não	Não sei
	Afastamento dos músculos retos abdominais ao longo da linha alba (nome dado à linha vertical presente	Sim	Não	Não sei

	acima e abaixo do umbigo).			
	Proeminência (saliência) abdominal	Sim	Não	Não sei
	Tipo de cirurgia estética abdominal	Sim	Não	Não sei
13	Das seguintes condições, qual/quais considera estar/estarem associada(s) à diástase dos músculos retos abdominais?			
	Dor/ desconforto lombar	Sim	Não	Não sei
	Dor/ desconforto abdominal	Sim	Não	Não sei
	Dispneia (falta de ar) e Fadiga (Cansaço generalizado)	Sim	Não	Não sei
	Incontinência urinária (Perdas de urina) e/ou Incontinência anal (Perda de fezes/gases)	Sim	Não	Não sei
14	Na presença de diástase dos músculos retos abdominais, considera que a prática de atividade física deve ser:			
	Iniciada	Sim	Não	Não sei

	Mantida sem restrições/alterações	Sim	Não	Não sei
	Mantida com restrições/alterações	Sim	Não	Não sei
	Suspensa	Sim	Não	Não sei
15	Dos seguintes fatores de risco, quais considera que possam estar associados à diástase abdominal?			
	Gravidez	Sim	Não	Não sei
	Disfunções do pavimento pélvico	Sim	Não	Não sei
	Excesso de peso/obesidade	Sim	Não	Não sei
	Atividade física/exercícios abdominais com cargas excessivas	Sim	Não	Não sei
16	Das seguintes intervenções qual/quais considera ser/serem a(as) mais adequada(as) para ajudar na diminuição ou resolução da diástase dos músculos retos abdominais?			
	Fisioterapia	Sim	Não	Não sei

	Exercício físico (ex: corrida, musculação, natação, etc)	Sim	Não	Não sei
	Cirúrgica	Sim	Não	Não sei
	Intervenção Estética (cremes, pomadas, massagem, fármacos, radiofrequência, cavitação, ultrassom, ...)	Sim	Não	Não sei
17	Indique o (os) local/locais a que se deve dirigir caso tenha diástase dos músculos retos abdominais.			
	Centro de Saúde/Hospital	Sim	Não	Não sei
	Clínica/Gabinete de Fisioterapia	Sim	Não	Não sei
	Centro de estética	Sim	Não	Não sei
	Ginásio	Sim	Não	Não sei
18	Indique a que profissional/profissionais se deve dirigir caso tenha diástase dos músculos retos abdominais.			
	Médico	Sim	Não	Não sei

	Personal Trainer	Sim	Não	Não sei
	Esteticista	Sim	Não	Não sei
	Fisioterapeuta	Sim	Não	Não sei
19	Na presença de diástase, qual/quais dos seguintes tipos de exercício/atividade física considera ser/serem os mais adequados?			
	Atividades ao ar livre (Caminhada, Corrida, Bicicleta, ...)	Sim	Não	Não sei
	Hidroginástica/Natação	Sim	Não	Não sei
	Treino de força/resistência	Sim	Não	Não sei
	Pilates/Yoga	Sim	Não	Não sei
20	Para obter melhores resultados no caso de haver diástase dos músculos retos abdominais, devo praticar atividade/exercício físico adaptado à minha condição clínica, sob orientação de um profissional.	Sim	Não	Não sei

21	Das seguintes opções, qual/quais considera ser/serem a/as melhor/melhores forma/as de avaliar a diástase dos músculos retos abdominais?			
	Palpação manual (com os dedos)	Sim	Não	Não sei
	Paquímetro (medidor de distância entre dois pontos)	Sim	Não	Não sei
	Radiografia	Sim	Não	Não sei
	Ecografia	Sim	Não	Não sei
22	Posso avaliar/auto avaliar a minha diástase dos músculos retos abdominais através da palpação manual da seguinte forma?			
	Deitada de barriga para cima, devemos colocar os dedos na região acima e abaixo do umbigo e, desta forma, perceber quantos dedos preenchem o espaço entre retos abdominais.	Sim	Não	Não sei
23	No caso de uma diástase dos músculos retos abdominais surgir no período pós-parto, considera-se que a mesma não regrediu de forma natural se persistir:			

	8 semanas após o parto (2 meses)	Sim	Não	Não sei
	6 meses após o parto	Sim	Não	Não sei
	1 ano após o parto	Sim	Não	Não sei
	Não necessito de recorrer ao médico	Sim	Não	Não sei
Secção: Procurar e avaliar informações sobre diástase abdominal				
24	Recebo, ouço ou leio informações sobre a diástase dos músculos retos abdominais.	Raramente	Às vezes	Frequentemente
25	Procuo ativamente (por vontade própria) informações sobre a diástase dos músculos retos abdominais.	Raramente	Às vezes	Frequentemente
26	Das seguintes fontes de informação , qual/quais usou para se instruir sobre diástase dos músculos retos abdominais?			
	Organizações nacionais ou internacionais (Ministério da saúde, Direção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde...), artigos científicos e/ou profissionais de saúde	Raramente	Às vezes	Frequentemente

	Pesquisa livre na internet, como Google, Youtube, Blogs, Podcast e/ou redes sociais	Raramente	Às vezes	Frequentemente
	Jornais ou revistas	Raramente	Às vezes	Frequentemente
	Amigos/Familiares	Raramente	Às vezes	Frequentemente
27	Consigo perceber/compreender facilmente as informações obtidas em diferentes fontes de informação.	Raramente	Às vezes	Frequentemente
28	Procuro confirmar ativamente as informações obtidas junto de profissionais certificados e especializados.	Raramente	Às vezes	Frequentemente
29	Sou capaz de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de intervenção para a diástase dos músculos dos retos abdominais.	Raramente	Às vezes	Frequentemente
	Secção: Decisões e comportamentos sobre diástase abdominal			
30	Se tivesse diástase dos músculos retos abdominais, seria capaz de aplicar o conhecimento que tem, de forma a adaptar os seus comportamentos e a tomar as decisões	Sim	Não	Não Sei

	mais adequadas em seu próprio benefício?			
31	Se recebesse conselhos de um profissional de saúde acerca da diástase dos músculos dos retos abdominais, acha que isso iria influenciar a sua tomada de decisão e adaptação de comportamentos?	Sim	Não	Não Sei
32	Se lhe fosse proposto um plano de exercícios, seria capaz de o seguir de forma concisa, conforme prescrito pelo fisioterapeuta ou outro profissional?	Sim	Não	Não Sei
33	Na presença de diástase dos músculos retos abdominais ou sintomas relacionados, apenas recorreria a um fisioterapeuta se lhe fosse recomendado pelo médico?	Sim	Não	Não Sei
34	Considera importante a presença de um fisioterapeuta nos cuidados de saúde primários?	Sim	Não	Não Sei
35	Considera importante que ao nível da comunidade, haja uma maior divulgação de informação acerca da diástase dos músculos retos abdominais?	Sim	Não	Não Sei

Face aos objetivos do estudo, se considerar pertinente a inclusão de algum item no questionário, agradecemos que faça a sua proposta com a devida justificação e enquadramento no questionário.

Não pretendo acrescentar mais nada |____|
Sugiro/ proponho que:

Muito Obrigado pela colaboração
Por favor envie-nos este ficheiro de resposta em formato editável

Anexo II - Questionário Internacional de AF – Versão Curta (*International Physical Activity Questionnaire, IPAQ*)

Estamos interessados em conhecer os níveis de actividade física habitual dos Portugueses. As suas respostas vão ajudar-nos a compreender o quanto activos somos. As questões referem-se ao tempo que dispense na actividade física numa semana. Este questionário inclui questões acerca de actividades que faz no trabalho, para se deslocar de um lado para outro, actividades referentes à casa ou ao jardim e actividades que efectua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As suas respostas são importantes. Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa.

Obrigado pela sua participação

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

***Actividade física vigorosa** refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.*

***Actividade física moderada** refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa que o normal.*

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Habitualmente, por semana, quantos dias faz actividades físicas **vigorosas** como levantar e/ou transportar objectos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

___ dias por semana
___ Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto tempo costuma fazer actividade física vigorosa por dia?

___ horas ___ minutos

2a Normalmente, por semana, quantos dias faz actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objectos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

___ dias por semana
___ Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto tempo costuma fazer actividade física moderada por dia?

___ horas ___ minutos

3a Habitualmente, por semana, quantos dias **caminha** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

_____ dias por semana
_____ Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto tempo costuma caminhar por dia?

_____ horas ___ minutos

3c A que passo costuma caminhar?

_____ Passo **vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;

_____ Passo **moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

_____ Passo **lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração;

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo em que está sentado numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de semana**?

_____ horas ___ minutos

4b Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de fim-de-semana**?

_____ horas ___ minutos

Anexo III - Relatório das Rondas de Peritagem para Validação de Conteúdo

Muito obrigada pelo seu interesse em colaborar neste estudo. Este questionário foi desenvolvido por duas estudantes do mestrado em Fisioterapia – Terapia Manual Ortopédica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (ESS|P. Porto) e foi submetido à Comissão de Ética da ESS. Tem como objetivo analisar a informação que as mulheres portuguesas têm sobre a diástase abdominal. A participação no estudo é totalmente voluntária e os dados são anónimos, e isenta de qualquer tipo de prejuízo caso decida não participar. Pelo que pedimos que responda a todas as questões com a maior sinceridade possível. O tempo estimado para o seu preenchimento é de aproximadamente 10-15 minutos. Desde já, a equipa de investigação agradece antecipadamente o tempo despendido, bem como a sua disponibilidade e participação neste estudo.

Em caso de dúvidas, não hesite em contactar as investigadoras Maria José Costa e Sílvia Catarina Pereira, através do e-mail mestrado2021sdm@gmail.com.

Li

Compreendi a informação

Aceito participar no estudo

Carácter obrigatório de resposta!

Instruções de preenchimento:

Cada questão tem uma grelha de preenchimento, em que deve pontuar cada numa escala de 1-5, da seguinte forma:

- 1- Concorda sem reservas.
- 2- Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
- 3- Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no questionário. Justifique e faça a sugestão.
- 4- Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique.
- 5- Sem opinião.

Lista de cores de concordância dos peritos:

- 100% de concordância - foi alcançado o consenso na primeira ronda, não havendo por isso necessidade dos membros do painel se voltarem a pronunciar. Assim, para evitar enganos e perdas de tempo, os campos respetivos foram bloqueados: **Azul**
- 66%-83% de concordância - questões que sofreram pequenas alterações, por sugestões dos peritos. Nestes casos gostaríamos da confirmação da aceitação da nossa proposta de alteração: **Amarelo**
- 16%-50% de concordância - questões em que houve maior divergência de apreciação, e que sofreram grandes alterações. Estas questões necessitarão de uma nova apreciação mais cuidada por parte dos membros do painel: **Vermelho**
- Opção considerada redundante ou sem relevância/pertinência para o estudo (Ponderar a eliminação desta questão do questionário?): **Roxo**

Nº da questão	Identificação da Questão	1	2	3	4	5	Justifique	Sugestão
Secção: Dados sociodemográficos/ Caracterização da amostra								
1.	Considera que tem um bom domínio da língua portuguesa?	P1; P2; P3; P5; P6; P7					P4 - Acho que não faz sentido pois no cabeçalho diz mulheres portuguesas.	
	Ronda 1: Manter Q3 - Considera que tem um bom domínio da língua portuguesa?	6	0	0	0	0		
2.	Qual a sua nacionalidade?	P1; P2; P3; P5; P7 --- P1 P2 P7	P6 ---	-- -	-- -	-- -	P4 - Acho que não faz sentido pois no cabeçalho diz mulheres portuguesas. P6 - Colocaria esta como a Q1, só depois perguntaria o domínio da língua portuguesa	
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P6. Q1 - Qual a sua nacionalidade?	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
3.	Qual o seu género?	P1; P2; P3; P5; P6; P7					P4 - Acho que não faz sentido pois no cabeçalho diz mulheres portuguesas.	
	Ronda 1: Esta questão foi removida.	6	0	0	0	0		
4.	Já alguma vez esteve grávida?	P1; P2; P3; P6; P7 --- P1 P2 P7	P5 ---	-- -	-- -	-- -	P4 - Deve passar para depois da questão 6. P5 - Penso que esta pergunta ficaria melhor após a caracterização da mulher (idade, altura, residência etc).	
	Ronda 1:	5	1	0	0	0		

	Decidido aceitar sugestão de P4 e P5. Q9 - Já alguma vez esteve grávida?							
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
5.	Qual é a sua idade? (anos)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter Q6 - Qual é a sua idade? (anos)	6	0	0	0	0		
6.	Qual é a sua altura? (cm)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter Q7 - Qual é a sua altura? (cm)	6	0	0	0	0		
7.	Quanto pesa atualmente (se está grávida, deve indicar o seu peso antes de engravidar)? (Kg)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter Q8 - Quanto pesa atualmente (se está grávida, deve indicar o seu peso antes de engravidar)? (Kg)	6	0	0	0	0		
8.	Qual é o seu concelho/distrito de residência?	P1; P3; P5; P7 --- P1 P1 P7	P2 ; P6 ---	-- - -	-- - -	-- - P 8	P2 - Acrescentava "cartão do cidadão" porque pode haver várias residências P6 - Colocaria a seguir à pergunta 2	P2 -do cartão de cidadão? P6 - Começaria por questões mais gerais e depois as questões pessoais, gravidez, peso, ...
	Ronda 1: Foi decidido reformular a questão com base na sugestão de P2.	4	2	0	0	0		

	Q2 - Qual é o seu concelho/distrito de residência oficial?							
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
9.	Qual é a sua habilitação académica (considere o último ciclo de estudos concluído)?	P1; P3; P5; P7 --- P1 P2 P7	P2 ; P6 ---	-- - -	-- - -	-- - P 8	P6 - Colocaria a seguir à questão do local de residência	
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P6. Q4 - Qual é a sua habilitação académica (considere o último ciclo de estudos concluído)?	4	2	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
	1º Ciclo do Ensino Básico (1º até ao 4º ano)	P1; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P2 ---	-- -	-- -	-- - P 8	P2 - Acrescentava outra opção porque se for aplicado à população em geral (desconheço os critérios de elegibilidade) podem ter pessoas sem o ensino básico	P2 - 1º ciclo de ensino básico incompleto
	Ronda 1: Manter	5	1	0	0	0		
	2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
3º Ciclo do Ensino Básico (7º até ao 9º ano)	P1; P2; P3; P5; P6; P7							
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0			

	Ensino Secundário/ Curso Profissional (10º anos até ao 12º ano)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ensino superior	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	---	-- -	-- -	-- -	P 8	
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P2, tendo sido a opção reformulada para “Ensino superior (especifique o curso)”	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
	Outro (especifique)	P1; P2; P3; P5; P6; P7					P2 - Acrescentava outra opção porque o conhecimento pode estar relacionado com o curso	P2 - Se respondeu licenciatura, qual o curso que frequenta?
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
10.	Qual é a sua profissão?	P1; P2; P3; P5; P7 --- P1 P2 P7	P6 ---	-- -	-- -	-- -	P 8	P6 - Colocaria a seguir à questão das habilitações literárias, mas com a ordem que tenho comentado
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P6. Q5 - Qual é a sua profissão?	5	1	0	0	0		
	Ronda 2:	3	0	0	0	1		

	Manter com as alterações da ronda 1.							
Secção: Conhecimento sobre diástase dos músculos retos abdominais								
11.	Sei o que é a diástase do reto abdominal.	P1; P2; P3; P6; P7 --- P1 P2 P7	P5 ---	-- -	-- -	-- -	P 8	P5 - ...diástase dos músculos retos do abdómen
	Ronda 1: Foi decidido reformular a questão com base na sugestão de P5. Q11 - Sei o que é a diástase dos músculos retos abdominais.	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
12.	Das seguintes definições, qual considera ser a definição de diástase abdominal (selecione a opção mais correta)?	P3; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ; P5 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - Aperfeiçoamento da estruturação frásica. P3 - Das seguintes definições, qual considera ser a definição mais correta de diástase abdominal? P5 - Indique qual considera ser a que melhor define o que é a diástase dos músculos retos do abdómen.	P1 - Das seguintes condições, qual considera ser a definição de diástase abdominal (selecione a opção mais correta)?
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P5. Q11 - Das seguintes opções, indique qual considera ser a que melhor define o que é a diástase dos músculos retos abdominais.	3	2	0	0	0		
	Ronda 2:	3	0	0	0	0		

Manter A questão foi reformulada para “Q12 - Das seguintes opções, indique qual/quais considera ser/serem a(as) que melhor define/ definem o que é a diástase dos músculos retos abdominais.”							
Flacidez abdominal	P1;P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	4	0	0	0	0		
Afastamento dos retos abdominais ao longo da linha alba	P1 --- P1 P2	P2 ; P5 ; P6 ; P7 --- P7	P 3 -- -	-- - -	-- - 8	P2 - Acho que devem acrescentar uma definição mais simples, mais uma vez depende da amostra. Algumas pessoas podem não saber o que a linha alba/viés P3 - Explicar de forma mais clara P5 - ...dos músculos retos do abdomen... P6 - Devia ser colocada uma pequena explicação do que é a linha alba P7 - Nem todos sabem o que é a linha alba. Tentar descrever para leigos	P2 - Por exemplo (afastamento do musculo reto abdominal, localizado acima e abaixo do umbigo). P3 - Utilizar outro termo para linha alba. “linha mediana” P7 - “linha mais escura que usualmente aparece durante a gestação” ou algo semelhante
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P2, P3, P5, P6 e P7, tendo sido a opção reformulada para “Afastamento dos músculos retos abdominais ao longo da linha alba (nome dado à linha	1	4	1	0	0		

							considera estarem associados à diástase? P5 -qual ou quais considera estar/em associados à diástase dos Músculos retos do abdómen. P7 - Deixar mais claro que pode selecionar mais de uma opção. Se existe a escala likert, deve pedir na pergunta que a pessoa classifique a sua concordância com cada um deles.	
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P5 e P7. Q12 - Das seguintes condições, qual/quais considera estar/estarem associada(as) à diástase dos músculos retos abdominais (pode selecionar mais do que uma opção)?	1	3	1	0	0			
Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q13 - Das seguintes condições, qual/quais considera estar/estarem associada(as) à diástase dos músculos retos abdominais?”	3	0	0	0	0			
COLUNA VERTICAL (Sintomas)								
Dor/ desconforto lombar	P1; P2;							

	P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Dor/ desconforto pélvico	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Dor/ desconforto abdominal	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Dispneia (falta de ar)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Dispneia (falta de ar) e Fadiga (Cansaço generalizado)”.							
Incontinência urinária (Perdas de urina)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Incontinência urinária (Perdas de urina) e/ou Incontinência anal (Perda de fezes/gases)”.							

Incontinência fecal (Perda de fezes/gases)	P3; P5; P6; P7 --- P1 P7 P8	P2 ---	P 1 -- -	-- - P 2		P1 - A incontinência fecal é apenas para fezes, quando há perda de gases é considerada incontinência anal. P2 - Alterar para Incontinência anal porque incluiu a flatulência	P1 - Incontinência anal (perda de fezes/gases). P2 - Incontinência anal...
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P2, tendo sido a opção reformulada para “Incontinência anal (Perda de fezes/gases)”.	4	1	1	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	0	1	P2 - Reduzir as opções Já falamos anteriormente de IU ou incluir na opção da IU a Incontinência anal	P8 - Retirar
Fadiga (Cansaço generalizado)	P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	5	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Prolapso de órgão pélvicos (sensação de peso ou pressão na área da bexiga e/ou vagina)	P2; P3; P5; P6; P7 --- P7 P8	P1 --- P1 P2	-- - -	-- - -	-- -	P1 - Substituição da palavra área pela palavra zona.	P1 - Prolapso de órgão pélvicos (sensação de peso ou pressão na zona da bexiga e/ou vagina)
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “Prolapso de órgão pélvicos (sensação de peso ou pressão	5	1	0	0	0		

	na zona da bexiga e/ou vagina)”. Ronda 2: Esta opção foi removida.	2	2	0	0	0	P1 - A palavra órgão deve estar no plural. P8 – Retirar.	P1 – Prolapso de órgãos pélvicos. P2 - “Prolapsos de órgãos pélvicos...”
	Hérnia abdominal (saliência de um órgão, visível na parte exterior da região abdominal)	P1; P2; P3; P5; P6; P7 ---	---	--	--	--		
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.	0	0	1	0	0	P8 – (saliência de um órgão, visível na parte exterior da região abdominal).	P8 – (saliência/ papo, visível na região da barriga).
	Outro Qual?	P1; P2; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	5	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
14.	Considera que na presença de qualquer um dos sintomas anteriores, relativamente à prática de atividade física deve:	P3; P6 --- P1 P2 P7	P1 ; P2 ; P7 --- P8	--	--	--	P1 - Estruturação frásica confusa. P2 - Alterava para exercício físico E incluía uma pergunta no início uma pergunta, se realiza exercício físico? Qual? Frequência? P5 - relativamente à prática de atividade física considera que na presença de qualquer um dos sintomas anteriores deve: P7 - Para esta questão penso que resposta única seria	P1 - Na presença de qualquer uma das condições anteriores, considera que a prática de atividade física deve ser: P7 - Considera que na presença de qualquer um dos sintomas anteriores, relativamente à prática de atividade física deve: (escolha uma única opção)

							mais direto e não vejo vantagem estatística em analisar likert, o quanto a pessoa discorda ou não em cada um deles	
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P5 e P7. Q13 - Na presença de qualquer uma das condições anteriores, considera que a prática de atividade física deve ser (selecione a opção que considera correta):	2	3	0	0	0			
Ronda 2: Manter Decidido aceitar sugestão de P8. Q14 - Na presença de diástase dos músculos retos abdominais, considera que a prática de atividade física deve ser:	3	1	0	0	0	P8 – Pouco claro e direto substituir	P8 – Na presença de uma diástase dos retos abdominais, considera que a prática de atividade física deve ser:	
COLUNA VERTICAL (Situações)								
Iniciar	P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P8	P1 - Concordância com a sugestão anterior.	P1 - Iniciada
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “Iniciada”.	3	1	0	0	0			
Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1			
Manter	P5; P6; P7 --- P1	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P8	P1 - Concordância com a sugestão anterior.	P1 - Mantida

		P2 P7						
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “Mantida”.	3	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Mantida sem restrições/alterações”. Além desta foi ainda acrescentada uma outra opção “Mantida com restrições/alterações”.	3	0	0	0	1		
	Parar	P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - Concordância com a sugestão anterior. P 8	P1 - Suspensa
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “Suspensa”.	3	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
15.	Dos fatores de risco apresentados, quais considera que estão associados à diástase abdominal?	P2; P3; P6 --- P1 P2 P7	P1 ; P5 ; P7 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - Aperfeiçoamento da estruturação frásica. P5 - Quais dos fatores de risco apresentados considera que possam estar associados à diástase dos músculos retos do abdómen. P7 - Deixar claro que pode selecionar mais de uma opção. Algumas pessoas podem interpretar o “apresentados”	P1 - Dos seguintes fatores de risco, quais considera que estão associados à diástase abdominal?

							como algo que já foi apresentado anteriormente.	
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P5 e P7. Q14 - Dos seguintes fatores de risco, quais considera que possam estar associados à diástase abdominal (pode selecionar mais do que uma opção)?	3	3	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q15 - Dos seguintes fatores de risco, quais considera que possam estar associados à diástase abdominal?”	3	0	0	0	0	1		
COLUNA VERTICAL (Fatores de risco)								
Ganho de peso durante a gravidez	P1; P2; P3; P5; P6; P7							
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.								
Gravidez	P1; P2; P3; P5; P6; P7							
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0	0		
Peso do bebê ao nascer	P1; P2; P3; P5; P6; P7							
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0	0		

Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Hipermobilidade	P5; P6 --- P1 P7	P2 ; P3 ; P7 ---	-- - -	P 1 -	-- - P 8 P 2	P1 – Termo vago P2 - Hipermobilidade, de que? Não esta claro P3 - Explicar de forma mais clara P7 - Hipermobilidade do que? Articular? Explicar melhor para leigos	P3 - Utilizar outro termo para hipermobilidade, (“excesso de mobilidade”) e referir onde.. P7 - Hipermobilidade ou frouxidão nas articulações (ex: joelhos, tornozelos....)
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P2, P3 e P7, tendo sido a opção reformulada para “Excesso de mobilidade (movimento) pélvica/lombar”.	2	3	0	1	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	2	0	0	0	2	P2 - Irrelevante, pode ser eliminado (reduzir as opções)	
Idade	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Menopausa	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Pós-parto	P1; P2; P3;						

	P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Disfunções do pavimento pélvico	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Excesso de peso/obesidade	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	---	--	--	--	P4 - Antes da gravidez? Ou durante? P8	
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P4, tendo sido a opção reformulada para "Excesso de peso/obesidade antes e após o parto".	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para "Excesso de peso/obesidade".	3	0	0	0	1		
Cesariana	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - Termo incompleto P8	P1 - Parto por cesariana.
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para "Parto por cesariana".	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	2	0	0	0	1	P2 - Eu acho que se devia selecionar mais as respostas,	P2 - eliminava

						são tantas as opções de resposta...parece cansativo e exaustivo	
Múltiplos partos sucessivos	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P1	--- P7	-- -	-- -	-- -	P1 - Redundância	P1 - Multiparidade
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para "Mais do que um parto".	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	1	1	0	0	1		P7 - Ter tido mais que um parto
Gravidez gemelar	P1; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P2 ---	-- -	-- -	-- -	P2 - Substituída por Gravidez de gémeos	
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P2, tendo sido a opção reformulada para "Gravidez de gémeos".	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	0	1		
Inatividade física	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para "Atividade física/exercícios abdominais com cargas excessivas".							

16.	Das seguintes formas de tratamento, qual considera ser a mais adequada para ajudar na diminuição ou resolução da diástase?	P7 --- P1 P2	P1 ; P5 ; P6 --- P7	P 3 -- -	-- -	P1 - Substituição da expressão "formas de tratamento" por tratamentos. P3 - Aqui são duas questões numa só! Diminuição e resolução. Resolução aqui é intervenção? P5 - Qual/quais considera ser/em a forma mais adequada de abordar/tratar a diástase dos músculos retos do abdomen? Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal P6 - Sugiro modificar a palavra tratamento por intervenção	P1 - Dos seguintes tratamentos, qual considera ser o mais eficaz na diminuição ou resolução da diástase abdominal?
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P5 e P6. Q15 - Das seguintes intervenções qual/quais considera ser/serem o(os) mais adequados para ajudar na diminuição ou resolução da diástase dos músculos retos abdominais (selecione a opção mais correta)?	1	3	1	0	0	
	Ronda 2: Manter Decidido aceitar sugestão de P7. Q16 - Das seguintes intervenções qual/quais	2	1	0	0	0	P7 – Passar para o feminino P7 - A(as) mais adequada(as)

considera ser/serem a(as) mais adequada(as) para ajudar na diminuição ou resolução da diástase dos músculos retos abdominais?							
COLUNA VERTICAL (Opções de intervenção)							
Fisioterapia	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Exercício	P1; P2; P3; P5; P6 --- P1 P2 P7	P7 ---	-- - -	-- - -	-- - -	P8 P8	P7 - Algumas pessoas podem considerar exercício físico e fisioterapia a mesma coisa. Talvez colocar exemplos de exercício físico? P7 - Exercício físico (ex: corrida, musculação, natação etc).
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P7, tendo sido a opção reformulada para "Exercício físico (ex: corrida, musculação, natação, etc)".	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
Cirurgia	P1; P2; P3; P6; P7 --- P1 P2 P7	P5 ---	-- -	-- -	-- -	P8 P8	P5 - Cirúrgica
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P5, tendo sido a opção reformulada para "Cirúrgica".	5	1	0	0	0		
Ronda 2:	3	0	0	0	1		

	Manter com as alterações da ronda 1.							
	Tratamentos estéticos	P1; P2; P3; P6; P7 --- P1 P7	P5 --- P2	-- - -	-- - -	-- - P 8	P5 - Estética	
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P5, tendo sido a opção reformulada para "Estética".	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para "Intervenção Estética (cremes, pomadas, massagem, fármacos, radiofrequência, cavitação, ultrassom, ...)".	2	1	0	0	1		P2 - Cirurgia ou tratamento estético?
	Não fazer nada	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	--- ---	-- -	-- -	... P 8	P2 - Acrescentava outra opção pomadas/fármacos Ainda outra opção, não sei (esta opção deve ser colocada em quase todas as questões)	
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	0	1		
17.	Sei onde me devo dirigir caso tenha uma diástase.	P5; P6; P7 ---	P1 ; P2 ---	P 3 -	-- - -	-- - P 1 P 8	P1 - A diástase não é quantificável. Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P2 - Substituíria por uma pergunta P3 - Isto é uma afirmação, eu colocaria uma	P1 - Sei onde me devo dirigir caso tenha diástase abdominal. P2 - Qual a entidade que me devo dirigir,.....? Ou Indique a entidade que se deve dirigir, no caso....

							questão. E acho que aqui devem ter como opção de resposta: Sim e Não	
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P2. Q16 - Indique o (os) local/locais a que se deve dirigir caso tenha diástase dos músculos retos abdominais (pode seleccionar mais do que uma opção). Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P1.	3	2	1	0	0		P1 - O mais importante é identificar quais os profissionais que as mulheres procuram quando diagnosticadas com diástase, nos locais propostos pelas autoras, trabalham diversos profissionais. Quando a mulher se desloca ao hospital, pode ser à urgência hospitalar ou a consulta de especialidade. Não parece ser informação relevante para o estudo.	
Ronda 2: Esta questão foi removida.	0	0	0	0	2		P8 – Que confuso... onde estão os locais???para escolher	
COLUNA VERTICAL (Opções de locais)								
Centro de Saúde	P2; P3; P5; P6; P7				P 1			
Ronda 1: Manter	5	0	0	1	0			
Ronda 2: Esta opção foi removida.								
Hospital	P2; P3; P5; P6; P7				P 1			
Ronda 1: Manter	5	0	0	1	0			

	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Clínica/Gabinete de Fisioterapia	P2; P3; P5; P6; P7			P 1			
	Ronda 1: Manter	5	0	0	1	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Centro de estética	P2; P3; P5; P6; P7			P 1			
	Ronda 1: Manter	5	0	0	1	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Ginásio	P2; P3; P5; P6; P7			P 1		P2 - Outra opção "não sei"	
	Ronda 1: Manter	5	0	0	1	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
18.	Sei a que profissional me devo dirigir caso tenha uma diástase.	P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P2 ---	P 3 -- -	-- - P 8	-- -	P1 - Diástase não é quantificável; Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P2 - Considerar a sugestão da pergunta anterior P3 - Idem à questão 17	P1 - Sei a que profissional me devo dirigir caso tenha diástase abdominal.
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P2. Q17 - Indique a que profissional/profissionais se deve dirigir caso tenha diástase dos músculos retos abdominais (pode	3	1	1	0	0		

selecionar mais do que uma opção).							
Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q18 - Indique a que profissional/profissionais se deve dirigir caso tenha diástase dos músculos retos abdominais.”	3	0	0	0	1		
COLUNA VERTICAL (Opções de profissionais)							
Médico de clínica geral	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- - P 8	P1 - Incompleto	P1 - Médico especialista em Medicina Geral e Familiar
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “Médico especialista em Medicina Geral e Familiar”.	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Médico”.	3	0	0	0	1		
Médico de cirurgia plástica	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- - P 8	P1 - Incompleto	P1 - Médico especialista em Cirurgia Plástica
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “Médico especialista em Cirurgia Plástica”.	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	0	1		

	Enfermeiro	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Personal Trainer	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Esteticista	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Nutricionista	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Fisioterapeuta	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Fisioterapeuta especialista em Saúde da Mulher	P1; P2; P3; P5; P6; P7					P2 - Outra opção “não sei”	
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
19.	Na presença de diástase, quais dos seguintes tipos de	--- P1 P2	P5 ; P6	-- -	-- -	-- -	P1 - Deve ser colocado sempre o	P1 - Na presença de diástase abdominal, quais dos seguintes tipos de exercício

exercício considera serem os mais adequados para realizar?	P7	; P7 ---			P8	termo diástase abdominal. P3 – Exercício ou atividade física? P5 - Na presença de diástase, qual/quais dos seguintes tipos de exercício/atividade física considera ser/serem os mais adequados? P6 - Pode responder a mais do que um tipo de exercício? Se sim devia estar explícito P7 - Deixar mais claro que pode escolher mais de uma opção	considera serem os mais adequados para realizar? P7 - “Pode selecionar mais de uma opção”
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P3, P5, P6 e P7. Q18 - Na presença de diástase, qual/quais dos seguintes tipos de exercício/atividade física considera ser/serem os mais adequados (pode selecionar mais do que uma opção)?	0	3	0	0	0		
Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q19 - Na presença de diástase, qual/quais dos seguintes tipos de exercício/atividade física considera ser/serem os mais adequados?”	3	0	0	0	1		
COLUNA VERTICAL (Tipos de exercício)							
Caminhada/ Corrida	P1; P2;						

	P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Atividades ao ar livre (caminhada, corrida, ciclismo,...)”							
Mergulho	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P8						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	1	0	0	0	0	P8 – Retirava.	
Hidroginástica	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Hidroginástica/ Natação”.							
Natação	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Aeróbica	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		

Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Boxe	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Dança	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Ciclismo	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Corrida	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Karaté	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7 P8	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - Incompleto	P1 - Artes Marciais
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1,	5	1	0	0	0		

tendo sido a opção reformulada para “Artes Marciais”.							
Ronda 2: Esta opção foi removida.	4	0	0	0	0		
Treino de resistência	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7 P8	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - O treino de resistência cardiovascular já é amplamente descrito com modalidades como a caminhada, corrida, aeróbica, entre outros. Fará mais sentido, questionarem o Treino de força e se quiserem mais especificidade, treino de fortalecimento abdominal.	P1 - Treino de força
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “Treino de força”.	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Treino de força/ resistência”.	4	0	0	0	0		
Pilates	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Pilates/ Yoga”.							
Equitação	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		

	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Yoga	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Alongamento	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Exercícios para o pavimento pélvico	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P7 P8	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P1 – Incompleto P2 - Outra opção “não sei”	P1 - Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico P3 - Exercícios específicos para o pavimento pélvico
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P3, tendo sido a opção reformulada para “Exercícios específicos de fortalecimento do pavimento pélvico”.	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	0	0		
20.	Sei que quando há presença de diástase devo praticar atividade física adaptada à minha condição clínica, sob orientação de um profissional, para obter mais benefícios.	--- P1	P1 ; P5 ; P6 ; P7 ---	P 3 - -	-- -	-- -	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P2 - No questionário não tem opções de resposta!!! Não percebi P3 - Transformar	

							em questão? Sim/Não P4 - Não existe contradição com a questão anterior? E aqui referem atividade física?! Ou queriam referir exercício físico? P5 - Sei que para obter melhores resultados no caso de haver uma diástase dos músculos retos do abdomen devo praticar atividade física adaptada à minha condição clínica, sob orientação de um profissional. P6 - Não é para obter mais benefícios, mas para ser mais eficaz. Sugiro essa mudança na frase. P7 - Talvez se tirar o “sei que” fique mais fácil de concordar ou discordar nas respostas	
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P4, P5, P6 e P7. Q19 - Para obter melhores resultados no caso de haver diástase dos músculos retos abdominais, devo praticar atividade/ exercício físico adaptado à minha condição clínica,	0	4	1	0	0			

	sob orientação de um profissional.							
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1. Q20 - Para obter melhores resultados no caso de haver diástase dos músculos retos abdominais, devo praticar atividade/exercício físico adaptado à minha condição clínica, sob orientação de um profissional.	1	0	0	0	1	P8 - Qual a opção de resposta?? P2 - Já falamos sobre a atividade física anteriormente	
21.	Das seguintes opções, quais considera serem formas de avaliar a diástase? (pode selecionar várias)	P2; P3; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ; P5 ---	-- - -	-- - -	-- - -	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P5 - Das seguintes opções, qual/ais considera ser/serem a/as melhor forma/s de avaliar a diástase? (pode selecionar várias)	P1 - Das seguintes opções, quais considera serem formas de avaliar a diástase abdominal? (pode selecionar mais do que uma opção)
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P5. Q20 - Das seguintes opções, qual/quais considera ser/serem a/as melhor/melhores forma/as de avaliar a diástase dos músculos retos abdominais? (pode selecionar mais do que uma opção)	4	2	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para "Q21 - Das seguintes opções, qual/quais considera ser/serem a/as melhor/melhores forma/as de avaliar	3	0	0	0	0		

a diástase dos músculos retos abdominais?"							
COLUNA VERTICAL (Formas de avaliação)							
Palpação manual (com os dedos)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Paquímetro (medidor de distância entre dois pontos)	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Raio X	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 --- P8	-- - - -	-- - - -	-- - - -	P1 - Raio X não é um exame, é o raio utilizado. O exame denomina-se de radiografia	P1 - Radiografia
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para "Radiografia".	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	1	0	0	0		
Ecografia	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ressonância magnética	P1; P2; P3; P5; P6; P7					P2 - Outra opção "não sei"	
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2:							

	Esta opção foi removida.								
22.	Devo avaliar/auto avaliar a minha diástase através da palpação manual da seguinte forma (selecione a opção correta):	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- - -	-- - -	-- - -	P 8	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P4 - Não é demasiado pedir para avaliar de forma correta?	P1 - Devo avaliar/auto avaliar a minha diástase abdominal através da palpação manual da seguinte forma (selecione a opção correta):
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1. Q21 - Posso avaliar/auto avaliar a minha diástase dos músculos retos abdominais através da palpação manual da seguinte forma (selecione a opção correta):	5	1	0	0	0			
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para "Q22 - Posso avaliar/auto avaliar a minha diástase dos músculos retos abdominais através da palpação manual da seguinte forma?"	3	0	0	0	1			
	COLUNA VERTICAL (Autoavaliação)								
	Numa posição de abdominal, devemos avaliar com os dedos paralelos à linha alba, ao nível do umbigo, supra umbilical e infra umbilical.	--- P1 P2 P7	P1 ; P2 ; P5 ; P6 ; P7 ---	P 3 -- -	-- - -	-- -	P1 - Posição de abdominal não é uma descrição correta e pode induzir a erros. P2 - Se é para a população em geral podem não perceber a opção. P3 - Será que é claro posição de abdominal? P5 - Penso que terá de se explicar o que é "numa posição de abdominal".	P1 - Deitada de barriga para cima, com os joelhos dobrados, pés apoiados e ligeira elevação do tronco, devemos avaliar com os dedos paralelos à linha alba, ao nível do umbigo, supra umbilical e infra umbilical. P2 - Numa posição de deitada de barriga para cima, na região abdominal colocar dois dedos (indicador e médio) na posição horizontal acima e abaixo do umbigo. P3 - Na posição de deitado de barriga para cima P7 - "linha mais escura que usualmente aparece durante a gestação", "acima ou	

							P6 - Posição abdominal não é muito explícita, sugiro numa posição de deitada de barriga para cima... P7 - Nem todos sabem o que é a linha alba, supra e infra umbilical. Tentar descrever para leigos	abaixo” do umbigo ou algo semelhante
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P2, P3, P5, P6 e P7, tendo sido a opção reformulada para “Deitada de barriga para cima, com os joelhos dobrados, pés apoiados e ligeira elevação do tronco, devemos avaliar com os dedos paralelos à linha alba, ao nível do umbigo, acima e abaixo do umbigo.”	0	5	1	0	0			
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Deitada de barriga para cima, devemos colocar os dedos na região acima e abaixo do umbigo e, desta forma, perceber quantos dedos preenchem o espaço entre retos abdominais”.	3	0	0	0	0			
Numa posição de abdominal, devemos avaliar com os dedos perpendiculares à linha alba, de forma a perceber quantos dedos são necessários para preencher a distância existente	---	P1 ; P2 ; P5 ; P6 ; P7 ---	P 3 -- -	-- -	-- -	P 8	P1 - Posição de abdominal não é uma descrição correta e pode induzir a erros. P2 – Rever P3 – Idem P5 - Penso que terá de se explicar o que	P1 - Deitada de barriga para cima, com os joelhos dobrados, pés apoiados e ligeira elevação do tronco, devemos avaliar com os dedos perpendiculares à linha alba, de forma a perceber quantos dedos são necessários para preencher a distância existente entre retos abdominais,

entre retos abdominais, ao nível do umbigo, supra umbilical e infra umbilical.						é “numa posição de abdominal “. P6 - O mesmo da questão anterior P7 - Idem (acima)	ao nível do umbigo, supra umbilical e infra umbilical. P3 – Idem P7 - Idem (acima)
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P2, P3, P5, P6 e P7, tendo sido a opção reformulada para “Deitada de barriga para cima, com os joelhos dobrados, pés apoiados e ligeira elevação do tronco, devemos avaliar com os dedos perpendiculares à linha alba, de forma a perceber quantos dedos são necessários para preencher a distância existente entre retos abdominais, ao nível do umbigo, acima e abaixo do umbigo.”	0	5	1	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	2	1	0	0	1	P8 – Colocar imagem. P2 - Opção extensa Colocar a opção de resposta de acordo com a anterior	
Em pé, devemos avaliar com os dedos paralelos à linha alba, ao nível do umbigo, supra umbilical e infra umbilical.	P1; P3; P5; P6 ---	P2 ; P7 ---	-- - -	-- - -	-- - P 8	P2 – Rever. Inserir a opção não sei P7 - Idem (acima)	P7 - Idem (acima)
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P2 e P7, tendo sido a opção reformulada para “Em pé, devemos avaliar com os dedos paralelos à linha	4	2	0	0	0		

	alba, ao nível do umbigo, acima e abaixo do umbigo.”							
	Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	0	1		
23.	Se após o parto a diástase não se resolver naturalmente ou os sintomas associados à diástase persistirem, sei que devo recorrer ao médico a partir de:	P2; P6; P7 --- P1 P2	P1 ; P3 ; P5 --- P7	-- - - -	-- - - -	-- - - -	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P4 - Não estarão a contrariar as questões 20, 21 e 22? P5 - sei que devo recorrer ao médico se após o parto a diástase não se resolver naturalmente ou os sintomas associados à diástase persistirem.	P1 - Se após o parto a diástase abdominal não se resolver naturalmente ou os sintomas associados persistirem, sei que devo recorrer ao médico a partir de: P3 - Se após o parto a diástase não se resolver naturalmente ou os sintomas associados à diástase persistirem, sei que devo recorrer ao médico:
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P5. Q22 - Sei que devo recorrer a um especialista, se após o parto a diástase dos músculos retos abdominais não se resolver naturalmente ou os sintomas associados persistirem (selecione a/as opção/ opções mais correta/as).	3	3	0	0	0		
	Ronda 2: Manter Decidido aceitar a sugestão de P7. Q23 - No caso de uma diástase dos músculos retos abdominais surgir no período pós-parto, considera-se que a mesma não regrediu de forma natural se persistir:	2	1	0	0	0	P7 - A forma da frase está estranha. Não diz nada sobre o período.	P7 - Em qual momento acha que deve recorrer a um especialista, se após o parto a diástase dos músculos retos abdominais não se resolver naturalmente ou os sintomas associados persistirem? (selecione a/as opção/ opções mais correta/as).
	COLUNA VERTICAL							

(Opções de tempo)							
Algumas horas após o parto	P2; P3; P5; P6; P7 --- P2	---	--	P 1 -- - P 7	-- - P 1	P1 - Imediatamente após o parto, todas as mulheres têm afastamento dos músculos retos abdominais, não é possível avaliar a diástase nem perceber se existem sintomas do afastamento pelo que não faz sentido esta opção.	
Ronda 1: Ponderar a eliminação desta opção de respostas por sugestão de P1.	5	0	0	1	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	1	1	0	1	1	P7 - Pois na pergunta fala sobre permanência dos sintomas	P8 – 48h após o parto.
8 semanas após o parto (2 meses após)	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- - P 8	P1 - Repetição da palavra após	P1 - 8 semanas após o parto (2 meses)
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, tendo sido a opção reformulada para “8 semanas após o parto (2 meses)”	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	3	0	0	0	1		
6 meses após o parto	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
1 ano após o parto	P1; P2;						

		P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Não necessito de recorrer ao médico	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Secção: Procurar e avaliar informações sobre diástase abdominal								
24.	Recebi, ouvi ou li informações sobre a diástase abdominal.	P1; P2; P3; P5; P6 --- P1 P7	P7 ---	-- -	-- -	-- -	P7 - Talvez apenas colocar a frase no tempo presente, como se fosse um hábito e não no passado como se já tivesse feito (pois assim a escala teria que ser “nunca, muitas vezes, poucas vezes etc”) (como nas questões 11, 18 e 27, por exemplo)	P7 - Recebo, ouço ou leio informações sobre a diástase abdominal.
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P7. Q24 - Recebo, ouço ou leio informações sobre a diástase dos músculos retos abdominais.	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1.	2	0	0	0	1		
25.	Procurei informações sobre a diástase abdominal.	P1; P2; P3; P6 --- P1	P5 ; P7 --- P7	-- -	-- -	-- -	P5 - Procurei informação sobre a diástase abdominal. P7 - Talvez colocar a frase no tempo presente, como se fosse um hábito e não no passado como se já tivesse feito (pois	P7 - Procuro informações sobre a diástase abdominal.

							assim a escala teria que ser “nunca, muitas vezes, poucas vezes etc”)	
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P7. Q25 - Procuo informações sobre a diástase dos músculos retos abdominais.	4	2	0	0	0		
	Ronda 2: Manter Decidido aceitar sugestão de P7, tendo sido a opção reformulada para “Procuo ativamente (por vontade própria) informações sobre a diástase dos músculos retos abdominais.”	1	1	0	0	1	P7 - Talvez enfatizar que é uma atitude que parte dela	P7 – Procura ativamente...
26.	Das fontes de informação identificadas, quais usou para obter informações sobre diástase?	P2; P5; P6 --- P1 P2 P7	P1 ; P7 ---	-- - -	-- - -	-- - -	P1 - Repetição da palavra informação. Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P7 - Talvez citar que pode escolher mais de uma opção	P1 - Das seguintes fontes de informação, quais usou para se instruir sobre diástase abdominal? P7 - Por meio de quais fontes a seguir obteve informações sobre diástase abdominal? Pode selecionar mais de uma opção
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P7. Q26 - Das seguintes fontes de informação, qual/quais usou para se instruir sobre diástase dos músculos retos abdominais (pode selecionar mais do que uma opção)?	3	2	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q26 - Das seguintes fontes de informação, qual/quais usou	3	0	0	0	1		

para se instruir sobre diástase dos músculos retos abdominais.”							
COLUNA VERTICAL (Opções de fontes de informação)							
Organizações nacionais ou internacionais (Ministério da saúde, DGS, OMS, ECDC...)	P1; P5; P7 --- P1 P7	P2 ; P6 ---	P 3 -- -	-- - -	-- - P 8	P2 - Deve estar em extenso P3 – Clarificar as siglas P6 - Nem todas as nomenclaturas são claras. Em rodapé devia estar a explicação das siglas	P3 - Escrever por extenso
Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P2, P3 e P6, tendo sido a opção reformulada para “Organizações nacionais ou internacionais (Ministério da saúde, Direção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde...)”.	3	2	1	0	0		
Ronda 2: Manter Esta opção foi reformulada para “Organizações nacionais ou internacionais (Ministério da saúde, Direção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde...), artigos científicos e/ou profissionais de saúde”.	2	0	0	0	1		
Formação Académica	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		

Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Pesquisa livre na internet, como Google, Youtube, Blogs, Podcast e/ ou Redes Sociais	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Manter A opção foi reformulada para “Pesquisa livre na internet, como Google, Youtube, Blogs, Podcast e/ ou Redes Sociais”.							
Redes sociais, como instagram, facebook, twitter, whats app	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Jornais ou revistas	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Artigos/material científico ou livros	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Panfletos, brochuras ou boletins informativos	P1; P2; P3; P5;						

	P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.							
Meios de comunicação social	P1; P2; P3; P5; P7 --- P1 P2 P8	---	--	P 6 -- - P 7	-- - -	P6 - Qual a diferença entre as alíneas anteriores das redes sociais e pesquisa livre... ?	
Ronda 1: Ponderar a eliminação desta opção de respostas por sugestão de P6.	5	0	0	1	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	1	0	P7 - Ou colocar apenas televisão	
Figuras públicas/Influencers digitais	P1; P2; P3; P5; P6 --- P1 P2 P8	P7 ---	-- -	-- - P 7	-- - -	P7 - Não seria o mesmo que mídias sociais?	
Ronda 1: Ponderar a eliminação desta opção de respostas por sugestão de P7.	5	1	0	0	0		
Ronda 2: Esta opção foi removida.	3	0	0	1	0	P7 - Já consta em mídias sociais	
Amigos/Familiares	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
Fisioterapeutas	P1; P2; P3;						

		P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Outros profissionais de Saúde Qual?	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Aulas de preparação para o parto.	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta opção foi removida.							
	Outros Qual?	P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 1: Esta opção foi removida.							
27.	Consigo ler com facilidade as informações obtidas em diferentes fontes de informação.	P1; P3; P5; P6; P7 --- P1	P2 ---	-- -	-- -	-- -	P2 - Sugiro que em perguntas ou afirmações muito parecidas se saliente o que se pretende P4 - Acho que não faz sentido depois de se ter questionado tanto conhecimento anterior	
	Ronda 1:	5	1	0	0	0		

	Decidido aceitar sugestão de P2. Q27 - Consigo ler com facilidade as informações obtidas em diferentes fontes de informação. Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4.							
	Ronda 2: Esta questão foi removida.	1	0	0	1	2	P7 - Sei que na tabela de literacia ler/perceber são conceitos diferentes, mas aqui se for considerado um questionário de auto preenchimento, imagina-se que a pessoa saiba ler.	
28.	Consigo compreender com facilidade as informações obtidas em diferentes fontes de informação.	P1; P3; P6; P7 ---	P2 ; P5 ---	-- - -	-- - -	-- - P 8	P2 - Salientar a palavra "compreender" P5 - Consigo perceber facilmente....	
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P2 e P5. Q28 - Consigo perceber/compreender facilmente as informações obtidas em diferentes fontes de informação.	4	2	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1. Q27 - Consigo perceber/compreender facilmente as informações obtidas em diferentes fontes de informação.	3	0	0	0	1		
29.	Sei avaliar se a informação que	P1; P2;	---	-- -	-- -	-- -	P4 - Qual a diferença entre	

	pesquisa e/ou me é transmitida é de qualidade e de fontes válidas, de forma a obter as informações corretas e adequadas.	P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7				P 8	as questões 28 e 29?	
	Ronda 1: Q29 - Consigo avaliar se a informação que pesquisa e/ou me é transmitida é de qualidade e de fontes válidas , de forma a obter as informações corretas e adequadas.	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta questão foi removida.	3	0	0	0	1		
30.	Confirmo as informações obtidas junto de profissionais certificados e especializados.	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P8	---	--	--	--	P4 - Qual a resposta esperada? Qual o objetivo desta questão?	
	Ronda 1: Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4.	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Manter Decidido aceitar sugestão de P7. Q28 - “Procuro confirmar ativamente as informações obtidas junto de profissionais certificados e especializados.”	3	1	0	0	0	P7 - Acho pertinente incluir, mas enfatizar que a busca por confirmação é ativa	P7 - Busco confirmar as informações obtidas com algum profissional de saúde de confiança/certificado/especializado
31.	Consigo perceber se a informação adquirida se aplica à minha condição de saúde, nomeadamente a presença de diástase dos músculos retos abdominais.	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P8	---	--	--	--	P4 - Porque estão sempre a fazer validação das questões anteriores? Que existam algumas, claro que sim mas acho que exageram um	

							pouco? Podem ser mal interpretadas e as senhoras inquiridas podem levar a mal?	
	Ronda 1: Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4.	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta questão foi removida.	3	1	0	0	0	P7 - Falar sobre aplicar a teoria a pratica.	P7 - Consigo aplicar o conhecimento que tenho sobre diástase dos músculos retos abdominais na minha própria vida.
32.	Sou capaz de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento para a diástase.	P2; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P3 - Sou capaz de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de intervenção para a diástase.	P1 - Sou capaz de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento para a diástase abdominal.
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P3. Q32 - Sou capaz de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de intervenção para a diástase dos músculos dos retos abdominais. Ponderar o comentário de P4 na questão 33.	4	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter com as alterações da ronda 1. Q29 - Sou capaz de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de intervenção para a diástase dos músculos dos retos abdominais.	3	0	0	0	1		

Secção: Decisões e comportamentos sobre diástase abdominal								
33.	Com base em diferentes informações recolhidas sobre diástase, sou capaz de tomar decisões em relação à minha saúde, para meu próprio benefício.	P1; P2; P3; P6; P7 --- P1 P2	P5 ---	-- -	-- -	-- P 7 8	P4 - As questões 32,33,e 34 são redundantes. P5 - No meu próprio benefício, sou capaz de tomar decisões em relação à minha saúde tendo por base as informações recolhidas sobre diástase.	
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P5. Q33 - No meu próprio benefício, sou capaz de tomar decisões em relação à minha saúde tendo por base as informações recolhidas sobre diástase dos músculos retos abdominais. Ponderar o comentário de P4.	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q30 - Se tivesse diástase dos músculos retos abdominais, seria capaz de aplicar o conhecimento que tem, de forma a adaptar os seus comportamentos e a tomar as decisões mais adequadas em seu próprio benefício?”	2	0	0	1	1	P7 – Similar à 31.	
34.	Considero que a informação transmitida pelos profissionais de saúde influencia a tomada de decisão das mulheres com diástase.	P2; P3; P5; P6; P7 --- P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- - P 1	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal.	P1 - Considero que a informação transmitida pelos profissionais de saúde influencia a tomada de decisão das mulheres com diástase abdominal.

		P8						
	Ronda 1: Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4 em resposta à Q33. Decidido aceitar sugestão de P1. Q34 - Considero que a informação transmitida pelos profissionais de saúde influencia a tomada de decisão das mulheres com diástase dos músculos retos abdominais.	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Esta questão foi removida.	3	0	0	0	1		
35.	Sou capaz de adaptar o meu comportamento mediante os conselhos que recebo dos profissionais de saúde sobre a diástase.	P3; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ; P2 ; P5 ---	-- - -	-- - -	-- - 8	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P5 - Mediante os conselhos que recebo dos profissionais de saúde sobre a diástase sou capaz de adaptar o meu comportamento.	P1 - Sou capaz de adaptar o meu comportamento mediante os conselhos que recebo dos profissionais de saúde sobre a diástase abdominal.
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1 e P5. Q35 - Mediante os conselhos que recebo dos profissionais de saúde, acerca da diástase dos músculos retos abdominais, sou capaz de adaptar o meu comportamento.	3	3	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para	3	0	0	0	1		

	“Q31 - Se recebesse conselhos de um profissional de saúde acerca da diástase dos músculos dos retos abdominais, acha que isso iria influenciar a sua tomada de decisão e adaptação de comportamentos?”							
36.	Sou capaz de adaptar o meu comportamento por iniciativa própria, se perceber que tenho uma diástase.	P3; P6; P7 --- P1 P2 P7 P8	P1 ; P2 ; P5 ---	-- - - -	-- - - -	-- - - -	P1 - A diástase não é quantificável. Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P2 – Salientar P4 – Redundante P5 - Se perceber que tenho uma diástase, sou capaz de adaptar o meu comportament o por iniciativa própria.	P1 - Sou capaz de adaptar o meu comportamento por iniciativa própria, se perceber que tenho diástase abdominal.
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P2 e P5. Q36 - Se perceber que tenho diástase dos músculos retos abdominais, sou capaz de adaptar o meu comportamento por iniciativa própria . Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4.	3	3	0	0	0		
	Ronda 2: Esta questão foi removida.	4	0	0	0	0		
37.	Sou capaz de seguir um plano de exercícios de forma concisa, conforme	P1; P2; P3; P5;						

	prescrito pelo fisioterapeuta ou outro profissional.	P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q32 - Se lhe fosse proposto um plano de exercícios, seria capaz de o seguir de forma concisa, conforme prescrito pelo fisioterapeuta ou outro profissional?”							
38.	Na presença de uma diástase ou sintomas relacionados, apenas recorrerei a um fisioterapeuta se o médico que me acompanha recomendar.	P2; P3; P5; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ---	-- -	-- -	-- -	P1 - A diástase não é quantificável; Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal.	P1 - Na presença de diástase abdominal ou sintomas relacionados, apenas recorrerei a um fisioterapeuta se o médico que me acompanha recomendar.
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1. Q38 - Na presença de diástase dos músculos retos abdominais ou sintomas relacionados, apenas recorrerei a um fisioterapeuta se o médico que me acompanha recomendar.	5	1	0	0	0		
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q33 - Na presença de diástase dos músculos retos abdominais ou sintomas relacionados, apenas recorreria a um fisioterapeuta se lhe fosse recomendado pelo médico?”	3	0	0	0	1		

39.	Considero importante a presença de um fisioterapeuta nos cuidados de saúde primários.	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter	6	0	0	0	0		
40.	Considero importante que o médico que me acompanha, nas diferentes fases da vida (gravidez, pós parto, menopausa...), me fale da importância do fisioterapeuta na saúde da mulher e me encaminhe para uma avaliação, sempre que se justifique.	P1; P2; P3; P5; P6; P7 --- P2 P8	---	--	--	--	P4 - Não é o mesmo que a 38?	
	Ronda 1: Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4.	6	0	0	0	0		
	Ronda 2: Esta questão foi removida.	2	0	0	1	1	P7 – Muito específico.	P1 – Redundante
41.	Considero importante uma maior divulgação sobre a diástase na comunidade.	P2; P3; P6; P7 --- P1 P2 P7	P1 ; P5 ---	--	--	--	P1 - Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P3 - Considero importante uma maior divulgação sobre a diástase abdominal na comunidade. P5 - Considero importante que a nível da comunidade haja uma maior divulgação sobre a diástase.	P1 - Considero importante uma maior divulgação sobre a diástase abdominal na comunidade.
	Ronda 1:	4	2	0	0	0		

	Decidido aceitar sugestão de P1, P3 e P5. Q41 - Considero importante que ao nível da comunidade, haja uma maior divulgação acerca da diástase dos músculos retos abdominais.							
	Ronda 2: Manter A questão foi reformulada para “Q35 - Considera importante que ao nível da comunidade, haja uma maior divulgação de informação acerca da diástase dos músculos retos abdominais?”	3	0	0	0	1		
42.	Se eu tiver uma diástase, considero que tenho informação suficiente para tomar uma decisão em conjunto com o profissional de saúde.	P2; P3; P5; P6; P7 --- P2	P1 ---	-- -	-- -	-- P 7 P 1	P1 - A diástase não é quantificável. Deve ser colocado sempre o termo diástase abdominal. P3 - Se eu tiver uma diástase abdominal, considero que tenho informação suficiente para tomar uma decisão em conjunto com o profissional de saúde. P4 - Redundante	P1 - Se eu tiver diástase abdominal, considero que tenho informação suficiente para tomar uma decisão em conjunto com o profissional de saúde.
	Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P1, P3. Q42 - Se eu tiver diástase dos músculos retos abdominais, considero que tenho informação	5	1	0	0	0		

	<p>suficiente para tomar uma decisão em conjunto com o profissional de saúde.</p> <p>Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4.</p>							
	<p>Ronda 2: Esta questão foi removida.</p>	1	0	0	2	1	P7 - Repetitivo, já foi perguntado algo muito similar.	P1 – Redundante
43.	<p>Quando tenho dúvidas sobre algum tema ou a informação adquirida não foi suficientemente clara, procuro um profissional da área para me esclarecer.</p>	P1; P2; P3; P6; P7 ---	P5 ---	-- -	-- -	-- -	P4 – Redundante P5 - Procuro um profissional da área para me esclarecer sempre que tenho dúvidas ou que a informação adquirida sobre algum tema não foi suficientement e clara.	
	<p>Ronda 1: Decidido aceitar sugestão de P5. Q43 - Procuro um profissional da área para me esclarecer sempre que tenho dúvidas ou que a informação adquirida sobre algum tema não foi suficientemente clara.</p> <p>Ponderar a eliminação desta questão por sugestão de P4.</p>	5	1	0	0	0		
	<p>Ronda 2: Esta questão foi removida.</p>	3	0	0	1	0	P7 - Repetitivo, já foi perguntado algo muito similar.	

44.	Como avalia a sua satisfação com a sua imagem corporal?	P1; P2; P3; P5; P6; P7						
	Ronda 1: Manter Passa para a primeira secção.	6	0	0	0	0		

Face aos objetivos do estudo, se considerar pertinente a inclusão de algum item no questionário, agradecemos que faça a sua proposta com a devida justificação e enquadramento no questionário.

Não pretendo acrescentar mais nada |____|

Sugiro/ proponho que:

P2 - Sugiro mais uma questão sobre o conhecimento de prevenção da diástase abdominal (Se conhece algum método para evitar o aparecimento da diástase abdominal?). opções (cremes..., exercício, cintas abdominais, não sei, não existe nenhum método, genética ...)

P6 - Adicionar na pergunta 15 o “Grande aumento do volume abdominal”

P7 - **Comentário geral**

Positivos:

- aborda todas as vertentes da literacia em saúde – ok
- linguagem fácil de ser compreendida – ok
- tema relevante – ok
- uso de imagens para melhor compreensão (da avaliação) – ok

A questionar:

- o uso da escala likert em questões de múltipla escolha fica confuso e sem muita justificativa estatística. Além de confuso e exaustivo para quem está a preencher o questionário

Muito Obrigado pela colaboração

Por favor envie-nos este ficheiro de resposta em formato editável

Anexo IV – Tabelas de taxas de acerto em cada domínio da Literacia em Saúde relativa à Diástase dos retos abdominais (Resultados QNLDR)

Tabela IX.I – Resultados da Pontuação do Domínio da Literacia Funcional relativo à Diástase dos retos abdominais

Domínio	Questões	Validade da questão	n	Média ± SD
Domínio da Literacia Funcional	Definição de DRA	Incorretamente	216	3,23±1,574
	Condições associadas à DRA	Incorretamente	286	3,66±1,696
	Na presença de diástase dos músculos retos abdominais, considera que prática de atividade física deve ser:	Incorretamente	125	2,58±1,369
	Manutenção de AF na presença de DRA	Incorretamente	247	3,54±1,688
	Intervenções para diminuição/resolução da DRA	Incorretamente	280	3,62±1,676
	Profissional a consultar na presença de DRA	Incorretamente	162	3,07±1,557
	AF mais adequada na presença de DRA	Incorretamente	306	3,79±1,749
	Prática de AF sob orientação de um profissional	Incorretamente	11	0,91±1,578
	Meios de avaliação da DRA	Incorretamente	236	3,29±1,514
	Autoavaliação da DRA	Incorretamente	103	2,41±1,309
	Período a partir do qual se deve recorrer a um profissional de saúde na presença de DRA	Incorretamente	296	3,74±1,738

Tabela IX.II – Resultados da Pontuação do Domínio da Literacia Interativa relativo à Diástase dos retos abdominais

Domínio	Questões	Opções de resposta	n/(%)	
Domínio da Literacia Interativa	Receção de informação sobre a DRA	-	Raramente 208 (65,4%)	
		-	Às vezes 91 (28,6%)	
		-	Frequentemente 19 (6%)	
	Procura ativa de informação sobre a DRA	-	Raramente 218 (68,6%)	
		-	Às vezes 80 (25,2%)	
		-	Frequentemente 20 (6,3%)	
	Fontes de Informação	Fontes Científicas	-	Raramente 143 (45%)
			-	Às vezes 14 (4,4%)
			-	Frequentemente 161 (50,6%)
		Pesquisa livre na internet	-	Raramente 114 (35,8%)
			-	Às vezes 14 (4,4%)
			-	Frequentemente 190 (59,7%)
		Jornais ou Revistas	-	Raramente 256 (80,5%)
			-	Às vezes 15 (4,7%)
			-	Frequentemente 47 (14,8%)
	Amigos/Familiares	-	Raramente 229 (72%)	
		-	Às vezes 12 (3,8%)	
		-	Frequentemente 77 (24,2%)	
	Compreensão da informação	-	Raramente 15 (4,7)	
		-	Às vezes 84 (26,4%)	
-		Frequentemente 219 (68,9%)		
Confirmação ativa de informação	-	Raramente 45 (14,2%)		
	-	Às vezes 110 (34,6%)		
	-	Frequentemente 163 (51,3%)		
Avaliação vantagens e desvantagens de intervenções em DRA	-	Raramente 76 (23,9%)		
	-	Às vezes 94 (29,6%)		
	-	Frequentemente 148 (46,5%)		

Tabela IX.III – Resultados da Pontuação do Domínio da Literacia Crítica relativo à Diástase dos retos abdominais

Domínio	Questões	Opções de resposta	n/(%)
Domínio da Literacia Crítica	Aplicação o conhecimento sobre a DRA	Sim	207 (65,1%)
		Não	67 (21,1%)
		Não Sei	44 (13,8%)
	Influencia dos conselhos de um profissional de saúde na tomada de decisão sobre DRA	Sim	311 (97,8%)
		Não	2 (0,6%)
		Não Sei	5 (1,6%)
	Capacidade de seguir um plano de exercícios prescrito por um FT	Sim	283 (89%)
		Não	2 (0,6)
		Não Sei	33 (10,4 %)
	Recurso a um fisioterapeuta por recomendação médica	Sim	126 (39,6%)
		Não	157 (49,4%)
		Não Sei	35 (11%)
	Presença de um fisioterapeuta nos cuidados de saúde primários	Sim	308 (96,9%)
		Não	1 (0,3%)
		Não Sei	9 (2,8%)
Maior divulgação de informação acerca da DRA	Sim	300 (94,3%)	
	Não	6 (1,9%)	
	Não Sei	12 (3,8%)	