



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – UFC
MESTRADO EM ENFERMAGEM

KARINE DE CASTRO BEZERRA

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA
ADESÃO DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS
PÉLVICOS AO USO DO PESSÁRIO VAGINAL

FORTALEZA
2016

KARINE DE CASTRO BEZERRA

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA
ADESÃO DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS
PÉLVICOS AO USO DO PESSÁRIO VAGINAL

Dissertação de Mestrado submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

Co-orientadora: Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- B469e Bezerra, Karine de Castro.
Elaboração e validação de vídeo educativo para adesão de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos ao uso do pessário vaginal. / Karine de Castro Bezerra. – 2016.
152 f.: il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.
Co-Orientação: Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.
1. Prolapso de Órgão Pélvico. 2. Estudos de Validação. 3. Autoeficácia. 4. Mídia Audiovisual. I. Título.

KARINE DE CASTRO BEZERRA

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA
ADESÃO DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS
PÉLVICOS AO USO DO PESSÁRIO VAGINAL

Dissertação de Mestrado submetida à
Coordenação do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem da Faculdade
de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Profa. Dra. Maria Augusta Tezelli Bortolini
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

À Deus e à minha Família,
razões do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, meu mestre soberano, por ter permanecido do meu lado durante toda a minha vida e por ter contribuído de maneira inigualável no meu processo de formação. Obrigado meu Deus, por toda a inteligência, sabedoria e discernimento que o Senhor me concedeu, pois foram essenciais para a obtenção de todo o aprendizado e sucesso que alcancei. Além disso, agradeço por tudo isto: pela família maravilhosa que o Senhor me presenteou; por todas as oportunidades que me foram conferidas; por todas as conquistas que já obtive; pelo círculo de amizade que possuo. Obrigado Senhor!

Aos meus pais, João Bezerra e Neide Bezerra, por serem os melhores amigos do mundo, por toda a dedicação, por acreditarem no meu potencial, por serem generosos e se doarem integralmente, proporcionando-me a obtenção da conquista da formação superior em Enfermagem. Agradeço por terem me ensinado a viver, mesmo diante de todas as adversidades e dificuldades que a vida nos proporcionou, por terem me educado e me ensinado a ter humildade e caráter diante de qualquer situação. Vocês são a minha fortaleza, amo muito vocês!

À minha irmã Caroline, por ter sempre me incentivado nas minhas conquistas. Obrigado por sentir orgulho de mim, ser minha grande amiga, minha mãezinha, por ter paciência e solicitude nos momentos de desespero, por ser tudo que falta em mim, pelo exemplo de competência. Sua veracidade e serenidade me fazem acordar todos os dias e tentar viver a vida tão intensamente quanto você vive. Você é em todos os momentos o exemplo de irmã, mãe e de filha para mim. Te amo Kakinha!!

Ao meu irmão de coração, Anderson, por estar comigo durante toda a vida, por suprir a ausência do carinho de filho que deixei de oferecer aos meus pais durante a graduação devido à distância. Obrigado por saber que posso contar com seu apoio durante as tristezas e, sobretudo, nas alegrias, Te amo Dezinho!!

À minha sobrinha querida, Lívia Maria, você é a minha grande alegria, meu amor por você é incondicional. Obrigada por me proporcionar de descontração e alegria

pois foram esses momentos que me fizeram recarregar as baterias quando eu pensava que já não tinha mais forças para seguir. Te amo muito minha Livinha.

À Prof^a., amiga, orientadora, mãe Mônica Oriá, por ter acompanhado desde os meus primeiros passos na graduação, ter me incentivado a sempre querer crescer naquilo que escolhi para vida, pelos ensinamentos que me proporciona, pelo apoio decisivo para a minha formação profissional, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo carinho e amor que me dedica. A senhora é o meu grande exemplo. Deus a colocou no meu caminho como mentora da vida profissional e humana.

À Prof^a. Camila Vasconcelos, mais que co-orientadora, uma grande amiga, por ser parceira, conselheira e aquela que posso contar sempre! Obrigada por todas as contribuições e conselhos fundamentais para o meu crescimento acadêmico, pela compreensão e apoio durante os momentos difíceis. A senhora será sempre para mim um modelo de profissional, com competência e dinamismo em todas as funções que exerce!!Muito obrigada!

Ao Dr. Leonardo, por ter aceitado prontamente colaborar com esse trabalho, ajudando em todos os momentos. Admiro seu trabalho e o ser humano incrível que acolhe e ensina com tanto esmero e amor! Sou imensamente feliz em poder compartilhar com o senhor esse momento especial. És admirável!!!

À Dra. Emanuella, minha querida e carinhosa Manu! Obrigada pela disponibilidade de sempre e por colaborar na concretização desse trabalho, por ser um dos meus primeiros exemplos e referenciais para minha vida profissional. Exemplo de sabedoria e competência. Levarei sempre comigo todos os conselhos e apoio que deu durante minha vida acadêmica. Tenho sincera admiração por você, minha querida!

À Dra. Maria Augusta por aceitar colaborar para o aperfeiçoamento desse trabalho.

Ao Rafael, mais que meu namorado, por ser esse companheiro surpreendente o qual posso contar em todos os momentos. Meu lindo, agradeço demais pelo apoio e força de sempre, pela paciência durante esse período e, sobretudo, por me fazer feliz! Te amo sempre...

Aos meus avós, tios, tias, primos, por serem sempre, independente de qualquer coisa, os grandes motivos para o meu viver e o alicerce das minhas conquistas.

Aos melhores amigos do mundo, Elizian Bernardo, Igor Mendes, Hellen Catunda, Adria Marcela, Liana Monteiro, Karísia Ricarte, Camila Brasil, Ana Carolina, Lara Leite! Vocês se tornaram verdadeiros amigos e exemplos para mim! Desejo ter a amizade de vocês por toda a minha vida, pois são pessoas muito especiais.

Aos integrantes do NEPPSS, sou imensamente grata por tê-los ao meu lado e por fazer parte desse grupo tão especial que faz parte da minha vida desde o primeiro semestre da graduação e que se estenderá do mestrado ao doutorado e por muitos anos ainda. Vocês estão no meu coração!

Ao DAP-ENF, por todos os momentos de partilha do conhecimento! Meninas vocês são especiais na minha vida!!

Aos integrantes do grupo Cearense de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho pélvico, por contribuir na minha formação acadêmica e humana. Exemplos de profissionais e amigos! Em especial ao Dr. Ananias pela dedicação e afeto que passa os seus conhecimentos, além de ter aceitado prontamente em participar desse momento e ser fundamental no aprimoramento dessa pesquisa.

A todos os juízes que participaram no desenvolvimento do vídeo. Muitíssimo obrigada pelo tempo concedido para contribuir com a obtenção dos resultados desse estudo. Vocês foram fundamentais!

As minhas queridas pacientes do ambulatório de disfunção do assoalho pélvico do HGF. O fruto desse trabalho foi feito com muito amor para vocês!!

Ao Arthur por todo o apoio técnico para construção do vídeo educativo sua competência e companheirismo foram fundamentais para a elaboração do material construído. Valeu Arthur!

À minha turma de mestrado, pelo convívio harmônico, perseverança e troca de experiências. Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que exerceram um papel fundamental na minha formação como mestre, serei grata sempre.

Ao corpo de docentes do Departamento de Enfermagem que com seus ensinamentos e reflexões, me fizeram vislumbrar a grandeza dos novos paradigmas em saúde e a importância de incorporá-los nas práticas e pesquisas de Enfermagem. Muito Obrigado a todos!!

*“Eis o meu segredo:
só se vê bem com o coração.
O essencial é invisível aos olhos.
Os homens esqueceram essa verdade, mas
tu não a deves esquecer.
Tu te tornas eternamente responsável
por aquilo que cativas.”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

O estudo teve como objetivo elaborar e validar um vídeo educativo para a promoção da adesão de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos ao uso do pessário vaginal. Tratou-se de uma pesquisa metodológica. Para realização do estudo, seguiram-se duas etapas: elaboração e validação do vídeo. Na construção do vídeo foram seguidas três fases: pré-produção (sinopse, argumento, roteiro, *storyboard*), produção e pós-produção. Para a construção do material educativo proposto, primeiramente foi identificado o perfil do público alvo para ser estabelecido o conteúdo e a linguagem do vídeo. Durante essa fase, a pesquisadora acompanhou por 12 meses um ambulatório de uroginecologia o qual ofertava o tratamento com pessário, tendo acompanhado 17 mulheres que utilizavam o dispositivo. Identificou-se que as principais dificuldades das mulheres quanto ao uso do pessário consistiam pelo domínio do conhecimento, consequentemente elas não aderiam ao tratamento ou o interrompiam após aceitar inserir o dispositivo. Para a validação de aparência, conteúdo e técnica do roteiro e do vídeo educativo, foram selecionados 24 juízes conforme critérios pré-estabelecidos, 12 da área da saúde e 12 da área da comunicação, e para a validação de aparência pelo público-alvo, foram selecionadas 22 mulheres, captadas no Hospital Geral de Fortaleza, localizado no município de Fortaleza-Ceará. O período de coleta de dados com juízes e público-alvo se deu entre janeiro de 2014 a novembro de 2015. Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos, dois direcionados aos juízes, respectivamente conteúdo e aparência, e outro ao público-alvo. Quanto à validade de conteúdo do vídeo, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), com ponto de corte de 0,80. Quanto à validade de aparência pelos juízes e público-alvo, foram considerados validados os itens que obtivessem nível de concordância mínimo de 75% nas respostas positivas. As sugestões e opiniões foram compiladas e apresentadas em quadros. O vídeo educativo em estudo foi o primeiro a ser desenvolvido dentro da temática no cenário nacional, sendo um material considerado validado do ponto de vista de aparência e conteúdo, apresentando bom IVC global (0,991) a partir da validação dos juízes, nível de concordância excelente entre os juízes (91,1% a 100%) além dos

representantes do público-alvo (96% a 100%). Sendo assim, consiste em tecnologia que deve ser considerada no contexto das atividades educativas como instrumento capaz de favorecer a adesão ao tratamento conservador com pessário em mulheres com prolapso genital. Diante das sugestões e contribuições oriundas do processo de validação, mesmo tendo alcançado IVC favorável, o vídeo educativo passou por modificações, ajustes e acréscimos a fim de torná-lo mais eficaz, alterando-se de 7 minutos para 10 minutos e 13 segundos em sua versão final.

Palavras-chave: Prolapso de órgão pélvico. Terapêutica. Estudos de Validação. Mídia Audiovisual. Autoeficácia. Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to develop and validate an educational video to promote the accession of women with pelvic organ prolapse the use of vaginal pessary. It was a methodological research. To conduct the study, were followed two phases: development and validation of the video. In constructing the video were followed three phases: pre-production (synopsis, argument, script, storyboard), production and post-production. For the construction of the proposed educational material, it was first identified target group profile to be established content and the language of video. During this phase, the researcher followed by 12 months the pessary of consultation, and accompanied 17 women. It was identified that the main difficulties women about the treatment pessary passed by the field of knowledge, hence they did not adhere to treatment or interrupted after accepting insert the device. For the appearance of validation, content and script technical and educational video, we selected 24 judges according to pre-established criteria, 12 health and 12 of the communication area, and for the appearance of validation by the relevant public were selected 22 women, captured in the General Hospital of Fortaleza, located in the city of Fortaleza, Ceará. The data collection period with judges and women occurred between January 2014 and November 2015. For data collection, three instruments were used, two targeted judges, respectively content and appearance, and the other to the target audience. The validity of video content, the Content Validity Index (CVI) has been used, with cutoff of 0.80. The validity of appearance by the judges and audience were considered validated the items you obtain a minimum level of agreement of 75% in positive responses. The suggestions and opinions were compiled and presented in tables. The educational video study was the first to be developed within the theme on the national scene, being a material considered valid from the point of view of appearance and content, as presented good overall IVC (0.991) from the validation by judges and level excellent agreement between the judges (91.1% -100%) and representatives of the target audience (96% to 100%). Thus, it consists of a technology that should be considered in the context of educational activities as a tool to encourage adherence to conservative treatment with vaginal

delivery in women with indication of this therapeutic approach. In the face of suggestions and contributions from the validation process, even reaching favorable IVC, the educational video has undergone modifications, adjustments and additions to make it more effective, changing from 7 minutes to 10 minutes in the final version.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse. Therapeutics. Validation Studies. Video-Audio. Self Efficacy. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da validade de conteúdo - Área da saúde. Fortaleza, 2016.....	56
Quadro 2 - Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da validade técnica - Área da Comunicação. Fortaleza, 2016.....	57
Quadro 3 - Cenas do vídeo educativo de acordo com as fontes de informação de autoeficácia.....	71
Quadro 4 - Opinião das mulheres pertencentes ao público-alvo quanto ao vídeo por unidades temáticas.....	93
Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos inclusos na revisão integrativa. Fortaleza, 2014.....	24
Figura 2 - Etapas da pesquisa - Construção e validação do vídeo educativo.....	49
Figura 3 - Validação do Roteiro do Vídeo Educativo.....	53
Figura 4 - Site na Web, gerado em Google Docs, preenchido pelos juízes. Fortaleza, 2016.....	58
Figura 5 - Validação do Vídeo Educativo.....	62
Figura 6 - Trechos do <i>storyboard</i> apresentando: A. Enfermeira e apresentadora relatando o conceito de prolapso de órgãos pélvicos e seus sintomas; B. Enfermeira orientando sobre os tipos de tratamentos para POP; C. Pessário; D. Inserção do Pessário; E. Médico explicando o tratamento para a paciente; F. Depoimento de uma paciente no consultório.....	72
Figura 7 - Nível de concordância entre representantes do público-alvo por aspectos avaliativos de aparência.....	86
Figura 8 - Índice de validade de conteúdo dos juízes técnicos segundo os domínios do roteiro e do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.....	90
Figura 9 -. Índice de validade de conteúdo dos juízes técnicos segundo os domínios do roteiro e do vídeo educativo. Fortaleza, 2016 Fortaleza, 2016.....	91
Figura 10 - Nível de concordância do público-alvo segundo domínios do roteiro e do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos estudos.....	27
Tabela 2 - Categorização dos estudos quanto à avaliação do resultado das intervenções.....	29
Tabela 3 - Caracterização dos juízes de conteúdo participantes do estudo, segundo o Sistema de Classificação de Experts adotado. Fortaleza, 2016.....	73
Tabela 4 - Distribuição da concordância entre juízes de conteúdo acerca do roteiro vídeo educativo (N=12). Fortaleza, 2016.....	75
Tabela 5 - Avaliação geral dos juízes de conteúdo do vídeo educativo (N=12). Fortaleza, 2016.....	78
Tabela 6 - Caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo. Fortaleza, 2016.....	80
Tabela 7 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica do roteiro do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.....	80
Tabela 8 - Avaliação dos aspectos técnicos do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.....	82
Tabela 9 - Distribuição das mulheres representantes do público-alvo segundo suas características sociodemográficas.....	84
Tabela 10 - Distribuição da concordância da avaliação do roteiro do vídeo educativo pelo público-alvo. Fortaleza, 2016.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DAP	Disfunção do Assoalho Pélvico
DP	Desvio Padrão
ICS	International Continence Society
IU	Incontinência Urinária
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
POP	Procedimento Operacional Padrão
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
PUBMED	Public/Publish Medline
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMAP	Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
5	METODOLOGIA.....	47
5.1	Tipo de estudo	47
5.2	Descrição do local do estudo.....	47
5.3	Etapas do estudo.....	48
5.4	Análise dos dados	63
5.5	Aspectos éticos da pesquisa	64
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
7	CONCLUSÃO.....	99
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES.....	112
	ANEXOS.....	142

1 INTRODUÇÃO

A Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP) é condição clínica comum e responsável por significativa morbidade na população atingida. Apresenta-se como crescente desafio clínico e financeiro para o Serviço de Saúde (PIERCE et al., 2015).

Uma vez observado aumento da prevalência de fatores predisponentes a essa entidade nosológica, tais como obesidade e envelhecimento da população, prevê-se que a demanda futura de cuidados de saúde relacionados à DAP aumentará 50% nos próximos 30 anos, comprometendo, potencialmente, a capacidade de atendimento atual dos serviços de saúde (PIZARRO-BERDICHEVSKY; CLIFTON; GOLDMAN, 2015).

A DAP compreende sinais e sintomas que estão associados com prejuízo da autoimagem (LOWDER et al., 2014), além de distúrbios funcionais do trato urinário inferior e micção (KIRK et al., 2015), do trato gastrointestinal inferior e defecação (CERRUTO et al., 2013) e/ou na função sexual (SAKS et al., 2010; HAYLEN et al., 2010). Deste modo, alterações na musculatura pélvica podem resultar em condições clínicas como Incontinência Urinária (IU), Prolapsos de Órgãos Pélvicos (POP) e disfunções anorretais (ALMEIDA et al., 2011), estas variam de assintomáticas para incomodativas, sendo um desafio para pacientes e profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (VASCONCELOS et al., 2013).

Embora não coloquem diretamente a vida das pacientes em risco, o POP traz implicações em vários domínios da qualidade de vida, contribuindo para alterações nas condições de saúde física, funções cognitivas, satisfação sexual, nas atividades do cotidiano, no bem-estar emocional, na vida familiar e social, ocasionando problemas sexuais, isolamento social, baixa autoestima e depressão (SEXTON et al., 2011; BEZERRA et al., 2014).

Contudo, apesar do impacto gerado no cotidiano, relativamente poucas mulheres com POP buscam tratamento para o problema, pois parecem considerar como algo normal do processo de envelhecimento ou acreditam que essa condição não tem solução (HAGENS; THAKAR, 2015). Nessa perspectiva, baseando-se na queixa clínica da mulher e na sua busca por atendimento torna-se difícil averiguar a real

incidência do prolapso genital. Estima-se que a prevalência seja de 21,7% em mulheres de 18 a 83 anos, chegando a 30% nas pacientes entre 50 e 89 anos. O pico situa-se entre 60 e 69 anos chegando a 42,1% por 10.000 mulheres (OLSEN et al., 1997; HAGEN; STARK, 2011).

Sabe-se que o conhecimento sobre a sua condição é importante na busca e adesão ao tratamento. Todavia, investigações, apontam que grande parte das mulheres não conhece nenhuma forma de tratamento para POP ou tem conhecimento apenas da cirurgia. Esta por sua vez é a opção mais procurada entre as que buscam ajuda profissional (AYELEKE et al., 2013), provavelmente por ser o tipo de tratamento mais conhecido e mais ofertado.

As condutas frente a um prolapso genital se dividem em cirúrgicas e clínicas. Na conduta clínica, há a possibilidade do uso de pessários vaginais e também da abordagem fisioterápica. Na conduta cirúrgica, são descritas uma extensa variedade de intervenções, por diferentes vias de acesso, e complexa diversidade de materiais (MAHER et al., 2013; CÂNDIDO et al., 2012).

Contudo, é fato que as taxas de falha dos procedimentos cirúrgicos existem, com variação de 15 a 20%, além do aumento do risco estimado do POP para 30% após tratamento cirúrgico primário (JONES et al., 2010; ANTUNE; MOUALLEM; SINISCALCHI, 2012), assim faz-se necessária atenção na escolha da melhor abordagem terapêutica, seja conservadora ou cirúrgica (CÂNDIDO et al., 2012).

Diante desse cenário, nos últimos anos, a utilização do pessário vem ganhando maior projeção pelos bons resultados sejam estes relacionados à mulher como a melhora dos sintomas urinários e do prolapso, aumento da frequência e satisfação sexual, elevação dos escores de qualidade de vida e autoestima, ou relacionados ao tratamento com reduzido índice de efeito colateral, baixo risco, diminuição de custos e da fila de espera por procedimentos cirúrgicos (ATNIP; O'DELL, 2012; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS-ACOG, 2007; CLEMONS et al., 2004).

Além dos benefícios supracitados, revisão sistemática aponta que a satisfação em utilizar o pessário foi verificada em 70 a 92% das mulheres que o utilizam (BABET et al., 2011), sendo desta forma a primeira linha de tratamento estimulada por

86% dos ginecologistas americanos (POTT-GRINSTEIN et al., 2001; LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011) e escolhida por mulheres com POP sintomático como tratamento inicial nos EUA (KAPOOR et al., 2009; COLLINS, 2015). Todavia, no tocante às taxas de adesão, observa-se grande variação com valores de 61 a 100% (HANSON, 2006; FERNANDO, 2006; SARMA, 2009). No entanto, com o decorrer do uso do dispositivo as taxas de seguimento tendem a decrescer com intervalos de 11 a 86% (MAITO, 2006; SARMA, 2009; LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011).

Nesse sentido, estudo qualitativo com 20 mulheres latino-americanas com POP sintomático buscou identificar quais os fatores considerados pelas mesmas durante o processo de escolha do tratamento para POP. Dentre os motivos que as levaram a optarem pelo pessário tem-se: 1. O conhecimento acerca do dispositivo, 2. A confiança na melhora dos sintomas, 3. A indicação do médico, 4. O medo da abordagem cirúrgica, 5. As restrições financeiras para custear o tratamento cirúrgico, 6. O desejo por alívio imediato e 7. Presença de comorbidades que trouxessem riscos cirúrgicos. No tocante ao seguimento do uso, a explicação acerca da utilização adequada do dispositivo, a satisfação com a melhora dos sintomas, a troca de experiências com outras mulheres que usavam o pessário e o acompanhamento inicial com profissionais da saúde foram os fatores mais alegados (SEVILLA et al., 2013).

Observa-se assim que, apesar dos vários benefícios do pessário, a escolha e continuidade da mulher por essa abordagem de tratamento é um tanto complexa e perpassa por esferas relacionadas ao conhecimento, à motivação e à confiança (BABET et al., 2011; LONE et al., 2011). Logo, o uso desse dispositivo é um ótimo exemplo de tratamento em que a adesão e o seguimento são fortemente relacionados aos conceitos de autoeficácia e crenças em saúde, de tal modo a ser incisivo no processo saúde e doença da mulher com POP.

Corroborando com esse pensamento, nos Estados Unidos os programas de promoção da saúde estão cada vez mais considerando o modelo de crenças em saúde ou modelo de autoeficácia de Bandura, Azzi e Polydoro (2008), fato que deve ser compreendido e praticado também nos países em desenvolvimento, já que devem considerar as complexas interações entre características sociodemográficas, conhecimentos, crenças e comportamentos de saúde (BARROS et al., 2014).

Segundo Bandura, Azzi e Polydoro (2008), a autoeficácia é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir o resultado desejado, frente ao exposto, profissionais vem desenvolvendo tecnologias orientadas na teoria de autoeficácia, com objetivo de sensibilizar a população-alvo à adoção de comportamentos saudáveis, direcionadas principalmente para ações de promoção da saúde que englobem os indivíduos e família (JOVENTINO et al., 2015; DODT et al., 2015).

Sabedores que a promoção da saúde compreende o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002), no campo de atuação da uroginecologia, a Educação para a Promoção da Saúde surge como prática capaz de promover e estimular a adoção de comportamentos saudáveis, bem como fornecer suporte para que o profissional de saúde avalie as condições da mulher para assumir com suficiência o seu autocuidado (LISBOA; PEDROSO, 2012).

Dessa forma, intervenções educativas possibilitam a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da área da saúde e o paciente (LIMA et al., 2010; OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014). Nesse aspecto, o enfermeiro como educador poderá atuar em estratégias para enfrentar os problemas advindos do POP, nos fatores relacionados à adesão e ao seguimento das pacientes em uso do pessário e na sensibilização da mulher para o seu papel ativo na tomada de decisão do seu processo terapêutico (JONES et al., 2011).

Diante das demandas por abordagens educativas, alternativas que envolvam os sujeitos em sua totalidade biopsicossocial e cultural, superando a mera transmissão de informações, revelam-se como opção terapêutica eficaz para a educação em saúde. Dessa forma, a literatura aponta que as estratégias audiovisuais, como vídeos, são capazes de desenvolver atitudes perceptivas, solicitando constantemente a imaginação e atribuindo à afetividade um papel de mediadora primordial do aprendizado (JOVENTINO et al., 2015; OSTHERR et al., 2015).

A linguagem do vídeo é sintética, isto é, combina imagens, sons e fala com um mínimo de texto escrito, conseguindo por essa interligação, apresentar ideias complexas de maneira mais compreensível do que a forma textual verbal e atingir o

público por meio dos sentidos (OSTHERR et al., 2015). Dessa forma, o vídeo educativo torna a informação onipresente, universal e polivalente, pois desperta interesse em pessoas de diferentes classes sociais ou níveis educacionais, pertencentes a comunidades urbanas ou rurais, além disso, ensinam, discutem, divulgam informações, influenciam, emocionam, dão voz e vez às pessoas, e, portanto, ajudam a salvar vidas (MORAES, 2008; MOREIRA et al., 2013).

Sabe-se que as palavras de um livro permanecem de forma parcial em nossa memória, enquanto uma imagem pode ficar de forma integral para sempre (KVEDAR; COYE; EVERETT, 2014). Estudos apontam que a maioria das informações obtidas pelo homem provém de estímulos visuais e auditivos, sendo mais facilmente memorizadas quando há associação entre esses sentidos (CAPURRO et al., 2014; OSTHERR, 2015).

O vídeo constitui-se em uma estratégia de manuseio fácil que proporciona o desenvolvimento do pensamento crítico, a promoção da expressão e da comunicação, o favorecimento de uma visão mais ampliada da realidade, a integração de diferentes capacidades, bem como a valorização do trabalho coletivo (VARGAS; ROCHA; FREIRE, 2007).

Embora a base de evidências em relação ao uso do pessário venha crescendo substancialmente, sobretudo em países desenvolvidos, são escassos estudos que relatem intervenções utilizando vídeos educativos que atuem na adesão e seguimento ao uso do pessário, bem como utilizando teorias que respaldem essa ação. Além disso, estudos ratificam a necessidade do envolvimento do Enfermeiro, que presta cuidados no manejo conservador do POP com pessário, em realizar estudos que busquem formas de melhorar a adesão e satisfação da paciente na experiência com este dispositivo (O'DELL et al., 2012).

Partindo do pressuposto que, no contexto brasileiro, em especial nordestino, o conhecimento acerca da abordagem com pessário no manejo conservador do POP e dos seus benefícios nos sintomas dessa condição são poucos difundidos entre as mulheres que vivenciam essa problemática, faz-se o seguinte questionamento: Um vídeo educativo embasado na teoria da autoeficácia para mulheres com prolapso sintomático seria válido para a promoção da adesão e seguimento ao uso do pessário?

Nesse contexto, este estudo torna-se relevante à medida que busca propor e avaliar uma tecnologia educativa adicional e economicamente viável, a fim de maximizar a aceitação de mulheres com POP ao uso do pessário, além de melhorar a assistência à saúde das mulheres com DAP e estimular enfermeiros a realizar estratégias educativas com esta população. Em longo prazo, a utilização dessa tecnologia poderá favorecer o sistema de saúde na diminuição dos custos e das filas de espera por procedimentos cirúrgicos, tendo em vista o seu papel motivador ao uso do pessário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Elaborar e validar um vídeo educativo para a promoção da adesão de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos ao uso do pessário vaginal.

2.2 Objetivos específicos

- Validar o conteúdo, aparência e as características técnicas do vídeo educativo com juízes;
- Avaliar a concordância entre os juízes quanto ao objetivo, à organização, à linguagem, à aparência e à motivação do vídeo;
- Validar a aparência e compreensão do vídeo educativo com o público-alvo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A prática baseada em evidência (PBE), apesar de não estar isenta de críticas, pode contribuir para a consistência da fundamentação de uma decisão clínica ou de saúde pública.

A Saúde Baseada em Evidências pode ser definida como o uso consciencioso, explícito e judicioso das melhores evidências na tomada de decisões relativas à prática com pacientes individuais, unindo evidências produzidas em pesquisa com a experiência clínica. Essa abordagem, também leva em conta, a experiência, o conhecimento técnico individual e os valores e preferências dos pacientes, no entanto preconiza que estes devam estar associados às evidências objetivas (BRASIL, 2012).

Com o avanço tecnológico e aquisições ao processo do cuidar, a prática dos profissionais de saúde foi ampliada, exigindo novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser. Assim, é necessário compreender o impacto que estas mudanças apresentam no cuidado, no sentido de validar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem sua aplicação. Emerge assim, a necessidade de pesquisas que comprovem a efetividade das intervenções atuais, tornando-as mais confiáveis (PEDROLO et al., 2009).

Atualmente, devido a inúmeras inovações na área da saúde, a tomada de decisão dos enfermeiros necessita estar pautada em princípios científicos, a fim de selecionar a intervenção mais adequada para a situação específica de cuidado, uma vez que existem diferenças entre esperar que estes avanços tenham resultados positivos e verdadeiramente saber se eles funcionam (GALVÃO et al., 2004).

Dessa forma, sabedores que a PBE interliga os resultados da pesquisa e sua aplicação prática, uma vez que conduz a tomada de decisão no consenso das informações mais relevantes para o melhor cuidar, notou-se a necessidade em verificar na literatura as intervenções documentadas para promoção da saúde de mulheres com DAP, para tanto se utilizou como ferramenta os pressupostos da revisão integrativa da literatura.

3.1 Revisão Integrativa das Intervenções para a Promoção da Saúde de Mulheres com Disfunção do Asoalho Pélvico

Preocupados com o atual cenário da DAP, diversos profissionais vêm buscando aprimorar o atendimento oferecido por meio de pesquisas que avaliam estratégias para prevenção de DAP e para a promoção da saúde de mulheres com DAP, contribuindo para a melhora da qualidade de vida, através de evidências científicas (FLANAGAN et al., 2012). Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: quais as intervenções eficazes utilizadas para prevenir a DAP e promover a saúde das mulheres com DAP descritas na literatura?

Um dos propósitos da Prática Baseada em Evidências (PBE) é encorajar a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (MENDES et al., 2008).

Devido ao grande volume de informações científicas geradas na área da saúde, assim como a variabilidade em sua qualidade, há necessidade de sínteses que facilitem o acesso às mesmas, possibilitando conclusões baseadas nos resultados oriundos de múltiplas fontes, fornecendo subsídio científico para a tomada de decisão, tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor (BRASIL, 2012).

Desta forma, a revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE, que permite a incorporação das evidências na prática clínica de forma clara e compendiada. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES et al., 2008).

Logo, considerando os aspectos mencionados, esta revisão integrativa da literatura buscou avaliar as evidências disponíveis sobre intervenções para prevenir DAP e promover a saúde de mulheres com DAP. Acredita-se que os resultados obtidos possam cooperar para o aperfeiçoamento da assistência da mulher nessa condição.

Esta revisão integrativa percorreu as etapas propostas por Mendes et al., (2008): estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados, e a última etapa foi constituída pela apresentação da revisão.

Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (*Public/Publish Medline*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), Scopus e Cochrane.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para esta revisão integrativa foram: ser artigo de pesquisa completo, estar publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol, retratar intervenções utilizadas tanto na promoção da saúde de mulheres com DAP como na prevenção de DAP.

Em virtude das características específicas para o acesso de cada uma das cinco bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, previamente estabelecidos, para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis viéses. Foram utilizados como palavras-chave os descritores controlados: prolapso de órgão pélvico, incontinência urinária e promoção da saúde e seus similares no idioma inglês (*urinary incontinence, pelvic organ prolapse and health promotion*). Duas buscas foram realizadas por base, utilizando as respectivas combinações: promoção da saúde AND incontinência urinária e; promoção da saúde AND prolapso de órgão pélvico.

A busca foi realizada pelo acesso *online*, no mês de fevereiro de 2014, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída por sete artigos (**Figura 1**).

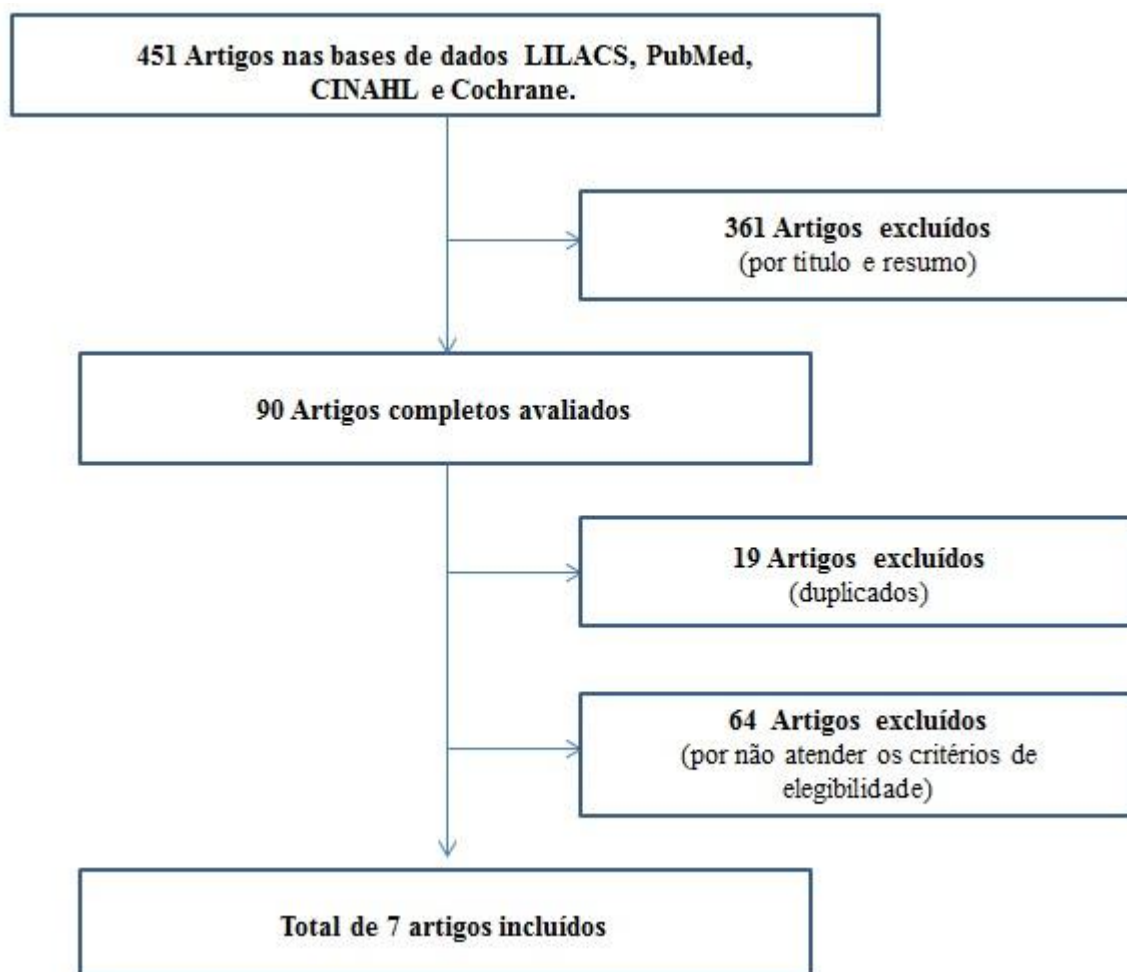


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção de artigos incluídos na revisão integrativa. Fortaleza, 2014.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento adaptado (URSI, 2005), o qual contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foi utilizado um quadro sinóptico também adaptado (URSI, 2005), especialmente construído para esse fim, que contempla os seguintes aspectos: nome da pesquisa, nome dos autores, intervenção estudada, resultados, recomendações e conclusões.

Para a avaliação dos resultados das intervenções, verificaram-se os tipos de medidas de resultados. De acordo com comitê de padronização da *International*

Continence Society (ICS) recomenda-se que as pesquisas cujos objetivos sejam avaliar intervenções e efeitos terapêuticos em mulheres com disfunção do assoalho pélvico levem em consideração as seguintes mensurações de resultados interventivos: observações do paciente em relação aos sintomas, a quantificação dos sintomas do paciente, observações clínicas (anatômicas e funcionais), a qualidade de vida do paciente e as implicações socioeconômicas do tratamento (HAYLEN et al., 2010).

Após analisadas, as intervenções foram categorizadas, de acordo com o tipo de intervenção seguindo o modelo adaptado proposto por Palmer (2005) para a promoção da saúde de mulheres com sinais e sintomas de DAP ou com o diagnóstico de DAP, sendo estas:

- 1. Estratégias primárias** - intervenções com objetivo de remover as causas, quando possíveis, que levem ao desenvolvimento da DAP antes do aparecimento da mesma (exemplo: orientações sobre alterações no trato genitourinário devido à menopausa em mulheres na pós-menopausa);
- 2. Estratégias secundárias** - são aquelas cujas intervenções buscam atenuar ou prevenir o agravamento de uma DAP já existente;
- 3. Estratégias terciárias** - buscam adaptar e qualificar as mulheres que utilizam dispositivos permanentes no manejo desses recursos ou curar, no caso dos procedimentos cirúrgicos.

As intervenções também foram categorizadas de acordo com um sistema de classificação previamente desenvolvido, em: comportamentais, cognitivas ou sociais. As intervenções comportamentais são aquelas que propõem estímulos associados à adesão ao tratamento (exemplo: lembretes). Intervenções cognitivas são aquelas que fornecem novas informações, educam mulheres sobre os tipos de tratamento e esclarecem possíveis conceitos errôneos. As intervenções sociais utilizam *peers counselors* (pessoas da comunidade treinadas para oferecer informações) ou profissionais com vistas a aumentar a adesão ao tratamento (VASCONCELOS et al., 2011).

Os artigos foram classificados quanto ao nível de evidência em 1, quando as evidências eram provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados, relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas

baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2, caso as evidências derivassem de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; 3, quando as evidências eram obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4, evidências oriundas de estudos de coorte e de caso controle bem delineado; 5, evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo, e 7, evidências originárias de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK, 2005).

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, a fim de atingir o objetivo desse método.

Por meio da análise dos artigos selecionados, obteve-se que todos foram publicados em periódicos de procedência internacional. Quanto às bases de dados, três artigos foram identificados no *PubMed*, dois na *Scopus* e dois na *Cochrane*.

Em relação ao tipo de revista nas quais foram publicados, um pertencia a uma revista de enfermagem e seis foram publicados em revistas médicas. Destes um era de área específica (Geriatrics) e cinco em revistas gerais de saúde. Ressalta-se que quase todos os estudos analisados tratavam da prevenção e manejo da Incontinência Urinária (IU) e apenas um, versava acerca do Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Caracterização dos estudos.

Estudos	N	Referência
Evidências		
Nível 1	02	SMAIL et al., 2010; AYELEKE et al., 2013
Nível 2	05	KIM, 2001; TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; RUTH, 1995
Tipo de DAP		
Incontinência Urinária	06	KIM, 2001; TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; 15, AYELEKE et al., 2013
Prolapso de Órgãos Pélvicos	01	ISMAIL et al., 2010
Classificação das intervenções (n=31)		
Quanto ao resultado		
Primárias	05	TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; ISMAIL et al., 2010
Secundária	24	KIM, 2001; TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; RUTH, 1995; ISMAIL et al., 2010; AYELEKE et al., 2013
Terciária	2	AYELEKE et al., 2013
Quanto às estratégias utilizadas		
Comportamental	13	KIM, 2001; TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; AYELEKE et al., 2013
Cognitiva	07	KIM, 2001; TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; RUTH, 1995
Social	11	ISMAIL et al., 2010; AYELEKE et al., 2013
Quanto à abordagem		
Terapia comportamental	06	TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; RUTH, 1995
TMAP	15	KIM, 2001; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; RUTH, 1995; AYELEKE et al., 2013

Treinamento da bexiga	01	AYELEKE et al., 2013
Fármacos	01	AYELEKE et al., 2013
Terapia com hormônio	04	ISMAIL et al., 2010
Suportes mecânicos (Pessários)	01	AYELEKE et al., 2013
Cirurgia	01	AYELEKE et al., 2013
Terapia com cones vaginais	01	AYELEKE et al., 2013
Estimulação elétrica e/ou magnética	01	AYELEKE et al., 2013

* Alguns estudos que contêm mais de uma intervenção.

Quanto ao desenho metodológico, os artigos foram classificados como: revisão sistemática (n=02) e ensaios clínicos randomizados controlados (n=5). O maior número de pesquisas utilizou intervenções secundárias (n=24), seguido das primárias (n=05) e terciárias (n=02). Em relação aos tipos de estratégias empregadas, o maior número de estudos optou por estratégias comportamentais (n=13), seguidas das sociais (n=11) e das cognitivas (n=07).

No tocante a categorização das intervenções quanto à abordagem, foram identificados 31 tipos de intervenções, sendo estas utilizadas de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções. Dentre os tipos encontrados tem-se: Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP), treinamento físico com cones vaginais, terapia comportamental, treinamento da bexiga (regime de micção programada), estimulação elétrica e/ou magnética, suportes mecânicos (pessários vaginais), terapia com hormônio e tratamentos cirúrgicos (**Tabela 1**).

As medidas de avaliação do resultado das intervenções descritas foram diversificadas, com maior preocupação sobre as queixas relatadas pela paciente e o impacto na qualidade de vida, medidos por meio de instrumentos validados, na maioria dos casos, gerais ou específicos para determinadas condições (**Tabela 2**).

Tabela 2. Categorização dos estudos quanto à avaliação do resultado das intervenções.

Estudo	N	Referência
Medidas de avaliação		
Observações do paciente quanto aos sintomas	5	KIM, 2001; TANNENBAUM, 2013; RUTH, 1995; ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013
Quantificação dos sintomas do paciente	7	KIM, 2001; TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002; RUTH, 1995; ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013
Observações clínicas (anatômicas e funcionais)	3	KIM, 2001; KIM, 2001; ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013
Qualidade de vida	5	ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002; RUTH, 1995; ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013
Implicações socioeconômicas	2	RUTH, 1995; ISMAIL et al., 2010
Instrumentos de mensuração		
Quantificação do Sintomas		
- <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire, ICIQ</i>	1	TANNENBAUM, 2013
- <i>Severity index in female urinary incontinence</i>	1	CHIARELLI; COCKBURN, 2002
-Questionários não validados	2	KIM, 2001; ERWIN et al., 2012
-Diário miccional	1	RUTH, 1995
-Auto relato	2	ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013
Qualidade de Vida específica		
- <i>Incontinence Quality of Life Instrument, I-QOL</i>	2	ERWIN et al., 2012; AYELEKE, 2013
-Incontinence impact questionnaire, IIQ-7	2	CHIARELLI; COCKBURN, 2002; AYELEKE, 2013
- <i>Incontinence Impact on Life Questionnaire</i>	1	RUTH, 1995
<i>Adapted</i>		
- <i>Urogenital distress inventory, UDI-6</i>	2	CHIARELLI; COCKBURN, 2002; AYELEKE, 2013

- <i>Prolapse quality of life questionnaire</i> , PQoL	1	ISMAIL et al., 2010
Qualidade de Vida Geral		
- <i>Self-report questionnaires</i> , SF-12	1	ERWIN et al., 2012
- <i>Quality of Life Scale</i> , QoLS-N	1	AYELEKE, 2013
Implicações socioeconômicas		
-Perguntas específicas sobre custos econômicos com a doença	2	ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013
Observações do paciente quanto aos sintomas		
- <i>Patient's Global Impression of Improvement</i> , PGI-I	1	TANNENBAUM, 2013
-Questionários não validados	1	KIM, 2001
-Auto relato	3	RUTH, 1995; ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013
Observações Clínicas		
- <i>Pelvic Organ Prolapse Quantification System</i> , POP-Q	1	ISMAIL et al., 2010
- <i>Pad test</i>	2	KIM, 2001; ISMAIL et al., 2010
-Exame físico	2	ISMAIL et al., 2010; AYELEKE, 2013

As intervenções descritas nos estudos tiveram como alvo desde a prevenção da DAP até a sua cura, quando possível; sendo descritas em três níveis.

Intervenção Primária

As intervenções primárias encontradas na presente revisão tinham como público alvo mulheres no pós-parto (CHIARELLI; COCKBURN, 2002), idosas (TANNENBAUM, 2013; ERWIN et al., 2012; ISMAIL et al., 2010) e mulheres na pós-menopausa (ISMAIL et al., 2010). Em todos os estudos, os sujeitos já haviam apresentado sinais e sintomas de algum tipo de DAP (IU ou POP), contudo não apresentavam o diagnóstico ou conhecimento acerca dessa condição.

A terapia comportamental e o TMAP foram as principais abordagens utilizadas na prevenção da IU, todavia um estudo buscou avaliar a utilização de hormônios na prevenção de POP (ISMAIL et al., 2010).

As estratégias de intervenções foram variadas, prevalecendo as cognitivas e comportamentais, usadas de forma individual ou em associação, com tempo de duração que alternou de quatro dias até seis meses, utilizando ferramentas do tipo oficinas, treinamento com especialistas (ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002), cartilha (CHIARELLI; COCKBURN, 2002), slides (TANNENBAUM et al., 2013), folhetos (ERWIN et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002), lembrete (CHIARELLI; COCKBURN, 2002) e exercícios de Kegel (CHIARELLI; COCKBURN, 2002). A utilização em conjunto de diferentes estratégias se mostrou eficaz em prevenir a DAP (CHIARELLI; COCKBURN, 2002).

As intervenções que utilizaram como estratégia os lembretes (cartazes ou telefonemas) tiveram grande impacto em relação à adesão à terapia comportamental e o TMAP, seja melhorando a qualidade dos exercícios (Grupo controle: 57,6%, grupo intervenção: 83,9%), ou elevando o número de exercícios diariamente (Houve variação na taxa de exercícios diários de: 0 exercícios, antes da intervenção, para 3 vezes por semana ou mais, após intervenção; $p=0,001$). Essas intervenções partem do pressuposto que as pessoas precisariam somente de um estímulo (lembrete) para praticar a conduta adequada. No caso das mulheres, esse estímulo pode ser feito por meio de ligações telefônicas ou cartazes lembrete, para estimular a realização dos exercícios (CHIARELLI; COCKBURN, 2002) e em atividades pautadas na terapia comportamental (TANNENBAUM et al., 2013).

No geral, os resultados foram animadores, demonstrando que a utilização da terapia comportamental e do TMAP leva a prevenção da IU (com variação 66% a 69%) (TANNENBAUM et al., 2013; CHIARELLI; COCKBURN, 2002), melhora do autoconhecimento com capacidade de controle da continência (TANNENBAUM et al., 2013) e adesão à prática de exercícios do assoalho pélvico em níveis adequados (80% a 88%, $p = 0,001$) (CHIARELLI; COCKBURN, 2002).

Intervenção Secundária

O principal objetivo das intervenções foi utilizar abordagens para melhorar os sinais e sintomas da DAP. A maior parte dos achados da revisão encontra-se nessa categoria.

Com o objetivo de verificar a eficácia do uso de um site (grupo 1) e de uma cartilha educativa (grupo 2), utilizando os pressupostos da terapia comportamental, para a melhora dos sintomas da IU e na qualidade de vida, um estudo mostrou que houve significativa diminuição nos episódios de incontinência urinária após recebimento da intervenção com as tecnologias educativas supracitadas em comparação aos indivíduos do grupo controle (sem intervenção), com mudança na média relatada de episódios de incontinência urinária após seis semanas de intervenção (grupo 1: variou de 7 para 2,8; grupo 2: variou de 6 para 2,9 e grupo controle: variou de 5 para 4,3; $p = 0,00$). Além disso, a taxa média de redução dos episódios de incontinência urinária foi diferente entre os grupos 1, 2 e controle, com maiores taxas de redução nos grupos de intervenção, com taxas respectivamente de 4,2; 3,1 e 0,7 ($p = 0,02$) (RUTH, 1995).

Uma revisão sistemática comparou o TMAP isolado e em conjunto com outros tratamentos ativos para IU. Algumas mulheres relataram cura ou melhora da incontinência quando comparado o TMAP associado aos cones vaginais (93%) e o uso de cones vaginais isolados (75%), apresentando correlação significativa (RR 1.27, IC95%:0.94 -1.71) (AYELEKE et al., 2013).

Com relação à qualidade de vida específica, nesse mesmo estudo, não houve diferenças estatisticamente significantes entre mulheres com Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) ou Incontinência Urinária Mista (IUM) que receberam TMAP adicionado ao treinamento da bexiga e aqueles que receberam treinamento da bexiga isolado três meses após o tratamento, sendo a qualidade de vida avaliada com a *Incontinence Impact Questionnaire-Revised scale* (Diferença média de 5,90, IC 95%: -35,53 a 23,73) ou na *Urogenital Distress Inventory Scale* (Diferença média de 18,90, IC95%: -37,92 a 0,12) (ISMAIL et al., 2010).

Outra intervenção analisada verificou o efeito de um programa de autoeficácia para a continência em mulheres com IUE residentes no Japão, elaborado para melhorar a adesão das mulheres em realizar o TMAP. O programa foi composto por estratégias cognitivas e comportamentais utilizando, panfleto, vídeo, calendário, agenda e telefone (KIM, 2001).

Os resultados mostraram que quase todos os indivíduos do grupo de intervenção afirmaram que o apoio do telefone foi importante no encorajamento do TMAP. O uso do panfleto e do vídeo foi importante no aprendizado inicial, mas uma vez instruídos em fazer o exercício, não houve necessidade de utilização posterior. Outros participantes alegaram que o calendário foi útil para marcar a quantidade de vezes da prática de exercícios e número de perda urinária diária (KIM, 2001).

Nesse mesmo estudo, a avaliação subjetiva dos sintomas antes e após a intervenção mostrou pontuações diferentes, com melhora significativa das pontuações após a intervenção ($p < 0,05$) (KIM, 2001).

Verificou-se que grande parte dos estudos que utilizaram programas educacionais abordando a terapia comportamental e o TMAP para reduzir os sintomas urinários, empregaram teorias que auxiliaram os resultados esperados. As principais teorias foram: *self-efficacy theory* (KIM, 2001) e *self-management theory* (TANNENBAUM et al., 2013). Ressalta-se ainda, a participação interdisciplinar de profissionais da saúde nos programas para a promoção da continência, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas (KIM, 2001, ERWIN et al., 2012; AYELEKE et al., 2013).

Intervenção Terciária

Apenas um estudo (AYELEKE et al., 2013) relatou intervenções terciárias. Trata-se de uma revisão sistemática na qual uma das investigações analisadas foi um ensaio clínico randomizado que comparou os efeitos TMAP acrescido ao uso do pessário de continência em relação ao uso do pessário isolado. O objetivo principal da revisão foi comparar os efeitos do TMAP associado a outros tratamentos ativos (pessários, cones vaginais, eletroestimulação, treinamento da bexiga, terapia comportamental e terapia farmacológica) em relação ao mesmo tratamento ativo

sozinho no tratamento de mulheres com incontinência urinária. Serão abordadas, apenas as intervenções com pessário de continência por integrar o grupo de intervenções terciárias (AYELEKE et al., 2013).

Participaram desta investigação 446 mulheres com sintomas de incontinência urinária de esforço, divididas em três grupos: G1: uso do pessário de continência isolado (n=149), G2: terapia comportamental em conjunto com o TMAP (n=146) e G3: o uso do pessário de continência em combinação com o TMAP (n=150).

Os pessários de continência foram inseridos com sucesso por médicos ou enfermeiros, sendo a inserção realizada no ambulatório. Foram realizadas até três consultas de seguimento com intervalos de duas semanas até a paciente autoinserir adequadamente o dispositivo.

Foi avaliada a melhora dos sintomas através do *patient global impression of improvement* (PGI-I), do autorrelato e através do diário miccional, definindo sucesso para aquelas mulheres que obtivessem proporção de 75% (ou mais) na redução da frequência de episódios de incontinência semanalmente. A qualidade de vida específica também foi avaliada com a escala *Urogenital Distress Inventory - stress incontinence sub-scale* com sucesso definido como a proporção de participantes com ausência de sintomas urinários de esforço e urgência.

Nesta investigação a melhora dos sintomas foi verificada apenas através do diário miccional. Os resultados apontaram índices de melhora e cura autorelatados entre as mulheres que receberam TMAP adicionado aos pessários de continência e aquelas que foram tratadas somente com pessários nos intervalos temporais de seis meses (80/132 contra 69/110; RR 0,97, 95% IC 95%: 0,79-1,18) e 12 meses (52/111 contra 51/96; RR de 0,88, IC 95%: 0,67-1,16) após o início do tratamento (AYELEKE et al., 2013).

Contudo, apesar da melhora dos sintomas autorrelatados nas mulheres que receberam os pessários de continência em associação com o TMAP, os resultados não tiveram poder estatístico suficiente para detectar qualquer diferença significativa nos desfechos primários de interesse da revisão, citados anteriormente (AYELEKE et al., 2013).

Como demonstrado nesta revisão, muitas barreiras em relação à adesão dos pacientes aos tratamentos da DAP podem ser superadas com intervenções bem delineadas. A seleção das intervenções a serem aplicadas deve levar em consideração as características específicas de cada população ou serviço. Um exemplo disso é a evidência de que mulheres idosas se beneficiam mais de intervenções comportamentais com oficinas educativas (KIM, 2001), enquanto que as mulheres em idade reprodutiva, das intervenções cognitivas utilizando lembretes (CHIARELLI; COCKBURN, 2002).

Outro aspecto relevante a ser considerado na aplicação das intervenções é o local ou ambiente. É importante perceber todos os espaços de prestação de serviço como potenciais ambientes promotores de saúde, como, por exemplo, os asilos. No ambiente asilar tem-se a valiosa oportunidade para discutir os sintomas relacionados com a DAP, especialmente pelo perfil demográfico existente nesse espaço.

Sabe-se que a DAP pode estar presente em mulheres com idades variadas, contudo o avanço da idade é um dos fatores de risco mais significativos para a manifestação de POP ou IU. Nesse sentido, devem-se instigar atividades de promoção da saúde do assoalho pélvico nesses espaços, sejam elas cognitivas, sociais ou comportamentais.

A presença de relações, estatisticamente significativas, entre atividades de promoção da continência e melhora dos sintomas em comunidade de idosos (KIM, 2001) subsidia a hipótese de que a intervenção no seu local de habitação pode melhorar a adesão e continuidade do TMAP. Isso sugere que os profissionais de saúde foram receptivos à ideia de discutir a promoção da continência em espaços estratégicos, onde possam existir pessoas com fatores de riscos elevados para essa condição.

O outro espaço conveniente é o hospitalar, podendo ser evidenciado através da implementação de um programa para prevenção da incontinência, em um hospital universitário, em mulheres continentas e sem prolapso no pós-parto (CHIARELLI; COCKBURN, 2002). A implicação mais direta desse estudo, realizado no hospital, foi a recomendação do TMAP para prevenir a DAP logo no pós-parto imediato, bem como tirar dúvidas acerca dessa condição, através de estratégias cognitivas e

comportamentais, explorando recursos variados (telefonema lembrete, manual educativo, folders e cartazes adesivos).

No contexto da DAP, outro aspecto que deve ser ressaltado é quanto às medidas de avaliação dos resultados interventivos. Dentre essas medidas, destaca-se a avaliação da qualidade de vida antes e após as intervenções.

Os problemas ocasionados pela DAP vão além do desconforto físico, afetam a autoestima das mulheres, assim como suas atividades sociais e suas habilidades em manter estilo de vida independente (ORTIZ et al., 2004). Diversos estudos que revisaram os efeitos da IU na qualidade de vida demonstraram que os pacientes sofrem consequências sociais, sentimentos negativos e/ou vergonha em 8 a 74% dos casos, sendo que há moderado a intenso impacto na qualidade de vida em 10 a 22%. Além disso, estudo nacional aponta alterações nas atividades sexuais em 40,9% dos casos, além de restrições sociais (33,5%), domésticas (18,9%) e ocupacionais (15,2%) (SILVA; LOPES, 2009).

A relevância de avaliar a qualidade de vida foi claramente evidenciada nesta revisão, a maioria dos estudos mensuraram esse desfecho, ratificando a importância dessa medida para averiguar a eficácia dos resultados, seja através de questionários específicos (ERWIM et al., 2012; CHIARELLI; COCKBURN, 2002 2002; KIM, 2001; ISMAIL et al., 2010; AYELEKE et al., 2013) ou gerais (ERWIM et al., 2012; AYELEKE et al., 2013).

Contudo, apesar do impacto na qualidade de vida, relativamente poucas incontinentes buscam tratamento para o problema, com taxas de procura de 6% a 14% (LOPES; HIGA, 2006; SIMEONOVA et al., 1999; MINASSIAN et al., 2003). Estudos revelam que 56% das mulheres com IU não buscam auxílio profissional; em 71% dos casos porque consideram o problema como algo normal e em 9,7% porque acreditam que o mesmo não tem solução (HÄGGLUND et al., 2001).

Alguns autores apontam razões comuns para a não procura de tratamento: (1) o fato da IU não ser vista como algo sério ou anormal e ser considerada parte integrante do processo de envelhecimento; (2) a baixa expectativa nos benefícios do tratamento e falta de conhecimento de onde buscá-lo; (3) vergonha, hesitação ou medo

de consultar os profissionais de saúde; (4) custos elevados da consulta e outros (MODROÑO et al., 2004).

Nesse contexto, o conhecimento sobre a sua condição é primordial para um resultado eficaz, sendo importante na busca e adesão ao tratamento. Entre os estudos avaliados na presente investigação, grande parte das mulheres não conhecia nenhuma forma de tratamento para IU ou tinham conhecimento apenas da cirurgia, que foi a opção mais campeada entre as que buscaram ajuda profissional (AYELEKE et al., 2013), provavelmente por ser o tipo de tratamento mais conhecido e mais ofertado.

Todavia, mesmo apresentado disponibilidade de serviço, com modalidades de tratamento conservador e cirúrgico e com equipe multiprofissional de saúde, embora sejam necessários e imprescindíveis, talvez, isoladamente, não consigam reverter esse quadro relacionado a carência de conhecimento.

Nesse sentido, para que ocorram mudanças de conhecimento, intervenções educativas que promovam a reflexão e tragam elucidações sobre a DAP, seu impacto sobre a qualidade de vida, seu manejo e tratamento, se fazem necessárias à população em geral e com fatores de risco para essa condição, bem como aos profissionais de saúde generalistas, principalmente aqueles os quais se encontram na atenção primária dos serviços de saúde, conduzindo dessa forma, uma assistência adequada a quem busca ajuda.

Nesta revisão, as estratégias comportamentais e cognitivas que utilizaram tecnologias educativas como manuais, vídeos, panfletos, lembretes e programas de educação se mostraram eficazes na expansão de informações e busca de tratamento, demonstrando um grande potencial de reprodutibilidade em outras realidades com vistas a melhorar o conhecimento dessas mulheres, com DAP ou com fatores de risco bem elucidados.

A terapia comportamental e o TMAP são estratégias eficazes tanto na prevenção como no tratamento da IU. Essas abordagens quando utilizadas com estratégias cognitivas e comportamentais potencializam seus resultados.

Tanto as estratégias comportamentais, como as cognitivas e sociais, mostraram efeitos positivos no tratamento e na prevenção da IU, todavia, sugere-se

que, quando adequado, se utilize a combinação das intervenções para se obter resultado mais eficaz, como demonstrado.

Ressalta-se a importância da potencialização de uma abordagem preventiva da DAP, atuando em fatores de riscos modificáveis, para tanto o enfoque multiprofissional faz-se premente com atuação conjunta na busca de resultados positivos.

Destaca-se o efeito positivo da utilização de teorias na construção de programas de educação para a continência, tendo em vista que estas potencializaram a confiança do paciente (*self-efficacy theory*) e a gestão dos sintomas (*self-management theory*).

Embora todos os estudos sejam oriundos da literatura internacional, realizados em mulheres de diferentes culturas, raças e etnias, bem como usuárias de um sistema de saúde diferenciado, todas as intervenções propostas são de fácil reprodutibilidade e adaptação ao contexto das mulheres brasileiras.

Espera-se, com esta revisão, incentivar os profissionais de saúde que trabalham com DAP a realizarem pesquisas de intervenção, principalmente ao nível terciário das intervenções (pessários e cirurgias), utilizando teorias que respaldem o seu uso, bem como desenhos metodológicos com maior nível de evidência, contribuindo, dessa forma, para prática em saúde consolidada e baseada em evidências.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Autoeficácia e Teoria Social Cognitiva

Bandura (1977) definiu a autoeficácia (AE) como sendo a crença que o indivíduo tem na sua capacidade para desempenhar um comportamento específico, ou realizar tarefas futuras. Mais tarde, em 1997, o autor ampliou esse conceito e afirmou que as crenças de autoeficácia são as crenças que as pessoas têm em sua capacidade de organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar determinados resultados. Desse modo para Bandura (1997), a expectativa de AE pessoal determina se o comportamento de enfrentamento será iniciado, quanto esforço será empreendido e por quanto tempo esse comportamento será mantido diante de obstáculos e experiências aversivas.

A autoeficácia foi criada no contexto das teorias de base cognitiva, as quais afirmam que os processos cognitivos são mediadores da mudança e os eventos cognitivos são induzidos e alterados, mais facilmente, pela experiência de domínio do desempenho efetivo. Essas teorias explicam o comportamento em termos de processamento central de fontes de informação direta, vicária e simbólica. Sendo assim, esses processos têm papel proeminente na aquisição e manutenção dos novos padrões de comportamento (BANDURA,1977).

Para Bandura (2004), o comportamento humano é desenvolvido por meio da modelagem, pela observação de outros, forma-se uma concepção simbólica de como o novo padrão de comportamento é desempenhado, e, em ocasiões posteriores essa construção simbólica, serve como guia para a ação. Assim, a influência do pensamento e das crenças sobre a programação do reforçamento pode exercer maior influência no comportamento do que o próprio reforçamento. Ou seja, um comportamento com reforçamento positivo não aumenta sua frequência, se o indivíduo acreditar que esse mesmo comportamento não será reforçado no futuro.

Diante de todas essas considerações, os estudiosos cognitivistas acreditam que a motivação é originada em atividades cognitivas, e seu interesse primário é a ativação e a persistência do comportamento. A motivação opera também por meio da influência de objetivos estabelecidos e reações autoavaliativas. A capacidade de representar consequências futuras em pensamentos fornece uma fonte de motivação de base cognitiva.

Na teoria social cognitiva, são dois os sistemas que regulam o comportamento: o consentimento social e o autoconsentimento. As normas sociais influenciam o comportamento antecipadamente mediante as consequências sociais fornecidas. Os comportamentos que violam as normas sociais trazem censura social ou outras consequências punitivas, por outro lado, os comportamentos socialmente valorizados são aprovados e recompensados. Todavia as pessoas não agem somente com base nos consentimentos sociais, ao invés disso, elas adotam certos padrões de comportamentos e regulam suas ações antecipadamente por meio de consequências autoavaliativas que elas criam para si mesmas. Elas se comportam em meios os quais dão autossatisfação e se privam de comportamentos que violam seus padrões por provocarem autocensura (BANDURA, 1997).

Dessa forma, a automotivação envolve padrões com os quais se podem avaliar o desempenho. Isso acontece por meio de reações de autorecompensa condicionais, em que o indivíduo, para alcançar certo nível de comportamento, cria autoindução para persistir em seus esforços até que seus desempenhos se igualem aos padrões autoprescritos. A discrepância negativa percebida entre o desempenho e o padrão estabelecido gera insatisfação que motiva mudanças corretivas no comportamento. Tanto as satisfações antecipadas dos melhoramentos desejados como as avaliações negativas do desempenho produzem incentivos para ação (BANDURA, 1997).

De acordo com Bandura (1997), a força das convicções das pessoas, em sua própria efetividade, poderá afetar se elas irão tentar enfrentar as situações que vivenciam. Sendo assim, a autoeficácia percebida influencia a escolha do ambiente comportamental. Por exemplo, as pessoas sentem e tendem evitar situações ameaçadoras que elas acreditam exceder suas habilidades de enfrentamento, mas elas

se envolvem em atividades e se comportam confiantemente quando elas se julgam capazes de controlar as situações. A autoeficácia não só pode ter influência direta na escolha de atividades e ambientes, mas, por meio de expectativas de sucessos eventuais, ela pode afetar os esforços de enfrentamento uma vez iniciados. Quanto maior a autoeficácia percebida mais ativos são os esforços.

Bandura (1977, 1997) afirma que, com as habilidades apropriadas e com os incentivos adequados, as expectativas de eficácia são o maior determinante para as escolhas das atividades, para determinar quanto esforço será dispendido e por quanto tempo esses esforços serão sustentados em contato com situações estressantes. As crenças de autoeficácia originam-se e alteram-se mediante quatro fontes: experiência de domínio (êxito); experiência vicária; persuasão social e estado emocional. Bandura (1977, 1997) afirma que as experiências de êxito são as mais influentes, já que o próprio indivíduo experimenta sucessos consecutivos, realizando determinada tarefa, tornando-se confiante em seu desempenho para essa atividade específica.

Uma vez estabelecida e aumentada, a AE tende a generalizar-se para outras situações semelhantes àquelas em que a AE foi restaurada. As capacidades comportamentais também podem ser restauradas por meio da modelação (experiência vicária). Ver os outros desempenhar atividades ameaçadoras sem consequências adversas pode gerar expectativas, nos observadores, de que eles também melhorarão se intensificarem e persistirem em seus esforços. Dessa maneira, quando são mostrados os ganhos alcançados pelo comportamento de enfrentamento com esforço, minimiza-se, para os observadores, o impacto negativo da angústia temporária e demonstra-se que mesmo o mais ansioso pode alcançar sucesso por meio da perseverança. Da mesma forma, se se observarem fracassos nesses modelos, julgar-se-á também incapaz (BANDURA, 1977).

Outra fonte descrita pelo autor é a persuasão social, a qual pode desenvolver a autoeficácia por meio do comunicado, feito por outra pessoa ao sujeito, de que ele tem capacidades para atingir o que procura. Esse tipo de influência só tem poder se houver comprovação dos fatos ou se a fonte da persuasão tiver credibilidade para ele (BANDURA, 1977; 1997). Exemplificando, a persuasão verbal pode ser realizada pelos profissionais de saúde, professores, ou pessoas da mais alta confiança do sujeito.

Os estados fisiológicos são outra fonte de informação apontada por Bandura (1997). Estes também informam sobre as capacidades do indivíduo, pois, quando diante de determinada situação, o indivíduo fará o julgamento de suas habilidades. A alta excitação, usualmente, debilita o desempenho, sendo assim, os indivíduos são mais aptos a esperar sucesso quando eles não estão assediados por excitações aversivas do que se eles estão tensos e visceralmente agitados.

As informações do corpo humano também influenciam na expectativa de pessoas em relação à sua capacidade para executar um comportamento específico. Geralmente, a leitura de um estado físico (como fadiga, estresse, tensão, ansiedade ou depressão) em um contexto situacional sinaliza a vulnerabilidade de indivíduos, podendo ainda reforçar sentimentos de incapacidade, levando-os a evitar essa mesma situação (VAN DERBIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). Dessa forma, no caso de um ser humano se sentir ansioso ou amedrontado frente a determinadas tarefas, infere-se que tais sentimentos ocorrem por não ser capaz de realizá-las (YASSUDA; LASCA; NERI, 2005).

Quando um indivíduo aprende a interpretar construtivamente seus estados fisiológicos, constata-se que isso estimula a sua autoeficácia, refletindo na sua satisfação. Pajares (1996) afirma que as pessoas têm a capacidade de alterar os próprios processos mentais e emotivos, assim como a capacidade de alterar a leitura de um estado físico, influenciando diretamente na autoeficácia. Citam-se como exemplo as atividades que exigem força e perseverança, nas quais as pessoas interpretam fadiga, dor e hipoglicemia como indicadores de baixa autoeficácia física.

Diante das explicações do autor, essas fontes de origem e alteração das crenças de AE são avaliações cognitivas feitas pelos indivíduos sobre o controle exercido por si mesmo e/ou pelos outros (modelos) nas situações do ambiente. De acordo com Bandura (1977), o controle comportamental permite ao indivíduo lidar com aspectos aversivos e afeta como o ambiente é percebido por ele. Situações de estresse, que podem ser controladas, são interpretadas como menos ameaçadoras, e essa avaliação cognitiva reduz a excitação antecipatória e dirige a motivação para a ação. O impacto da informação na expectativa de eficácia irá depender de como essa

informação é avaliada cognitivamente. As circunstâncias sociais, situacionais e temporais sobre a ocorrência dos eventos entrarão em tal avaliação.

A teoria social cognitiva de Bandura (1977) descreve um conjunto central de determinantes da saúde, o mecanismo por meio do qual ele trabalha e a forma de traduzir esse conhecimento em práticas de saúde. Esse núcleo de determinantes inclui os conhecimentos dos riscos e benefícios das diferentes práticas de saúde; autoeficácia percebida, crença de que pode exercer controle sobre os hábitos de saúde; expectativas de resultados sobre custos e benefícios para evitar comportamentos de risco; os objetivos de saúde das pessoas e os planos concretos e estratégias para realizá-los; além dos facilitadores e impedimentos sociais e estruturais percebidos para mudar o que almejam (BANDURA, 2004).

Nesse sentido, a autoeficácia está incluída no modelo da teoria social cognitiva como determinante central da adesão em comportamentos de saúde. Bandura (2004) afirma que as crenças de autoeficácia influenciam, direta e indiretamente, os comportamentos de saúde; formam os objetivos e aspirações das pessoas; modelam os resultados que esperam obter com seus comportamentos e os seus esforços para produzi-los.

As crenças determinam também como os obstáculos e impedimentos serão vistos. O autor exemplifica, afirmando que pessoas com baixa autoeficácia desistem de tentar e são facilmente convencidas da inutilidade de seus esforços para superar obstáculos. Em contrapartida, os indivíduos com alto senso de autoeficácia vêem os impedimentos como superáveis, aumentando suas habilidades de automanejo e esforço permanente.

De acordo com Bandura (2004), conhecer os riscos e benefícios da saúde cria a pré-condição para a mudança. Se faltar conhecimento para as pessoas sobre como seus hábitos de vida influenciam sua saúde, elas terão poucas razões para mudar seus comportamentos. Para que ocorra a alteração e/ou manutenção dos hábitos de saúde, mesmo diante de impedimentos, é necessária autoinfluência adicional (como por exemplo, “eu posso fazer”). É aqui que a autoeficácia desempenha o papel nuclear na mudança pessoal, funcionando como fonte de motivação e ação no ser humano.

As expectativas de resultado também afetam os comportamentos de saúde de várias formas, por meio dos resultados físicos, sociais e de autoavaliação. Os primeiros incluem os efeitos prazerosos e aversivos do comportamento, além das perdas materiais e benefícios que acompanham a mudança. Os resultados sociais são produzidos pela aprovação e desaprovação social que o comportamento produz. A última classe de resultados configura-se pelas reações autoavaliativas positivas e negativas para os comportamentos e status de saúde. Dessa forma, de acordo com a teoria social cognitiva, as pessoas adotam ou modificam comportamentos de saúde a partir da autossatisfação e do valor atribuído a eles (BANDURA, 2004).

Seguindo esse parâmetro, o referido autor afirma que a motivação é aumentada se as pessoas forem ajudadas a ver que as mudanças de hábitos são de seu próprio interesse e ampliando o valor dos objetivos que são altamente valorizados por elas. Sendo assim, objetivos de curto prazo, que são mais prováveis de serem alcançados, ajudam as pessoas a ter sucesso por meio de esforços registrados e ações guiadas no presente. Todavia os objetivos de longo prazo determinam o curso da mudança, mas são mais vulneráveis devido aos percalços que podem ocorrer e às dificuldades para controlar o comportamento em curso.

Quando avaliamos a Autoeficácia percebida e o manejo de condições que necessitam do autocuidado esse conceito tem recebido substancial suporte empírico sobre seu papel explanatório no processo de mudança de hábitos de saúde, na manutenção do tratamento prescrito e no manejo das consequências relacionadas à condição de saúde (TOSHIMA et al., 1992). As autocrenças das pessoas em suas capacidades permitem que elas exerçam controle sobre os eventos que afetam suas vidas e como essas crenças se traduzem em realização e motivação (BERRY; WEST, 1993).

As crenças de autoeficácia são elementos chave da agência humana, uma vez que são fortes preditores do nível de realizações que os indivíduos atingem e têm forte impacto no pensamento, no afeto, na motivação e na ação (BANDURA; LOCKE 2003). O senso de eficácia pessoal não apenas facilita o autogerenciamento de desordens físicas, mas também diminui seus efeitos emocionais. Quando afetados pela severidade e pela cronicidade das doenças, os indivíduos com elevada autoeficácia

percebida são menos estressados e menos deprimidos pelas suas condições e usam melhores estratégias de enfrentamento do que aqueles com baixa autoeficácia (BANDURA, 2004).

A autoeficácia percebida influencia o que as pessoas escolhem fazer, sua motivação, sua perseverança frente às dificuldades, sua vulnerabilidade ao estresse e à depressão. Influenciam na situação de presença de doenças crônicas, inclusive no nível de benefício que os indivíduos recebem das intervenções terapêuticas. Assim, a autoeficácia percebida provê um mecanismo de ligação entre fatores psicossociais e o status funcional. Altos níveis de autoeficácia para o enfrentamento das consequências de doenças que necessitam de autocuidado estão associados com a melhora nos sintomas, no melhor bem-estar físico e emocional e no aumento das atividades sociais. Assim, a autoeficácia percebida é uma pré-condição essencial para o manejo apropriado do autocuidado (HOLMAN; LORIG, 1992).

Os resultados de um programa de autogerenciamento de doenças crônicas para pessoas acima de 40 anos, mostraram redução significativa na ansiedade, e aumento na eficácia percebida associada ao menor uso dos serviços de saúde. Apesar de a incapacidade física ter piorado, os participantes mantiveram ou melhoraram todos os outros aspectos do seu status de saúde, e suas atividades e papéis sociais não declinaram (LORIG et al., 2001).

Intervenções designadas para levar as pessoas a alterar seus hábitos de saúde devem ser personalizadas de acordo com seu nível de eficácia pessoal. Pessoas menos eficazes precisam de um programa de automonitoramento guiado para alcançar gradualmente a experiência de maestria no exercício do controle pessoal. Já as pessoas com maior eficácia pessoal percebida necessitam de medidas menos intensivas para mudar seus estilos de vida (BANDURA, 1997).

Nesse sentido, observa-se que a autoeficácia não é estática, mas construída pelo indivíduo por meio de suas interações sociais. Sendo assim, torna-se relevante que os profissionais de saúde, principalmente aqueles ligados aos sistemas públicos de saúde, desenvolvam técnicas de intervenção apropriadas para os indivíduos e para as comunidades de modo geral, tendo o conhecimento prévio sobre as suas crenças de autoeficácia (BANDURA, 2004).

Diante de todas as considerações supracitadas, a autoeficácia parece ter papel fundamental no entendimento de como as pessoas acreditam poder controlar seus comportamentos e se engajar em hábitos de vida mais saudáveis.

Estratégias interventivas adequadas, baseadas nas crenças que os indivíduos têm sobre suas capacidades, tornar-se-ão mais eficazes para promover a mudança de estilos de vida, e podem motivá-los a empreender esforços e serem persistentes perante os obstáculos e impedimentos encontrados. Logo, parece ser de grande valia para a equipe de saúde compreender as relações entre as crenças de autoeficácia e a adesão dos pacientes no que diz respeito aos comportamentos de saúde e o plano terapêutico elaborado.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico e de desenvolvimento. A pesquisa metodológica enfoca o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de um instrumento ou de uma estratégia que possa aprimorar uma metodologia (POLIT; BECK, 2011). Esse tipo de estudo tem como propósito elaborar, validar e avaliar os instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como meta a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (HULLEY et al., 2015).

A pesquisa de desenvolvimento, tem por objetivo conduzir investigações para o desenvolvimento de tecnologias, como produtos, processos, políticas e programas educacionais, que sejam de potencial aplicação e utilidade em métodos de ensino-aprendizagem existentes (MATTA; SILVA; BOAVENTURA, 2014).

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira consistiu na elaboração de uma tecnologia educativa e a segunda fase sua validação. Assim, neste estudo, o instrumento desenvolvido e validado consiste em um vídeo educativo para adesão e seguimento do tratamento com o pessário em mulheres com POP sintomático.

5.2 Descrição do local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Uroginecologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

O Hospital Geral de Fortaleza é uma instituição da rede pública do Ceará, servindo à população do estado e, por sua complexidade, também é referência aos

estados vizinhos. É um hospital terciário estadual, referência em diversas áreas da saúde, incluindo: especialidades de Cirurgia Geral, Neurologia, Neurocirurgia, Reumatologia, Nefrologia, Transplante Renal, Gineco-obstetrícia, Traumato-ortopedia, Oftalmologia, entre outros. O HGF é também um dos maiores centros de treinamento do País, certificado por portaria interministerial (Ministério da Saúde e Educação) como hospital de ensino, atuando na formação de médicos e outros profissionais da saúde. No último ano, foram realizadas 1.150 cirurgias, 16 mil consultas e 100 mil exames laboratoriais por mês (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, 2015).

O serviço de uroginecologia dessa instituição é referência no estado do Ceará, oferecendo atendimentos ambulatoriais, com equipe interdisciplinar (médicos, fisioterapeutas e enfermeiros), bem como tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para pacientes encaminhadas com DAP.

A escolha da instituição se deu por prestar assistência especializada às mulheres com POP, o serviço utiliza pessários com protocolo de atendimento padronizado de inserção e acompanhamento, tendo sido pioneiro no estado do Ceará nessa conduta, configurando-se, portanto em um local ideal para o desenvolvimento deste estudo.

5.3 Etapas do estudo

Esse estudo foi composto por duas etapas: Etapa 1- A construção do vídeo educativo; Etapa 2 - A validação do vídeo educativo.

Neste estudo, foi adotado como referencial metodológico os pressupostos e recomendações de Kindem e Musburger (2005) para a construção de materiais audiovisuais. A Figura 2 evidencia o fluxograma contendo as fases da presente pesquisa.

Figura 2. Etapas da pesquisa - Construção e validação do vídeo educativo.



Fonte: Bezerra (2016).

5.3.1 Etapa 1: Elaboração do vídeo educativo

5.3.1.1 Fase 1. Identificação do perfil do público-alvo para estabelecer o conteúdo e linguagem do vídeo

Para a construção do material educativo proposto, primeiramente foi identificado o perfil do público alvo para ser estabelecido o conteúdo e a linguagem do vídeo. Durante esse momento, a pesquisadora acompanhou por 12 meses as consultas de pessaríio realizada no local do estudo, tendo acompanhado 17 mulheres. Ressalta-se que foram acompanhadas todas as mulheres que eram atendidas no local do estudo.

Foi possível verificar o universo social em que as mulheres estão inseridas e conhecer suas reais necessidades quanto ao tratamento com o pessaríio. Identificou-se que as principais dificuldades das mulheres quanto ao tratamento com pessaríio passava pelo domínio do conhecimento, conseqüentemente elas não aderiam ao tratamento ou o interrompiam após aceitar inserir o dispositivo. Assim, o vídeo educativo proposto foi embasado na teoria da autoeficácia para atuar na adesão e seguimento de mulheres com POP sintomático ao uso do pessaríio.

5.3.1.2 Fase 2. Construção do vídeo educativo

Para iniciar o processo de construção de um vídeo devem-se levar em consideração dois momentos distintos: concepção (criação) e realização (produção e edição) (FIORENTINI, 2002).

Desse modo, inicialmente, utilizaram-se as três etapas propostas por Kindem e Musburger (2005): pré-produção (sinopse ou *storyline*, argumento, roteiro, *storyboard*), produção e pós-produção.

Conforme Kindem e Musburger (2005), a pré-produção consiste na preparação, planejamento e projeto do vídeo a ser produzido, abrangendo todas as

demaís atividades que serão realizadas, desde a concepção da ideia inicial até a filmagem.

a) Pré-Produção: Sinopse ou storyline

A sinopse ou *storyline* é um resumo geral do que será exibido no vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005), devendo possuir cinco linhas conforme orienta Comparato (2009). Sabe-se que a pedagogia audiovisual tem como objetivo recuperar, produzir, conservar e reproduzir, por meio do vídeo, o conhecimento real, deve-se levar em conta tanto o conhecimento científico (conhecimento acadêmico) quanto o conhecimento não formalizado e empírico dos setores populares da sociedade (conhecimento popular) (WOHLGEMUTH, 2005).

Assim, a sinopse possuiu cunho científico embasado na literatura acerca da temática, procurando-se enfocar nos domínios: conhecimento acerca do POP, tipo de tratamentos para o POP e tratamento do POP com o pessário. Além disso, possuiu também cunho empírico, consistindo na vivência da pesquisadora com as mulheres acompanhadas no ambulatório de uroginecologia do HGF que compõem o público alvo do vídeo.

b) Pré-Produção: Argumento

Para a produção do argumento, é necessário identificar o formato do vídeo que pretende-se construir. Assim, para atender as preferências, relacionadas ao estilo e formato do vídeo, do público-alvo, realizou-se no local do estudo uma enquete com 15 mulheres que são acompanhadas pelo serviço de uroginecologia do HGF. O instrumento da enquete contemplou os seguintes aspectos: o formato do vídeo (atores reais, desenhos animados ou cordel), conhecimento anterior acerca do tratamento com pessário e principais dificuldades com essa abordagem terapêutica (APÊNDICE A).

O argumento produzido descreve, de forma breve, como se desenvolveram as ações que foram evidenciadas nas cenas do vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Tanto na sinopse quanto no argumento foram consideradas as fontes de autoeficácia, quais sejam: experiências pessoais, experiências vicárias, persuasão verbal, estados fisiológicos (BANDURA, 1977, 1997; BANDURA; ADAMS, 1982). A sinopse e o

argumento serviram como base para a elaboração da primeira versão do roteiro do vídeo.

c) Pré-Produção: Roteiro

O roteiro consiste no detalhamento de tudo o que vai acontecer no vídeo por meio de linguagem própria que se destina a orientar a equipe de produção nas filmagens e que divide o vídeo em cenas com o objetivo de informar textualmente o leitor a respeito daquilo que o espectador verá/ouvirá no vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Assim, o roteiro trata-se de um texto escrito, composto por códigos e palavras pouco conhecidas por um leigo, possuindo estrutura artística com formato técnico (FIORENTINI; CARNEIRO, 2002).

Para a elaboração do roteiro do vídeo buscou-se auxílio de um produtor de vídeo devido à linguagem técnica e específica da área de comunicação que lhe é peculiar. Logo após esta elaboração, a primeira versão do roteiro passou por processo de validação de conteúdo e validação técnica.

5.3.2 Validação do Roteiro de vídeo educativo

A etapa de qualificação ou validação do material educativo visa à avaliação do mesmo. Recomenda-se que esse processo deve ser realizado por profissionais de saúde especialistas na área temática do material construído bem como pela população portadora do evento (ECHER, 2005). Dessa forma, a validação do material educativo construído, se deu mediante a análise dos juízes especialistas no assunto e do público-alvo. Conforme explicitado na **Figura 3**.

Figura 3. Validação do Roteiro do Vídeo Educativo



Fonte: Bezerra (2016).

5.3.2.1. Validação dos juízes

A análise dos juízes tem como objetivo avaliar o conteúdo, aspectos técnicos e aparência do material construído. A validade de aparência ou de face trata-se de uma forma subjetiva de validar um instrumento, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001), contudo sabe-se que esse tipo de validade não deve ser utilizado de maneira isolada.

Dessa forma, realizou-se também a validade de conteúdo, a qual verificou se os conceitos estão representados de modo adequado e se são representativos dentro do universo de todo o produto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Assim, para a validação de conteúdo, aparência e técnica, o pesquisador submeteu o roteiro do vídeo educativo a um grupo de juízes considerados especialistas no conceito em estudo. Para a escolha dos participantes do estudo, fez-se uso da amostragem não probabilística por conveniência, por motivos técnicos, a qual tem como principal característica excluir qualquer processo aleatório de seleção. Não há necessidade de representatividade no sentido estatístico da palavra. Considera-se,

portanto, que o pesquisador esteja interessado na opinião de um grupo específico da população, e não em seu caráter numérico (PEREIRA, 2011).

A amostra deve caracterizar-se pelas condições julgadas como essenciais para o método e finalidade da sua composição, ou seja, definidas tais características, os elementos amostrais serão estabelecidos sempre de acordo com os objetivos diretos da investigação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para definição do tamanho amostral dos juízes, adotou-se a fórmula que considera a proporção final dos sujeitos no tocante à determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção. Para tanto, utilizou-se a fórmula $n = Z^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, em que **Z** refere-se ao nível de confiança (convencionou-se 95%), **P** é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência dos conceitos/cenas do vídeo e **d** é a diferença de proporção considerada aceitável. Adotaram-se os seguintes parâmetros: proporção mínima de 85% de concordância com relação à pertinência de cada componente avaliado e diferença de 15% quanto à concordância, incluindo um intervalo de 80 a 100% na referida concordância e nível de confiança de 95% (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). O cálculo final foi determinado por $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$, obteve-se um valor de 22 juízes, contudo ao acrescentar um valor de 10% para possíveis perdas chegou ao valor final de 24 juízes no total para a avaliação do vídeo educativo, sendo 12 juízes de conteúdo e 12 juízes técnicos (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

Para definição de expert e para identificar e recrutar os avaliadores foram adotados os critérios de Jasper (1994). O autor aponta que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar experts; possuir classificação alta atribuída por uma autoridade (JASPER, 1994).

Nesta investigação, estipulou-se que os profissionais deveriam atender, minimamente, a dois dos requisitos em questão para que fossem identificados como especialistas na área temática do vídeo elaborado. Para isto, características específicas

referentes a cada um dos requisitos citados foram estabelecidas, de forma a contemplá-los adequadamente. O atendimento, por parte do profissional, a pelo menos uma das características instituídas para determinado requisito estabelecia que este havia sido adequadamente contemplado.

Devido ao grande número de juízes para contemplar toda a complexidade do estudo, optou-se por dividi-los em juízes da área da saúde (1) e juízes da área da comunicação (2). Quadros 1 e 2 apresentam o conjunto de requisitos para definição de especialistas recomendado por Jasper (1994), bem como as respectivas características referentes a cada requisito, elaboradas especialmente para o presente estudo, e adotadas para identificar e selecionar os peritos em área da saúde (Disfunção do Assolho Pélvico) e Comunicação/Audio-visual. A seleção dos juízes se deu por meio da amostragem de rede ou bola de neve, a qual é utilizada para localizar amostras difíceis de serem encontradas de outra maneira (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Assim, quando se encontrou um sujeito que se enquadrava nos critérios de elegibilidade estabelecidos, foi solicitado ao mesmo que indicasse outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Assim para padronizar essa etapa utilizou-se de procedimento operacional padrão-POP (APÊNDICE B).

Quadro 1. Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores de conteúdo - Área da saúde. Fortaleza, 2016.

REQUISITO	CARACTERÍSTICA
Possuir habilidade/ conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Disfunção do Assoalho Pélvico; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico.
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> -Ter experiência profissional assistencial junto ao público de mulheres com POP, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência docente na área de Saúde na temática Disfunção do Assoalho Pélvico, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde de mulheres com POP.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico. - Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à Disfunção do Assoalho Pélvico publicado(s) em periódico(s) avaliados pelo JCR; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico;
Possuir aprovação em um teste específico para identificar experts.	<ul style="list-style-type: none"> - Ser profissional titulado pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO);
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido, de instituição científica conhecida, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de Uroginecologia; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área temática de Uroginecologia /Disfunção do Assoalho Pélvico.

Quadro 2. Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores de conteúdo - Área da comunicação. Fortaleza, 2016.

REQUISITO	CARACTERÍSTICA
Possuir habilidade/ conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de Comunicação; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) e <i>Lato sensu</i> (Especialização) com temática(s) relativa(s) à área de Comunicação; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de Comunicação; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de Comunicação; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de Comunicação.
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> -Ter experiência profissional em comunicação, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência docente na área de Comunicação, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência na realização de trabalhos isolados na área de Comunicação.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Comunicação; - Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à Comunicação publicado(s) em periódico(s) avaliados pelo JCR; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) e <i>Lato sensu</i> (Especialização) com temática(s) relativa(s) à área de Comunicação.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido, de instituição reconhecida pela categoria, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento na área de Comunicação; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área temática de Comunicação.

Devido à área de comunicação não possuir nenhum tipo de prova específica para receber um título de especialista para esse grupo o requisito “Possuir aprovação em um teste específico para identificar experts” foi retirado dos critérios.

Os juízes que atingiram as características mínimas foram convidados a participar do estudo via correio eletrônico ou pessoalmente. Cada juiz recebeu um kit eletrônico composto por: 1. Carta Convite (APÊNDICE C); 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(APÊNDICE D); 3.POP-II, adaptado de Teles (2011) (APÊNDICE E); 4. Instrumento de validação (APÊNDICE F, G); 5. Primeira versão do roteiro do vídeo

Para essa etapa foi desenvolvido um formulário eletrônico através do aplicativo *Google Docs* para facilitar a participação de juízes de outros estados e regiões. O *Google Docs* é um pacote de aplicativos do *Google*, gratuito e que funciona totalmente online, diretamente no *browser*. Os aplicativos são compatíveis com o *OpenOffice.org/BrOffice.org*, *KOffice* e *Microsoft Office*, e atualmente compõe-se de um processador de texto, editor de apresentações, editor de planilhas e de formulários. A seguir, imagem do link que esteve disponível com o questionário durante o período de estudo:

Figura 4 - Site na Web, gerado em Google Docs, preenchido pelos juízes. Fortaleza, 2016.



Fonte: gerada pelo aplicativo *google docs*.

Os instrumentos dos juízes foram divididos em duas partes: a primeira contém os dados de identificação do juiz (titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área, participação em grupos/projetos de pesquisa e produção científica) e a segunda contém as instruções de preenchimento do instrumento e os itens avaliativos do vídeo.

Os juízes da área da saúde analisaram os seguintes aspectos do vídeo educativo: o objetivo; conteúdo (estrutura e estratégias de apresentação); relevância e ambiente (o cenário em que seria apresentado o instrumento elaborado). Para tanto utilizaram um instrumento apropriado para avaliação de roteiros de vídeos educativos previamente utilizado por outros pesquisadores (APÊNDICE F) (JOVENTINO, 2013; ANJOS, 2011).

Os experts em comunicação avaliaram a funcionalidade, usabilidade e eficiência do vídeo também por meio de um instrumento apropriado para a validade técnica (APÊNDICE G) (JOVENTINO, 2013). A avaliação da funcionalidade refere-se ao julgamento das funções que são previstas pelo vídeo educativo e que estão dirigidas a satisfazerem as necessidades propostas pelo mesmo. Já a usabilidade refere-se ao esforço necessário para utilizar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários. Por fim, a eficiência significa o relacionamento entre o nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas (BARBOSA, 2008).

Os experts da área da saúde (conteúdo) e de comunicação (técnico) avaliaram o roteiro do vídeo, baseando-se na seguinte valoração adotada: Excelente; Muito Bom; Bom; Regular; Regular Inferior; Pobre (JOVENTINO, 2013). Ressalta-se que os referidos instrumentos de avaliação do roteiro possuíam espaço para comentários a respeito das respostas fornecidas.

5.3.2.2: Validação pelo público-alvo

A validação do vídeo junto aos indivíduos que vivenciam ou já vivenciaram o tema nele abordado é uma atitude necessária, posto que os mesmos são o foco da atividade educativa que se pretende realizar. Trata-se de um momento de suma importância, em que se possibilita verificar o que não foi compreendido, o que deve ser acrescentado ou aperfeiçoado, além de se perceber a distância entre o que foi exposto e o que foi apreendido pelo público-alvo (FONSECA, et al., 2004).

Diante disso, o público-alvo foi consultado a fim de se realizar a validação de aparência do vídeo educativo em estudo e foi constituído por mulheres com POP que fazem uso do pessário.

As mulheres foram captadas no serviço de uroginecologia do HGF. A escolha da instituição se deu por esta prestar assistência à mulher com DAP que utilizam pessário há mais de um ano e ser referência no estado no atendimento a essa população. Os critérios de inclusão foram: mulheres com POP acompanhadas no serviço de uroginecologia. Os critérios de descontinuidade adotados foram: desistência da mulher de participar da pesquisa após início da coleta de dados. Já os critérios de não-inclusão foram: apresentar estado de saúde físico ou mental comprometido de modo a inviabilizar a avaliação do vídeo.

A amostra foi calculada a partir da fórmula: $n = Z^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, em que **Z** refere-se ao nível de confiança (convencionou-se 95%), **P** é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência dos conceitos/cenas do vídeo e **d** é a diferença de proporção considerada aceitável. Adotaram-se os seguintes parâmetros: proporção mínima de 85% de concordância com relação à pertinência de cada componente avaliado e diferença de 15% quanto à concordância, incluindo um intervalo de 80 a 100% na referida concordância e nível de confiança de 95% (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). O cálculo final foi determinado por $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$, além disso foi acrescentado um percentual de 10% para possíveis perdas e obteve-se a amostra de 24 mulheres no total para a avaliação do vídeo educativo (público-alvo) (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

As mulheres foram selecionadas de forma aleatória conforme a demanda, sendo, portanto uma amostragem consecutiva. Inicialmente, houve a leitura do TCLE (APÊNDICE H) pela pesquisadora junto com as participantes, e, caso consentissem em participar do estudo, era lido também em conjunto com a responsável pelo estudo o POP-III (APÊNDICE I), adaptado de Teles (2011), o qual aborda as instruções para a devida avaliação do vídeo, a fim de sanar quaisquer dúvidas que possam surgir. Em seguida, foi realizada uma intervenção educativa com o vídeo para que a mulher o assistisse. Após a visualização a pesquisadora aplicou o instrumento (APÊNDICE J) para avaliação do vídeo.

Os instrumentos direcionados ao público-alvo, foram o portfólio de caracterização da paciente, já estabelecido pelo serviço de uroginecologia onde o estudo foi desenvolvido (ANEXO A) e o instrumento de avaliação do vídeo (APÊNDICE J) .

O portfólio de caracterização das pacientes construído em 2011 pelo grupo cearense interdisciplinar de uroginecologia e disfunção do assoalho pélvico é um instrumento de triagem que contém dados: sociodemográficos, gineco-obstétricos e clínicos das mulheres com DAP (ANEXO A) (BEZERRA, 2013).

O instrumento de avaliação do público-alvo (APÊNDICE J) traz as instruções dos itens avaliativos do vídeo (organização, aparência e motivação do material educativo). As respostas às questões estão apresentadas como “sim”, “não” e “em parte”.

d) Pré-Produção: Storyboard

Após a validação do roteiro, foi originada a segunda versão do roteiro (versão final) (APÊNDICE L), que orientou o desenvolvimento do *storyboard*. Segundo Kindem e Musburger (2005), *storyboard* é a representação das cenas do roteiro em forma de desenhos sequenciais, semelhantes a uma história em quadrinhos. Tem o objetivo de tornar mais fácil para a equipe de produção, a visualização das cenas antes que sejam gravadas. Para tanto, contou-se com o apoio de um especialista em desenho. O tempo necessário para gravação, bem como o número e tipos de personagens foram definidos após elaboração e avaliação do roteiro do vídeo. O passo seguinte às etapas de pré-produção foi a produção do vídeo educativo, momento no qual foram realizadas as filmagens das cenas que compuseram o mesmo.

e) Produção do vídeo educativo

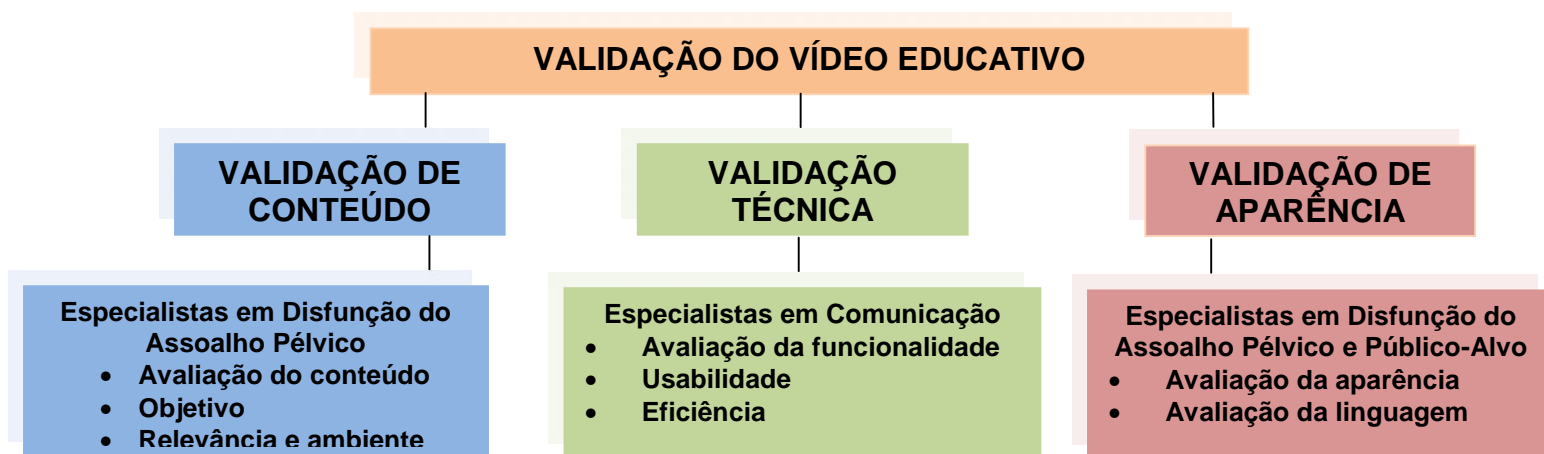
Com o roteiro avaliado e modificado foi iniciado o processo de gravação. As cenas foram gravadas no próprio ambulatório de uroginecologia do HGF, em dois domicílios de pacientes que utilizam o pessário vaginal e participaram do vídeo e em um parque público localizado na cidade de Fortaleza.

Para as filmagens, contou-se com o apoio das pacientes que utilizam o pessário, o médico do ambulatório de uroginecologia, a enfermeira responsável pelas consultas de acompanhamento do pessário e uma enfermeira convidada para a apresentação do vídeo.

Após a conclusão das filmagens, seguiu-se com o processo de validação do vídeo.

Buscou-se avaliar o material elaborado para verificar se os aspectos compostos no roteiro foram de fato inseridos no vídeo. Dessa forma, essa avaliação contemplou os mesmos aspectos avaliados no roteiro, conforme explicitado na Figura 5.

Figura 5. Validação do Vídeo Educativo



Fonte: Bezerra (2016).

Participaram dessa etapa os mesmos juízes e mulheres que avaliaram o roteiro na etapa de validação. Para essa etapa utilizou-se o mesmo instrumento de avaliação do roteiro, sendo portanto considerados os mesmos critérios na análise dos dados.

f) Pós-produção do vídeo educativo

A última etapa da elaboração do vídeo, a pós-produção, é o momento em que se faz a edição e a organização das tomadas gravadas para composição das cenas e do vídeo como um todo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Em todas as etapas (pré-produção, produção do vídeo e pós-produção), contou-se com auxílio de um técnico em comunicação com experiência em desenvolvimento de vídeos.

5.4 Análise dos dados

Após a coleta de dados, realizou-se a análise dos dados obtidos de cada avaliador, tanto dos juízes especialistas quanto do público alvo.

Os dados de identificação dos juízes e os sociodemográficos, gineco-obstétricos e clínicos das mulheres participantes do público-alvo foram compilados e analisados por meio do Excel e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para Windows e apresentados em tabelas, sintetizando os principais pontos a serem discutidos conforme a literatura pertinente.

Para a validação de conteúdo, aparência e técnica, realizada pelos juízes especialistas, utilizou-se a análise baseada na aplicação do teste binomial para adequação do ajustamento, bem como foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) preconizado por Waltz e Bausell (1981) e utilizado por inúmeros pesquisadores (COSTA et al., 2013; DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012; VITURI; MATSUDA, 2009), o qual é útil para quantificar a extensão de concordância entre os especialistas (SOEKEN, 2005).

Esse método emprega a utilização de escala tipo Likert com pontuação de um a quatro e baseia-se nas respostas dos juízes com relação ao grau de relevância de cada item (POLIT; BECK, 2011), assim, estes poderiam ser classificados como: (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante ou (4) muito relevante. Para adequar-se ao instrumento de coleta de dados deste estudo, equiparou-se o grau de

relevância ao grau de concordância entre os juízes: (1) excelente, (2) muito bom, (3) bom, (4) regular, (5) regular inferior e (6) pobre.

O escore do IVC é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados como “1” a “6” pelos especialistas, dividida pelo número total de respostas. Os itens que receberem pontuação “3” a “6” devem ser revisados. Para avaliar o roteiro do vídeo e o vídeo como um todo, utilizou-se uma das formas de cálculo recomendada por Polit e Beck (2011), na qual o somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento. Como o vídeo foi validado por 24 especialistas, a literatura recomenda ponto de corte do IVC de 0,8 (LYNN, 1986).

Quanto à validade de aparência realizada tanto pelos juízes quanto pelo público-alvo, foram considerados validados os itens que obtiveram nível de concordância mínimo de 75% nas respostas positivas, já aqueles que obtiveram nível menor que 75% foram analisados a fim de sofrerem as devidas correções conforme padrão estabelecido por Teles (2011).

Enfatiza-se que para ser considerada resposta positiva, no caso dos juízes, estes deveriam assinalar as opções: (1) excelente, (2) muito bom e (3) Bom e as mulheres assinalar a opção “sim”.

5.5 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará para devida apreciação ética e obteve aprovação sob parecer nº 751.351-14 (APÊNDICE M). Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela “Declaração de Helsink” e suas modificações (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2008) e Resolução Nº 466/12 do Ministério da Saúde, ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo (experts e público-alvo), sendo-lhes garantido o anonimato; a liberdade de continuar ou não

participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (BRASIL, 2013). O estudo não fez distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção dos participantes recrutados.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em duas etapas distintas, de acordo os objetivos deste estudo. Na primeira, estão descritos os resultados relativos ao processo de elaboração do vídeo educativo; na segunda, a validação de aparência, conteúdo e técnica do vídeo pelos juízes especialistas e público-alvo.

6.1. Elaboração do vídeo educativo

6.1.1. Pré-Produção: Sinopse ou *storyline*

O *storyline* estabelece o interesse principal do vídeo que foi construído, seu conflito matriz, a ideia. Dentro da dinâmica da produção industrial, a ideia, resumida em algumas linhas de texto, desempenha importante função para a avaliação da viabilidade comercial de um projeto. Segundo Rodrigues (2013) se um autor não consegue resumir o interesse da história em poucas linhas ou palavras é porque ele não tem história.

A ideia do presente vídeo educativo resultou da experiência empírica da pesquisadora durante o acompanhamento das pacientes que utilizam o pessário em um ambulatório de uroginecologia. Observou-se que grande parte das mulheres encaminhadas para a primeira consulta de pessário desconhecia essa abordagem terapêutica, recusando muitas vezes iniciar o tratamento. Além disso, ao realizar ampla busca na literatura nacional e internacional como demonstrado anteriormente, na seção revisão de literatura, não foi verificada a existência de tecnologias educativas acerca da temática pessário vaginal que auxiliassem no processo de adesão e seguimento do tratamento.

Logo, surgiu a ideia de elaborar uma estratégia educativa facilmente utilizável pelos profissionais que assistem mulheres com POP, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, sobretudo, em nível ambulatorial.

O vídeo educativo dá informações acerca da problemática do prolapso de órgãos pélvicos, os tipos de tratamentos para prolapso, além de enfatizar alguns cuidados a serem tomados pelas mulheres que utilizam o pessário em seu cotidiano através de experiências reais de outras mulheres. Nesse sentido, acredita-se que as mulheres após verem o vídeo sintam-se capazes, mesmo diante de algumas situações cotidianas adversas, de optar por essa abordagem de tratamento caso tenha indicação. Logo, elaborou-se a seguinte sinopse ou *storyline*:

“O vídeo retrata situações através de depoimentos em que mulheres demonstram no seu cotidiano como conseguem usar o pessário vaginal para corrigir os sintomas do prolapso de órgãos pélvicos, mesmo em contextos socioeconômicos mais simples. Experiências vivenciadas pelas mulheres e ratificadas pelas orientações dos profissionais de saúde serão capazes de melhorar a autoeficácia dessas mulheres em utilizar o pessário vaginal”.

6.1.2 Pré-produção: Argumento

O argumento trata-se de um resumo da história apresentada no vídeo com início, desenvolvimento e resolução. No argumento ficam estabelecidos personagens principais, ação dramática, tempo e lugar dessa ação e os eventos principais que irão compor essa história. A sinopse/argumento serve como um mapa de orientação para a produção do roteiro, sinaliza os principais caminhos da história e, principalmente, seu desfecho. A sinopse é a primeira forma textual de um roteiro. É preciso especificar de maneira clara e concreta os acontecimentos da história. Uma boa sinopse é o guia perfeito para se obter o roteiro.

Para identificação do formato do vídeo educativo que seria preferido pelo público-alvo, realizou-se após as consultas de pessário uma enquête com 15 mulheres que são acompanhadas pelo serviço de uroginecologia do HGF. Na enquête foi questionado o formato do vídeo (atores reais, desenhos animados ou cordel), conhecimento anterior acerca do tratamento e principais dificuldades com o tratamento. Ressalta-se que participaram todas as mulheres que estavam utilizando pessário nesse

serviço até a data da enquete. A amostra deu-se por conveniência, conforme a concordância das mulheres em participarem dessa enquete.

Dentre as 15 participantes, a idade variou entre 46 e 85 anos ($M= 66$ anos; $DP\pm 11,8$). A maioria das pacientes se declarou casada ($n=11$), estava fora do mercado de trabalho ($n=9$), com média de escolaridade 3,5 anos e pertencentes à classe social D. Para classificação socioeconômica adotou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Esse critério segue um sistema de pontos de acordo com a posse de determinados itens e o grau de escolaridade do sujeito, estabelece oito classes referentes à renda mensal média familiar: classe A1 (R\$ 13.100,00), classe A2 (R\$ 9.100,00), classe B1 (R\$ 4.900,00), classe B2 (R\$ 2.750,00), classe C1 (R\$ 1.650,00), classe C2 (R\$ 1.100,00), classe D (R\$ 710,00), classe E (R\$ 490,00) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA, 2011).

Com relação ao formato do vídeo educativo, a maioria das mulheres mencionou que preferia assistir a um vídeo que fosse filmado com pessoas reais ($N=13$; 77,8%) ao invés de desenhos animados ($N=1$; 22,2%), ou utilizando literatura de cordel ($N=1$; 22,2%).

Após identificado o formato do vídeo pretendido, elaborou-se o argumento do vídeo educativo. A primeira versão do argumento foi enviada também para os juízes técnicos juntamente com o roteiro e sinopse. Um dos juízes solicitou algumas modificações no formato, podendo ser evidenciado pelo depoimento:

“Gostaria de chamar atenção apenas para o argumento, que poderia ser menos detalhado e um pouco mais generalizado. Nesta parte da construção da obra as informações precisam ser diretas e claras e as ações dos personagens ou falas não precisam ser incluídas direta ou indiretamente, somente contextualizadas. Os tempos verbais devem indicar o presente”. T1

Foram realizadas as alterações solicitadas e a segunda e última versão do argumento foi elaborada conforme se pode observar a seguir:

“A narrativa tem início com a apresentação da problemática do prolapso de órgãos pélvicos, através de exemplos de sinais e sintomas dessa condição clínica, bem como de dados epidemiológicos. O vídeo apresenta histórias reais sobre mulheres com

prolapso que sofriam em silêncio. Aborda exemplos verídicos de pessoas que utilizam o pessário vaginal, além dos personagens de uma enfermeira, um médico e quatro pacientes que auxiliam na compreensão do público sobre o funcionamento do dispositivo, através da exposição e discussão das dificuldades, sofrimentos e terapêutica do prolapso de órgãos pélvicos. O personagem do médico é responsável por apresentar a indicação do tratamento com pessário e explicar os procedimentos para implantação, além de chamar a atenção para as histórias das personagens principais e de apoio, com depoimentos verídicos que dão vida à trama e trazem ao expectador mais informações e conhecimento, auxiliando na superação das dificuldades acerca do dispositivo e do prolapso".

6.1.3. Pré-Produção: Roteiro

O roteiro do presente vídeo educativo foi construído baseando-se na experiência da pesquisadora, tendo sido elaborada apenas uma versão antes que se chegasse à versão final (segunda versão) (APÊNDICE L).

A versão inicial do roteiro constava de 15 minutos. As cenas passavam-se em um parque público no município de Fortaleza, em um domicílio e no hospital no qual o estudo foi realizado. Nessa versão o vídeo foi gravado com uma enfermeira que participou das cenas iniciais contextualizando a temática, quatro pacientes que fazem tratamento com pessário e do próprio médico do serviço de uroginecologia da instituição supracitada.

Na segunda versão do roteiro foram acrescentadas algumas cenas pelo colaborador roteirista, pelos juízes de conteúdo e técnicos e pelo público-alvo, assim o roteiro passou para 10 e 13 segundos.

O vídeo educativo produzido tem o intuito de compartilhar com mulheres os sinais e sintomas do POP, bem como as formas de tratamento dessa condição, dando ênfase à abordagem terapêutica conservadora, utilizando o pessário.

O referencial teórico escolhido para fundamentar essa tecnologia educativa foi a autoeficácia, assim o desenvolvimento dessa tecnologia foi embasado nas quatro fontes de autoeficácia, a saber: 1. experiências de êxito pessoal, pois se uma pessoa

foi capaz de ter uma experiência pessoal anterior positiva ela se sentirá mais propensa e motivada a obter sucesso em metas futuras semelhantes; 2. experiências vicárias que se baseiam na observação de pessoas com características semelhantes que alcançaram o êxito, de modo que leva a pessoa a refletir que se outra pessoa (semelhante a ela) consegue obter êxito em determinada atividade, ela mesma também poderá alcançar esse sucesso; 3. persuasão verbal que se trata de estimular as pessoas a enfrentarem situações que imaginavam superar suas habilidades, orientando, incentivando e empoderando essas pessoas; 4. estados fisiológicos que se referem ao controle da ansiedade, do medo, do estresse para que os indivíduos aprendam a interpretar de uma forma construtiva estes estados fisiológicos, melhorando a percepção de autoeficácia e o desempenho (BANDURA; ADAMS, 1982). O Quadro 3 exemplifica as fontes de autoeficácia nas cenas do vídeo educativo.

Quadro 3 - Cenas do vídeo educativo de acordo com as fontes de informação de autoeficácia.

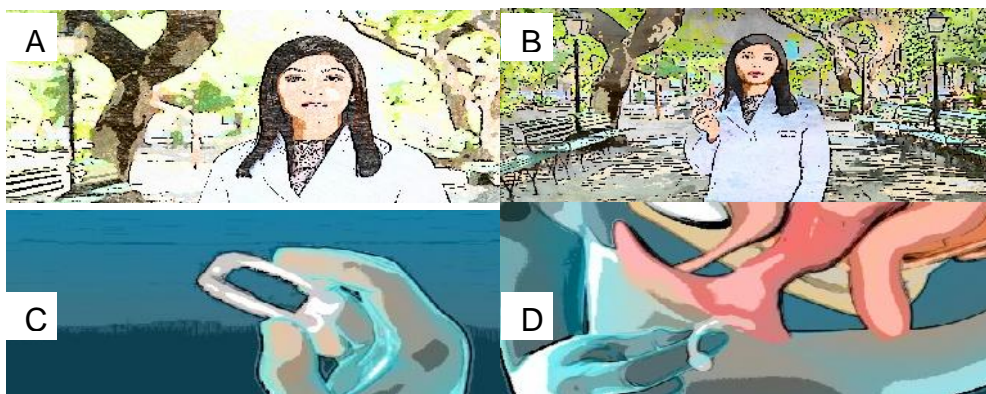
FONTE DE AUTOEFICÁCIA	CENAS DO VÍDEO EDUCATIVO
Experiências de êxito pessoal anterior	<p>CENA 8. Dona Elzi fala que quando teve a indicação de usar o pessário acreditava que não iria conseguir usar esse dispositivo. Mas, que rapidamente aprendeu a inserir e retirar o pessário sem auxílio de terceiros e a realizar os cuidados do dispositivo com segurança. Hoje ela fala sobre o tratamento com alegria e indica para outras pessoas.</p> <p>CENA 9. Dona Maria Augusta mostra como é simples o manuseio com o pessário e que após iniciar o tratamento com o pessário todos os sintomas relacionados ao POP não existem mais.</p> <p>CENA 11. Dona Marta Maria reforça que a vida dela é outra após iniciar o tratamento com o pessário, hoje ela é mais feliz, pode realizar as atividades domiciliares sem dificuldades.</p>
Experiências vicárias ou por modelação	<p>CENA 16. Dona Marta exemplifica os cuidados relacionados com o pessário, higienização e retirada do dispositivo.</p>
Persuasão verbal	<p>CENA 1. Enfermeira e apresentadora do vídeo afirma que irá apresentar histórias de mulheres, que assim como as que estão vendo o vídeo educativo, também sofriam com prolapso de órgãos pélvicos, mas que hoje estão bem utilizando o pessário vaginal.</p> <p>CENA 7. O médico fala acerca do tratamento com o pessário, que na maioria dos casos é uma excelente opção de tratamento e que ele indica essa abordagem terapêutica.</p> <p>CENA 10. Dona Maria do Carmo ressalta que como a mesma possui problemas cardiovasculares a única opção de tratamento para ela foi o pessário, pois a equipe médica não autorizava um procedimento cirúrgico. Após usar o pessário o alívio dos sintomas como dor pélvica foi imediato.</p> <p>CENA 12. A enfermeira convida as mulheres a testar o pessário.</p>
Controle de estados fisiológicos	<p>CENA 6. A Dona Elzi afirma que tinha medo e insegurança em relação ao tratamento com o pessário.</p> <p>CENA 7. O médico fala que muitas pacientes chegam ansiosas e com medo de usar o pessário.</p>

Fonte: Adaptado Joventino (2013).

6.1.4. Pré-Produção: Storyboard

Para o desenvolvimento do *storyboard* (Figura 6) contou-se com o auxílio de um profissional da área de desenhos, o qual elaborou as imagens sequenciais do vídeo educativo. Abaixo, seguem algumas dessas imagens, sendo possível observar que se buscou evidenciar as situações, cores, emoções, ações por meio do *storyboard* com o intuito de facilitar a compreensão dos envolvidos no vídeo, atores, pacientes e médico, acerca do que se esperava transmitir por meio dessa tecnologia educativa. Apenas o produtor do vídeo, a pesquisadora e a enfermeira que realizou a apresentação inicial do vídeo teve acesso ao *storyboard* antes da filmagem sendo utilizado durante os ensaios. Ressalta-se para os outros integrantes do vídeo não foi mostrado para que os mesmos se sentissem à vontade para expressar suas experiências de forma verídica, já que os mesmos não eram atores.

Figura 6 – Trechos do *storyboard* apresentando: A. Enfermeira e apresentadora relatando o conceito de prolapso de órgãos pélvicos e seus sintomas; B. Enfermeira orientando sobre os tipos de tratamentos para POP; C. Pessário; D. Inserção do Pessário.



Fonte: Bezerra (2016).

6.2. Validação do roteiro do vídeo educativo

6.2.1. Validação do roteiro por juízes de conteúdo

Para o processo de construção do roteiro obteve-se ajuda de um profissional roteirista com domínio na elaboração de roteiros. A primeira versão do roteiro (15 minutos) foi submetida ao processo de validação por parte dos juízes de conteúdo. Participaram dessa etapa 12 juízes de instituições respeitadas no cenário científico (UFC, PUC, UNIFESP, USP) localizadas em diferentes regiões geográficas brasileiras (sul, sudeste e nordeste).

Quanto à caracterização dos peritos, obteve-se que a média da idade dos juízes participantes deste estudo foi de 40,5 anos, com desvio-padrão de $\pm 8,6$ anos, mediana de 42,5 anos, variando de 27 a 52 anos. O tempo médio de formação foi 16,2 anos com desvio-padrão de $\pm 9,3$ anos, mediana de 13 anos, variando de 3 a 30 anos de formação. Cinco juízes são do sexo masculino, quanto à formação dois são enfermeiros, um fisioterapeuta e nove médicos especialistas em disfunção do assoalho pélvico. Abaixo seguem os dados de caracterização dos juízes de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de *Experts* adotado (JASPER, 1994) (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Caracterização dos juízes de conteúdo participantes do estudo, segundo o Sistema de Classificação de *Experts* adotado. Fortaleza, 2016.

REQUISTO	N	%
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	12	100
Possuir habilidade/ conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	9	75
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	11	91,7
Possuir aprovação em um teste específico para identificar experts.	9	75
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	10	83,3

Fonte: Bezerra (2016).

Tais achados demonstram o elevado nível de *expertise* dos juízes selecionados, pois, apenas três juízes alcançaram apenas os atributos mínimos necessários para participação no estudo. É importante ressaltar a multidisciplinaridade dos juízes avaliadores, levando em consideração as várias nuances de cada profissão e a importância da equipe interdisciplinar no manejo do POP (BUGGE; HAGEN; THAKAR, 2015).

A validação por profissionais de diferentes áreas é a ocasião em que realmente se pode dizer que o trabalho está sendo feito em equipe, valorizando as opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema. Muitas vezes, numa mesma equipe, diferentes profissionais envolvidos no tratamento de um paciente apresentam condutas diversas em relação aos cuidados com a sua saúde. A construção de materiais educativos é também uma oportunidade para uniformizar e oficializar as condutas no cuidado ao paciente, com a participação de todos (VOLANDES et al, 2012).

Na fase de validação por *experts*, estes devem possuir conhecimento acerca da natureza do conteúdo relacionado à tecnologia para avaliarem com rigor a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos a sua apreciação (MELO et al., 2011).

Tendo em vista a preocupação em se recrutar indivíduos com domínio da área temática do vídeo educativo, a fim de se assegurar a acurácia da avaliação, foi realizada busca criteriosa de profissionais realmente capacitados para avaliar o referido material. Segundo Jasper (1994), o ideal é que o profissional possua tanto habilidade e conhecimento adquiridos pela experiência, como habilidade e conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto.

No presente estudo, nove (75%) juízes de conteúdo atendiam todos os quesitos elencados. Do restante, todos possuíam pelo menos três quesitos exigidos. A qualificação profissional é uma maneira importante de se obter conhecimento científico, fato que exige do profissional constante atualização. Somada ao aperfeiçoamento, por meio da realização de pós-graduações, está a experiência vivenciada pelo profissional em sua área de trabalho, tendo em vista a importância da prática clínica para a formação profissional.

A diversidade profissional dos juízes mostrou-se fator bastante favorável ao processo de validação do vídeo educativo, visto que agrupou diferentes saberes especializados dentro da temática abordada pelo material. Tal aspecto favoreceu a realização de um trabalho multidisciplinar e completo, assim como observado em revisão sistemática que buscou identificar quais as tecnologias de informação e comunicação auxiliam pacientes em fases terminais (OSTHERR et al., 2015).

Ademais, a abordagem multidisciplinar é fundamental no tratamento de mulheres com POP, tendo em vista a diversidade das modalidades terapêuticas e as possíveis morbidades e impacto na qualidade de vida que podem resultar por essa condição ginecológica (BEZERRA et al., 2013).

A avaliação dos aspectos relacionados ao conteúdo do roteiro pelos juízes pode ser verificada por meio das Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 - Distribuição da concordância entre juízes de conteúdo acerca do roteiro vídeo educativo (N=12). Fortaleza, 2016.

Aspectos Avaliados	Proporção	Valor p*	IVC**
Conceito da ideia			
Conteúdo temático relevante e atual	1	0,005	1
Conteúdo coerente com objetivo do vídeo	0,95	0,033	0,94
Objetivo do vídeo é coerente com a realidade da prática de uroginecologia	1	0,005	1
O contexto em que o vídeo se passa é evidente desde o primeiro momento	1	0,005	1
As premissas expostas estão corretas	0,95	0,033	0,95
As informações são compreensíveis	1	0,005	1
As informações são suficientes	0,85	0,264	0,85
Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com tratamento conservador do POP	0,9	0,115	0,9
É adequado para ser usado por profissionais de saúde	0,9	0,115	0,9
O conteúdo aborda comportamentos	0,95	0,000	0,95
Propõe ao telespectador mudança de comportamento	0,90	0,000	0,90
Propõe à mulher sentir-se mais confiante/segura em utilizar o pessário	1	0,005	1
Acredita que poderá melhorar o conhecimento da mulher sobre o tratamento com pessário	0,95	0,033	0,95
Objetivos			
O objetivo é evidente	1	0,005	1
O objetivo proposto pelo roteiro é factível	0,95	0,033	0,95
O número de cenas é suficiente para o alcance do objetivo	0,95	0,033	0,95
O tempo de duração é adequado para atingir o objetivo do vídeo	0,85	0,264	0,85
Construção dramática			

O ponto de partida do roteiro tem impacto	1	0,005	1
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce	0,8	0,540	0,8
As cenas não refletem estereótipos	0,8	0,460	0,8
O vídeo motiva/ estimula as mulheres a aprenderem	0,95	0,033	0,95
Ritmo			
Cada cena motiva a próxima	0,95	0,033	0,095
O ritmo não é cansativo	1	0,005	1
Personagens			
Existe empatia com as personagens	1	0,005	1
A apresentação das personagens e situações são suficientes	0,95	0,033	0,95
As personagens lembram mulheres da realidade a qual o vídeo se propõe	1	0,005	1
Potencial dramático			
Existe emoção	1	0,005	1
Existem surpresas	0,95	0,033	0,95
Diálogos (Tempo dramático)			
Os diálogos têm naturalidade	0,9	0,000	0,9
Oferecemos às personagens vocabulário adequado à população para a qual o vídeo se destina	1	0,005	1
O vocabulário utiliza palavras comuns	1	0,005	1
O estilo de voz ativa é utilizado	1	0,005	1
Há conclusão	1	0,005	1
Se sim, a conclusão atendeu aos objetivos propostos	1	0,005	1
Estilo visual (Estética)			
As cenas refletem aspectos importantes para adesão ao uso do pessário	1	0,005	1
Público referente			
O conteúdo de interesse tem relação direta com o público alvo	1	0,005	1
Existe identificação do público alvo com a problemática exposta	1	0,005	1
A linguagem está compatível com nível de conhecimento do público alvo	0,95	0,033	0,95
O conteúdo a ser lido (<i>lettering</i>) é adequado ao nível de leitura do público-alvo	0,95	0,033	0,95
Relevância			
O vídeo ilustra aspectos importantes para o tratamento com o pessário	0,95	0,033	0,95
As cenas do vídeo são relevantes para que a mulher possa sentir-se mais confiante em utilizar o pessário	1	0,005	1
O roteiro traz um resumo ou revisão	1	0,005	1
Fonte de Autoeficácia			
O roteiro ressalta experiências pessoais	0,95	0,033	0,95
O roteiro utiliza experiências vicárias, ou seja, terceiros como modelos a serem seguidos	0,95	0,033	0,95
O roteiro utiliza a persuasão verbal	1	0,005	1
O roteiro busca melhorar estados psicológicos e afetivos, aliviando tensões da mulher que irá assisti-lo	0,95	0,033	0,95

Fonte: Bezerra (2016).

Legenda: *Teste binomial.

** Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Pode-se observar a concordância unânime dos juízes ($IVC=1$) quanto a vários aspectos do conceito da ideia, objetivo do vídeo, personagens, potencial dramático, diálogos e público referente.

Quanto à construção dramática, os itens: *Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce* e *as cenas não refletem estereótipos* apresentaram $IVC=0,8$, inferior aos outros aspectos avaliados. Os juízes afirmaram que as cenas refletem estereótipos, fato que provavelmente ocorreu pela recomendação de que os vídeos educativos aproximem as características dos seus personagens ao máximo às características do próprio público-alvo, de modo que as mulheres pudessem se identificar com as mulheres elencadas no vídeo. Este fato respalda-se ainda na própria teoria da autoeficácia, a qual defende que para o alcance da experiência vicária a pessoa toma por modelo indivíduos semelhantes a si mesmo (EIDMAN, 2011).

Na experiência vicária, o impacto da modelagem na percepção de autoeficácia é influenciado pela semelhança percebida em relação aos modelos. Se as pessoas vêem os modelos como muito diferentes de si mesmos, sua autoeficácia percebida não é muito influenciada pelo comportamento dos modelos e pelos resultados que ele produz (BANDURA, 2001). Segundo Fontes e Azzi (2012), ao observar as ações dos outros, o indivíduo estabelece uma comparação entre as características do modelo e as suas.

Estudos ratificam que um material educativo produzido eficazmente e adequado para o público o qual se destina pode modificar a realidade de uma população, portanto, deve-se considerar o que se pretende informar e suas expectativas (ZOMBINI; PELICIONI, 2011; OSTHERR et al., 2015). Dentre as tecnologias educativas amplamente utilizadas, os vídeos são considerados fundamentais para a comunicação em massa, principalmente em comunidades de difícil acesso, desde que representem um material de interesse visual, com potencial atrativo em relação ao seu conteúdo (ANJOS, 2011; OSTHER et al., 2015).

A Tabela 5 apresenta a avaliação geral dos juízes de conteúdo acerca do roteiro do vídeo educativo. Observa-se que não se obteve avaliação regular, pobre e pobre inferior.

Tabela 5 - Avaliação geral dos juízes de conteúdo do vídeo educativo (N=12).
Fortaleza, 2016.

Variáveis	Excelente		Muito bom		Bom		Valor p*	IVC**
	N	%	N	%	N	%		
Ideia	9	75	3	25	-	-	0,005	1
Objetivo	9	75	3	25	-	-	0,005	1
Construção dramática	8	66,6	2	16,6	2	16,6	0,540	0,83
Ritmo	8	66,6	3	25	1	8,4	0,033	0,91
Personagens	9	75	2	16,6	1	8,4	0,033	0,91
Potencial dramático	9	75	2	16,6	1	8,4	0,033	0,91
Diálogos	8	66,6	3	25	1	8,4	0,033	0,91
Estilo visual	10	83,3	1	8,4	1	8,4	0,033	0,91
Público referente	10	83,3	1	8,4	1	8,4	0,033	0,91
Estimativa de produção	9	75	2	16,6	1	8,4	0,033	0,91

Fonte: Bezerra (2016).

Legenda: *Teste binomial.

** Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Acerca da avaliação geral do roteiro do vídeo 9 juízes (75%) aprovaram o roteiro sem modificações, 2 aprovaram com modificações (16,6%) e 1 juiz reprovou com qualidade (8,4%). Entre as modificações sugeridas pelos juízes de conteúdo destacam-se algumas que se seguem:

A ideia está correta, mas o vídeo está direcionado à classe social mais baixa, o público alvo são mulheres com prolapso, não utilizar em destaque "em diferentes classes sociais". C2

Ter cuidado para não expressar a ideia de que "pegar muito peso" seja fator etiológico exclusivo das distopias (CENA 04), reduzir essa ênfase. Na cena 6 investigar melhor os mitos verdadeiros que as pacientes têm sobre o pessário antes de inserir ou deixar a paciente falar mesmo espontaneamente. C3

Senti falta de uma indicação médica para o uso do pessário, pois existem mulheres que tem o prolapso, porém o pessário não consegue ficar fixo no interior da vagina, e isso precisa ficar bem claro. No vídeo a mulher tem o prolapso coloca o pessário e dá tudo certo. Convém também falar um pouco da dificuldade. C4

Como os objetivos são adesão e seguimento, talvez pudéssemos acrescentar algumas informações. Percebo que inicialmente as mulheres e seus familiares não compreendem que a paciente usará o mesmo pessário por três anos (durabilidade) e que irá higienizar o mesmo. Algumas, erroneamente acreditam que a cada semana será usado um pessário diferente. Acredito que no momento explicativo da inserção do dispositivo durante o vídeo digital,

possamos acrescentar algumas informações, mesmo que simples, sobre a seleção, durabilidade e higienização do pessário. C5

Abertura do vídeo: Enfatiza o problema: prolapso genital, fazendo com que as pessoas se identifiquem e se interessem pelo vídeo. Sugiro talvez começar falando um pouco mais leigo: ao invés de começar falando prolapso genital... Poderia começar falando: vc sente uma sensação de bola na vagina? Ou peso vaginal? Como se a sua bexiga estivesse caindo? Talvez fosse uma forma de chamar logo inicialmente a atenção das mulheres na sala que tem esse problema. C6

O relato da primeira paciente parece um pouco exagerado. Dez anos de muito sofrimento por prolapso genital realmente reflete o que acontece com a população? Ela foi informada sobre complicações ou como identifica-las? Sobre outras opções de tratamento? Se há intenção de estimular e ensinar o uso de pessário, o vídeo deveria ensiná-la a notar possíveis problemas com seu uso. C7.

Embora a ideia da mulher com a lata na cabeça retrata bastante a realidade das nossas pacientes; percebemos que os estilos de vida das usuárias do pessário podem diferir. Sugiro acrescentarmos cenas/ imagens mais genéricas, talvez nos cuidados domésticos diários (limpando a casa, cozinhando). C8

Inserir informações/comparações sobre outros tratamentos. Inserir informações sobre efeitos adversos, como suspeitar e como proceder se ocorrerem. C9

Ressalta-se que todas as sugestões dos juízes de conteúdo foram acatadas pelas autoras do vídeo de forma que na revisão do roteiro para que se chegasse à segunda versão (versão final) a linguagem tornou-se mais simplificada, com frases mais curtas, buscando-se, para tanto, o auxílio de um revisor de português. Além disso, buscou-se minimizar alguns estereótipos típicos da cultura nordestina. O título foi modificado passando de “Pessários vaginais, você também pode usar!” para “Vamos testar o pessário”?

6.2.2. Validação do roteiro por juízes técnicos

Além da avaliação realizada com 12 juízes de conteúdo, o vídeo educativo foi avaliado por 12 juízes considerados *experts* na área de comunicação. Assim, a mesma versão que havia sido enviada para validação pelos juízes de conteúdo, também foi avaliada simultaneamente pelos juízes técnicos.

Buscou-se contatar juízes de diferentes regiões brasileiras, sendo amostra de juízes representativa do sudeste, nordeste e centroeste brasileiro. A média de idade dos juízes técnicos participantes deste estudo foi de 34 anos, com desvio-padrão de $\pm 8,6$ anos, mediana de 30 anos, variando de 23 a 50 anos. Todos os juízes eram do sexo masculino. Atuavam nas áreas de Cinema, Comunicação Social, Jornalismo e audiovisual com especializações em Cinema e roteiro. O tempo de formação foi em média 9,4 anos, com desvio-padrão de $\pm 3,3$ anos. A mediana foi de 8,5 anos, variando de 6 a 19 anos. Abaixo seguem os dados de caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo. Fortaleza, 2016.

REQUISITO	N	%
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	12	100
Possuir habilidade/ conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	8	66,6
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	5	41,6
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	10	83,3

Fonte: Bezerra (2016)

A avaliação dos referidos juízes acerca dos aspectos relacionados ao conteúdo do roteiro do vídeo pode ser verificada por meio das Tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica do roteiro do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.

Aspectos Avaliados	Proporção	Valor p*	IVC**
Título do vídeo educativo	N	%	
Título desperta interesse para assistir ao vídeo	1	0,02	1
Conceito da ideia			
Conteúdo adequado ao objetivo do vídeo	1	0,02	1
A ideia auxilia a aprendizagem	1	0,02	1
A ideia é acessível	1	0,02	1
O roteiro é útil	1	0,02	1
O roteiro é atrativo	1	0,02	1
Construção dramática			
O ponto de partida do roteiro tem impacto	1	0,02	1
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce	1	0,02	1
Número de cenas suficientes	1	0,02	1
Tempo de duração suficiente	1	0,02	1
Apresentação do roteiro é agradável	1	0,02	1
Ritmo			
Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente	1	0,02	1

O ritmo é cansativo	0,95	0,035	0,95
Há dinamismo dos ambientes	1	0,02	1
As formas de apresentação das cenas são adequadas	1	0,02	1
Personagens			
O perfil das personagens é original	1	0,02	1
Os valores das personagens têm consistência	1	0,02	1
Potencial dramático			
É desenvolvida uma expectativa	1	0,02	1
Diálogos (Tempo dramático)			
No diálogo cada intervenção motiva outra	1	0,02	1
Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história	1	0,02	1
Estilo visual (Estética)			
Existem muitas repetições de cenário/ambiente	1	0,02	1
As imagens são adequadas	1	0,02	1
A estrutura geral é criativa	1	0,02	1
Público referente			
O conteúdo de interesse tem relação direta com o público alvo	1	0,02	1
Funcionalidade			
O vídeo propõe-se a elevar a confiança da mulher em usar o pessário	1	0,02	1
O vídeo é capaz de gerar resultados positivos	1	0,02	1
Usabilidade			
É fácil de aprender os conceitos utilizados e suas aplicações	1	0,02	1
Fornece ajuda de forma clara	1	0,02	1
Fornece ajuda de forma completa	1	0,02	1
Fornece ajuda sem ser cansativo	1	0,02	1
Eficiência			
O tempo proposto é adequado para que a usuária aprenda o conteúdo	1	0,02	1
O tempo proposto é adequado para que a usuária possa se sentir mais confiante em usar o pessário	1	0,02	1
O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo	1	0,02	1
O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto	1	0,02	1
O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela	1	0,02	1

Fonte: Bezerra (2016).

Legenda: *Teste binomial.

** Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Pode-se observar a concordância excelente por todos os juízes em quase todos os aspectos avaliados.

No que diz respeito à avaliação geral dos juízes técnicos acerca do roteiro do vídeo educativo os dados estão apresentados na Tabela 8. Todas as avaliações julgaram os itens excelente e muito bom.

Tabela 8 - Avaliação dos aspectos técnicos do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.

VARIÁVEIS	Excelente		Muito bom		IVC*	Valor p**
	N	%	N	%		
Ideia	11	91,7	1	8,3	1	0,005
Construção dramática	10	83,3	2	16,7	1	0,005
Ritmo	12	100	-	-	1	0,005
Personagens	12	100	-	-	1	0,005
Potencial dramático	12	100	-	-	1	0,005
Diálogos	10	83,3	2	16,7	1	0,005
Estilo visual	11	91,7	1	8,3	1	0,005
Público referente	12	100	-	-	1	0,005
Estimativa de produção	11	91,7	1	8,3	1	0,005

Fonte: Bezerra (2016).

Legenda: *Teste binomial.

** Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Acerca da avaliação geral do vídeo, a maioria dos juízes técnicos considerou o vídeo aprovado (N=10; 83,3%) e os outros o julgaram aprovado com modificações (N=2;16,7%).

Entre as sugestões dos juízes técnicos destacam-se as que se seguem:

Inseridos na recente experiência audiovisual contemporânea, nota-se que a duração dos vídeos no contexto de internet e televisão (excluindo a experiência da sala escura do cinema) é cada vez mais rápida. O roteiro do vídeo proposto têm 15 minutos e poucas sequências para trabalhar esse tempo. Acredito que esse tempo possa ser bastante reduzido ou então trabalhar com mais situações que rendam melhores cenas. T1

Acredito que uma boa ideia seja a de trabalhar mais com a animação e menos com situações reais de personagens. T2

Ressalta-se que as sugestões supracitadas dos juízes técnicos foram analisadas pelas autoras do vídeo na revisão do roteiro para que se chegasse à segunda versão (versão final). Contudo, a sugestão do juiz T2, trabalhar mais com animação, não foi acatada, tendo em vista que a enquête realizada com o público demonstrou que os mesmos preferem pessoas reais.

Nessa versão, alguns diálogos foram acrescentados e algumas falas reduzidas, o roteiro foi revisto de modo a que as cenas (imagens) correspondessem às

suas respectivas falas. Após o processo de validação do roteiro do vídeo por meio dos juízes de conteúdo e técnicos e pelo público alvo, chegou-se à segunda e última versão do roteiro, sendo esta utilizada para a produção do vídeo educativo.

Esse processo de adaptação do material educativo às sugestões dos juízes é uma etapa essencial para tornar a tecnologia ainda mais completa, de maior rigor científico e eficaz durante a atividade de educação em saúde. É um passo bastante laborioso reunir todas as sugestões, analisar, verificar a aplicabilidade da implementação da sugestão e reestruturar o material educativo elaborado a fim de satisfazer as propostas, porém, ao final, percebe-se o grande avanço alcançado e esse ganho será revertido diretamente para o público-alvo (LIMA, 2014).

Essa etapa é referida também por outros estudos como de grande relevância para aperfeiçoamento do material a ser validado, nos quais, da mesma forma, foram sugeridas a reformulação e a exclusão de informações, substituição de termos, além da reformulação das ilustrações (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012; COSTA et al., 2013).

6.2.3 Validação do roteiro pelo público-alvo

A validação do roteiro também foi realizada pelo público alvo com objetivo de verificar a aparência e linguagem das cenas que estariam no vídeo. Para a validação de aparência participaram 24 mulheres com perfil sociodemográfico semelhante ao do público-alvo do vídeo. As mulheres foram captadas no ambulatório de uroginecologia do HGF antes da consulta de pessaríio. A pesquisadora leu o roteiro e aplicou um instrumento para a avaliação do mesmo. A seguir, apresenta-se o perfil sociodemográfico do público-alvo envolvido no estudo (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das mulheres representantes do público-alvo segundo suas características sociodemográficas.

Características	Média	Desvio Padrão	Min-Max
Idade(anos)	67,5	11,6	45-98
Anos de estudos	4	4,6	0-15
	N(Total 24)		%
Procedência			
Zona rural	2		8,3
Zona urbana	22		91,6
Estado Civil			
Casada / União consensual	14		58,3
Solteira / Divorciada	10		41,7
Ocupação			
Do Lar	14		58,3
Serviços Gerais	1		4,2
Aposentada	9		37,5
Renda Familiar em Salários Mínimos[§]			
RF<1	8		33,3
1 RF < 3	13		54,2
RF 3	3		12,5
Classificação Socioeconômica			
B2	3		12,5
C1	5		20,8
C2	6		25
D	10		41,7

Fonte: Bezerra (2016).

§ Salário mínimo durante o estudo foi igual a R\$ 788,00.

Quanto às características gineco-obstétricas e clínicas, a totalidade da amostra encontrava-se na menopausa (100%; M:68,7,±11,6anos) e a maioria era multipara (87,5%), com média de 6,5 (±4,3) gestações por mulher. A via de parto mais frequente foi a vaginal (91,7%; M:5,58±4,3), e o peso do maior recém-nascido variou entre 3.040g e 5.050g, com peso médio de 3.799g (±1423).

A maioria das pacientes procurou atendimento apresentando como queixa principal a sensação de bola na vagina (96%), embora 40% relataram queixas urinárias associadas, como polaciúria (12%) ou algum tipo de incontinência (28%). Ao exame físico (POP-Q), 20% das pacientes possuíam prolapso estágio II, 44% estágio III e 36% estágio IV. Todas as mulheres apresentavam defeitos da parede anterior da vagina (100%).

As características sociodemográficas apresentadas demonstram que grande parte das mulheres possuía baixa escolaridade, renda até 3 salários mínimos e classe

social D(41,7%). O perfil caracterizado ratifica que tecnologias voltadas para esse público devem ter linguagem simples, compreensível e para todos os níveis educacionais.

Houve ampla variação na idade (entre 45 e 98 anos) das participantes, demonstrando que, embora mais frequentes, estas disfunções não ocorrem somente em mulheres idosas, mas também em mulheres na meia-idade (HANDA et al., 2011).

Além da idade existem outros fatores de risco responsáveis pelos defeitos do assoalho pélvico. Relacionados aos prolapsos genitais são considerados principais fatores de risco: partos vaginais, macrossomia fetal, uso do fórcepe, episiotomia, histerectomia e cirurgias prévias para correção de distopia genital (HOFFMAN et al., 2014; HANDA et al., 2011). Os fatores de risco encontrados nas pacientes deste estudo vão ao encontro dos dados da literatura, os mais frequentes foram: parto vaginal, multiparidade e menopausa.

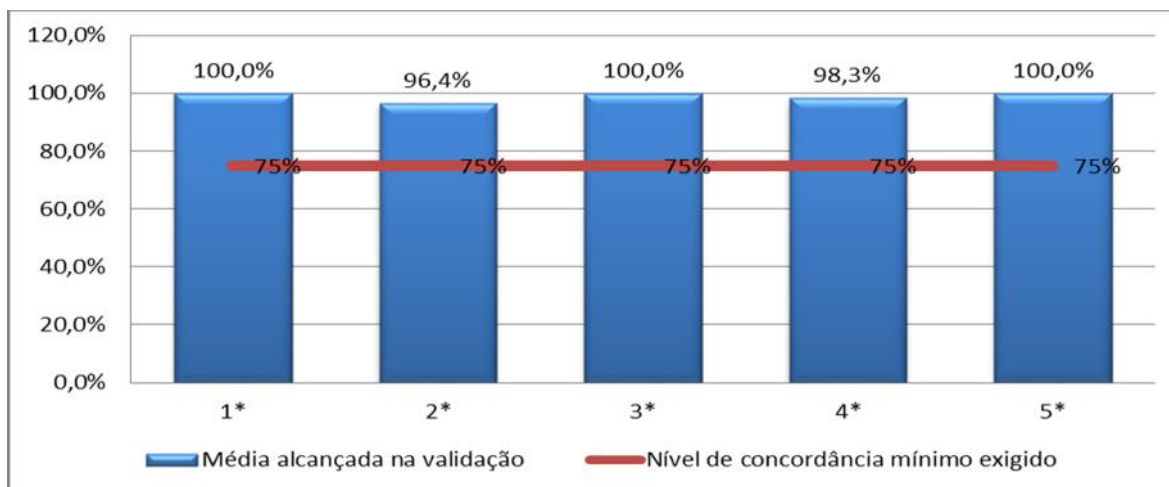
Conhecer as características da população a qual a tecnologia educativa destina-se é de grande valia para a adequação do material ao público alvo. É nesse momento que o pesquisador poderá definir as características e o tipo de tecnologia que melhor condiz para cada realidade. Nesse aspecto, estudos corroboram com a importância dessa fase para a qualidade do material elaborado (SOUSA; TURRINI, 2012; MARTINS et al., 2012).

Materiais educativos devem ser acessíveis, claros, significativos e adequados à realidade do usuário. Além de informar, precisam estimular a reflexão e fomentar a instrumentalização para o cuidado. As produções devem incorporar os pacientes como sujeitos do conhecimento, e não apenas como público-alvo de produtos construídos fora de sua realidade (HARRIS et al., 2015). Os profissionais de saúde devem produzir um material educativo de forma adequadamente planejada, realizando a avaliação e a validação do material, para que ele atenda às reais demandas e necessidades do paciente e seus familiares (LIMA et al., 2014).

Em relação ao processo de validação de aparência do roteiro, as 24 mulheres responderam aos 18 itens do instrumento de avaliação do material educativo distribuídos em cinco aspectos avaliativos de aparência (Objetivo; Organização; Linguagem; Aparência e motivação), assinalando “sim”, “não” ou “em parte”. A partir

dessa avaliação, pôde-se verificar o nível de concordância mínimo nas respostas positivas das mulheres para cada um dos cinco aspectos avaliativos. (Figura 7).

Figura 7 - Nível de concordância entre representantes do público-alvo por aspectos avaliativos de aparência.



Fonte: Bezerra (2016).

De acordo com a Figura 7, todos os cinco aspectos avaliativos de aparência alcançaram nível de concordância bastante superior ao mínimo estabelecido para ser validado (75%), variando de 95,8% a 100%, indicando excelente nível de concordância entre as mulheres que utilizam pessário, considerando-se, assim, o roteiro validado quanto à aparência também pelo público-alvo.

Destaca-se que, dos 18 itens avaliados, houve apenas um item com resposta assinalada como “Não” e quatro como “Em parte”, ratificando, mais uma vez, o nível de aceitação e de respostas positivas durante a avaliação do material educativo (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da concordância da avaliação do roteiro do vídeo educativo pelo público-alvo. Fortaleza, 2016.

Aspectos Avaliados	Proporção	Valor p*	IVC**
Objetivo	N	%	
O vídeo educativo estimula a mulher com Prolapso de órgãos pélvicos a utilizar o pessário	1	0,02	1
O vídeo educativo propõe ao aprendiz adquirir conhecimento a respeito do pessário para o tratamento clínico do POP	1	0,02	1
Organização			
O início do vídeo é atraente	1	0,02	1
Mostra o assunto a que se refere (pessário)	1	0,02	1
O número de cenas está adequado	0,958	0,035	0,958
O material dificulta em alguma parte a visualização (tamanho da fonte de letras, por exemplo)	0,9	0,05	0,9
Linguagem			
Quanto ao entendimento das frases, elas são de fácil compreensão	1	0,02	1
O vocabulário é acessível	1	0,02	1
O texto é interessante	1	0,02	1
O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1	0,02	1
Aparência			
As imagens são simples e atrativas	1	0,02	1
Retratam a orientação de forma adequada	0,958	0,035	0,958
As cenas do vídeo mostram realidade quanto os pontos positivos em utilizar o pessário	1	0,02	1
As cenas ou seções parecem organizadas e dentro de uma lógica?	0,958	0,035	0,958
O vídeo, de um modo geral, é simples e atrativo	1	0,02	1
Motivação			
Em sua opinião, qualquer participante que ver esse vídeo vai entender do que se trata	1	0,02	1
Você se sentiu motivada a visualizá-lo até o final	1	0,02	1
O uso do vídeo se faz importante	1	0,02	1

Fonte: Bezerra (2016).

Legenda: *Teste binomial. ** Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

“Quando solicitadas que descrevessem o motivo pelo qual consideraram as opções “Não” ou “Em parte”, algumas não souberam ou não quiseram explicar e outras deram as seguintes justificativas para as questões: O vídeo educativo estimula a mulher com Prolapso de órgãos pélvicos a utilizar o pessário? *Em parte, pois depende de mulher para mulher*”; “O vídeo educativo propõe ao aprendiz adquirir conhecimento a respeito do pessário para o tratamento clínico do prolapso de órgãos pélvicos? *Em parte, eu tive algumas dúvidas de como lavar o dispositivo*”; “O número de cenas está adequado? *Em parte, quando iniciei o tratamento com pessário tinha medo lavar e não*

ficar limpinho, acho que para mulher que vai começar a usar é bom mostrar uma mulher lavando o pessário para ela ver como é simples.”

Validar o material educativo com representantes do público-alvo é uma atitude necessária e um ganho importante para o pesquisador e equipe envolvida. É um momento em que se dá conta do que realmente está faltando, do que não foi compreendido e da distância que existe entre o que se escreve e o que é entendido e como é entendido. É importante considerar que, se um paciente não o entendeu, outros tantos poderão também não o entender e isso significa que o texto necessita ser modificado (BASKWILL;SUMPTON, 2015.). Além disso, o paciente e sua família são o foco principal da educação em saúde.

Nesse sentido, a avaliação positiva das mulheres quanto ao roteiro do vídeo educativo elaborado é de suma importância para inferir a eficácia e efetividade do conteúdo do vídeo que será construído para promoção da adesão ao tratamento com o pessário.

Como as próprias mulheres referiram, o roteiro, ao apresentar-se de forma clara, objetiva e atrativa é capaz de proporcionar melhoria do conhecimento, promovendo o empoderamento das mesmas, com vistas a que se possa, enfim, alcançar a melhora da adesão ao tratamento com pessário, e consequentemente da qualidade de vida dessas mulheres e das filas de espera por um procedimento cirúrgico.

6.3 Produção do vídeo educativo

6.3.1 Gravação das cenas

A etapa de produção do vídeo contou com atores sociais, ou seja, pessoas que estão ligadas à problemática. Nesse sentido, convidou-se o médico que trabalha diretamente na indicação do tratamento com pessário, uma enfermeira também envolvida no ambulatório de uroginecologia e as pacientes que utilizam o pessário

vaginal. A escolha de personagens reais se deu por propiciar maior veracidade às cenas e pela adequação às características dos personagens do vídeo.

Para a gravação, contou-se com o trabalho de um profissional especialista na área de produção de vídeos, o qual dispunha do equipamento técnico profissional necessário, tais como câmeras profissionais, tripés, iluminação e anteparos apropriados.

A gravação do vídeo durou dois dias. Primeiramente, procedeu-se a gravação das cenas realizadas no parque e os depoimentos do final do vídeo. No segundo dia, enfocou-se na gravação das imagens do médico e da personagem principal (Dona Elzi) e seus familiares, que ocorreu em um ambulatório de uroginecologia, na casa da paciente e nos arredores de sua casa.

As filmagens foram realizadas em tomadas, isto é, intervalos de tempo entre o início e o término de cada gravação. Cada cena, portanto, foi formada por um conjunto de tomadas, e, conseqüentemente, o vídeo foi composto por um conjunto de cenas (BARBOSA, 2008).

Além disso, alguns *letterings* foram gravados apenas no áudio (formato *off*) para que posteriormente, no momento da edição, essas sobrepussem cenas que orientavam acerca de alguns cuidados relacionados a inserção e retirada do pessário.

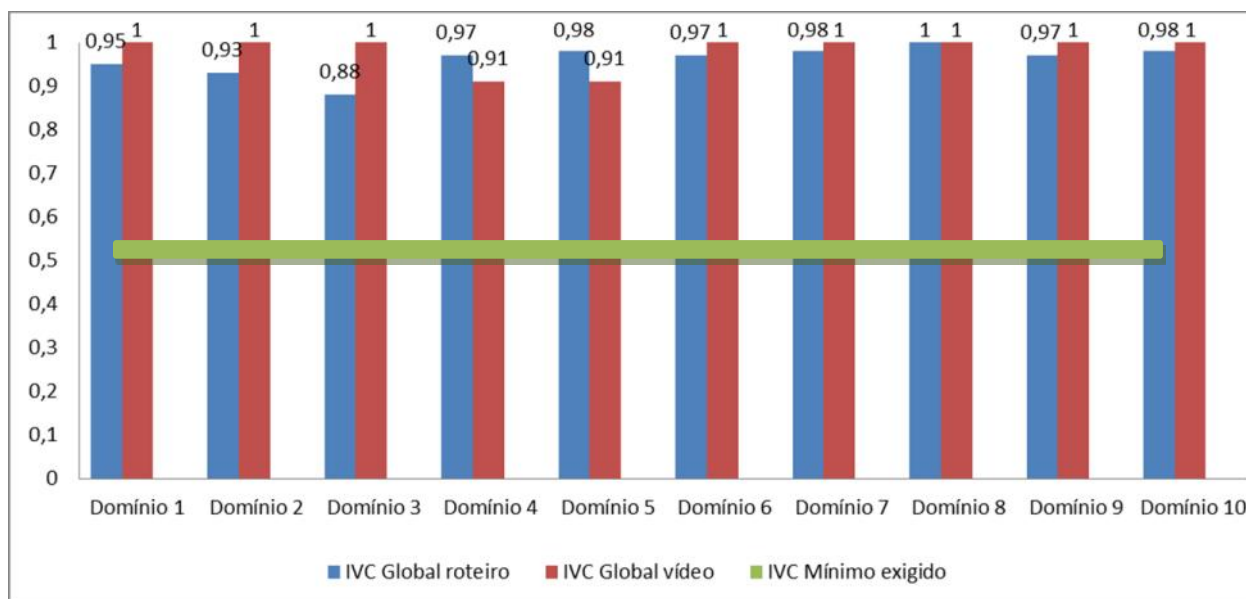
6.3.1 Validação do vídeo Educativo

Após a realização das gravações foi realizada a primeira edição das cenas para que os juízes de conteúdo e técnico, bem como o público alvo pudessem avaliar se foram contemplados todos os aspectos inseridos no roteiro. A seguir os gráficos mostrando o resultado das validações de conteúdo, técnica e aparência.

6.3.1.1 Validação do vídeo por juízes de conteúdo

Acerca da avaliação geral do vídeo 11 juízes (91,6%) aprovaram o vídeo sem modificações, 1 aprovou com modificações (8,3%). A seguir a Figura 8 indicando o IVC do roteiro, vídeo e o padrão adotado como válido.

Figura 8 - Índice de validade de conteúdo dos juízes de conteúdo segundo os domínios do roteiro e do vídeo educativo.



Fonte: Bezerra (2016).

Algumas sugestões foram solicitadas pelos juízes de conteúdo destacam-se elas:

Acredito que, mesmo a intenção sendo conhecer o pessário e suas vantagens, seria interessante incluir um depoimento de como foi a adaptação do uso, se houve dificuldades iniciais para inserir e como estas fizeram para ser ter a real dimensão de adesão terapêutica. C2

Penso que a fala do médico pode ser mais simples. C5

Seria interessante uma fala de uma enfermeira, tendo em vista que é essa profissional que presta cuidados as pacientes após a indicação médica. C9

O final poderia ser o médico, a enfermeira e a paciente convidada para utilizar o pessário. C10

O tempo do vídeo poderia ser reduzido. C11

No início a apresentação do título poderia ter um áudio. C16

O Título no início: Vamos testar o pessário? poderia ficar mais em foco, uma fonte maior e uma cor mais viva. C12

Sugiro que a cena que ilustra os órgãos pélvicos e demonstra a inserção do pessário aumentem o tempo, de modo a ficarem um pouco mais lenta, melhorando assim o entendimento. C1

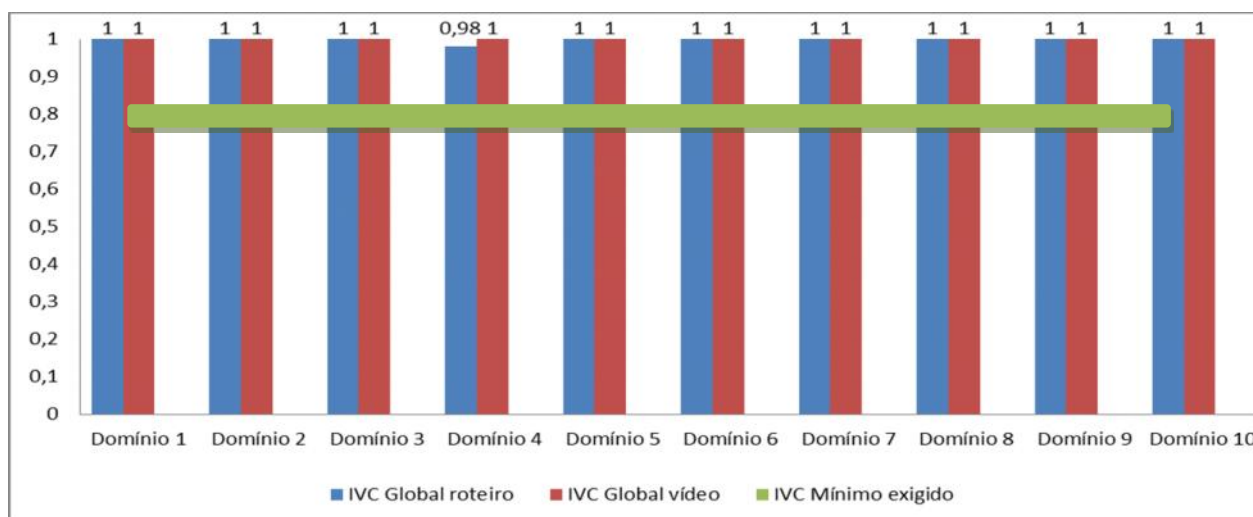
Inserir os créditos do vídeo. C13

Ressalta-se que as sugestões foram realizadas, a única que não pôde ser contemplada estava relacionada ao tempo do vídeo, tendo em vista que a duração do mesmo cumpre os parâmetros didáticos recomendados para adultos e idosos (BASTABLE., 2010), além disso o público-alvo não inferiu como necessário.

6.3.1.2 Validação do vídeo por juízes técnicos

Em relação à avaliação geral do vídeo pelos juízes técnicos todos aprovaram o vídeo sem modificações não sendo realizadas sugestões ou modificações do produto final. A seguir o gráfico (Figura 9) com os valores referentes ao IVC do roteiro, vídeo e o padrão estipulado como válido (0,8).

Figura 9 – Índice de validade de conteúdo dos juízes técnicos segundo os domínios do roteiro e do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.

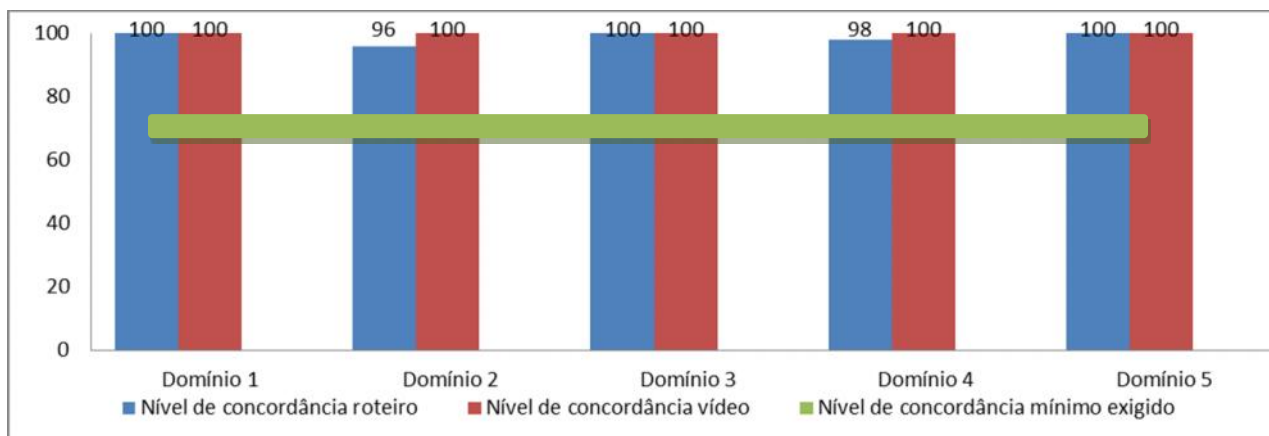


Fonte: Bezerra (2016).

6.3.1.3 Validação do vídeo pelo público-alvo

O vídeo também foi avaliado pelo público-alvo, sendo verificado elevado nível de concordância (Figura 10).

Figura 10 – Nível de concordância do público-alvo segundo domínios do roteiro e do vídeo educativo. Fortaleza, 2016.



Fonte: Bezerra (2016).

Assim como no instrumento dos juízes, as mulheres também foram solicitadas, ao final da avaliação, a emitirem suas opiniões pessoais acerca do vídeo em geral (Quadro 4).

Quadro 4: Opinião das mulheres pertencentes ao público-alvo quanto ao vídeo por unidades temáticas.

Unidade de sentido	Opiniões das Mulheres pertencentes ao público-alvo
Objetivo do vídeo	<i>“Gostei de tudo no vídeo, tava lembrando quando comecei a usar o pessário ” (mulher 3); “O vídeo é bom para mostrar que qualquer mulher pode usar, até as mais velhas” (mulher 13);</i>
Organização	<i>“Gostei, pois mostra o médico explicando quem pode usar pessário” (mulher 6); “Gostei de ter mulheres parecidas com a gente falando isso é bom para quem vai iniciar o tratamento perceber que todos podem usar” (mulher 10);</i>
Linguagem	<i>“Gostei principalmente do desenho mostrando como é que a bexiga vai pra fora” (mulher 4); “O vídeo é bem simples dá para entender o que todos falam” (mulher 8); “Gostei de tudo, da parte mostrando a bexiga e também dos cuidados que devem ser feitos” (mulher 11); “As mulheres falam como a gente, dá para entender e não é cansativo” (mulher 21);</i>
Aparência	<i>“As imagens são bonitas e mostram de forma atrativa o que as mulheres sentem quando não se tratam ” (mulher 2); “Ficou muito bonito o início mostrando as mulheres sorrindo (mulher 15); “Gostei bastante, principalmente das figuras” (mulher 16); “Gostei de como cada mulher fala, cada uma fala de uma coisa importante para o cuidado com o pessário” (mulher 22);</i>
Motivação	<i>“Quando vi o vídeo deu vontade de mostrar para minhas amigas e para todos como é usar o pessário” (mulher 7); “Para quem for iniciar o tratamento será muito importante para ter vontade de continuar e não desistir, a vontade é de ver várias vezes” (mulher 17); “O vídeo nos dá confiança que o tratamento vai dá certo e isso depende muito de nós” (mulher 8).</i>

Fonte: Bezerra (2016).

Acerca da avaliação geral do vídeo 23 mulheres (95,8%) aprovaram o vídeo sem modificações, apenas uma (4,2%) aprovou com modificações. As modificações sugeridas foram para acrescentar algumas cenas.

Entre as modificações sugeridas tem-se:

O vídeo é muito bom para diminuir o medo que temos no início, se desse para colocar uma mulher fazendo as coisas em casa com o pessário seria bom para mostrar que podemos fazer tudo com ele (Mulher 5).

É bom colocar uma cena a mulher lavando o pessário para mostrar como é simples (Mulher 6).

Ressalta-se que foram verificadas as sugestões e modificações a serem realizadas. Para contemplar as sugestões dos juízes e público-alvo foram acrescentadas novas cenas, sendo necessário mais um dia de gravação.

Após realizar todas as validações observa-se que o vídeo educativo mostrou-se como material validado do ponto de vista de aparência e conteúdo, visto que apresentou IVC global satisfatório (0,99) a partir da validação pelos juízes e nível de concordância excelente entre os juízes (91,1% a 100%) e os representantes do público-alvo (96% a 100%), devendo-se assim ser considerado no contexto das atividades educativas como um instrumento capaz de favorecer a adesão ao tratamento conservador com pessário em mulheres com indicação dessa abordagem terapêutica.

Sendo assim, antes de se disponibilizarem ferramentas de atuação profissional para serem utilizadas, é necessário avaliá-las, a fim de se conhecer sua efetividade (AGUIAR, 2010).

Desde a década de 50, tem-se observado a elaboração de tecnologias em saúde que se tornaram reconhecidas e utilizadas após o seu processo de validação (OSTHERR, 2013). Assim, submeter um instrumento ao processo de validação antes da sua utilização é fundamental, uma vez que isso proporciona a verificação da qualidade dos dados (ODABASI et al., 2015).

Atualmente, os enfermeiros têm mostrado empenho em relação à construção de novas tecnologias, as quais são utilizadas com o objetivo de facilitar a prática profissional e a educação em saúde de pacientes e seus familiares. Por isso, é fundamental o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde por parte desse profissional, tendo em vista o seu importante papel na orientação do paciente e seus familiares, bem como na introdução e estimulação do autocuidado e na ampliação do alcance de benefícios por parte de sua clientela (ANDRADE, 2011).

No tocante a utilização de vídeo como ferramenta educativa, Barbosa e Bezerra (2011) realizaram a validação de um vídeo educativo direcionado à promoção do apego entre mãe HIV positiva e seu filho. As autoras verificaram que o vídeo

educativo promove o apego seguro entre o binômio que vivencia a contaminação do HIV.

Carvalho et al., (2014) avaliaram a eficácia e a aceitação de um vídeo como estratégia de ensino da higiene bucal para pacientes com doenças hematológicas em tratamento quimioterápico. O desempenho na realização do procedimento foi superior após os sujeitos assistirem ao vídeo ($p < 0.0001$), sendo que a utilização desta estratégia foi bem-aceita pelos pacientes.

Razera et al., (2014) construiu e validou um vídeo educativo sobre o tratamento quimioterápico, como estratégia de educação para os pacientes oncológicos em quimioterapia. A elaboração do vídeo possibilitou o acesso a várias informações organizadas de maneira a atender às diferentes necessidades dessa população, contribuindo para a assistência de enfermagem qualificada.

Em relação às tecnologias embasadas na teoria da autoeficácia, Dodt (2012) elaborou e validou um álbum seriado – como tecnologia educativa – para a promoção da autoeficácia materna no ato de amamentar. O estudo concluiu que a intervenção educativa promoveu não só a elevada autoeficácia materna para amamentar, como também a maior duração do aleitamento materno.

Joventino et al., (2015) avaliou o efeito de um vídeo educativo para promover a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Os resultados apontaram que o uso de vídeo educativo não elevou apenas a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil, como diminuiu as chances dessa enfermidade em filhos de mães que tinham elevada autoeficácia.

No contexto da saúde da mulher, Lima (2014) construiu e validou quanto ao conteúdo e aparência uma cartilha educativa para a prevenção da transmissão vertical do HIV. A cartilha educativa foi a primeira a ser desenvolvida dentro da temática e mostrou-se como um material que facilitará a prática da enfermagem, tendo em vista que se constitui em uma tecnologia ilustrada capaz de favorecer o diálogo entre profissionais e mulheres, facilitando a aquisição de conhecimentos e proporcionando o empoderamento das mulheres, gestantes e puérperas HIV positivas.

Oliveira, Lopes e Fernandes (2014) validaram uma cartilha educativa para alimentação saudável na gravidez, tanto com juízes especialistas na área, como com gestantes, concluindo que o material educativo foi considerado válido do ponto de vista de conteúdo e pertinência, o que incentiva o seu uso por enfermeiros para orientação sobre alimentação saudável na gestação.

Todas as investigações supracitadas ratificam a preocupação em se utilizar formas de abordar o cliente/paciente com tecnologias educativas inovadoras, com utilização de pedagogia problematizadora, que propicie a reflexão crítica, o diálogo, a escuta e o conhecimento compartilhado. Essas metodologias devem ser buscadas pelos enfermeiros e outros profissionais para concretizarem a educação em saúde (FAGUNDES, 2011).

6.4. Pós-produção do vídeo educativo

A edição, ou seja, pós-produção do vídeo ficou sob responsabilidade dos mesmos profissionais que efetuaram a sua produção. Estes selecionaram as trilhas sonoras e a junção das cenas e áudios (falas).

Com a finalização das gravações, o profissional técnico especializado efetuou a edição do vídeo por meio do programa *Adobe premiere cc*[®], software profissional de edição de vídeo. Este selecionou as melhores tomadas para compor cada cena disposta no roteiro, intercalando com caracteres sobrepostos, legendas, figuras disponíveis livremente na internet e recursos de áudio para incrementar o vídeo e torná-lo mais atrativo.

Ao final desta etapa, todo material editado foi revisado inúmeras vezes pela pesquisadora e por três juízes da fase de validação de conteúdo do roteiro e validação do vídeo, as quais foram previamente convidados para assistirem ao vídeo e deram sugestões e recomendações para melhor qualificação do vídeo. Dessa forma, o vídeo foi modificado algumas vezes, incluindo-se alguns aspectos de ordem estético-visual, como cor, fonte.

O vídeo foi finalizado com 10 minutos e 13 segundos, excluindo-se os créditos; e 10 minutos e 50 segundos, incluindo créditos, tempo considerado adequado para vídeos com caráter educativo, a fim de que o público se mantenha atento ao conteúdo de forma eficaz.

Verifica-se a avaliação positiva dos juízes quanto ao vídeo educativo “Vamos testar o pessário?”. Os resultados mostram compreensão adequada, cenas que promoveram atratividade e autoeficácia, além de ter tido uma linguagem que favoreceu aceitação cultural e persuasão por parte do público-alvo. É de suma importância essa avaliação a fim de inferir a efetividade desse material para a adesão das mulheres ao tratamento com o pessário, quando indicado.

Percebe-se, ainda, que se conseguiu atingir um roteiro atrativo, objetivo, sucinto, de fácil entendimento, linguagem clara, sequência lógica e tópicos bem explicativos.

Tecnologias educativas audiovisuais são instrumentos que facilitam o processo educativo uma vez que permite a fixação do conhecimento, possibilitando a superação de eventuais dificuldades, por meio do processo de decodificação e de memorização. O vocabulário utilizado deve ser coerente com a mensagem e com o público-alvo. Deve ainda ser convidativo de fácil entendimento (OSTHERR, 2013; OSTHERR et al., 2015).

Nesse sentido, atualmente, há a preocupação em se utilizar formas de abordar o cliente/paciente com metodologias de ensino inovadoras, com utilização de pedagogia problematizadora, que propicie a reflexão crítica, o diálogo, a escuta e o conhecimento compartilhado. Essas metodologias devem ser buscadas pelos enfermeiros para concretizarem a educação em saúde (FAGUNDES, 2011).

Compreender as informações propostas no vídeo educativo é um domínio que precisa ser contemplado de forma satisfatória, pois contribuirá para que as mulheres saibam utilizar com eficiência o pessário, além do manejo e tratamento adequado com o dispositivo.

A atratividade nos materiais educativos deve ser contemplada não apenas em materiais audiovisuais, mas em todas as tecnologias educativas, visto que estimula o interesse da clientela até o final da aplicação da estratégia educativa; além de

favorecer a aprendizagem e aumentar a interação enfermeiro-paciente. Estudos mostram que os materiais devem atender aos padrões, quanto ao layout, às imagens utilizadas, as cores e o tamanho da letra das informações textuais apresentadas para que o vídeo se torne o mais atrativo possível (ARNOLD et al., 2006; DOAK; DOAK, 2004).

A aceitação cultural também é essencial para a validação do material educativo, uma vez que a cultura de um povo está ligada a seus valores e saberes diante do mundo que vive (WRIGHT; SPARKS, 2013; BASKWILL; SUMPTON, 2015). Logo, a percepção das mulheres em relação aquilo que está sendo abordado no vídeo, possibilita identificar se os conceitos e as orientações transmitidas estão de acordo com a realidade que vivenciam, pois elas só irão seguir as orientações se acreditarem que é certo e factível no seu cotidiano.

Com relação à autoeficácia, esta deve ser considerada no contexto da mulher com vistas a transformar as suas ações. Assim, a autoeficácia irá interferir na quantidade de esforço que cada indivíduo irá dispensar e tempo em que irão persistir para transpor obstáculos e experiências adversas, no entanto, não garante necessariamente o sucesso, mas a baixa autoeficácia certamente produz o fracasso (ROWBOTHAM; OWEN, 2015).

No vídeo educativo, o domínio persuasão foi empregado de forma efetiva, pois as informações contidas na cena oportunizaram a adoção de comportamentos saudáveis, sendo assim, a comunicação persuasiva é uma estratégia útil para gerar comportamentos preventivos, como pode ser evidenciado, a partir das declarações das mulheres de que acreditam ser capazes de aconselhar outras mulheres a utilizarem o pessário vaginal de acordo com a mensagem transmitida pelo vídeo.

O público-alvo avaliou de forma bastante positiva o vídeo educativo, considerando-o importante para promoção do conhecimento, com conteúdo rico aliado à clareza, formato adequado e ilustrações explicativas. Além disso, também foi mencionada a relevância do vídeo para favorecer alguns aspectos psicossociais, como a felicidade e melhoria da qualidade de vida, além de promover o autocuidado

7 CONCLUSÃO

A construção e validação do vídeo educativo “Vamos testar o pessário?” passou por um processo rigoroso de desenvolvimento do material e de avaliação por parte de juízes especialistas e por representantes do público-alvo, mulheres com prolapso sintomático que utilizam o pessário vaginal, satisfazendo a amplitude do conteúdo referente ao tratamento conservador com pessário, por meio de linguagem e animações claras, objetivas, acessíveis e atraentes às mulheres com essa condição clínica.

O vídeo educativo em estudo foi o primeiro a ser desenvolvido dentro da temática no cenário nacional e mostrou-se como material validado do ponto de vista de aparência e conteúdo, visto que apresentou excelente IVC global (0,99) a partir da validação pelos juízes e nível de concordância excelente entre os juízes (91,1% a 100%) e os representantes do público-alvo (96% a 100%), devendo-se assim ser considerado no contexto das atividades educativas como um instrumento capaz de favorecer a adesão ao tratamento conservador com pessário em mulheres com indicação dessa abordagem terapêutica.

Diante das sugestões e contribuições oriundas do processo de validação, o vídeo educativo passou por modificações, ajustes e acréscimos a fim de torná-lo mais eficaz, mesmo tendo alcançado IVC favorável, de forma que o vídeo passou de 7 minutos para 10 minutos e 13 segundos em sua versão final.

Acredita-se que o uso deste material com mulheres que apresentam prolapso de órgãos pélvicos na acolhida dos serviços especializados, facilitará a prática dos profissionais de saúde, tendo em vista que se constitui em uma tecnologia dinâmica capaz de favorecer o diálogo entre profissionais e mulheres, facilitar a aquisição de conhecimentos por parte destas, memorização dos cuidados relacionados ao tratamento com o pessário, proporciona o empoderamento das mulheres, bem como um meio de padronizar as orientações dadas pelos profissionais.

Ressalta-se também, que o vídeo elaborado é uma excelente ferramenta de divulgação do tratamento sendo possível a sua aplicação não somente para a população, mas também para profissionais da área da saúde.

Embora os achados dessa investigação tenham sido criteriosamente avaliados e medidos por meio dos testes estatísticos recomendados pela comunidade científica, revelando sua consistência, validade e relevância para a promoção da adesão ao tratamento com pílula, existem limitações que merecem destaque: Ausência de depoimentos de mulheres sexualmente ativas que utilizam o pílula, essa limitação justifica-se pelo fato de o vídeo não ter sido gravado com atores e sim com mulheres que vivem a problemática, não havendo até a data das gravações nenhuma paciente que se enquadra com essa característica. Outra limitação foi a ausência de cenas que mostrassem a inserção do dispositivo pela própria paciente, porém esta foi uma conduta assumida pela pesquisadora como forma de preservar a intimidade das participantes do estudo.

Recomenda-se a ampla divulgação do vídeo educativo “Vamos testar o pílula?”, de modo que este possa ser incorporado nas intervenções realizadas por enfermeiros dos diversos níveis de atenção, mas, principalmente, por aqueles que atuam nos ambulatórios de disfunção do assoalho pélvico.

Faz-se necessário, ainda pesquisas que avaliem o efeito do vídeo na adesão da mulher ao tratamento com pílula, tendo em vista que o desenho metodológico do presente estudo não permite essa inferência.

Sugere-se também, estudos que capacitem os enfermeiros e outros profissionais de saúde quanto à utilização do referido vídeo educativo aliado às demais ações de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. S. C. **Validação de tecnologia para avaliação do teste do reflexo vermelho**. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- ALMEIDA, M. B. A.; BARRA, A. A.; FIGUEIREDO, E. M.; VELLOSO, F. S. B.; SILVA, A. L.; MONTEIRO, M. V. C; RODRIGUES, A. M.; Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **Text Contx Enferm.**, Florianópolis, v.39, n.8, p. 395-402, mar./abr. 2011.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Pelvic organ prolapse. **Practice Bulletin**, v. 110, n. 85, p. 717-29, 2007.
- ANDRADE, L. M. **Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada**. 2011. 122 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- ANJOS, S.J.S.B. **Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino**. 2011. 167f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- ANTUNES, F. M. V.; MOUALLEM, J. M.; SINISCALCHI, R. T. Use of Polypropylene Meshes Covered for Treatment of Women Genital Prolapsed. **Rev. cienc. Saúde.**, Itajubá, v. 2, n. 3, p. 79-90, jul. 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. Critério padrão de classificação econômica – Brasil/2011. Disponível em: <www.aba.com.br/doc/classificacaobrasil.pdf> Acesso em jun 2014.
- ATNIP, S.; O'DELL, K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. **Urol. nurs.**, Portland OR, v. 32, n. 3, p.114-25, Mai./Jun. 2012.
- ARNOLD, C. L.; DAVIS, T. C.; FREMPONG, J. O.; HUMISTON, S. G.; BOCCHINI, A.; KENNEN, E. M.; PURYEAR, M. L. Assessment of Newborn Screening Parent Education Materials. **Pediatrics**, Evanston, v.117, n.5, p. 321-324, May. 2006.
- AYELEKE, R. O.; HAY-SMITH, E. J. C.; OMAR, M. I. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women (Review). **Cochrane database syst. rev.**, Oxford, v. 20, n. 11, p. 1-14, Nov. 2013.
- BABET, H. C. L.; BART, M. W. B.; ALFREDO, L. M. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **Int Urogynecol J.**, Surrey, v. 22, n. 6, p. 637-44, Jun. 2011.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol. Rev.**, v. 84, n. 2, p. 191-215, Mar.1977.

_____. **Self- efficacy**: the exercise of control. New York: Freeman, 1997.

_____. Social cognitive theory: an agentic perspective. **Annu Rev Psychol.**, Palo Alto, v.52, n.1, p.1-26, 2001.

_____. **Health Educ Behav.**; v.31, n.2, p.143-64, Apri. 2004.

BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008. 176 pp.

BANDURA, A; ADAMS, N.E. Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v. 43, n. 1, p. 5-21, Mar. 1982.

BARBOSA, R.C.M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 156f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARBOSA, R.M.; BEZERRA, A.K. Validação de um vídeo educativo para promoção do apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.2, p. 328-334, Mar./Apr. 2011.

BARROS, A. A.; GUEDES, M. V. C.; MOURA, M. D. J. M.; MENEZES, L. C. G.; AGUIAR, L. L.; XAVIER, G. A. Comportamento de saúde de pessoas hipertensas: modelo de crenças em saúde. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 525-32, mai./jun. 2014.

BASKWILL, A.; SUMPTON, B. The Use of an Informational Video to Improve Patient Satisfaction, Preparedness, Mood, and Empowerment. **Int J Ther Massage Bodywork.**, Bethesda, v.8,n.4,p.8-12, Dec. 2015.

BEZERRA, L. R. P. S.; VASCONCELOS NETO, J.A.; VASCONCELOS, C. T. M. et al. **Temas em Uroginecologia**: Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.

BEZERRA, L. R. P. S.; VASCONCELOS NETO, J. A.; VASCONCELOS, C. T. M.; KARBAGE, S. A. L.; LIMA, A. C.; FROTA, I. P. R.; et al. Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. **Int. urogynecol. j.**, Surrey, v. 25, n. 7, p. 927-33, Jul. 2014.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados/** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUGGE, C.; HAGEN, S.; THAKAR, R. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a multiprofessional survey of practice. **Int. urogynecol. j.**, Surrey, v. 24, n. 6, p. 1017-24, jun. 2013.

CÂNDIDO, E. B.; GIAROLLA, L.; FONSECA, A. M. R. M.; MONTEIRO, M. V. C.; CARVALHO, T. S.; SILVA FILHO, A. F. Conduta nos prolapsos genitais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 97-104, Mar./Abr. 2012.

CAPURRO, D.; GANZINGER, M.; PEREZ-LU, J.; KNAUP, P. Effectiveness of eHealth interventions and information needs in palliative care: A systematic literature review. **J Med Internet Res.**, Pittsburgh, v.16, n. 3, p. 72-9, Mar. 2014.

CERRUTO, M. A.; D'ELIA, C.; ALOISE, A.; FABRELLO, M.; ARTIBANI, W. Prevalence, incidence and obstetric factors impacto on female urinary incontinence in Europe: assistematic review. **Urol Int.**, Basel, v. 85, n. 1, p. 28-33, Apr. 2013.

CLEMONS, J. L.; AGUILAR, V. C.; SOKOL, E. R.; JACKSON, N. D.; MYERS, D. L. Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 190, n. 4, p.159-64, Apr. 2004.

COLLINS, S.; BEIGI, R.; MELLEN, C.; O'SULLIVAN, D.; TULIKANGAS, P. The effect of pessaries on the vaginal microenvironment. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 212, n. 1, p. 60.e1-6, jan. 2015.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2009.

COSTA, P. B.; CHAGAS, A. C. M. A.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1160-1167, Jul. 2013.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n.2, p. 225-230, Jan. 2012.

DODT, R. C. M.; JOVENTINO, E. S.; AQUINO, P. S.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. **Rev. Latino-am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 23, p. 725-32, Jul./Aug 2015.

DOAK C., DOAK, L. **Pfizer Principles for Clear Health Communication: A Handbook for Creating Patient Education Materials that Enhance Understanding and Promote Health Outcomes**, Pfizer. 2.ed., 2004.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, set./out. 2005.

EIDMAN, C.K. **Enhancing Breastfeeding Self-Efficacy through Prenatal Education**. 2011. 25f. Dissertação (Mestrado) - Master of Arts in Nursing Theses, St. Catherine University. Disponível em: http://sophia.stkate.edu/ma_nursing/31. Acesso em: 19 mai. 2012.

ERWIN, C. P. M.; TAK, A. V.; HESPEN, P. V.; DOMMELEN, M. H. Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? A multicenter randomized clinical trial. **BMC Geriatrics.**, London, v. 12, n. 51, p. 1-9, Dec. 2012.

FAGUNDES, L. G. S. Abordagens inovadoras em educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde: visão do profissional enfermeiro. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v.14, n.3, p. 336-342, Jun. 2011.

FERNANDO, R. J.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H.; SHAH, S. M.; JONES, P. W. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. **Obstet Gynecol.**, Hangerstown, v. 8, n.1, p.93-9, July. 2006.

FIORENTINI, L. M. R.; CARNEIRO, V. L. Q. **TV na escola e os desafios de hoje: curso de extensão para professores do ensino fundamental e médio da rede pública**. UniRede. 2. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

FLANAGAN, L.; ROE, B.; JACK, B.; BARRETT, J.; CHUNG, A.; SHAW, C.; WILLIAMS, K. S. Systematic review of care intervention studies for the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes with urinary incontinence as the primary focus (1966–2010). **Geriatr Gerontol Int.**, Tokyo, v.12, n. 4, p. 600-11, Oct. 2012.

FONSECA, L. M. M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FONTES, A.P.; AZZI, R.G. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.29, n.1, p.105-114, jan. 2012.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino am.**, Rbeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-56, mai./jun. 2004.

GOMES, L. F. S.; COSTA, C. C.; REBOUÇAS, C. B. A.; PINHEIRO, P. N. C.; VIERA, N. F. C.; DAMASCENO, A. K. C. Reflections on the promotion of health in the context the program humanization prenatal and birth. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 6, n.7, p.1818-820, Jul. 2012.

HAGEN, S.; THAKAR, R. Conservative management of pelvic organ prolapse. **Obstet. gynaecol. Reprod. med.**, Kidlington, v. 25, n. 4, p. 91-5, Apr. 2015.

HAGEN,S.; STARK, D. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane database syst.rev.**,Oxford,v.12,p.1-17,Dec.2011.

HÄGGLUND, D.; WALKER-ENGSTRÖM, M.L.; LARSSON,G.; LEPPERT,J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, Stockholm, v.80, n.11, p.1051-1055, Nov. 2001.

HANDA, V.L.; BLOMQUIST, J.L.; KNOEPP, L.R.; HOSKEY, K.A.; MCDERMOTT, K.C.; MUÑOZ, A. Pelvic floor disorders 5–10 years after vaginal or cesarean childbirth. **Obstet Gynecol.**, Hagerstown, v.118, n.4, p.777–84, Oct. 201.

HANSON, L.A.; SCHULZ, J.A.; FLOOD, C.G.; COOLEY, B.; TAM, F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.**, Surrey, v. 17, n. 2, p. 155-9, Feb. 2006.

HARRIS, R.; WATHEN, C.N.; MACGREGOR, J.C.; DENNHARDT, S.; NAIMI, A.; ELLIS, K.S. "Blaming the Flowers for Wilting": Idealized Aging in a Health Charity Video. **Qual Health Res.**, Newbury Park, v. 26, n. 3, p.377-386, Feb. 2015.

HAYLEN, B. T.; RIDDER, D.; FREEMAN, R. M.; SUIFT, S. E.; BERGHMANS, B.; LI, J. et al. An International Urological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS). Joint Report on the terminology for female Pelvic Floor Dysfunction. **Neurol Urodyn.**, Surrey, v.29, n. 1, p. 4-20, Jan. 2010.

HOLMAN, H.; LORIG, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. In: SCHWARZER, R. **Self-Efficacy: thought control and action**. London: Taylor e Francis, 1992. p. 305-323.

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. Disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/>>. Acesso em: 22 out. 2014.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ISMAIL, S.I.; BAIN, C.; HAGEN, S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women (Review). **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford v.8, n.9, Jun. 2010.

JASPER, M.A. Expert : a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs.**, Oxford, v.20, n.4, p. 769-776, Oct. 1994.

JONES, C. A.; MAWANI, S.; KING, K. M.; ALLU, S. O.; SMITH, M.; MOHAN, S. et al. Tackling health literacy: adaptation of public hypertension educational materials for an Indo-Asian population in Canada. **BMC Public Health.**, London, v. 11, n. 24, p. 1-11, Jan. 2011.

JONES, K. A.; SHEPHERD, J. P.; OLIPHANT, S. S.; WANG, L.; BUNKER, C. H.; LOWDER, J. L. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 202, n. 5, p. 1-7, may. 2010.

JOVENTINO, E. S.; PENHA, J. C.; XIMENES, L. B.; GOMES, A. L. A.; BARBOSA, R. C. M.; ALMEIDA, P. C. Effect of educational video about maternal self-efficacy and occurrence of childhood diarrhoea: randomized clinical trial. **Indian Journal of Applied Research**, Gujarat, v. 5, p. 688-92, Feb. 2015.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.

KAPOOR, D.S.; THAKAR, R.; SULTAN, A.H.; OLIVER, R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice?. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.**, Surrey, v. 20, n.10, p.1157-61, Oct. 2009.

KIM, J. Continence Efficacy Intervention Program for Community Residing Women with Stress Urinary Incontinence in Japan. **Public Health Nursing**, Cambridge, v.18, n.1, p. 64–72, Jan. 2001.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production: from analog to digital**. 3. ed. Boston: Focal Press, 2005.

KIRK, M. A.; KARLOTTA, DAVIS.; BRIAN J. F. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. **Geriatric Medicine.**, v. 99, n. 2, p. 405-16, Mar. 2015.

KVEDAR, J.; COYE M.J.; EVERETT, W. Connected health: A review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. **Health Aff.**, Millwood Va, v. 33, n. 2, p. 194-9, Feb. 2014.

LAMERS, B. H. C.; BROEKMAN, B. M. W.; MILANI, A. L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 22, n. 6, p. 637-44, Jun. 2011.

LIMA, A.C.M.A.C.C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV.** 2014 . 136f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

LIMA, C.H.L.; LEITES, G.T.; BERNARDY, L.; TREVISAN, M.L.; BOETTCHERS, C.L.; CHIOCHETTA, G.; BELLOS, H.R. Incontinência urinária: abordagem interdisciplinar em uma unidade básica de saúde. **Revista Ciência & Saúde**, São Paulo, v.3, n.2, p.65-70, jul. 2010.

LIMA, M. A.; PAGLIUCA, L. M.; NASCIMENTO, J. C.; CAETANO, J. Á. Cartilha virtual sobre o autoexame ocular para o apoio a prática do autocuidado para pessoas com HIV/Aids. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 285-9, Apr. 2014.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, New York, v. 35, n. 9, p. 382-385, Nov. 1986.

LISBOA, V.F.; PEDROSO, M.A. O impacto da incontinência urinária nos aspectos psicossociais e na atividade sexual feminina. **Rev. Enferm. UNISA.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.82-5, Feb. 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LONE, F.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H.; KARAMALIS, G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. **Int j. gynaecol. obstet.**, Baltimore, v. 114, n. 1, p. 56-9, Jul. 2011.

LOPES, M.H.B.M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v.40, n.1, p.34-41, mar. 2006.

LORIG, K.; RITTER, P.; STEWART, A. L.; SOBEL, D. S.; BROWN, B. W.; BANDURA, A. Chronic Disease Self-management Program: 2-year health status and health care utilization outcomes. **Medical Care**, Philadelphia, v.39, n.11, p.1217-1223, Nov. 2001.

LOWDER, J. L.; GHETTI, C.; OLIPHANT, S. S.; SKOCZYLAS, L. C.; SWIFT, S.; SWITZER, G. E. Body image in the Pelvic Organ Prolapse Questionnaire: development and validation. **Am J Obstet Gynecol.**, St. Louis, v. 211, n. 2, p. 1-9, Aug. 2014.

MAHER, C.; FEINER, B.; BAESSLER, K.; SCHMID, C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane database syst. rev.**, Oxford, v. 30, n. 4, p. 1-341, Apr. 2013.

MATTA, A.E.R.; SILVA, F.P.S.; BOAVENTURA, E.M.; Design-based research ou pesquisa de desenvolvimento: metodologia para pesquisa aplicada de inovação em educação do século XXI. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 23, n. 42, p. 23-36, jul./dez. 2014.

MAITO, J.M.; QUAM, Z.A.; CRAIG, E.; DANNER, K. A.; ROGERS, R. G. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. **J Midwifery Women's Health**, New York, v. 51, n. 2, p. 78-84, Mar. 2006.

MARTINS, M. C.; VERAS, J. E. G. L. F.; UCHOA, J. L.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.; XIMENES, L. B. Segurança alimentar e uso de alimentos regionais: validação de um álbum seriado. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1354-1361, Jul. 2012.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out./Dez. 2008.

MELO, R. P.; Moreira, R.P.; Fontenele, F.C.; Aguiar, A.S.C.; Joventino, E.S.; Carvalho, E.C. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-431, Abr./Jun. 2011.

MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int J Gynecol Obstet.**, Limerick, v.82, n.3, p.327-338, Sep. 2003.

MODROÑO, F.M.J.; SÁNCHEZ, C.M.J.; GAYOSO, D.P. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. **Aten Primaria.**, Barcelona, v.34, n.3, p.134-139, Jul. 2004.

MORAES, A. F. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 811-22, Dez. 2008.

MOREIRA, C. B.; BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O; AQUINO, P. S.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção

Precoce do Câncer de Mama. **Rev Bras Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 401-7, Jun. 2013.

O'DELL, K.; ATNIP, S. Pessary care: Follow up and management of complications. **Urol. nurs.**, Portland OR, v. 32, n. 3, p. 126-36, May./Jun. 2012.

ODABASI,O.; ELCIN,M.; UZUN BASUSTA, B.; GULKAYA ANIK, E.; AKI, T.F.; BOZOKLAR, A. Development and Evaluation of a Training Program for Organ Procurement Coordinators Using Standardized Patient Methodology. **Exp Clin Transplant.**, Ankara, v.2,n.3,p.345-356,Dec. 2015.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 611-20, jul./ago. 2014.

OLSEN, A. L.; SMITH, V. J.; BERGSTROM, J. O.; COLLING, J. C.; CLARK, A. L. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. **Obstet Gynecol.**, Hagerstown, v. 89, n. 4, p. 501-6, Apr. 1997.

ORTIZ, C.O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. **Int J Gynaecol Obstet.**, Baltimore, v. 86, n.1, pS6-S16, Jul. 2004.

OSTHERR, K. **Medical Visions: Producing the Patient through Film, Television, and Imaging Technologies.** New York(NY): Oxford University Press, 2013.

OSTHERR, K.; KILLORAN,P.; SHEGOG,R.; BRUERA, E. Death in the Digital Age: A Systematic Review of Information and Communication Technologies in End-of-Life Care. **Journal of Palliative Medicine**, Sidney, v. 19, n. x, p. 1-13, Dec. 2015.

PALMER, M.H. A health-Promotion Perspective of urinary continence. **Nurs Outlook.**, St. Louis, v.42, n. 4, p.163-9, Aug. 1995.

CHIARELLI, P.; JILL, C. Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. **BMJ Open.**, London, v.25, n. 324, p. 1-6, May. 2002.

PAJARES, F. Self-Efficacy Beliefs in Academic Settings. **Review of Educational Research**, Washington, v.66, n. 4, p. 543-78, Jul. 1996.

PEDROLO, E.; MITZY,T.R.D.; MINGORANCE, P.; LAZZARI, L.S.M.; MARINELI J.M.; CROZETA, K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4, p.760-3,Out/Dez.2009.

PEREIRA, M. G. **Artigos Científicos: como redigir, publicar e avaliar.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 383 p.

PIERCE, H.; PERRY, L.; GALLAGHER, R.; CHIARELLI, P. Pelvic floor health: a concept analysis. **J Adv Nurs**., Oxford, v. 71, n. 5, p. 991-1004, May. 2015.

PIZARRO-BERDICHEVSKY, J.; CLIFTON, M. M.; GOLDMAN, H. B. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse in Elderly Women. **Clinics in Geriatric Medicine**., Philadelphia, v. 31, n. 4, p. 507-21, Nov. 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTT-GRINSTEIN, E.; NEWCOMER, J. R. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. **Journal of Reproductive Medicine**, Chicago, v.46, n.3, p. 205-8, Mar. 2001.

RAZERA, A.P.R.; BUETTO, L.S.B.; LENZA, N.F.B.; SONOBE, H.M. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Cienc Cuid Saude**., Maringá, v.13, n.1, p.173-178, Jan/Mar. 2014.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. **Rev. Latino-Am.**, São Paulo, Enfermagem, v. 20, n.1, Jan. 2012.

RODRIGUES, S. **Como escrever series: roteiro a partir dos maiores sucessos da TV**. São Paulo(SP): Aleph, 2013.

ROWBOTHAM, M.; OWEN, R.M. The effect of clinical nursing instructors on student self-efficacy. **Nurse Educ Pract**., Edinburgh, v.15, n.6, p.561-566, Nov.2015.

RUTH, G. Expert System for Management of Urinary Incontinence in Women. **Proc Annu Symp Comput Appl Med Care**., Bethesda, p.527-531, 1995.

SAKS, E.K.; HARVIE, H.S.; ASFAW, T. S.; ARYA, L. A. Clinical significance of obstructive defecatory symptoms in women with pelvic organ prolapse. **Int J Gynecol Obstet**., v. 111, n. 3, p. 237-40, Dec. 2010.

SARMA, S.; YING, T.; MOORE, K. H. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. **BJOG**., Oxford, v. 116, n. 13, p.1715-21, Dec. 2009.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Construct validation of educational technology for patients through the application of the Delphi technique. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 990-996, Ago. 2012.

HOFFMAN, B.L.; SCHORGE, JOHN. O.; SCHAFFER, JOSEPH. I. **Ginecologia de Williams**. 2. ed, Porto Alegre: Artmed, 2014, pp 513-531.

SEVILLA, C.; WIESLANDER, M. D.; ALAS, A.; DUNIVAN, G.; KHAN, A.; MALISKI, S. et al. The Pessary Process: Spanish-Speaking Latinas' Experience. **Int. urogynecol j. pervic floor dyfunct.**, Surrey, v. 24, n. 6, p. 1-12, Jun. 2013.

SEXTON, C. C.; COYNE, K. S.; THOMPSON, C.; BAVERDAM, T.; CHEN, C. I.; MARKLAND, A.. Prevalence and effect on health-related quality of life of overactive bladder in older Americans: results from the Epidemiology of Lower Urinary Tract Symptoms Study. **J Am Geriatr Soc.**, New York, v. 59, n. 8, p.1465-70, Aug. 2011.

SILVA, L.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev Esc Enf USP.**, São Paulo, v.43, n.1, p.72-78, Mar. 2009.

SIMEONOVA Z, MILSOM I, KULLENDORF AM, MOLANDER U, BENGSTISSON C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, Stockholm, v.78, n.6, p.546-551, Jul. 1999.

SOEKEN, K. L. Validity of measures. In: WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing and health research**. 3rd ed. New York: Springer, 2005. cap. 6, p.154-89.

TANNENBAUM, C.; AGNEW, R.; BENEDETTI, A.; THOMAS, D.; HEUVEL, E. Effectiveness of continence promotion for older women via community organizations: a cluster randomized trial. **BMJ Open.**, London, v. 3, n. 12, p. 1-11, Jan. 2013.

TELES, L. M. R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto**. 2011. 111f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TOSHIMA, M. T; KAPLAN, R. M.; RIES, A. L. Self-efficacy expectancies in chronic obstructive pulmonary disease rehabilitation. In: R. Schwarzer. **Self-Efficacy: thought control and action**. London: Taylor e Francis, 1992. p.325-354.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no período perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação de mestrado]**. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, p.130, 2005.

VAN DER BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of the self-efficacy construct. **Sch Inq Nurs Pract.**, Fall, v.15, n.3, p. 189-207, Mar. 2001.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **Novas Tecnol. Educ.**, v.5, n.2, p. 1-13, Dez. 2007.

VASCONCELOS, C. M. T.; DAMASCENO, M. M. C.; LIMA, F. E. T.; PINHEIRO, A. K. B. Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce

do câncer cérvico-uterino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 1-8, Mar./Abr. 2011.

VASCONCELOS, C. T. M.; VASCONCELOS NETO, J. A.; BEZERRA, L. R. P. S.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. et al. Pelvic floor dysfunctions: clinical and sociodemographic profile of urogynecologic outpatients. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.4, p.1484-98, Jan./Abr. 2013.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-437, Jan. 2009.

VOLANDES, A.E.; BRANDEIS, G.H.; DAVIS, A.D.; PAASCHE-ORLOW, M.K.; GILLICK, M.R.; CHANG, Y.; WALKER-CORKERY, E.S.; MANN, E.; MITCHELL, S.L. A randomized controlled trial of a goals-of-care video for elderly patients admitted to skilled nursing facilities. **J Palliat Med.**, Larchmont, v.15, p.805–811, May. 2012.

ZOMBINI, E. V.; PELICIONI, M. C. F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 51-58, Jan. 2011.

WALTZ, C. F.; BAUSELL, R. B. **Nursing research: design, statistics and computer analysis**. Philadelphia: F.A. Davis, 1981.

WOHLGEMUTH, J. **Vídeo educativo: uma pedagogia audiovisual**. Brasília: Editora Senac-DF, 2005.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaration of Helsinki**. 2008 [cited 2014 Oct.]. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>.

WRIGHT, K.; SPARKS, L. D O'Hair: **Health Communication: In the 21st Century**, 2nd ed. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2013.

YASSUDA, M.S.; LASCA, V.B.; NERI, A.L. Instrumentos de Pesquisa sobre Memória e Envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 78-90, Jan. 2005.

APÊNDICE A**ENQUETE**

Nome: _____ Procedência: _____ Idade: _____
Escolaridade (em anos): _____
Cor: () Branca () Negra () Parda () Amarela
Profissão: _____ Renda familiar: _____
Estado civil: () Solteira () Casada () União consensual () Viúva () Divorciada

Qual o formato de vídeo a senhora acha melhor?

Atores reais



Desenho



Cordel



Qual conhecimento a senhora tinha antes de usar o pessário?

Quais as principais dificuldades a senhora teve ou tem em utilizar o pessário?

APÊNDICE B
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA A CONTATAÇÃO DE JUIZES

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO I					
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ					
NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	ESTABELECIDO EM: MAIO DE 2014				
RESPONSÁVEL: KARINE DE CASTRO BEZERRA					
OBJETIVOS Contatar juízes que preencham os critérios de inclusão.					
MATERIAL NECESSÁRIO Kit contendo: - Computador com acesso à internet; - Tabela com os critérios de inclusão e exclusão; - Endereços eletrônicos e profissionais; - Carta convite.					
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES					
1. Fazer o contato com juízes da área temática (conteúdo e técnico).					
2. Após a identificação dos juízes o resultado será avaliado utilizando os seguintes critérios de inclusão: Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da validade de conteúdo- Área da Saúde.					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">REQUISITO</th> <th>CARACTERÍSTICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> Possuir habilidade/ conhecimento adquirido (s) pela experiência. </td> <td> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Disfunção do Assoalho Pélvico; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de Saúde, especificamente Disfunção do assoalho pélvico; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico. </td> </tr> </tbody> </table>	REQUISITO	CARACTERÍSTICA	Possuir habilidade/ conhecimento adquirido (s) pela experiência.	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Disfunção do Assoalho Pélvico; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de Saúde, especificamente Disfunção do assoalho pélvico; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico.	
REQUISITO	CARACTERÍSTICA				
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido (s) pela experiência.	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Disfunção do Assoalho Pélvico; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de Saúde, especificamente Disfunção do assoalho pélvico; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assoalho Pélvico.				

Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> -Ter experiência profissional assistencial junto ao público de mulheres com POP, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência docente na área de Saúde na temática Disfunção do Assolho Pélvico, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde de mulheres com POP.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Saúde, especificamente Disfunção do Assolho Pélvico. - Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à Disfunção do Assolho Pélvico publicado(s) em periódico(s) com fator de impacto; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de Saúde, especificamente Disfunção do Assolho Pélvico.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar experts.	- Ser profissional titulado pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO);
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido, de instituição científica conhecida, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de Uroginecologia; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área temática de Uroginecologia /Disfunção do Assolho Pélvico;

Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da validade de conteúdo- Área da comunicação.

REQUISITO	CARACTERÍSTICA
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de Comunicação; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) e <i>Lato sensu</i> (Especialização) com temática(s) relativa(s) à área de Comunicação; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de Comunicação; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de Comunicação; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de Comunicação.

Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> -Ter experiência profissional em comunicação, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência docente na área de Comunicação, pelo período mínimo de quatro anos; - Ter experiência na realização de trabalhos isolados na área de Comunicação.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Comunicação; - Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à Comunicação publicado(s) em periódico(s) com fator de impacto; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) e <i>Lato sensu</i> (Especialização) com temática(s) relativa(s) à área de Comunicação.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido, de instituição conhecida pela categoria, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento na área de Comunicação; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área temática de Comunicação.

Serão escolhidos para o estudo os peritos que obtiverem, no mínimo, 2 características. Após verificar os critérios de inclusão contatar os juízes pessoalmente ou via e-mail ou por correspondência postal, através de Carta Convite (APÊNDICE C), a qual trará os objetivos de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

PREPARADO POR:	EXECUTADO POR:
-----------------------	-----------------------

APÊNDICE C
Carta convite aos juízes



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA CONVITE

Prezado (a) (nome do juiz),

Eu, Karine de Castro Bezerra, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho por meio desta convidá-la (o) a ser um dos juízes na validação do roteiro de um vídeo educativo que estou construindo e validando para minha dissertação. Trata-se de um Vídeo para Promoção da adesão e seguimento de mulheres ao uso do pessário, cujo objetivo é trazer orientações sobre as vantagens e cuidados desse dispositivo como tratamento conservador do POP para mulheres nessa condição.

Certa de contar com sua valorosa contribuição, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Karine de Castro Bezerra

APÊNDICE D

Termo de consentimento livre e esclarecido (juízes)

Prezado (a) Senhor (a):

Estou convidando-o (a) a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Tenho como objetivo nesse estudo construir, validar e aplicar um vídeo educativo para promoção da adesão e seguimento de mulheres ao uso do pessário. O objetivo do vídeo é trazer orientações sobre as vantagens e cuidados desse dispositivo como tratamento conservador do POP para mulheres nessa condição. Pretendo assim, contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada no que se refere a melhoria da qualidade de vida das mulheres com essa condição nosológica. Os participantes convidados serão profissionais com experiência na área de Uroginecologia/ Tecnologia educativa/ Educação em saúde. Caso concorde em participar do estudo, o senhor (a) receberá o roteiro do vídeo educativo e deverá avaliá-lo através do instrumento de coleta de dados, devolvendo-os em seguida à pesquisadora. Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. O senhor (a) tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistado (a)). Em caso de dúvidas e/ou desistência, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Karine de Castro Bezerra
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448
E-mail: karineufc@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

APÊNDICE E
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA AVALIAÇÃO DE VIDEO
EDUCATIVO COM OS JUÍZES-ÁREA DA SAÚDE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – II	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	
NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	ESTABELECIDO EM: MAIO DE 2014
RESPONSÁVEL: KARINE DE CASTRO BEZERRA	
OBJETIVOS Avaliar o roteiro educativo junto aos juízes.	
<p style="text-align: center;">MATERIAL NECESSÁRIO</p> <p>Kit contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carta convite; - Termo de consentimento livre esclarecido; - Roteiro do vídeo educativo a ser avaliado; 	
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES</p> <p>1. Após aceitação de participar da avaliação do roteiro do vídeo educativo, será entregue o TCLE (APÊNDICE D), para que seja realizada sua anuência;</p> <p>2. Em seguida, serão disponibilizados o questionário de avaliação (APÊNDICE F) e a cópia do roteiro do vídeo;</p> <p>3. Aos juízes, serão dadas as seguintes instruções:</p> <p>3.1. Por favor, leia minuciosamente o roteiro;</p> <p>3.2. Em seguida, solicito que analise o instrumento, assinalando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação;</p> <p>3.3. Dê sua opinião de acordo com a afirmativa que melhor represente sua opinião acerca das variáveis, na qual:</p> <p>1. Excelente; 2. Muito Bom; 3. Bom; 4. Regular; 5. Regular Inferior; 6. Pobre</p> <p>Considere os seguintes parâmetros de definição:</p> <p>Pobre: item avaliado que necessita ser substituído ou retirado;</p> <p>Regular inferior: item avaliado com análise negativa, necessitando ser reformulado;</p> <p>Regular: item avaliado com análise positiva, necessitando ser reformulado;</p> <p>Bom: item avaliado com análise positiva, mas com sugestões;</p> <p>Muito Bom: item avaliado com análise positiva, sem sugestões;</p> <p>Excelente: item avaliado com análise positiva, sem sugestões e considerações positivas.</p> <p>3.4. Para as opções 4, 5, e 6, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após as variáveis;</p> <p>3.5. Caso julgue necessário, inclua comentários e/ou sugestões. Elas serão importantes para a construção deste material educativo que está sob sua avaliação;</p> <p>4. Depois disso, serão recolhidos os instrumentos (checando se estes foram preenchidos por completo), contendo as contribuições dos juízes e o roteiro.</p>	
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	
PREPARADO POR:	EXECUTADO POR:

APÊNDICE F

Instrumento de avaliação do roteiro do Vídeo Educativo para Promoção da Adesão e seguimento de mulheres com POP ao uso do pessário (juízes área da saúde)

Parte 1 – Identificação

Nome do Avaliador:

Idade: Sexo: Profissão:

Tempo de Formação: Área de trabalho:

Função/cargo na instituição:

Tempo de trabalho na área:

Titulação: Especialização (☐) Mestrado (☐) Doutorado (☐)

Especificar:

Tema do trabalho de conclusão: Especialização/Dissertação/ Tese:

Participação em grupos/projetos de pesquisa com a temática Disfunção do Assoalho Pélvico ou na área Uroginecologia: (☐) Sim (☐) Não

Se sim, especificar o tempo de participação:

Publicação de pesquisa envolvendo a temática: (☐) Disfunção do Assoalho Pélvico
(☐) Uroginecologia (☐) outros
(especificar):

Parte 2: Avaliação do roteiro - analista de conteúdo

1. Título:

2. Storyline/Sinopse (conflito básico em 5 linhas):

Avaliação do Analista:

Instruções:

Em cada subitem responder com Sim (S) ou Não (N), conceituando o item geral com Níveis de avaliação (Excelente; Muito Bom; Bom; Regular; Regular Inferior; Pobre) e agregar um breve comentário justificativo.

Sinta-se à vontade para escrever suas sugestões ou observações no próprio roteiro do vídeo.

- **Conceito da ideia (Ideia: Promoção da adesão e seguimento ao uso do pessário da mulher com POP).**

1. Conteúdo temático relevante e atual? (S) (N)
2. Conteúdo coerente com objetivo do vídeo de promover a adesão e seguimento ao uso do pessário? (S) (N)
3. Objetivo do vídeo é coerente com a realidade da prática de Enfermagem? (S) (N)
4. O contexto em que o vídeo se passa é evidente desde o primeiro momento? (S) (N)
5. As premissas expostas estão corretas? (S) (N)
6. As informações são compreensíveis? (S) (N)
7. As informações são suficientes? (S) (N)
8. Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com manejo da Disfunção do Assoalho Pélvico? (S) (N)
9. É adequado para ser usado por profissionais de saúde? (S) (N)
10. O conteúdo aborda comportamentos? (S) (N)
11. Propõe ao telespectador mudança de comportamento? (S) (N)
12. Propõe à mulher sentir-se mais confiante/segura para utilizar o pessário? (S) (N)
13. Acredita que poderá melhorar o conhecimento da mulher sobre o uso do pessário ? (S) (N)
14. Avaliação da ideia:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular (); Regular Inferior () Pobre ()
Comentário:

- **Objetivos:** referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio do vídeo educativo.

1. O objetivo é evidente? (S) (N)
2. São coerentes com os objetivos propostos na pesquisa, de promover a adesão e seguimento ao uso do pessário? (S) (N)
3. Os objetivos propostos são factíveis? (S) (N)
4. O número de cenas é suficiente para o alcance dos objetivos? (S) (N)
5. O tempo de duração é adequado para atingir os objetivos do vídeo? (S) (N)

Avaliação dos objetivos:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular (); Regular Inferior ()
Pobre ()

Comentário:

- **Construção dramática** (Abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final)

1. O Ponto de partida do roteiro tem impacto? (S) (N)
2. Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce? (S) (N)
3. As cenas refletem estereótipos? (S) (N)
4. O vídeo motiva/ estimula as mulheres aprenderem sobre o pessário? (S) (N)

Avaliação da construção dramática:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- **Ritmo** (Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena)

1. Cada cena motiva a próxima? (S) (N)
2. O ritmo é cansativo? (S) (N)

Avaliação do ritmo:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- **Personagens (Motivação, credibilidade, interação):**

1. Existe empatia com as personagens? (S) (N)
2. A apresentação das personagens e situações são suficientes? (S) (N)
3. As personagens lembram a realidade a qual o vídeo se propõe? (S) (N)

Avaliação das personagens:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();

Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- **Potencial dramático:**

1. Existe emoção? (S) (N)
2. Existem surpresas? (S) (N)

Avaliação do potencial dramático:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular (); Regular Inferior ()

Pobre ()

Comentário:

- **Diálogos (Tempo dramático):**

1. Os diálogos têm naturalidade? (S) (N)
2. Oferecemos às personagens vocabulário adequado à população para a qual o vídeo se destina? (S) (N)
3. O vocabulário utiliza palavras comuns? (S) (N)
4. O estilo de voz ativa é utilizado? (S) (N)
5. Há conclusão? (S) (N)

6. Se sim, a conclusão atendeu aos objetivos propostos? (S) (N)

Avaliação dos diálogos:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior (); Pobre ()
Comentário:

- **Estilo visual (Estética):**

1. As cenas refletem aspectos importantes e promover a adesão e seguimento ao uso do pessário? (S) (N)

Avaliação do estilo visual:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior () Pobre ()
Comentário:

- **Público referente:**

1. O conteúdo de interesse (promover a adesão e seguimento ao uso do pessário) tem relação direta com o público alvo (mulheres com POP que fazem uso do pessário)? (S) (N)
2. Existe identificação do público alvo com a problemática exposta? (S) (N)
3. A linguagem está compatível com nível de conhecimento do público alvo? (S) (N)
4. O conteúdo a ser lido (lettering) é adequado ao nível de leitura do público-alvo? (S) (N)

Avaliação da adequação do vídeo ao público-alvo:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior () Pobre ()
Comentário:

- **Relevância:** Refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro do vídeo educativo.

1. O vídeo ilustra aspectos importantes para de promover a adesão e seguimento ao uso do pessário ? (S) (N)
2. As cenas do vídeo são relevantes para importantes para de promover a adesão e seguimento ao uso do pessário? (S) (N)
3. O roteiro traz um resumo ou revisão? (S) (N)

- Estimativa de produção: possibilidade real de o roteiro virar um produto audiovisual. Avaliação:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();

Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- Reconhecendo a autoeficácia para promover a adesão e seguimento ao uso do pessário.

Fonte de Autoeficácia	
1. O roteiro ressalta experiências pessoais?	1. Sim; 2. Não
2. O roteiro utiliza experiências vicárias, ou seja, terceiros como modelos a serem seguidos?	1. Sim; 2. Não
3. O roteiro utiliza a persuasão verbal?	1. Sim; 2. Não
4. O roteiro busca melhorar estados psicológicos e afetivos, aliviando tensões ou a ansiedade materna?	1. Sim; 2. Não

- Escreva suas sugestões:

- Resultado do analista (Marque com um círculo):

1. Aprovado
2. Aprovado com modificações
3. Reprovado com qualidades
4. Reprovado

APÊNDICE G

Instrumento de avaliação do roteiro do Vídeo Educativo para Promoção da Adesão e seguimento de mulheres com POP ao uso do pessário (juízes técnico)

- 1. Título:**
- 2. Nome do analista:**
- 3. Gênero:**
- 4. Tempo de duração:**
- 5. Story line (conflito básico em 5 linhas):**

Parte 2: Avaliação do roteiro - analista de conteúdo

- 1. Título:**
- 2. Storyline/Sinopse (conflito básico em 5 linhas):**

Avaliação do Analista:

Instruções:

Em cada subitem responder com Sim (S) ou Não (N), conceituando o item geral com Níveis de avaliação (Excelente; Muito Bom; Bom; Regular; Regular Inferior; Pobre) e agregar um breve comentário justificativo.

Sinta-se à vontade para escrever suas sugestões ou observações no próprio roteiro do vídeo.

- **Conceito da ideia (Ideia: Promoção da adesão e seguimento ao uso do pessário da mulher com POP).**
 - 1. Conteúdo temático relevante e atual? (S) (N)**
 - 2. Conteúdo coerente com objetivo do vídeo de promover a adesão e seguimento ao uso do pessário? (S) (N)**
 - 3. Objetivo do vídeo é coerente com a realidade da prática de Enfermagem? (S) (N)**
 - 4. O contexto em que o vídeo se passa é evidente desde o primeiro momento? (S) (N)**
 - 5. As premissas expostas estão corretas? (S) (N)**
 - 6. As informações são compreensíveis? (S) (N)**

7. As informações são suficientes? (S) (N)
8. Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com manejo da Disfunção do Assoalho Pélvico? (S) (N)
9. É adequado para ser usado por profissionais de saúde? (S) (N)
10. O conteúdo aborda comportamentos? (S) (N)
11. Propõe ao telespectador mudança de comportamento? (S) (N)
12. Propõe à mulher sentir-se mais confiante/segura para utilizar o pessário? (S) (N)
13. Acredita que poderá melhorar o conhecimento da mulher sobre o uso do pessário? (S) (N)

Avaliação da ideia:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular (); Regular Inferior ()
Pobre ()

Comentário:

- **Objetivos:** referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio do vídeo educativo.

1. O objetivo é evidente? (S) (N)
2. São coerentes com os objetivos propostos na pesquisa, de promover a adesão e seguimento ao uso do pessário? (S) (N)
3. Os objetivos propostos são factíveis? (S) (N)
4. O número de cenas é suficiente para o alcance dos objetivos? (S) (N)
5. O tempo de duração é adequado para atingir os objetivos do vídeo?
(S) (N)

Avaliação dos objetivos:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular (); Regular Inferior ();
Pobre ()

Comentário:

- **Construção dramática (Abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final)**

1. O Ponto de partida do roteiro tem impacto? (S) (N)
2. Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce? (S) (N)
3. 20As cenas refletem estereótipos? (S) (N)
4. O vídeo motiva/ estimula as mulheres aprenderem sobre o pessão?
(S) (N)

Avaliação da construção dramática:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior (); Pobre ()
Comentário:

- **Ritmo (Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena)**

1. Cada cena motiva a próxima? (S) (N)
2. O ritmo é cansativo? (S) (N)

Avaliação do ritmo:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior () Pobre ()
Comentário:

- **Personagens (Motivação, credibilidade, interação):**

1. Existe empatia com as personagens? (S) (N)
2. A apresentação das personagens e situações são suficientes? (S)
(N)
3. As personagens lembram da realidade a qual o vídeo se propõe? (S)
(N)

Avaliação das personagens:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior () Pobre ()
Comentário:

- **Potencial dramático:**

1. Existe emoção? (S) (N)

2. Existem surpresas? (S) (N)

Avaliação do potencial dramático:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();

Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- **Diálogos (Tempo dramático):**

1. Os diálogos têm naturalidade? (S) (N)

2. Oferecemos às personagens vocabulário adequado à população para a qual o vídeo se destina? (S) (N)

3. O vocabulário utiliza palavras comuns? (S) (N)

4. O estilo de voz ativa é utilizado? (S) (N)

5. Há conclusão? (S) (N)

6. Se sim, a conclusão atendeu aos objetivos propostos? (S) (N)

Avaliação dos diálogos:

Excelente(); Muito Bom (); Bom (); Regular ();

Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- **Estilo visual (Estética):**

1. As cenas refletem aspectos importantes e promover a adesão e seguimento ao uso do pessário ? (S) (N)

Avaliação do estilo visual:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();

Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- **Público referente:**

1. O conteúdo de interesse (promover a adesão e seguimento ao uso do pessário) tem relação direta com o público alvo (mulheres com POP que fazem uso do pessário)? (S) (N)

2. Existe identificação do público alvo com a problemática exposta? (S) (N)

3. A linguagem está compatível com nível de conhecimento do público alvo? (S) (N)

4. O conteúdo a ser lido (lettering) é adequado ao nível de leitura do público-alvo? (S) (N)

Avaliação da adequação do vídeo ao público-alvo:

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior (); Pobre ()

Comentário:

- **Relevância:** Refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro do vídeo educativo.

1. O vídeo ilustra aspectos importantes para promover a adesão e seguimento ao uso do pessário ? (S) (N)

2. As cenas do vídeo são relevantes para promover a adesão e seguimento ao uso do pessário? (S) (N)

3. O roteiro traz um resumo ou revisão? (S) (N)

- **Estimativa de produção:** possibilidade real de o roteiro virar um produto audiovisual. **Avaliação:**

Excelente (); Muito Bom (); Bom (); Regular ();
Regular Inferior () Pobre ()

Comentário:

- Reconhecendo a autoeficácia para promover a adesão e seguimento ao uso do pessário.

Fonte de Autoeficácia	
1. O roteiro ressalta experiências pessoais?	1. Sim; 2. Não
2. O roteiro utiliza experiências vicárias, ou seja, terceiros como modelos a serem seguidos?	1. Sim; 2. Não
3. O roteiro utiliza a persuasão verbal?	1. Sim; 2. Não
4. O roteiro busca melhorar estados psicológicos e afetivos, aliviando tensões ou a ansiedade materna?	1. Sim; 2. Não

- Escreva suas sugestões:
- Resultado do analista (Marque com um círculo):

1. Aprovado
2. Aprovado com modificações
3. Reprovado com qualidades
4. Reprovado

Avaliação do Analista

APÊNDICE H

Termo de consentimento livre e esclarecido (público-alvo)

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo validar um vídeo educativo para promoção da adesão continuidade do uso de pessário. As participantes serão mulheres com diagnóstico de POP atendidas no presente hospital. Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem qualificada no que se refere promoção da saúde das mulheres que possuem essa doença.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, irei aplicar o vídeo educativo citado e em seguida farei uma avaliação do mesmo. Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média entre 15 e 30 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com a senhora(entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Karine de Castro Bezerra
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448
E-mail: karineufc@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante ou digital

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

APÊNDICE I
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA AVALIAÇÃO DO VÍDEO
EDUCATIVO COM O PÚBLICO-ALVO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – III	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	
NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	ESTABELECIDO EM: ABRIL DE 2014
RESPONSÁVEL: KARINE DE CASTRO BEZERRA	
OBJETIVOS Avaliar o vídeo educativo junto ao público-alvo.	
MATERIAL NECESSÁRIO <ul style="list-style-type: none"> - Termo de consentimento livre esclarecido; - Vídeo educativo a ser avaliado; - Portfólio (ANEXO A); - Instrumento de avaliação. 	
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES <ol style="list-style-type: none"> 1. No momento do encontro, será realizada a leitura do TCLE (Apêndice H) junto com as mulheres as quais utilizam pílula que consentirem em colaborar com o estudo; 2. Será preenchido o portfólio e depois aplicado o vídeo educativo em sala reservada; 3. As participantes serão orientadas a procederem à avaliação da seguinte forma: <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Escreva no espaço destinado do instrumento de avaliação as palavras e frases que são difíceis de entender; 3.2. Substitua essas palavras ou frases por outras que ajudará a melhorar o seu entendimento do texto; 3.3. Identifique as imagens que você considerou difíceis de entender; 3.4. Indique uma sugestão para substituir essa imagem. 4. Depois disso, serão recolhidos os instrumentos (checando se estes foram preenchidos por completo), contendo as contribuições das participantes e o vídeo. 	
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	
PREPARADO POR:	EXECUTADO POR:

APÊNDICE J
Instrumento de avaliação do Vídeo Educativo para Promoção da Adesão e
seguimento de Mulheres com POP ao uso do pessário (público-alvo)

Parte 1 – Identificação

Nome: _____ Procedência: _____ Idade: _____
 Escolaridade (em anos): _____ Profissão: _____
 Renda familiar: _____
 Estado civil: () Solteira () Casada () União consensual () Viúva ()
 Divorciada

Instruções e avaliação

Após a visualização e análise do vídeo em conjunto com a mulher, marque no instrumento a opção que mais se adéqua com a opinião da participante. Atenção: para as opções 2 e 3, descreva o motivo pelo qual a mesma considerou essa opção no espaço destinado após o item.

Valoração:

1. Sim 2. Não 3. Em parte

1- OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do vídeo.

1.1 O vídeo educativo estimula a mulher com Prolapso de órgãos pélvicos a utilizar o pessário?	Sim	Não	Em parte
1.2 O vídeo educativo propõe ao aprendiz adquirir conhecimento a respeito do pessário para o tratamento clínico do Prolapso de órgãos pélvicos?	Sim	Não	Em parte

2. ORGANIZAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui sua organização geral, estrutura, coerência e formatação.

2.1 O início do vídeo é atraente?	Sim	Não	Em parte
2.2 Mostra o assunto a que se refere (pessário)?	Sim	Não	Em parte
2.3 O número de cenas está adequado?	Sim	Não	Em parte
2.4 O material dificulta em alguma parte a visualização (tamanho da fonte de letras, por exemplo)?	Sim	Não	Em parte

3. LINGUAGEM- Refere-se à característica linguística e compreensão do vídeo educativo.

3.1 Quanto ao entendimento das frases, elas são de fácil compreensão?	Sim	Não	Em parte
3.2 O vocabulário é acessível?	Sim	Não	Em parte
3.3 O texto é interessante?	Sim	Não	Em parte
3.4 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo?	Sim	Não	Em parte

4. APARÊNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material.

4.1 As imagens são simples e atrativas?	Sim	Não	Em parte
4.2 Retratam a orientação de forma adequada?	Sim	Não	Em parte
4.3 As cenas do vídeo mostram realidade quanto os pontos positivos em utilizar o pessário?	Sim	Não	Em parte
4.4 As cenas ou seções parecem organizadas e dentro de uma lógica?	Sim	Não	Em parte
4.5 O vídeo, de um modo geral, é simples e atrativo?	Sim	Não	Em parte

5 MOTIVAÇÃO – Refere-se à capacidade do vídeo de causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como a significação do vídeo.

5.1 Em sua opinião, qualquer participante que ver esse vídeo vai entender do que se trata?	Sim	Não	Em parte
5.2 Você se sentiu motivada a visualizá-lo até o final?	Sim	Não	Em parte
5.3 O uso do vídeo se faz importante?	Sim	Não	Em parte

De um modo geral, o que você achou do vídeo?

Comentários gerais e sugestões – utilizar o verso da folha.

APÊNDICE L ROTEIRO DO VÍDEO

Título: VAMOS TESTAR O PESSÁRIO?

Objetivo: Promover a adesão ao uso do pessário vaginal em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos tornando-a confiante nesse tratamento.

Público alvo: Mulheres com prolapso de órgão pélvico sintomático com indicação ao uso do pessário.

Duração: 10 min

<p>Tela branca</p> <p>Abertura</p> <p>Mosaico com o rosto das pessoas que irão participar do vídeo, depois surge o título do vídeo de forma central;</p> <p>(Imagens de cada pessoa surgindo, uma de cada vez, no final vira um mosaico).</p>	<p>Áudio (Música instrumental)</p>
<p>CENA01 (DIA/INTERNO) O cenário é um parque</p> <p>O apresentador estará em pé durante a fala.</p> <p>(Durante a fala 3 será apresentado um vídeo ilustrativo do Prolapso)</p> <p>(No final da fala 3 a imagem volta</p>	<p>APRESENTADORA ON: Fala 1 apresentador on: Você já escutou falar sobre bexiga baixa? Peso na vagina? E útero arriado?</p> <p>No Brasil e no mundo milhares de mulheres sofrem com esse problema, mas não buscam ajuda, acreditando ser normal, que faz parte do processo de envelhecimento. O nome científico dessa condição é prolapso de órgãos pélvicos.</p> <p>Fala 2: apresentador on. Mas, o que é mesmo o prolapso?</p> <p>Fala 3. Apresentador off. Os músculos do assoalho pélvico e outros tecidos de suporte seguram sua bexiga, útero e</p>

<p>para a apresentadora)</p> <p>(No final da fala 4 a apresentadora mostra o pessário na sua mão)</p> <p>(Apresentadora muda de ângulo)</p>	<p>reto no lugar. Se estes músculos e tecidos enfraquecerem, seus órgãos podem sair da posição correta, resultando em prolapso de órgãos pélvicos.</p> <p>Fala 4. Mas esse problema tem solução, podendo ser tratado de diferentes formas, como tratamento cirúrgico, fisioterápico e utilizando um dispositivo que se chama pessário vaginal, e é sobre o tratamento com pessário que vamos falar!!</p> <p>Fala 5: Vamos conhecer histórias de mulheres que como você sofriam com o prolapso, mas hoje vivem bem utilizando o pessário vaginal.</p>
<p>CENA 02 DIA/EXTERNO/INTERNO</p> <p>Dona Elzi caminhando para entrar na sua casa e senta no sofá. (Captar cenas caminhando pela rua, detalhes entrando em casa)</p> <p>Rodapé com o nome da personagem</p> <p>Personagem sentada no sofá da sua casa falando sobre a sua história.</p> <p>Termina essa cena a personagem bem triste com rosto de choro.</p>	<p>Áudio: música instrumental (sobe e desce)</p> <p>Dona Elzi OFF: Comecei a ter dificuldades em fazer atividades simples como caminhar, lavar roupas, varrer minha casa, e até minha vida sexual foi deixada de lado, pois sentia dor durante as relações, foi uma fase de muito sofrimento.</p>
<p>CENA03 DIA/INTERNO</p> <p>Filha da personagem em um local da casa</p>	<p>Filha da Paciente 01 ON:</p> <p>Quando via a minha mãe sem ânimo, sem querer sair, sem caminhar direito, vivendo triste pelos cantos percebi que algo estava errado. Só Deus sabe</p>

	o que eu sentia em meu coração ao vê-la naquela situação.
CENA 04 DIA/INTERNO <p>Dona Elzi no sofá fala.</p> <p>Imagens ilustrando a fala: Uma senhora cuidando de várias crianças, limpando a casa, trabalhando como técnica de enfermagem.</p>	Paciente 01 ON: <p>Tive oito filhos e trabalhei como técnica de enfermagem por vários anos, pegava muito peso. Percebi os primeiros sinais desse problema perto dos meus 60 anos, No início não me preocupei, pois a bola era pequena, até o ponto de ficar tudo para fora.</p>
CENA 05 DIA/INTERNO <p>Dona Elzi sentada no sofá</p> <p>Imagens da paciente sendo atendida pelo médico no Consultório</p>	Paciente 01 ON: <p>Foi quando resolvi pedir ajudar de um profissional e fui atendida pelo médico especialista nesse problema.</p>
CENA 06 DIA/INTERNO <p>A paciente vai contando o momento em que conheceu o tratamento com o pessário.</p> <p>Imagens da paciente sendo atendida pelo médico no consultório.</p> <p>Essa cena termina voltando a imagem para a Dona Elzi concluindo a fala e sentada no sofá da casa da mesma</p>	Paciente 01 ON: <p>O doutor falou que tinham diferentes tipos de tratamento e que no meu caso poderia usar o tal pessário. Eu disse logo: “nem morta coloco isso! Se essa borracha subir? E como vou colocar isso sozinha? Tinha vários medos”.</p>
CENA 07 DIA/INTERNO <p>Imagens do consultório fundo desfocado, foco no médico falando</p>	Médico 01 ON: <p>Quando vamos escolher o tratamento para o prolapso buscamos aquele que melhor se adequa para cada paciente. Temos hoje como tratamento a cirurgia, a fisioterapia e o pessário vaginal, que muitas vezes é uma excelente opção para a paciente, principalmente quando a paciente já passou por uma cirurgia antes para</p>

		<p>corrigir o prolapso ou tem algum outro problema que não permita fazer a cirurgia. O pessário é um dispositivo feito de silicone e que pode ser utilizado por praticamente todas as mulheres. É fácil de inserir e de retirar e resolve imediatamente o problema da mulher. É uma excelente opção. Sem dúvidas, o maior temor que elas têm no início é como inserir e retirar sozinhas o pessário. Elas sempre perguntam: Dr., será que eu vou conseguir?</p> <p>A minha resposta é sempre a mesma: “Só vamos saber, tentando. Veja como é simples:</p>
Vídeo digital explicando como colocar, retirar e higienizar o pessário		Narrador: Voz explicando o processo de inserção, retirada e higienização do pessário.
CENA 08 DIA/INTERNO/EXTERNO		Dona Elzi ON:
<p>Dona Elzi no sofá da casa dela indo para o jardim</p>		<p>Assim que o doutor inseriu o pessário em mim, vocês não sabem como fiquei feliz em poder caminhar, sentar e fazer xixi sem nenhuma dificuldade lá no consultório mesmo. Todo aquele peso nas minhas pernas foi embora imediatamente. Parecia um milagre. Aprendi rapidinho e agora, sou eu que coloco, retiro e limpo o meu pessário semanalmente. Hoje eu estou realizada e bem, não me vejo mais sem usar o pessário. Quando alguma amiga fala que está com esse problema da bola na vagina, sempre recomendo esse tratamento.</p>
CENA 09	DIA/INTERNO	Dona Maria Augusta ON:
<p>Nesse depoimento a Dona Maria Augusta será estimulada a falar sobre sua experiência com o pessário.</p>		
CENA	10	Dona Maria do Carmo ON:
DIA/INTERNO		

<p>Nesse depoimento a Dona Maria do Carmo será estimulada a falar sobre sua experiência com o pessário.</p>	
<p>CENA 11 DIA/INTERNO</p> <p>Nesse depoimento a Dona Marta Maria do Carmo será estimulada a falar sobre sua experiência com o pessário</p>	<p>Dona Marta Maria ON:</p>
<p>CENA 12 DIA/EXTERNO</p> <p>A cena termina com a Enfermeira, médico e uma paciente convidado o telespectador a testar o pessário.</p> <p>A cena acontece no corredor do ambulatório</p>	<p>Apresentadora ON:</p> <p>E hoje eu pergunto para você vamos testar o pessário? Assim como vida dessas mulheres melhorou a sua também pode melhorar!</p> <p>Áudio: música animada</p>
<p>Tela branca</p> <p>Mosaico com o rosto das pessoas que irão participar do vídeo, depois surge o título do vídeo de forma central.</p> <p>Créditos finais</p>	<p>Áudio: música animada</p>

APÊNDICE N

Anuência Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 781.361

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo os pesquisadores, pode ocorrer algum tipo de constrangimento durante a entrevista e desconforto durante as abordagens terapêuticas.

Benefícios: Segundo os pesquisadores, dar acesso às mulheres com disfunção do assoalho pélvico outras abordagens terapêuticas, realizar intervenções para a promoção da saúde de mulheres com disfunção do assoalho pélvico e diminuir a fila de espera para cirurgia de correção das disfunções do assoalho pélvico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente, visto que visa a saúde de mulheres com disfunções do assoalho pélvico, as quais são atendidas na rede pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-370

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3323-3903

E-mail: comape@ufc.br

ANEXO A

PORTFÓLIO DE ATENDIMENTO EM UROGINECOLOGIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
Data: ____/____/____		1. Prontuário: _____		
2. Zona: 1- Urbana 2- Rural				
3. Idade: _____				
4. Profissão atual: 1- Do lar 2 - serviços gerais 3- agricultora 4 – costureira 5 – aposentada. Da atividade: _____ 6 - vendedora 7 – professora 8 - outras: _____				
5. Estado civil: 1-solteira 2- casada/união estável 3-divorciada 4- viúva				
6. Escolaridade da mulher: _____ anos de estudo				
(analfabeta=0/Ens.Fund.Completo[1ª-8ªsérie]=9 anos/ Ens.Méd.Completo[1ª-3ªsérie do 2º grau]=12 anos)				
7. PONTOS A: _____ (Analfabeta até a 3ª série do 1º Grau = 0/ Até a 4ª série do 1º grau = 1/ Até a 8ª série completa = 2 /Ensino médio completo = 4/ Superior completo = 8)				
AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA				
13. Renda familiar total (somando com o bolsa família, se for o caso): R\$ _____				
Avaliação da posse de itens (CCEB 2011)				
Quantidade	0	1	2	3
TV em cores	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Rádio	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Banheiro	0 pontos	4 pontos	5 pontos	6 pontos
Automóvel	0 pontos	4 pontos	7 pontos	9 pontos
Empregada mensalista	0 pontos	3 pontos	4 pontos	4 pontos
Máquina de lavar	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos
Vídeo cassete e/ou DVD	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos
Geladeira	0 pontos	4 pontos	4 pontos	4 pontos
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 pontos	2 pontos	2 pontos	2 pontos
TOTAL DE PONTOS B				

15. Avaliação da classe social (SOMAR PONTOS A E PONTOS B): _____

16. Classe: 1- A1 (42-46) 2- A2 (35-41) 3- B1 (29-34) 4- B2 (23-28) 5- C1 (18-22) 6- C2 (14-17) 7- D (08-13) 8- E (00-07)

ANAMNESE

17. Queixa principal: (, ,) 1- “Bola na vagina” 2- Perda de urina 3- Urinar muito 4-
Outras: _____

**Expressão da
paciente:** _____

HDA: _____

ICIQ – SF (Tamanini, J.T.N. et al)

18. Com que frequência você perde urina? 0-nunca 1-uma vez/semana ou menos 2- duas ou três vezes/semana

3- uma vez/dia 4- diversas vezes/dia 5- o tempo todo

19. Qual a quantidade de urina que você pensa que perde?

0-nenhuma 2- pequena quantidade 4- moderada quantidade 6- grande quantidade

20. Quanto a perda de urina interfere em sua vida diária?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0=não interfere 10= interfere

muito)

21. ICIQ SCORE: (Somar os resultados 18+19+20 = _____)

22. Quando você perde urina (assinale as alternativas que se aplicam à paciente)?

() 1- Nunca () 2- Perco antes de chegar ao banheiro () 3- Perco quando tusso ou espirro

() 4- Perco quando estou dormindo () 5- Perco quando estou fazendo atividades físicas

() 6- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo () 7- Perco sem razão óbvia () 8- Perco o tempo todo

INVESTIGAÇÃO SOBRE AS QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

23. N° de micções diurnas (da hora que acorda até antes de dormir): _____

24. N° de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?): _____

25. Perda de urina aos esforços (Marque apenas 1 opção)? 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços

26. Urgência (Desejo súbito de urinar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim

27. Noctúria (N° de micções noturnas 3) ? 0 – Não 1- Sim

28. Urge-incontinência (queixa de perda urinária de urina associada à urgência – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim

29. Enurese noturna (**queixa de perda involuntária de urina durante o sono – ICS, 2010**)? 0 – Não 1- Sim
30. Perda de urina contínua? 0 – Não 1- Sim
31. Quantos forros vaginais você usa por dia ? _____ (**Escreva 0, caso não utilize forros**)
32. Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual
33. Dificuldade de iniciar micção (**queixa-se de atraso para iniciar a micção – hesitação**)? 0 – Não 1- Sim
34. Disúria? 0 – Não 1- Sim
35. Força para iniciar a micção? 0 – Não 1- Sim
36. Polaciúria (**Nº micções diurnas 7vezes**)? 0 – Não 1- Sim
37. Sensação de esvaziamento incompleto (**a bexiga não esvaziou completamente após a micção**) ? 0 – Não 1- Sim
38. Hematúria? 0 – Não 1- Sim
39. Dor ao enchimento vesical? 0 – Não 1- Sim
40. ITU recorrente (**No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses**)? 0 – Não 1- Sim
41. Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (**Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio**)
42. Incontinência fecal? 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3-“mancha a calcinha”

Se a paciente referir incontinência fecal, AVALIAR O GRAU DE INCONTINÊNCIA DE JORGE & WEXNER

(Escore mínimo = 0, escore máximo = 20)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Geralmente
43. Perda para sólidos	0	1	2	3
44. Perda para líquidos	0	1	2	3
45. Perda para gases	0	1	2	3
46. Uso de fraldas/forro	0	1	2	3
47. Alteração do estilo de vida	0	1	2	3
48. TOTAL				

49. Classificação do grau de incontinência: 0- Não tem 1- Leve (0-7 pts) 2- Intermediária (8-13 pts) 3- Grave (14-20 pontos)

50. Você tem urgência fecal (**Desejo súbito de defecar que é difícil de adiar – ICS, 2010**)? 0 – Não 1- Sim

51. Constipação (Movimentos intestinais infrequentes e/ou necessidade frequente de esforço ou ajuda manual para defecar)? 0 – Não 1- Sim

Se a paciente referir constipação, preencher ESCORE DE JORGE & WEXNER DE CONSTIPAÇÃO

(Escore mínimo = 0, escore máximo = 30)

52. Frequência instestinal	1-2 x em 1-2 dias 0	2x/semana 1	1x/semana 2	< 1x/sem 3
53. Dificuldade: (Esforço evacuatório)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3
54. Sensação evacuatória incompleta	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3

55. Tempo: min no lavatório (tentativa para evacuar)	< 5' 0	5 - 10' 1	10 - 20' 2	20 - 30' 3	> que 30' 4
56. Auxílio: (tipo de auxílio para evacuar)	Sem auxílio 0	Laxativos estimulantes 1		Auxílio digital, enema ou ducha 2	
57. Tentativas para evacuar sem sucesso em 24h	Nunca 0	1-3 1	3-6 2	6-9 3	> 9 4
58. Duração da constipação (anos)	0 0	1-5 1	5-10 2	10-20 3	>20 4
59. Dor abdominal (não relacionada à evacuação)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
60. TOTAL					

61. Classificação do grau de constipação: 0- Não tem constipação 1- Discreta (0-10) 2- Moderada (11-20) 3- Intensa (21-30)

62. Sensação de bola na vagina? 0 – Não 1- Sim

63. Frouxidão vaginal? 0 – Não 1- Sim

PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO

DUM: ____/____/____

64. Está na menopausa ? 0 – Não 1- Sim 2- Não dá para saber (histerectomizada)

65. Tempo de pós-menopausa: _____ (meses) (**Coloque 0, se não estiver na menopausa**)

66. Uso de TH atualmente (há < 6 meses): 0 – Não 1- Sim

67. G: _____ **68. P:** _____ **69. A:** _____

70. Partos vaginais: _____

71. Partos fórceps: _____

72. Partos cesarianos: _____

73. Maior peso RN: _____ gramas () **Não lembra**

74. Antecedentes Clínicos: 0-Nenhum 1-Diabetes 2-HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse crônica 6- Outros:

75. Medicações em uso: 0- Nenhum 1- Diuréticos 2-Ansiolíticos 3- Anticolinérgicos 4- Outros:

76. Antecedentes Cirúrgicos: 0-Nenhum 1-Sling 2-“Perineoplastia” (KK) 3- HTA 4- HTV 5- CP 6- CPP 7- Outros:

77. Antecedentes Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4-

Outro: _____

78. Você tem história familiar de prolapso? 0- Não 1- Sim 2- Não Lembra

79. Fumante: 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente

80. Se já fumou ou fuma, duração do tempo de fumante? _____ (meses)

81. N° de cigarros por dia: _____ (não coloque carteira de cigarro, mas o n° de cigarros por dia)

EXAME FÍSICO

82. Vulva: 0- Normal 1- Atrófica

83. Laceração perineal: 0-Ausente 1- Pele 2- Cutâneo-mucosa 3- Músculo-aponeurótica

84. Aa	85. Ba	86. C
87. HG	88. CP	89. CVT
90. Ap	91. Bp	92. D

Estágio (ICS, 1996)

(pelo maior ponto de prolapso)

**93. 0 () I () II () III ()
IV ()**

Assinatura do examinador do POP-Q: _____

95. Perda urinária ao esforço solicitado? 0- Não 1- Em jato 2- Em gotas

96. Foi sincrônica? 0 – Não 1- Sim 2 – Não se aplica (**não perdeu urina durante o esforço solicitado**)

97. Houve perda com a redução do prolapso? 0 – Não 1-Sim 2 – Não se aplica (**não tem prolapso**)

98. A paciente apresenta sensibilidade perineal? 0 – Não 1-Sim

99. A paciente apresenta reflexo anal? 0 – Não 1-Sim

100. Peso _____ **Altura** _____ 1-[18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)]

101. IMC: _____ **Kg/m²** **classe:** ____4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[40 (Obesidade3-mórbida)]

Avaliação da Fisioterapia

102. AFA: _____ () Não se aplica, pois

103. P: _____

104. E: _____

105. R: _____

106. F: _____

Assinatura _____ **Data:** _____

____/____/____	
PERITRON	
107. P. BASAL: _____ () Não se aplica, pois o aparelho não capta.	
108. P. PICO: _____	
109. ENDURANCE: _____	Assinatura _____ Data: _____
____/____/____	
110. DIAGNÓSTICO CLÍNICO (Descreva todos os compartimentos): 0 – Normal (não tem IU nem POP)	
INCONTINÊNCIA: 1- IUE 2-UI (Perda involuntária de urina associada à urgência) 3- IUM (Perda de urina associada à urgência e com o esforço físico) 4- BH (Urgência urinária, geralmente acompanhada por frequência e noctúria, com ou sem UI, na ausência de ITU ou outra patologia óbvia) 17 – IUE OCULTA (diagnosticada após EUD)	
PROLAPSO ANTERIOR: 5- PPVA I 6- PPVA II 7- PPVA III 8- PPVA IV	
PROLAPSO POSTERIOR: 9- PPVP I 10-PPVP II 11- PPVP III 12- PPVP IV	
PROLAPSO APICAL: 13- P. APICAL I 14-P. APICAL II 15- P. APICAL III 16-P. APICAL IV	
19-	
Outro: _____	

Ass. do Médico Responsável pelo atendimento	
