

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**  
**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS EM**  
**MULHERES**

**AYNARA DOS SANTOS CARVALHO**  
**DEBORAH SILVA FERREIRA**  
**LETÍCIA NORONHA CARDOSO**  
**SARAH CAMPOS REIS VIEIRA**

**LAVRAS-MG**

**2019**

**AYNARA DOS SANTOS CARVALHO**  
**DEBORAH SILVA FERREIRA**  
**LETÍCIA NORONHA CARDOSO**  
**SARAH CAMPOS REIS VIEIRA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**  
**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS EM**  
**MULHERES**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Fisioterapia.

**PROFESSOR ORIENTADOR**

**Ms. Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga**

**PRESIDENTE DA BANCA**

**Ms. Debora Almeida Galdino Alves**

**LAVRAS-MG**

**2019**

Ficha Catalográfica preparada pela Seção de Processamento Técnico da  
Biblioteca Central do Unilavras

P849 Portfólio acadêmico / Aynara dos Santos Carvalho [et al.];  
orientação de Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga.  
-- Lavras: Unilavras, 2019.  
105 f. ; il.

Portfólio apresentado ao Unilavras como parte das  
exigências do curso de graduação em Fisioterapia.

I. Urologia. 2. Fisioterapia. 3. Disfunção. 4. Assoalho  
pélvico. I. Ferreira, Deborah Silva. II. Cardoso, Leticia  
Noronha. III. Vieira, Sarah Campos Reis. IV. Alvarenga,  
Nívea Maria Saldanha Lagoeiro (Orient.). V. Título.



**UNILAVRAS**  
Centro Universitário de Lavras  
www.unilavras.edu.br



**AYNARA DOS SANTOS CARVALHO**  
**DEBORAH SILVA FERREIRA**  
**LETÍCIA NORONHA CARDOSO**  
**SARAH CAMPOS REIS VIEIRA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**  
**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS EM**  
**MULHERES**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Fisioterapia.

Aprovado em 15/08/2019

**PROFESSOR ORIENTADOR**

**Ms.Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga**

**PRESIDENTE DA BANCA**

**Ms.Debora Almeida Galdino Alves**

**LAVRAS-MG**

**2019**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS – UNILAVRAS**

Portfólio Acadêmico de autoria dos graduandos Aynara dos Santos Carvalho, Deborah Silva Ferreira, Leticia Noronha Cardoso e Sarah Campos Reis Vieira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



**Ms. Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga- UNILAVRAS (Orientador)**



**Ms. Debora Almeida Galdino Alves- UNILAVRAS (Presidente da Banca)**

Aprovado em 13 de 08 de 2019.

Dedicamos nosso trabalho a todos os nossos familiares, amigos, professores, pacientes e a Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS, que contribuíram de alguma forma para que o mesmo fosse concretizado.

## **AGRADECIMENTOS**

### **Aynara dos Santos Carvalho**

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me sustentado até aqui. Sem Ele, nada seria possível.

Depois, agradeço imensamente aos meus pais, Adair José de Carvalho e Valéria Ap. dos Santos Carvalho, por me ajudarem em qualquer situação, principalmente quando pensei em desistir. O apoio deles fez de mim o que sou hoje e me levou muito além do que eu imaginava. Obrigada pelo incentivo, pela paciência, pela compreensão e por sempre confiarem em mim.

Sou grata à minha professora e orientadora Nivea Maria S. L. Alvarenga, por me ajudar a enfrentar meus medos, procurar conhecimento e a fazer o melhor neste portfólio.

Ao meu namorado, Vighivelder Rezende, agradeço por ter ficado ao meu lado em todos os momentos, me dando todo o apoio e suporte necessário, não deixando que eu desistisse em nenhum momento e me ajudando nos estudos.

Aos meus professores, principalmente à Débora Galdino, agradeço por terem doado um pouco do conhecimento de cada um, para que eu pudesse formar o meu. E também por terem me feito capaz de concluir esse portfólio.

A todos os meus amigos, em especial aos que estudam comigo, agradeço por todos os conselhos, pelas vibrações, positividade, palavras de apoio e incansáveis dias e noites de estudos compartilhados.

Agradeço aos meus avós paternos, Leonor dos Santos Carvalho e João Rodrigues de Carvalho, e minha tia, Sílvia Regina dos Santos, por todas as orações, pelo amor e pela torcida. E também aos meus avós maternos, Servino dos Santos e Nara Sílvia V. dos Santos, por serem minhas estrelinhas e me guiarem pelo caminho do bem.

Também agradeço às minhas crianças, minha irmã, Aleixa dos Santos Carvalho, e meu primo, João Pedro S. B. da Silva, por me darem força simplesmente por existirem.

Por fim, agradeço a todos os meus familiares e conhecidos que de alguma forma contribuíram para a minha formação, seja em uma oração, ouvindo um desabafo ou dando um conselho.

## **Deborah Silva Ferreira**

O sucesso é daqueles que correm atrás dos seus sonhos! E eu não chegaria até aqui se não tivesse em minha vida pessoas tão especiais.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me dado força e confiança para acreditar no meu sonho e lutar para alcançar aquilo que acredito.

Aos meus pais, Sebastião e Juliana, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. À minha irmã, que sempre me deu força para enfrentar esse caminho.

À minha família e à família do meu noivo, que sempre estiveram presentes me apoiando, incentivando e ajudando de todas maneiras possíveis.

Ao meu noivo, Carlos Júnior, que de forma especial e carinhosa, sempre esteve ao meu lado, por ter acreditado em mim, ter me dado todo incentivo e apoio nos momentos de dificuldades e, principalmente, por não ter me deixado desistir diante dos obstáculos, que foram muitos. Sem você eu não conseguiria.

Agradeço também à nossa orientadora, Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga, pela dedicação e pelo incentivo que tornou possível a conclusão desse portfólio. Aos professores, por toda paciência ao nos passar todos os seus conhecimentos sempre nos motivando. Aos colegas de curso, pela amizade, pelo companheirismo e, acima de tudo, pelo respeito e pela cumplicidade que foram desenvolvidos ao longo do curso, sentirei saudades. E por fim, não poderia deixar de agradecer às minhas amigas de portfólio, sem elas eu não alcançaria essa vitória com êxito. Obrigada a todos que, mesmo não citados aqui, torceram por mim e contribuíram de alguma maneira pra a realização desse sonho.

### **Letícia Noronha Cardoso**

Agradeço, primeiramente, a Deus, que nos deu a Terra e as ferramentas para construirmos nossos sonhos.

Agradeço, especialmente, meu pai, Nelson dos Santos Cardoso, minha mãe, Maria Teresa Noronha Cardoso, e meu irmão, Washington Noronha Cardoso, que estiveram me apoiando e me dando forças para que eu continuasse na luta durante essa etapa da minha vida. Não só nesta etapa, mas em toda a minha vida eles estiveram comigo, ao meu lado, fornecendo o apoio, compreensão e estímulo em todos os momentos.

Agradeço ao meu pai, que me ensinou os maiores valores que se pode ter na vida, me incentivou a estudar, me ensinou a batalhar, buscar meus objetivos, me deixando livre para seguir minhas escolhas, porém sempre indicando o caminho correto.

Agradeço à minha professora e orientadora Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga por gentilmente ter me ajudado e guiado no decorrer deste trabalho, dando todo o suporte necessário.

Muito obrigado ao meu namorado, Mateus Henrique Rodrigues, que compartilhou comigo esse momento, estando ao meu lado, me apoiando, ajudando e me dando forças para não desistir, aguentando minhas crises de choro, fraquezas e angustias e deixando de fazer muitas coisas para me apoiar e ficar comigo.

Agradeço, também, às minhas amigas e colegas da universidade, que sempre torceram por mim, me apoiaram no decorrer da graduação e que estiveram ao meu lado nas dificuldades para compreender as matérias, e que sempre me deram forças quando necessário.

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os meus professores da Faculdade Unilavras, que foram incansáveis na arte de ensinar, em especial a professora Debora Galdino.

Enfim, meu muito obrigado a todos que me apoiaram nesta jornada.

## **Sarah Campos Reis Vieira**

Primeiramente agradeço a Deus por estar sempre guiando os meus passos, por me abençoar durante todo esse ciclo e por me dar toda força e saúde para alcançar meus sonhos.

Sou grata imensamente à minha família, ao meu pai, Fernando, minha mãe, Cristina, e ao meu irmão, Samuel, por serem essenciais na minha vida, por sempre estarem comigo, me apoiando e acreditando em mim e principalmente por todo esforço e dedicação que tiveram comigo para que eu pudesse seguir meus estudos.

Agradeço todos meus amigos e colegas que dividiram comigo esta caminhada, por todo o companheirismo, amizade e por todos os momentos compartilhados.

Agradeço também à minha orientadora, Prof. Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga, pela dedicação em transmitir seus conhecimentos e por toda disposição em ajudar e aconselhar para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os demais professores que até então fizeram parte da graduação e compartilharam conhecimentos sabedoria e experiências, em especial à professora Debora Galdino, que foi essencial pra execução deste estudo.

Ao Unilavras, por proporcionar o ensino de qualidade para formação profissional.

À Clínica de Fisioterapia do Unilavras, por me receber e permitir a realização do meu estudo.

Agradeço também à paciente, pela autorização e a disponibilidade para realizar este portfólio, por todo carinho e confiança.

Gostaria de agradecer, então, a todos que fizeram parte dessa caminhada para a formação profissional e a todos que virão a fazer.

“Na sua vida, não tenha medo de ser fraco, já que a fraqueza representa capacidade de amar. Quando o outro, pelas mais diversas razões esperar pelo seu ódio, surpreenda-o com o seu amor”

(Padre Fábio de Melo - 2011)

## LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFA	Avaliação funcional do assoalho pélvico
AP	Assoalho pélvico
AP	Assoalho pélvico
CCF	Cadeia cinética fechada
DD	Decúbito dorsal
EENM	Eletroestimulação neuromuscular
FU	Frequência urinária
ICS	<i>International Continence Society</i>
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontingência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
MAP	Músculos do assoalho pélvico
MAP	Músculos do assoalho pélvico
POP	Prolapsos de órgão pélvicos
POPQ	Sistema de quantificação de prolapso do órgão pélvico
QV	Qualidade de vida
TC	Terapia comportamental
TUI	Trato urinário inferior

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gato arrepiado I .....	33
Figura 2 - Gato arrepiado II .....	33
Figura 3 - Agachamento .....	34
Figura 4 - Ponte sobre os ombros com fortalecimento de adutores .....	35
Figura 5 - Resultado de contração máxima no perineômetro .....	36
Figura 6 - Aparelho Perineômetro utilizado durante a avaliação .....	40
Figura 7 - Instruções sobre a Massagem Perineal .....	43
Figura 8 - Anatomia do Assoalho Pélvico Feminino .....	44
Figura 9 - Exemplos de exercícios utilizados durante o tratamento .....	45
Figura 10 - Agachamento com abdução de pernas.....	46
Figura 11 - Elevação da pelve com adução de pernas .....	46
Figura 12 - Adução de pernas deitado .....	47
Figura 13 - Aparelho utilizado na avaliação .....	51
Figura 14 - Escores de qualidade de vida .....	52
Figura 15 - Diário Miccional.....	54
Figura 16 - Terapia comportamental .....	58
Figura 17 - Exercício de flexão de joelhos em CCF .....	60
Figura 18 - Exercício para fortalecimento dos abdutores de quadril .....	61
Figura 19 - Ponte sobre os ombros .....	61
Figura 20 - Exercícios de conscientização acerca da força assoalho pélvico .....	62
Figura 21 - Trabalho de mobilidade pélvica na bola suíça .....	62
Figura 22 - Fortalecimento de adutores de quadril em DD com bola mini.....	63
Figura 23 - Gato arrepiado .....	64
Figura 24 - Fortalecimento de extensores de quadril em DD .....	64
Figura 25 - Aparelho de eletroestimulação.....	66
Figura 26 - Cones Vaginais .....	67
Figura 27 - Resultado de contração máxima no perineômetro.....	68
Figura 28 - Sistema POPQ.....	71
Figura 29 - Pontos da avaliação de prolapso genitais .....	73
Figura 30 - Classificação dos prolapso pélvicos .....	73
Figura 31 - Diagrama 3x3.....	74
Figura 32 - Exercício de trabalho da respiração diafragmática .....	80

Figura 33 - Conscientização da respiração diafragmática com contração do A.P.....	80
Figura 34 - Mobilidade Pélvica (Retroversão e anteversão).....	81
Figura 35 - Elevação pélvica com contração do assoalho pélvico .....	81
Figura 36 - Ponte com contração do A.P e fortalecimento de adutores .....	81
Figura 37 - Agachamento associado a contração do assoalho pélvico.....	82
Figura 38 - Resultado de contração máxima no perineômetro.....	84

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultados da anamnese.....	25
Quadro 2 - Escala de força e resistência muscular .....	27
Quadro 3 - Avaliação do assoalho pélvico .....	27
Quadro 4 - Diário miccional apresentado no início do tratamento.....	28
Quadro 5 - Comparação dos resultados .....	35
Quadro 6 - Classificação funcional de contração muscular do assoalho pélvico .....	39
Quadro 7 - Resultado da inspeção.....	40
Quadro 8 - Resultado da palpação.....	40
Quadro 9 - Resultados inspeção .....	47
Quadro 10 - Resultados Palpação .....	47
Quadro 11 - Classificação de Ortiz .....	50
Quadro 12 - Resultado da anamnese .....	55
Quadro 13 - Antecedentes ginecológicos.....	55
Quadro 14 - Antecedentes obstétricos .....	55
Quadro 15 - Avaliação assoalho pélvico .....	56
Quadro 16 - Resultados apresentados.....	68
Quadro 17 - Ligamentos da região pélvica.....	70
Quadro 18 - Classificação dos graus de prolapso da parede vaginal anterior.....	70
Quadro 19 - Classificação dos prolapso quanto a severidade.....	70
Quadro 20 - Classificação dos graus de prolapso uterino .....	71
Quadro 21 - Tópicos avaliados na anamnese e os respectivos resultados.....	77
Quadro 22 - Classificação de Ortiz.....	77
Quadro 23 - Resultados da reavaliação .....	83

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	17
2	DESENVOLVIMENTO CONJUNTO .....	19
2.1	Anatomia do Assoalho Pélvico feminino .....	19
2.2	Recursos Fisioterapêuticos .....	21
2.3	Avaliação .....	22
2.4	Fisiologia da micção .....	22
3	DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL .....	24
3.1	Aynara dos Santos Carvalho .....	24
3.1.1	Incontinência Urinária de Esforço.....	24
3.1.1.1	Anamnese.....	25
3.1.1.2	Avaliação funcional do assoalho pélvico .....	26
3.1.1.3	Diário Miccional .....	28
3.1.1.4	Questionário de qualidade de vida .....	29
3.1.2	Tratamento .....	30
3.1.2.1	Terapia comportamental .....	30
3.1.2.2	Cinesioterapia .....	31
3.1.3	Resultados .....	35
3.2	Deborah Silva Ferreira.....	37
3.2.1	Laceração Perineal .....	37
3.2.1.1	Anamnese.....	38
3.2.1.2	Avaliação do assoalho pélvico.....	39
3.2.1.2.1	Avaliação visual.....	39
3.2.1.2.2	Avaliação por meio da palpação vaginal .....	39
3.2.1.2.3	Perineômetro .....	39
3.2.1.3	Resultados da avaliação.....	40
3.2.2	Tratamento .....	41
3.2.2.1	Biofeedback.....	42

3.2.2.2	Instruções Sobre a Massagem Perineal .....	42
3.2.2.3	Programa de exercícios para o Assoalho Pélvico.....	43
3.2.3	Resultados .....	47
3.3	Letícia Noronha Cardoso.....	48
3.3.1	Incontinência Urinária Mista .....	48
3.3.1.1	Anamnese.....	49
3.3.1.2	Avaliação do assoalho pélvico.....	49
3.3.1.3	Questionário de qualidade de vida (QV).....	51
3.3.1.4	Diário miccional .....	52
3.3.1.5	Resultados da avaliação.....	55
3.3.2	Tratamento .....	57
3.3.2.1	Terapia Comportamental .....	57
3.3.2.2	Cinesioterapia na IUM .....	59
3.3.2.3	Método Pilates em uroginecologia funcional.....	63
3.3.2.4	Eletroestimulação .....	65
3.3.2.5	Cones vaginais .....	66
3.3.3	Resultados .....	67
3.4	Sarah Campos Reis Vieira .....	69
3.4.1	Prolapsos .....	69
3.4.1.1	Anamnese.....	75
3.4.2	Tratamento .....	78
3.4.3	Resultados .....	82
4	AUTOAVALIAÇÃO.....	85
4.1	Aynara dos Santos Carvalho .....	85
4.2	Deborah Silva Ferreira.....	85
4.3	Letícia Noronha Cardoso.....	86
4.4	Sarah Campos Reis Vieira .....	87

5 CONCLUSÃO .....	89
5.1 Aynara dos Santos Carvalho .....	89
5.2 Deborah Silva Ferreira.....	89
5.3 Letícia Noronha Cardoso.....	89
5.4 Sarah Campos Reis Vieira .....	90
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXOS .....	99
Anexo 1 - Ficha de Avaliação .....	99
Anexo 2 - Diário Miccional .....	101
Anexo 3 - Escore Qualidade de Vida ao início do tratamento.....	102
Anexo 4 - Escore Qualidade de Vida ao final do tratamento .....	103
Anexo 5 - Terapia comportamental do início do tratamento .....	104
Anexo 6 - Terapia comportamental do final do tratamento .....	105
Anexo 7 - Resultado da avaliação fisioterapêutica .....	106

## **1 INTRODUÇÃO**

O presente portfólio irá trabalhar com a atuação fisioterapêutica nas disfunções uroginecológicas em mulheres. As disfunções uroginecológicas são provenientes de alterações do assoalho pélvico decorrentes de diferentes distúrbios: da musculatura pélvica, fâscias e frouxidões ligamentares que podem levar à incontinência urinária, fecal, prolapso de órgãos pélvicos, disfunções sexuais, lacerações pós-parto, fibroses, vaginismos, entre outros. O tratamento fisioterapêutico tem como objetivo restaurar a integridade dos componentes da região pélvica, além de prevenir a evolução do quadro clínico e evitar o aparecimento do mesmo, prevenir para que não seja necessária a realização de tratamentos mais severos como cirurgias, melhorando assim a qualidade de vida das pacientes.

Sendo assim, este portfólio apresenta relatos de vivências com pacientes atendidas por estagiários do 9º período de Fisioterapia na Clínica da Escola de Fisioterapia no Centro Universitário de Lavras, no estágio obrigatório supervisionado da disciplina Uroginecologia e Obstetrícia. O estágio foi realizado na cidade de Lavras durante um período de três a quatro meses.

Eu, Aynara Carvalho, acompanhei uma paciente de 55 anos, diagnosticada com incontinência urinária de esforço, com início dos sintomas no final de 2018. A paciente começou o tratamento em março de 2019 com o objetivo de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, aliviar os sintomas e melhorar sua qualidade de vida.

Eu, Deborah Ferreira, acompanhei uma paciente de 40 anos diagnosticada com laceração perineal e fibrose muscular, com início dos sintomas no final de 2018, após parto vaginal. A paciente iniciou o tratamento fisioterapêutico em março de 2019, com o objetivo de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, reduzir a fibrose e melhorar a elasticidade do tecido.

Eu, Letícia Noronha, acompanhei uma paciente de 69 anos diagnosticada com incontinência urinária mista. Os sintomas se agravaram ao longo de 10 anos. A paciente iniciou o tratamento fisioterapêutico em abril de 2019, com o objetivo de reeducação da musculatura do assoalho pélvico e o fortalecimento do mesmo, de modo a proporcionar maior conforto no dia a dia.

Eu, Sarah Vieira, acompanhei uma paciente de 67 ano com diagnóstico médico de prolapso genital, há 4 anos. A paciente iniciou o tratamento fisioterapêutico em março de 2019 com objetivos de reduzir os sintomas, evitar realização de possível cirurgia e melhorar sua qualidade de vida.

## **2 DESENVOLVIMENTO CONJUNTO**

### **2.1 Anatomia do Assoalho Pélvico feminino**

A cavidade pélvica é composta por elementos ósseos, musculares e ligamentares que contribuem para a sua funcionalidade. O sistema esquelético é formado pelo ílio, ísquio e púbis, que se unem para formar o assoalho e se fundem durante a adolescência formando o quadril. O quadril é um osso plano que participa das articulações com o sacro e o fêmur. Estes possuem papel na proteção de órgãos internos, transmissão de peso e suporte para fixação de alguns músculos (CORTON, 2005; SILVA, 2012).

Os ossos do quadril, que constituem a cintura pélvica, unem-se anteriormente na sínfise púbica e posteriormente articulam-se com a parte superior do osso sacro (WALLACE; MEJIA; COUTINHO, 2016). A pelve pode ser dividida em pelve verdadeira e falsa, sendo que a linha terminal separa as duas. A pelve falsa se localiza na região superior e a verdadeira na inferior. A pelve maior, ou falsa, abriga a porção inferior da cavidade abdominal. A pelve menor, ou verdadeira, é onde estão inseridos os músculos e os órgãos ginecológicos (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

A pelve também pode ser classificada em quatro tipos: ginecóide, andróide, antropóide e platipelóide. A ginecóide é presente no sexo feminino e tem maior abertura superior, é mais larga e contém espinhas isquiáticas mais afastadas (HOTIMSKY, 2008).

O assoalho pélvico é um conjunto de musculatura que forma uma “rede” de sustentação, que compõe a pelve e é dividido em duas regiões. A região mais profunda (posterior) do assoalho tem o nome de diafragma pélvico e a região mais superficial (anterior) é chamado de períneo. O períneo é formado pelos músculos transversos superficial e profundo, isquiocavernoso e bulboesponjoso. O diafragma pélvico é formado pelos músculos levantadores do ânus, que são subdivididos em puborretal, pubococcígeo, iliococcígeo e coccígeo. O períneo é responsável pela continência urinária e atividade sexual e o diafragma pela sustentação das vísceras (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007).

Conforme Koelbl (*et al*, 1989), o assoalho pélvico é formado por fibras de resistência e força. As fibras de resistência, tipo I, estão localizadas em 70% do diafragma pélvico, e as fibras musculares de força, tipo II, estão em 30% do períneo.

Os principais ligamentos na fixação dos órgãos pélvicos são: pubocervical, cardinal, pubovesical, uterossacral, uretropical e o pubouretral. O ligamento pubocervical fixa a cérvix uterina na superfície posterior do púbis. O cardinal, fixa a cérvix uterina e a extremidade superior da vagina nas paredes laterais da pelve. O ligamento pubovesical fixa a cérvix uterina na superfície posterior do púbis. O uterossacral fixa a cérvix uterina e extremidade superior da vagina na extremidade inferior do sacro. Pubouretral sustentam a uretra contra o ramo inferior da sínfise púbica. E por fim, os uretro-pélvicos ligam a uretra e o colo vesical lateralmente ao arco tendíneo, sustentam a uretra e promovem aumento da resistência uretral (BEZERRA *et al*, 2001).

Na mulher, o assoalho pélvico é perfurado por três estruturas tubulares: a uretra e a vagina, anteriormente, e o ânus, posteriormente. Algumas situações acarretam enfraquecimento dessa musculatura, levando a sua deficiência funcional. Partos difíceis, deficiência estrogênica, pressão intra-abdominal aumentada, constipação crônica e incontinência urinária são alguns exemplos de tais situações (SILVA; SILVA, 2003).

Andrade (2007), afirma que o sistema reprodutor feminino é composto por 4 órgãos: vagina, útero, ovário e trompas uterinas. A vagina se estende da vulva até o útero, ela varia de 8 a 10 cm e situando-se entre a bexiga e o reto. O útero possui um formato de pera, localiza-se posteriormente à bexiga e tem função de acomodar o feto na gestação. O ovário, que é um órgão par, está localizado em cada lado e possui forma de amêndoas. As trompas uterinas são dois canais em que se estendem do útero ao ovário.

O sistema urinário é dividido em órgãos secretores, que produzem a urina, e os órgãos excretores, que são encarregados de processar a drenagem da urina para fora corpo. Esse sistema então é composto pelos rins, que são órgãos em formato de feijão localizados acima da cintura e possuem as funções de filtrar o sangue, controlar o volume sanguíneo e a pressão arterial, produzir a urina, entre outros. Logo abaixo dos rins estão localizados os ureteres, que são dois tubos que transportam a urina dos rins para a bexiga. A bexiga é um reservatório temporário

para armazenamento da urina, que se localiza à frente da vagina e abaixo do útero, e termina na uretra. A uretra, por sua vez, é um tubo que conduz a urina da bexiga para o meio externo (DANTAS, 2011).

## **2.2 Recursos Fisioterapêuticos**

O tratamento das disfunções pélvicas é composto por exercícios cinesioterapêuticos, terapias manuais e aparelhos para uso invasivo. Os aparelhos mais comuns nas condutas são os de *biofeedback* e o eletroestimulação (DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2015). Muitas mulheres têm dificuldade para compreender e realizar a contração do assoalho pélvico de forma adequada, contudo existem equipamentos que ensinam de forma eficiente como contrair essa musculatura de forma correta.

Conforme Moreno (2009) apresenta, o *biofeedback* é um equipamento que fornece informações imediatas das contrações da musculatura do assoalho pélvico. Este aparelho permite o aprendizado da contração, além de evitar possíveis compensações. Existem vários modelos de *biofeedback*, podendo ser computadorizado com sonda vaginal, eletromiografia de superfície e software que fornece gráficos das contrações e os manuais, que são utilizados neste portfólio (MORENO, 2009).

Ainda segundo Moreno (2009), a eletroestimulação consiste em exercícios passivos desencadeados por uma corrente elétrica. Ele diminui a atividade do detrusor e reforça a musculatura perineal, aumenta a pressão intra-uretral, o fluxo sanguíneo, restabelece as conexões neuromusculares, aumenta as fibras musculares rápidas, ativação das fibras simpáticas e inibição central de eferentes motores (parassimpático).

Assim, a eletroestimulação é indicada como estímulo para despertar a consciência corporal, de modo que estimula a contração do assoalho pélvico da maneira correta, especialmente em pacientes que não conseguem contrair esses músculos pelo comando verbal. A frequência utilizada na eletroestimulação é um fator crucial. Para incontinência urinária de esforço é utilizada a frequência alta de 20 HZ a 50 HZ e em incontinências urinárias de urgência é usada a frequência baixa de 5HZ a 10HZ.

### **2.3 Avaliação**

A ficha de avaliação utilizada pelas as estagiárias para a realização deste trabalho, foi a ficha disponibilizada pela Clínica de Fisioterapia da UNILAVRAS, baseada em Moreno (2009). A ficha está disponível no Anexo 1 deste portfólio.

### **2.4 Fisiologia da micção**

De acordo com Oliveira, Rodrigues e Paula (2007), o músculo da bexiga, denominado detrusor é composto de uma musculatura lisa juntamente com o esfíncter interno, e são inervados pelo sistema nervoso simpático e parassimpático. Quando o parassimpático está ativo, causa contração do detrusor e relaxamento do esfíncter interno, facilitando o esvaziamento vesical. E quando o simpático entra em ação, ocorre o relaxamento do detrusor e contração do esfíncter interno, para a bexiga poder se encher novamente. O esfíncter externo é uma musculatura esquelética juntamente com o períneo, e é inervado por fibras do nervo pudendo, que se origina na medula sacral (S2-S4).

Palma (1998) descreve que a bexiga consegue armazenar aproximadamente 600ml de urina, e o primeiro desejo miccional é por volta dos 150ml. À medida que a bexiga se enche, vai ocorrendo distensão da sua parede, e as fibras do nervo sensitivo transmitem sinais para a medula espinal. Nesta fase, o músculo detrusor (bexiga) está em repouso, devido ao sistema nervoso simpático ativo, causando o seu relaxamento durante a fase de enchimento. E a pressão vesical está crescendo, mas ainda se encontra menor que a uretral.

Durante esse processo os receptores de estiramento estão sendo ativados a todo momento, fazendo com que os sinais sejam transmitidos ao cérebro. Isso gera a consciência da bexiga cheia (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007).

O cérebro, por sua vez, envia sinais de resposta à bexiga através da medula espinal e ao esfíncter externo (de caráter voluntário) através do nervo periférico "pudendo"; para que ele se relaxe; e a bexiga para que ela se contraia, ocorrendo dessa forma a micção (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007, p. 37).

O córtex também envia uma informação ao esfíncter, para se contrair e, ao mesmo tempo, para a bexiga, evitando sua contração, se o momento não for adequado para realizar a micção. Mas, se o momento for propício, quando a bexiga

se contrair, o esfíncter irá se relaxar, e vice-versa. Esses fatos acontecem de forma sincronizada (PALMA, 1998).

### 3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

#### 3.1 Aynara dos Santos Carvalho

##### 3.1.1 *Incontinência Urinária de Esforço*

A incontinência urinária de esforço (IUE) é como a “[...] queixa de perda involuntária de urina no esforço físico, espirro ou tosse” (apud ABRAMS *et al*, 2003, p. 38, tradução nossa<sup>1</sup>). Segundo Hannestad (*et al*, 2000) e Siracusano (*et al*, 2014), a IUE é o tipo mais comum de incontinência urinária (IU) e, dependendo do critério utilizado para o diagnóstico e da população estudada, sua prevalência pode variar de 12 a 56%.

De acordo com Oliveira, Rodrigues e Paula (2007), essa situação incômoda de perda involuntária de urina tem consequências graves, causando, muitas vezes, isolamento do convívio social, frustrações psicossociais, ameaça à autoestima e institucionalização precoce, podendo interferir também na sexualidade, alterando de forma importante a saúde da mulher.

Os transtornos emocionais, pessoais e sociais das mulheres acometidas com a perda urinária, torna essencial a aplicação da avaliação de Qualidade de Vida (QV), prezando ao paciente sua própria convicção no que diz respeito à sua saúde e não somente o conceito do profissional. Desde o ano de 1997 a ICS adverte sobre a importância da implementação da avaliação de QV em casos de IU, complementando os parâmetros tradicionais e tornando a avaliação mais completa e abrangente. Isso se deve ao fato que os procedimentos tradicionais utilizados como parâmetros objetivos na avaliação do tratamento não consideram o impacto causado pela IU na qualidade de vida dessas mulheres (RETT *et al*, 2007).

Segundo Girão (1997), existem muitos fatores relacionados com a fisiopatogenia da IUE, dentre eles destacam-se: a descida rotacional da uretra, a uretra funcionalmente curta, a lesão do mecanismo intrínseco uretral, as lesões do nervo pudendo, das fâscias e dos músculos do assoalho pélvico e a falta ou ausência de estrógeno.

---

<sup>1</sup> Original: “[...] complaint of involuntary leakage on effort or exertion, or on sneezing or coughing” (ABRAMS *et al*, 2003, p. 38).

O tratamento da IUE pode ser conservador ou cirúrgico, e a abordagem ainda é tradicionalmente cirúrgica no Brasil (AMARO; GAMEIRO; MOREIRA, 2001). De acordo com Feldner Jr. (*et al*, 2006), o tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que são de alto custo e podem levar a complicações, além de ser contraindicado para algumas mulheres. Então, atualmente, tem surgido interesse crescente por opções de tratamentos mais conservadores. Assim, dependendo da severidade e do tipo da IU, o tratamento fisioterapêutico tem sido sugerido como uma forma de abordagem inicial.

### 3.1.1.1 Anamnese

A paciente D. A. S. M. M. foi submetida a uma anamnese para se identificar e relatar a história da sua doença através da utilização da ficha de avaliação da clínica de fisioterapia do Unilavras, disponível no Anexo 1. A partir da avaliação foi concedido seu diagnóstico fisioterapêutico, e foram traçados os objetivos e conduta no tratamento. Os resultados da anamnese podem ser observados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Resultados da anamnese

Idade	55 anos
Profissão	Do lar
Estado civil	Casada
Peso	59 kg
Altura	1,60 m
Diagnóstico clínico	Paciente chegou apenas com um encaminhamento para avaliação, sem diagnóstico
Queixa principal	Perder urina quando espirra ou tosse
Início dos sintomas	Final de 2018
Perda de urina aos esforços	Sim, quando tosse e espirra
Urgência miccional	Não apresenta
Urgincontinência	Não apresenta
Forma que perde urina	Em jatos
Quantidade de líquido ingerido por dia	Em média 1 litro
Frequência da micção	11 vezes ao dia e 1 vez a noite

Uso de forro (absorvente)	Não
Durante o ato miccional	Tem a sensação de resíduo
Funcionamento do intestino	Normal
<b>Antecedentes ginecológicos</b>	
Cirúrgico	Não apresenta
Menarca	13 anos de idade
Menopausa	48 anos de idade
<b>Antecedentes obstétricos</b>	
Gestação	2
Parto	2
Aborto	0
Peso do maior recém-nascido	3.780 kg
<b>Atividade sexual</b>	
Atividade sexual	Ativa
Patologias associadas	Não apresenta
Medicação em uso	Angeliq, para reposição hormonal, desde 2014

Fonte: AUTORA (2019).

### 3.1.1.2 Avaliação funcional do assoalho pélvico

A avaliação do assoalho pélvico é baseada em um exame de palpação e visualização da vagina, para encontrar suas imperfeições. A paciente foi posicionada em decúbito dorsal (DD) em um espaço confortável e com iluminação adequada, com os membros inferiores fletidos sob a maca, chamado de posição ginecológica.

A visualização foi focada em observar a quantidade de pelos, coloração e trofismo dos grandes e pequenos lábios. Também foi observado se havia alguma distopia. A palpação se iniciou com o dedo indicador sendo introduzido no canal vaginal e posteriormente foi introduzido o dedo médio, protegido com luva e lubrificado com gel.

A paciente foi orientada a realizar força de contração da musculatura pélvica e manter pelo máximo de tempo que conseguisse para ser observado seu grau de resistência e força muscular. A resistência e a força foram mensuradas pela escala de força e resistência muscular disponível no Quadro 2, a princípio manualmente, e depois pelo aparelho *biofeedback*. Também foi avaliado na palpação a profundidade

do canal vaginal, diâmetro, sensibilidade, tônus, se houve laceração perineal e outros.

Quadro 2 - Escala de força e resistência muscular

Grau	Função subjetiva Visualização da contração em posição ginecológica	À palpação
0	Ausente	Ausente
1	Ausente	Reconhecível
2	Débil	Reconhecível
3	Presente	Sem resistência
4	Presente	Com resistência <5" (resistência não mantida)
5	Presente	Com resistência >5" (resistência mantida)

Fonte: NASCIMENTO (2009, p. 159).

A *American Physical Association's Section on Women's Health* afirma que o exame interno dos músculos do assoalho pélvico é compatível com a prática fisioterapêutica, se adaptando às políticas nacionais de Fisioterapia. Que neste caso exigem a realização de testes e medidas da função neuromuscular como auxílio para a avaliação ou tratamento de condições médicas específicas (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007, p. 41).

Os resultados da avaliação do assoalho pélvico estão apresentados no Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - Avaliação do assoalho pélvico

Inspeção	Apresenta coloração, quantidade de pelos e trofismo dos pequenos e grandes lábios normal
Palpação	Apresenta hipertonia da parede do canal vaginal superior e direita; realiza movimento de expulsão durante a tosse; não sente dor
Distopias	Uretocele, grau 1
Sensibilidade	Normal
Profundidade	Normal
Diâmetro	Reduzido
Laceração perineal	Não apresenta
Reflexos	Tosse (presente)
Contração perineal	Presente, grau 1
Perineômetro	Paciente conseguiu chegar apenas no nível A (2) e manteve por apenas 2 segundos

Compreensão dos exercícios perineais	Ruim
Musculatura acessória	Adutores grau 5, abdutores grau 5, glúteo grau 4 e abdominais grau 3
Dados urodinâmicos	Não foi realizado esse exame
Observações	No <i>biofeedback</i> foi realizado uma insuflada e meia, devido ao diâmetro diminuído

Fonte: AUTORA (2019).

### 3.1.1.3 Diário Miccional

De acordo com Fine, Antonini e Appell (2004), o diário miccional também é uma ferramenta importante pois auxilia no correto diagnóstico e permite a avaliação da gravidade dos sintomas de acordo com o comportamento da bexiga. A bexiga da paciente, na maioria das vezes, está mal-acostumada devido a frequência urinária (FU) aumentada por achar que é bom para sua saúde ou por medo de perder urina. Assim, é realizado o diário miccional que pode ter duração de 3, 5, 7 ou 14 dias. Existem discordâncias sobre o valor real deste tipo de registro, bem como da duração ideal (KEILMAN, 2005; DMOCHOWSKI *et al*, 2005). Contudo, conforme explica Feldner Jr. *et al*, 2006, os diários miccionais ainda continuam sendo amplamente utilizados para o diagnóstico e o tratamento da incontinência urinária.

Foi utilizado o diário miccional da Clínica de Fisioterapia do Unilavras, que foi desenvolvido baseado em Baracho (2018). Para a realização do preenchimento do diário miccional, a paciente foi orientada a anotar todas as vezes que ela fosse ao banheiro (diurna e noturna), volume urinado, urgência miccional, frequência de perdas urinárias, enurese noturna, quantidade de líquido ingerido e de absorventes utilizados diariamente. O diário está disponível no Anexo 2 deste portfólio.

Abaixo, no Quadro 4, é possível observar os resultados encontrados a partir desta avaliação. Pode-se notar que a paciente não realizou corretamente o preenchimento do diário, pois várias informações estão incompletas. Porém, pode-se observar que a frequência urinária se apresenta muito alta, tendo intervalo mínimo de apenas 15 minutos entre uma micção e outra. A paciente não trouxe o diário miccional do fim do tratamento.

Quadro 4 - Diário miccional apresentado no início do tratamento

Nome: D. A. S. M. M.	Idade: 55 anos
----------------------	----------------

Data da realização: 13/03/2019		Dormiu: 22:00		Acordou: 6:30		
Preencher esse diário em um período de 24 horas.						
Horário	Quantidade e tipo de líquido ingerido	Volume urinado	Caso faça cateterismo intermitente	Necessidade urgente de urinar + leve ++ moderada +++ severa	Caso tenha perda involuntária de urina + gotas ++ colheres +++ copos	Atividade na ocasião da perda de urina (tosse, espirro, subir escadas...)
6:20	50	*				
6:45	70					
6:50	50					
7:00	50	*				
9:00	30	*				
10:20	50	*				
11:30	100	Muito				
11:40	50					
11:55	50	*				
13:00	50	*				
14:45	50	*				
16:10	50	*				
16:20	-					
16:30	50					
18:00	100	*				
21:10	100	*				
02:00	-	*				
06:30	-	*				

Fonte: AUTORA (2019).

#### 3.1.1.4 Questionário de qualidade de vida

Segundo Lopes e Higa (2006), embora não diretamente, graves implicações econômicas, sociais, psicológicas podem decorrer através da IU. O método de

avaliação da QV traz ao indivíduo o entendimento pessoal sobre sua condição e, posterior tratamento, por abordar aspectos físicos, sociais e mentais (WHOQL, 1995).

De acordo com Kelleher (2000) e Saleh (et. al, 2005) em aspecto geral, mulheres com IU manifestam limitações físicas, como prática de exercícios, além de um convívio social, ocupacional e doméstico restringidos, o que influencia de forma negativa na psique e sexualidade da mulher. Além disso, há um possível desconforto social e higiênico decorrentes dos efeitos colaterais, como perda urinária excessiva e a troca constante de protetores e roupas (KELLEHER 2000, SALEH et AL, 2005). Os sintomas exasperados, como a frequência urinária alta e a perda de urina frequente afetam diretamente em aspectos importantes como sono e relacionamento social, provocando depressão, cansaço e isolamento. Visto a influência na qualidade de vida das mulheres que os sintomas acarretam, o interesse e a necessidade em mensurar a QV vem aumentando progressivamente (RETT *et al*, 2007).

Foi utilizado o questionário de qualidade de vida da clínica de fisioterapia do Unilavras, que foi criado baseado em Moreno (2009). O resultado do questionário se dá a partir da soma total das respostas do paciente, que podem ser de 1 a 4, sendo (1) muito frequentemente; (2) moderadamente; (3) pouco; e (4) não se aplica. O resultado máximo é 88 pontos, e quanto maior a soma, melhor qualidade de vida tem esse paciente, e vice-versa. No início a paciente teve como resultado 71 pontos, e no final 82, mostrando que houve uma melhora. Os resultados do início e do fim do tratamento estão disponíveis nos Anexos 3 e 4 deste portfólio.

### **3.1.2 Tratamento**

O plano de tratamento para esta paciente consistiu em terapia comportamental, cinesioterapia, *biofeedback* e eletroestimulação.

#### **3.1.2.1 Terapia comportamental**

De acordo com Oliveira, Rodrigues e Paula (2007), o restabelecimento de um ritmo miccional adequado, inicialmente de hora em hora seguido de aumento progressivo desse intervalo, geralmente de 15 em 15 minutos, pode ser de grande ajuda no tratamento da IUE. O intervalo ideal é de 3 em 3 horas, então para atingir o objetivo é importante que a paciente seja instruída nesse sentido, fornecendo

conhecimentos básicos da anatomia e a fisiologia urinária. Segundo Benvenuti (1987), é fundamental que os pacientes estejam sempre conscientes em relação a esses aspectos para que possam apresentar melhores resultados em resposta ao tratamento.

Frewen (1972) foi o primeiro autor a descrever essa técnica associada a medicamentos. Segundo o autor, com um estímulo frequente e rigoroso, e mesmo com 42% das pacientes também necessitando de tratamento clínico, ele obteve 83% de cura no período de um ano. Em 1980, Frewen conseguiu atingir 87% de cura neste mesmo período utilizando apenas o retreinamento vesical (FREWEN, 1980).

Foi utilizado a terapia comportamental da Clínica de Fisioterapia do Unilavras, que foi desenvolvida a partir de Baracho (2018). O objetivo inicial foi conseguir manter os intervalos de uma hora e quinze minutos entre uma micção e outra, e ir aumentando gradualmente, de quinze em quinze minutos, conforme a paciente obtivesse sucesso. Os resultados da terapia comportamental do início e do fim do tratamento estão apresentados nos Anexos 5 e 6 deste portfólio. Podemos notar que a paciente conseguiu melhorar, diminuindo consideravelmente a frequência em que ia ao banheiro, e conseqüentemente, melhorando sua qualidade de vida. A paciente ainda relatou que passou a se sentir muito melhor e sem preocupações.

### *3.1.2.2 Cinesioterapia*

A cinesioterapia tem como objetivo reforçar a resistência uretral e hipertrofiar as fibras musculares do diafragma pélvico e genital, além de melhorar a sustentação dos órgãos pélvicos (KEGEL, 1948). Alguns fatores devem ser avaliados antes de indicar o tipo de exercício, pois ele vai depender do grau da incontinência urinária de esforço, da capacidade do paciente em reconhecer os músculos que devem ser contraídos e da força destes (BENCENUTTI, 1987). Na maioria das vezes os pacientes possuem dificuldades em compreender quais são os músculos do assoalho pélvico e como deve ser feita a contração dos mesmos, e com isso, acabam promovendo contrações de outros músculos, como adutor da coxa, glúteo máximo e reto abdominal (PEATTIE; PLEVNIK; STANTON, 1988).

A literatura é unânime em afirmar que a coordenação reflexa durante o esforço, o tônus e a capacidade de recrutamento da musculatura melhoram com os exercícios pélvicos (PEATTIE; PLEVNIK; STANTON, 1988). Segundo Kegel (1948),

os exercícios, através de contrações rápidas e lentas costumam obter em torno de 70% de cura ou melhora das perdas urinárias.

Conforme Oliveira, Rodrigues e Paula (2007), para alguns casos selecionados de incontinência urinária de esforço, a cinesioterapia é uma alternativa à cirurgia, sendo uma modalidade terapêutica, e contendo um programa de treinamento do assoalho pélvico supervisionado. Mesmo em pacientes que necessitarão passar por um procedimento cirúrgico, a cinesioterapia será capaz de melhorar os resultados quando aplicado como terapia auxiliar. Alguns exemplos de situações em que ela poderá ser utilizada são: falha do tratamento cirúrgico, para reduzir a frequência urinária, curar ou amenizar a incontinência urinária, pré ou pós-operatório e outros.

De acordo com Sampsel, Miller e Mims (1998) e Bihsop e Dougherty (1992), não existe um programa de exercícios padrão no tratamento da incontinência urinária e são encontradas muitas divergências na literatura em relação aos tipos de exercícios, ao tempo, à intensidade da contração e ao tempo de tratamento. Segundo Moreno (2009), no tratamento deve-se ter um tempo de contração/repouso com a finalidade de aumentar o agrupamento tanto das fibras musculares do tipo I (exercícios compostos por contrações prolongadas e lentas), quanto do tipo II (exercícios com contrações rápidas e fortes). Esse tempo (em segundos), é de respectivamente, 5:5, 2:2 e 10:10. Exemplo: para recrutar fibras do tipo I é realizar 3 séries de 12-15 repetições de contrações lentas, e para priorizar as fibras de tipo II, 3 séries de 6-8 repetições de contrações rápidas. Conforme Wilson (1990), para adquirir a hipertrofia das fibras e, conseqüentemente, força muscular, é necessário no mínimo 3 meses de tratamento, com a frequência de 2 a 3 vezes na semana.

A finalidade de todos os exercícios cinesioterapêuticos que prescrevi para a minha paciente é a mesma, fortalecer os músculos do assoalho pélvico, priorizando as fibras do tipo II. Portanto, foram realizados diversos exercícios para variar o tratamento, uma vez que todos eles buscavam contração do períneo, juntamente com a respiração diafragmática. As Figuras a seguir demonstram os exercícios realizado pela paciente ao longo do tratamento.

As Figuras 1 e 2 demonstram um exercício denominado “gato arrepiado”, onde a paciente é orientada a ficar com quatro apoios sobre o tablado, realizar a inspiração expandindo o abdômen, fazendo extensão toracolombar e anteversão

pélvica. Logo após esse primeiro movimento, realizar a expiração contraindo o abdômen, fazendo flexão toracolombar, retroversão pélvica e contração do períneo.

Figura 1 - Gato arrepiado I



Fonte: AUTORA (2019).

Figura 2 - Gato arrepiado II



Fonte: AUTORA (2019).

A Figura 3 apresenta o exercício de agachamento. A paciente foi orientada a posicionar a coluna lombar na bola suíça e realizar flexão de quadris e joelhos

durante a expiração, juntamente com a contração do períneo, alinhando os joelhos com os tornozelos e apoiando as mãos. Em seguida, durante a inspiração, voltar à posição inicial, em ortostatismo.

Figura 3 - Agachamento



Fonte: AUTORA (2019).

A Figura 4 mostra o exercício de ponte sobre os ombros. Neste exercício a paciente foi orientada a realizar a inspiração expandindo o abdômen, enquanto está em decúbito dorsal com os joelhos e quadris flexionados. E depois, realizar a expiração contraindo o abdômen, elevando a pelve e a coluna lombar do tablado, fazendo retroversão pélvica, contraindo o períneo e apertando uma bola entre as coxas. Após esses movimentos, e paciente retornou à posição inicial.

Figura 4. Ponte sobre os ombros com fortalecimento de adutores



Fonte: AUTORA (2019).

### 3.1.3 Resultados

A cada atendimento a paciente relatava a visível melhora, tanto no seu comportamento, quanto na perda de urina. No último dia de atendimento foi realizado uma reavaliação para se observar se houve melhora no quadro da paciente e constatou-se que a frequência urinária que estava muito alta inicialmente, foi normalizada com a terapia comportamental e o empenho da paciente.

Em relação a perda de urina, obteve-se um resultado significativo, já que a força da musculatura do assoalho pélvico da paciente aumentou. Com isso, a perda urinaria passou a não ocorrer quando a paciente realizava esforços mínimos, acontecendo apenas em crises de tosses ou espirros fortes.

A paciente apresentava distopia grau 1 de ureterocele, que com o passar dos atendimentos, não foi mais visualizado. A força da musculatura acessória continuou a mesma, já que não era nosso objetivo principal melhorá-la, e sim, fazer com que a paciente usasse menos esses músculos durante os exercícios de contração do períneo. Na Quadro 5 abaixo, pode-se comparar os resultados, e na Figura 5 é possível ver o resultado obtido através do perineômetro.

Quadro 5 - Comparação dos resultados

Aspectos Avaliados	Avaliação 11/03/2019	Reavaliação 19/06/2019
Profundidade	Normal	Normal
Diâmetro	Reduzido	Normal

Tônus muscular	Normal	Normal
Aderências	Não apresenta	Não apresenta
Parede vaginal	Hipertonia na parede superior e do lado direito	Leve hipertonia na parede superior e do lado direito
Avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA)	Grau 1	Grau 3
Perineômetro	Força máxima: nível A (2) Contração mantida por 2 segundos	Força máxima: nível B (12) Contração mantida por 6 segundos
Compreensão dos exercícios perineais	Ruim	Boa
Qualidade de vida	71 pontos	82 pontos

Fonte: AUTORA (2019).

Figura 5 - Resultado de contração máxima no perineômetro



Fonte: AUTORA (2019).

## 3.2 Deborah Silva Ferreira

### 3.2.1 Laceração Perineal

Segundo Riesco (*et al*, 2010), ocorrem cerca de 1,5 milhões de partos normais no Brasil por ano, e em sua grande maioria, essas mulheres sofrem algum tipo de lesão perineal durante o parto, seja por episiotomia ou lacerações espontâneas. Uma vez que a mulher se encontra em uma situação de emergência, pois há um aumento substancial da dor perineal e o do sangramento, a lesão perineal é saturada sem haver uma análise no devido momento. Isso pode gerar diversas complicações, tanto no imediato quanto após o parto. Riesco (*et al*, 2010), aponta alguma dessas complicações como “lesão no trato geniturinário e nas estruturas do assoalho pélvico (AP), causando hiper mobilidade uretral e prolapso

genital. Após o parto, também podem surgir hematúria, incapacidade vesical e incontinência urinária” (RIESCO *et al*, 2010, p. 78).

O períneo é composto por duas regiões, a anterior e posterior, sendo a primeira composta pelos órgãos genitais externos, e a última composta pelo ânus e o conjunto de músculos. Os órgãos genitais externos são os lábios menores e maiores, o vestibulo vaginal, o clítoris, que juntos formam a vulva. Já o conjunto de músculos que forma a região posterior do períneo é composto pelo Diafragma Pélvico, que é mais profundo, e o Períneo, mais superficial. Como foi apontado anteriormente, grande parte das mulheres passam pelo parto normal, e durante esse processo ocorre uma distensão desse conjunto de músculos e da vagina, de modo que se forma um canal membranoso. Assim, como aponta Caroci (*et al*, 2014), a laceração pode atingir o clítoris, lábios e região vestibular, quando é acarretada na região anterior do períneo, e a parede vaginal, a fúrcula e a musculatura perineal e anal, quando ocorre na região posterior.

As consequências das lacerações também estão associadas ao seu local, sendo que a lesão nas regiões posteriores há maiores complicações que nas regiões anteriores. Algumas dessas complicações são apontadas por Caroci (*et al*, 2014), como hematomas, fístulas e lesões do esfíncter anal e da mucosa retal. Além disso, as lacerações podem ser classificadas a partir da profundidade das lesões e dos tecidos afetados.

[...] as lacerações de primeiro grau atingem apenas a pele ou a mucosa; nas de segundo grau, feixes musculares também sofrem alguma solução de continuidade. Quando a laceração atinge o esfíncter anal, é considerada de terceiro grau; caso haja lesão envolvendo a mucosa retal, é considerada de quarto grau (CAROCI *et al*, 2014, p. 403).

### 3.2.1.1 Anamnese

Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade com quadro de laceração perineal. Passou por dois partos, sendo o primeiro cesariana e o segundo parto normal, e não houve intercorrências durante o parto. Durante o parto normal, segundo informações da paciente, ocorreu laceração perineal de 2 cm. Foi utilizada uma ficha de avaliação da clínica de Fisioterapia do Unilavras, que se encontra no Anexo 1 deste portfólio, e na avaliação foram encontradas áreas com fibrose. Após a lesão, a paciente desenvolveu incontinência urinaria de esforço.

### 3.2.1.2 Avaliação do assoalho pélvico

#### 3.2.1.2.1 Avaliação visual

A avaliação visual consiste em observar a genitália externa, e verificar se tem presença ou ausência da contração muscular visível do assoalho pélvico através do comando verbal, e observar o movimento do músculo períneo para dentro durante a contração muscular do assoalho pélvico. Segundo Nascimento (2009), a visualização da contração da musculatura do assoalho pélvico é baseada na graduação de 0 a 5, de modo que permite determinar a classificação funcional do MAP. Assim, a paciente foi avaliada conforme o Quadro 6 apresenta (NASCIMENTO 2009).

Quadro 6 - Classificação funcional de contração muscular do assoalho pélvico

Grau	Função subjetiva Visualização da contração em posição ginecológica	À palpação
0	Ausente	Ausente
1	Ausente	Reconhecível
2	Débil	Reconhecível
3	Presente	Sem resistência
4	Presente	Com resistência <5" (resistência não mantida)
5	Presente	Com resistência >5" (resistência mantida)

Fonte: NASCIMENTO (2009, p. 159).

#### 3.2.1.2.2 Avaliação por meio da palpação vaginal

De acordo com Hanh (*et al* apud NASCIMENTO, 2009), a avaliação é realizada com a paciente em postura ginecológica, e desnuda da cintura para baixo, em que a paciente terá a percepção tátil através da palpação do examinador. Nessa palpação é verificado a força muscular, e avaliar as fibras do tipo II que são de contrações rápidas, que não são resistentes como as fibras tipo I que fazem parte da sustentação muscular. Dessa forma, é possível testar a força muscular e classificar a paciente nas cinco categorias, conforme mostrado no Quadro 6 acima (NASCIMENTO 2009).

#### 3.2.1.2.3 Perineômetro

Nesta avaliação foi utilizado o perineômetro do tipo Perina-Biofeedback da marca Quark, conforme a Figura 6 a seguir. Ele é utilizado para avaliar pressão e a habilidade da MAP para desenvolver o aperto vaginal. Através desse aparelho é

avaliado a contração muscular máxima dos músculos do assoalho pélvico que é visualizado pela paciente e o terapeuta o tempo mantido durante o movimento de contração. A medição tem uma variação entre 0 a 256 cmH<sub>2</sub>O e, com auxílio do cronômetro digital, é possível medir o tempo máximo de contração com esse método (NASCIMENTO 2009).

Figura 6 - Aparelho Perineômetro utilizado durante a avaliação



Fonte: PERINA CLÍNICO QUARK... (2019, s/p).

### 3.2.1.3 Resultados da avaliação

Foram obtidos os seguintes resultados das avaliações, conforme apresentados nos Quadros 7 e 8 a seguir:

Quadro 7 - Resultado da inspeção

Sensibilidade (face interna da coxa, região anal e vulva)	Normal
Coloração e trofismo da vulva	Coloração grandes lábios normais, hipotrofia grandes lábios
Região anal	Normal
Capacidade visível da contração dos mmAP	Sim

Fonte: AUTORA (2019).

Quadro 8 - Resultado da palpação

Flacidez em pequenos e grandes lábios e áreas com fibrose.	
Distopias	Ausente
Sensibilidade	Não doloroso

Profundidade		Normal	
Diâmetro		Normal	
Laceração perineal		Sim	
Reflexos		Presente reflexo de tosse	
Contração perineal		Presente	
Avaliação força assoalho pélvico (AFA)		1	
Perineômetro	Força máxima: Nível A (26)	Mantido	4
Musculatura acessória quadril		Adutores	4
		Abdutores	4
		Glúteo	4
		Abdominais	3

Fonte: AUTORA (2019).

### 3.2.2 Tratamento

Falamos que existe um trauma perineal quando ocorre uma lesão na genitália durante o parto. Alguns fatores podem influenciar sobre essa taxa elevada, como por exemplo: a realização de intervenções obstétricas, como o uso de fórceps, o que leva uma lesão, o período expulsivo que dura muito tempo, o peso e a posição do feto, a idade materna, pois, com o envelhecimento a mulher fica com a musculatura mais fraca, aumentando o risco de uma laceração perineal (NEUMAYR, 2013).

Os traumas perineais são classificados em: lacerações espontâneas e episiotomia. A laceração espontânea acontece pela passagem natural do feto pelo canal vaginal, onde, dependendo do tamanho do diâmetro do feto, e de músculos fracos pode ocorrer a laceração, e a episiotomia quando o médico realiza o corte do canal vaginal cirurgicamente (NEUMAYR, 2013).

Como foi apontado anteriormente, as lacerações perineais espontâneas são classificadas em quatro graus, a primeira, e menos grave, envolve a fúrcula, a pele perineal e a mucosa vaginal; às de segundo grau envolvem a fáscia e os músculos do corpo perineal; às de terceiro grau atingem o esfíncter anal; e, por fim, às lacerações mais graves e de pior prognóstico, que são classificadas como de quarto grau têm exposição do lúmen do reto e podem incluir as lacerações da uretra (NEUMAYR, 2013).

A episiotomia é uma lesão muitas vezes mais grave pois, gera uma lesão na pele perineal, mucosa vaginal e pode seccionar os músculos transverso superficial do períneo e bulbo-cavernoso (LEVENO *et al*, 2005). Esta é utilizada para evitar lacerações mais graves, como lesões no esfíncter anal, e para reduzir o risco de parto traumático para o bebê (NEUMAYR, 2013).

De acordo com a OMS (apud NEUMAYR, 2013) os médicos acreditavam que esta técnica tornava o parto normal mais seguro e eficiente. No entanto, a episiotomia foi considerada uma prática inadequada, devendo esta ser realizada somente nos casos em que houvesse necessidade provada da sua aplicação (NEUMAYR, 2013).

Nos pacientes classificados com graus 0, 1, 2 e que não são capazes de realizar a contração voluntária da musculatura do assoalho pélvico, é utilizado eletroestimulação e *biofeedback*. Para as mulheres com graus 3, 4 e 5, indica-se exercícios para a musculatura do assoalho pélvico. A paciente apresentou na avaliação força muscular grau 1, laceração perineal com áreas de fibrose e hipotrofia em grandes lábios, tendo apresentado também sensação de flacidez e relato de perdas urinárias aos esforços. Portanto, foi indicado a ela o tratamento com *biofeedback* priorizando as fibras tipo I, sendo estas de resistência.

### 3.2.2.1 *Biofeedback*

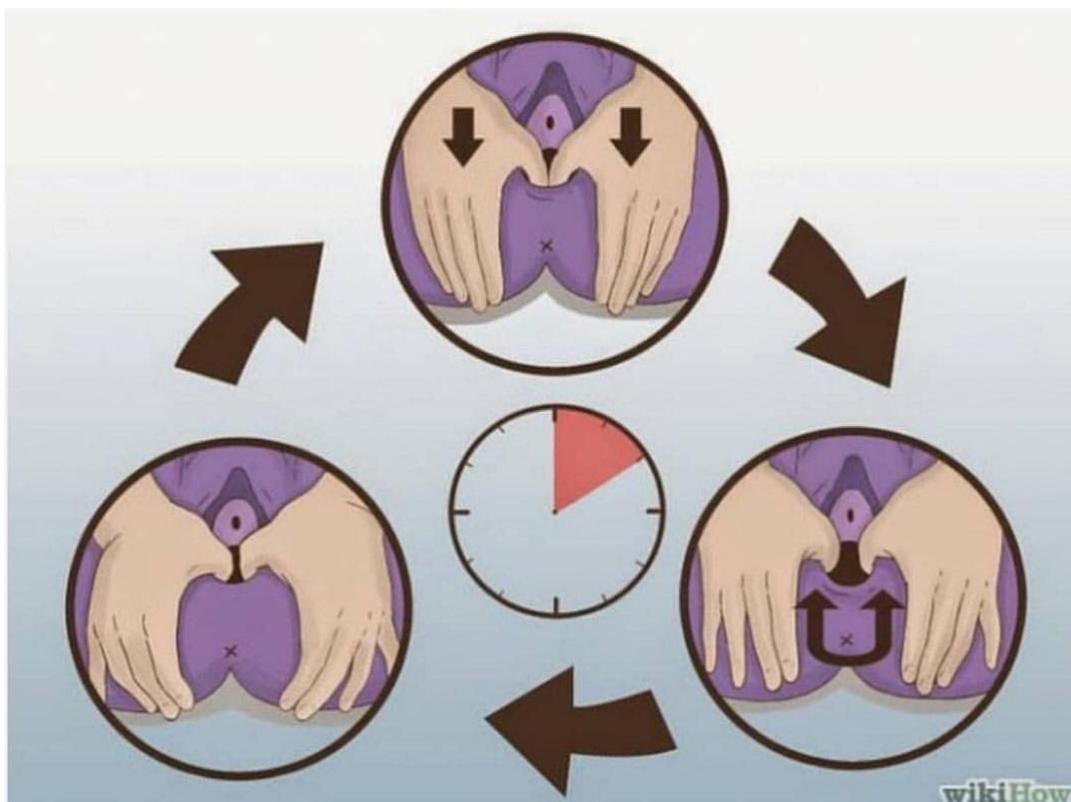
Ele é um instrumento que proporciona à paciente uma resposta de sua contração muscular, sendo esta mesma em forma de sinais luminosos, numéricos e sonoros. Desta forma a paciente tendo um entendimento do MAP, realiza uma autoavaliação, com o auxílio do instrumento.

*O biofeedback de pressão utiliza uma sonda inflável, colocada no interior da vagina ou do ânus, caso a mulher seja virgem. Quando é feita a contração, a variação de pressão dentro dessa sonda inflável é detectada pelo aparelho e mostrada à paciente, e isso que faz com que a paciente fique mais estimulada a melhorar sua contração (NASCIMENTO, 2009, p. 160).*

### 3.2.2.2 *Instruções Sobre a Massagem Perineal*

Outra terapia inserida no tratamento foi a massagem perineal, que ajuda a melhorar a flexibilidade dos músculos do assoalho pélvico e dos tecidos musculares. A Figura 7 apresenta as instruções sobre a massagem perineal.

Figura 7 - Instruções sobre a Massagem Perineal



Fonte: SAÚDE INTIMA (2019, s/p).

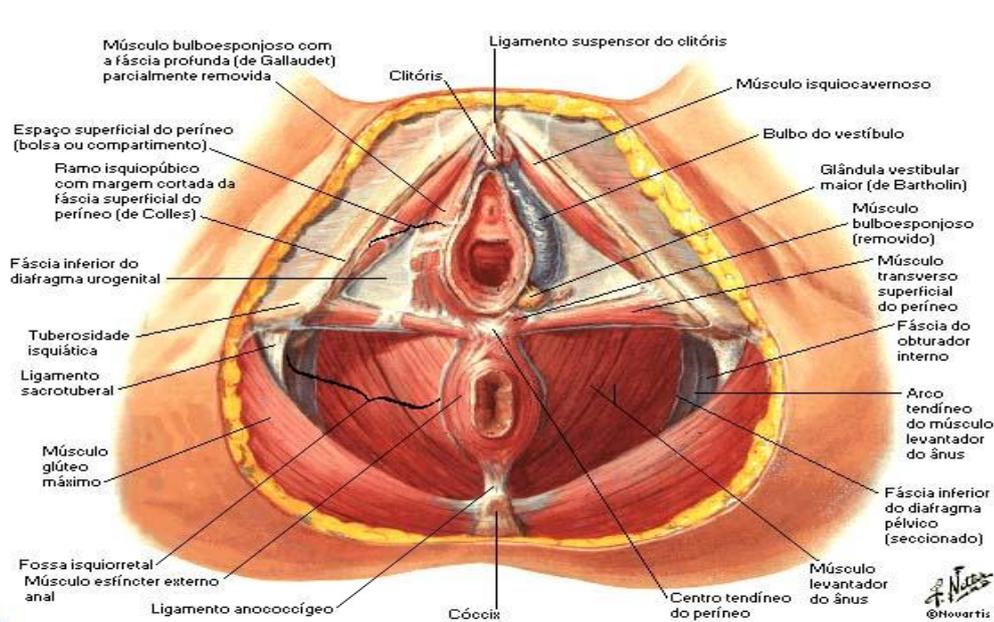
### 3.2.2.3 Programa de exercícios para o Assoalho Pélvico

Antes de iniciar cada sessão de exercícios era realizado um aquecimento, que consistia em alongamentos dos membros inferiores e coluna lombar, seguido de mobilização pélvica (exercícios ativos de anteroversão, e retroversão pélvica e inclinação pélvica). Além dos exercícios, na primeira sessão da primeira semana foi realizada uma instrução verbal sobre a anatomia do assoalho pélvico, as funções dos MAP e a importância dos exercícios após o parto para a prevenção de disfunções do assoalho pélvico. A instrução foi realizada utilizando-se peça anatômica do assoalho pélvico, conforme mostra a Figura 8 a seguir.

Todas as sessões foram iniciadas com a participante em decúbito dorsal e, nessa posição, era realizada palpação vaginal digital e instrução verbal para a contração do assoalho pélvico, com o objetivo de verificar e melhorar, a habilidade da participante em contrair e relaxar os MAP. Também foram utilizados os exercícios resistidos, que consistem em contrações voluntárias máximas e mantidas dos MAP, seguidas de contrações rápidas. Essas contrações foram realizadas durante a

expiração. As contrações máximas e mantidas foram associadas à contração do músculo transverso do abdômen, observada através de um leve movimento de tração da cicatriz umbilical na direção da coluna vertebral e de tração da cintura para dentro.

Figura 8 - Anatomia do Assoalho Pélvico Feminino



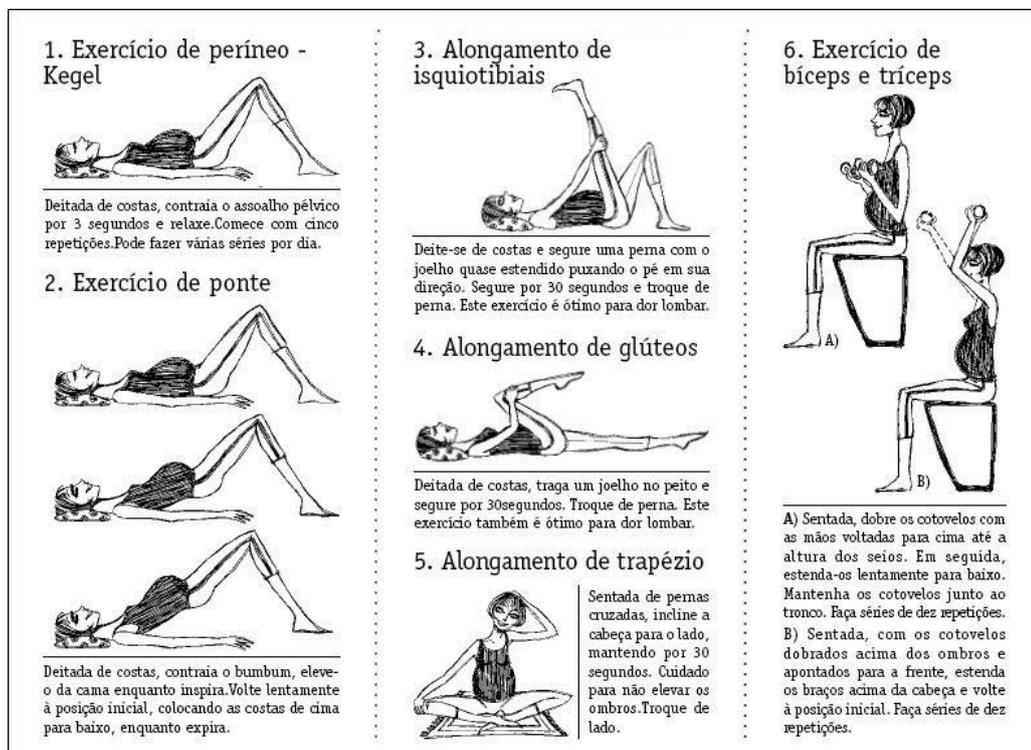
Fonte: CORPO & MENTE (2018, s/p).

Os exercícios foram realizados em 3 séries de 8 a 10 contrações máximas mantidas, inicialmente, por 10 segundos com intervalo de repouso de 10 segundos e, posteriormente, em 3 séries de 12 a 16 contrações máximas mantidas por 20 segundos com intervalo de 20 segundos de repouso. Cada contração máxima e mantida era seguida de contrações rápidas realizadas em 3 séries de 3 a 5 repetições, com duração de 2 segundos de contração e 6 segundos de repouso. A frequência do tratamento varia de 2 a 3 vezes por semana, por no mínimo de 3 meses, tempo necessário para obtenção de hipertrofia e força muscular (ASSIS *et al*, 2013). A Figura 9 apresenta alguns dos exercícios utilizados no tratamento.

As Figuras 10, 11 e 12 mostram exercícios utilizando a cinesioterapia no tratamento. Na Figura 10 é possível observar o Agachamento com Adução de Pernas. Neste exercício a paciente deve fazer o movimento de agachamento normal, mas com uma bola pequena ou almofada entre as pernas e encostada na parede. Deve-se iniciar em pé e fazer o movimento de adução, agachar, dobrando os joelhos

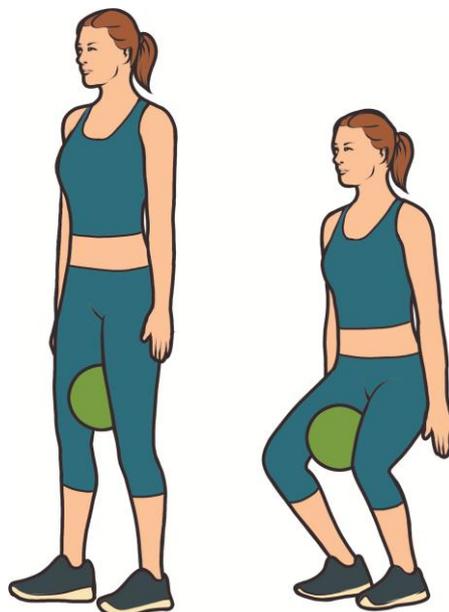
para frente, mantendo a coluna ereta enquanto continua pressionando o objeto. Por fim, a paciente deve voltar à posição inicial e repetir o movimento.

Figura 9 - Exemplos de exercícios utilizados durante o tratamento



Fonte: 5 EXERCÍCIOS PARA... (2019, s/p).

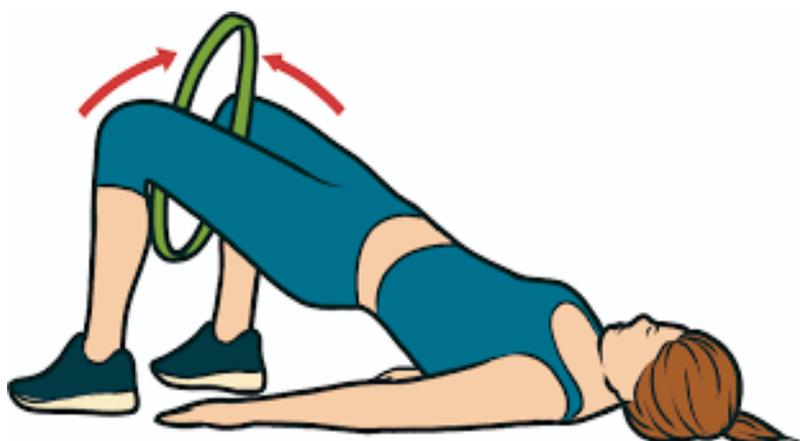
Figura 10 - Agachamento com abdução de pernas



Fonte: LUNA (2017, s/p).

Já a Figura 11 ilustra o exercício de Elevação da Pelve com adução de pernas. A paciente deve deitar no solo com um objeto entre as pernas (bola ou almofada) e comprimi-lo. Então, elevar o quadril, deixando o corpo apoiado apenas nos ombros e nos pés. Por fim, voltar à posição inicial e repetir o movimento.

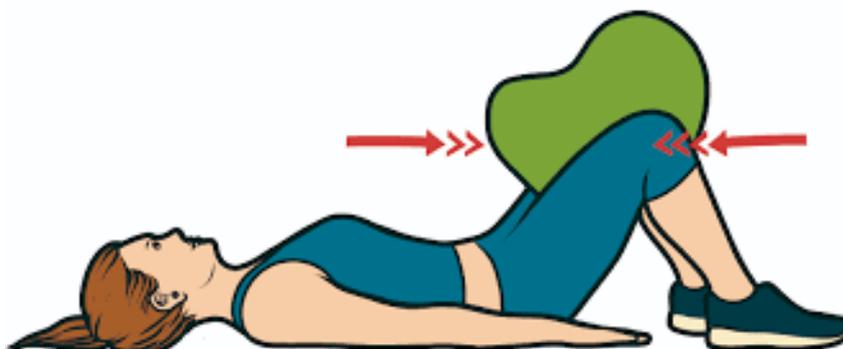
Figura 11 - Elevação da pelve com adução de pernas



Fonte: LUNA (2017, s/p).

Por fim, a Figura 12 mostra o exercício de Adução de quadril Deitado. Neste exercício, a paciente deitada no solo realiza a adução (movimento de fechar as pernas) com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. O movimento consiste em comprimir o objeto e relaxar.

Figura 12 - Adução de pernas deitado



Fonte: LUNA (2017, s/p).

### 3.2.3 Resultados

Os Quadros e 9 e 10 apresentam os resultados obtidos com o tratamento.

Quadro 9 - Resultados inspeção

Sensibilidade (face interna da coxa, região anal e vulva)	Normal
Região anal	Normal
Capacidade visível da contração dos mmAP	Sim > melhora da contração visível da contração
Coloração e trofismo da vulva	Coloração grandes lábios normais, áreas com hipotrofia grandes lábios apresentaram pequena melhora

Fonte: AUTORA (2019).

Quadro 10 - Resultados Palpação

Flacidez em pequenos e grandes lábios e áreas com fibrose			
Distopias		Ausente	
Sensibilidade		Não doloroso	
Profundidade		Normal	
Diâmetro		Normal	
Contração perineal		Presente	
Avaliação Força Assoalho Pélvico (AFA)		2	
Perineômetro	Força máxima: Nível B (14)	Mantido	4
Musculatura acessória		Adutores de quadril	4
		Abdutores de quadril	4

	Glúteo	4
	Abdominais	3

Fonte: AUTORA (2019).

A paciente apresentou melhora dos sintomas de incontinência urinária de esforço, melhora nas áreas com hipotrofia e aumento da força nos músculos do assoalho pélvico. Esses foram os resultados obtidos uma vez que a paciente abandonou o tratamento, porém eles poderiam ter sido superiores caso o tratamento tivesse tido continuação.

### 3.3 Letícia Noronha Cardoso

#### 3.3.1 Incontinência Urinária Mista

Conforme a *International Continence Society (ICS)*, incontinência urinária (IU) é definida como uma condição na qual ocorre queixa de qualquer perda involuntária de urina, sendo um problema social ou higiênico. A IU pode levar a um quadro clínico de depressão, isolamento e vergonha, alterando, portanto, o convívio social (ABRAMS *et al*, 2009).

Equivocadamente a incontinência urinária é considerada como inerente ao processo natural de envelhecimento, entretanto, apesar disso deve-se considerar que a senescência traz alterações do trato urinário que podem levar a ocorrência da perda urinária, que aumenta linearmente com o avanço da idade. Normalmente os idosos incontinentes apresentam sintomas de jato urinário fraco, micção incompleta e frequente e ou pequenas perdas constantes de urina. Seu aparecimento relaciona-se com alterações provocadas pelo processo fisiológico do envelhecimento, caracterizada pelo declínio funcional dos sistemas do organismo, mas está associada com fatores de risco modificáveis (FORTES *et al*, 2019, s/p).

As estimativas de prevalência para Incontinência Urinária Mista (IUM) são muito variáveis de acordo com a forma de investigação e definições de perda por esforço ou por urgência. A prevalência de IUM entre as mulheres incontinentes varia de 29% a 69% (GIRÃO, 2015).

A IUM é a união da incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência. A primeira refere-se à perda de urina durante a tosse, esforços, espirro, levantamento de peso, mudança de posição ou execução de qualquer manobra que aumente bruscamente a pressão dentro do abdômen. O aumento da pressão intra-abdominal é o fator desencadeante, ocorrendo perda de urina quando a pressão

intravesical supera a pressão intra-uretral. A segunda está associada à hiperatividade do músculo detrusor da bexiga, que produz uma vontade súbita para urinar, praticamente sem aviso (BARACHO, 2018).

No entanto, a IU pode acarretar alterações na vida das pessoas que a vivenciam. Um grande número de mulheres, com queixa de IU, leva um longo período para procurar assistência adequada. Isto pode ser explicado devido a fatores culturais, familiares ou ainda pelo constrangimento, ligado ao desconhecimento de possibilidade terapêutica. Semelhantes achados propiciam o questionamento que a busca pelo tratamento pode ser influenciada pelas crenças e valores que as mulheres contêm à respeito do que é ser incontinente (BORBA; LELIS; BRÊTAS, 2008).

#### 3.3.1.1 Anamnese

A paciente foi submetida a uma anamnese acerca dos sintomas urinários utilizando-se a ficha de avaliação da clínica de Fisioterapia Unilavras, disponível no Anexo 1.

#### 3.3.1.2 Avaliação do assoalho pélvico

A avaliação da musculatura do assoalho pélvico foi realizada pela inspeção, presença de distopias, sensibilidade, diâmetro, reflexos, compreensão dos exercícios perineais, musculatura acessória, palpação e pela quantificação da contração perineal, utilizando o perinômetro.

A palpação foi realizada com a paciente em posição ginecológica, o dedo indicador do examinador foi introduzido no canal vaginal, com a mão enluvada e untada com gel ginecológico. Primeiro foi possível avaliar a musculatura, em seguida foi pedido a mesma que contraísse a musculatura e sustentasse essa contração pelo tempo máximo que conseguisse (SOUSA *et al*, 2011). Para quantificação da força e resistência da musculatura do assoalho pélvico foi empregada a classificação funcional do assoalho pélvico de acordo com a contração voluntária segundo Ortiz *et al*, 1994. A classificação pode ser vista no Quadro 11.

Quadro 11 - Classificação de Ortiz et al

Grau	Função subjetiva Visualização da contração em posição ginecológica	À palpação
0	Ausente	Ausente
1	Ausente	Reconhecível
2	Débil	Reconhecível
3	Presente	Sem resistência
4	Presente	Com resistência <5" (resistência não mantida)
5	Presente	Com resistência >5" (resistência mantida)

Fonte: Bernardes *et al.*, 2000<sup>3</sup>; Contreras Ortiz O, Coya Nuñez F, Ibañez G, 1994<sup>6</sup>

Fonte: NASCIMENTO (2009, p. 159).

A visualização da contração da muscular do assoalho pélvico é fundamentada na graduação de 0 a 5, a qual permite definir a classificação funcional do MAP, conforme o quadro 1 (NASCIMENTO, 2009). Para avaliar a pressão de contração exercida pela musculatura do assoalho pélvico foi utilizado o perineômetro, tipo Perina - *Biofeedback* marca Quark, conforme mostra a Figura 13.

A sonda intracavitária, conectada a um manômetro de pressão e protegida por um preservativo não lubrificado foi untada em gel e introduzida no canal vaginal. A válvula foi fechada e, na sequência, a sonda foi insuflada lentamente até que a paciente sentisse o contato da sonda com a parede vaginal, sem referir dor, mas levando a uma ligeira distensão da parede vaginal. Posteriormente, a ajuste do aparelho, a resistência foi modulada e foi solicitado à paciente que contraísse a musculatura do assoalho pélvico por três vezes consecutivas e mantivesse a contração pelo tempo máximo que conseguisse. Foram observados o pico de pressão, o tempo e a resistência que os músculos perineais permaneceram contraídos. As médias das medidas realizadas pelo perineômetro foram consideradas para análise. Por último, a sonda foi desinflada abrindo-se a válvula e depois foi retirada (SOUSA *et al*, 2011, p. 41-42).

Figura 13 - Aparelho utilizado na avaliação



Fonte: AUTORA (2019).

### 3.3.1.3 Questionário de qualidade de vida (QV)

Para a maior parte dos autores, ao avaliar a QV deve-se contemplar os domínios físico, social, psicológico e espiritual, na tentativa de procurar a experiência pessoal de cada indivíduo. Apesar da compreensão de QV seja subjetivo, multidimensional e influenciado por diversos fatores relacionados à educação, economia e aos aspectos socioculturais, não há concordância quanto a sua definição. Apesar da IU não ser razão de risco para a vida das pacientes, é uma ocasião que pode trazer sérias implicações médicas, sociais, psicológicas e econômicas afetando adversamente a QV (BORGES *et al*, 2009).

A QV das mulheres incontinentes é desestabilizada de diversos modos. Indicativos apontam que tais alterações fisiológicas parecem desencadear quadros de depressão e ansiedade, intensificados pelas sensações de baixa autoestima e insatisfação sexual, culminando com a auto exclusão do convívio social. Habitualmente, as pacientes com IU apresentam idade mais avançada, normalmente durante o climatério. Elas passam a se atentar com a disponibilidade de banheiro, envergonham-se com o odor de urina e se sentem, repetidas vezes, sujas, chegando a apresentar lesões cutâneas como dermatite amoniacal e infecções urinárias repetidas. Algumas dessas apresentam dificuldade no intercurso sexual, seja por

perda de urina, pelo medo de interrompê-lo para urinar ou simplesmente por vergonha perante o parceiro (OLIVEIRA *et al*, 2014).

Para a avaliação foi utilizado o questionário de qualidade de vida do Unilavras, que foi construído a partir de Moreno (2009). A Figura 14 ilustra o questionário.

Figura 14 - Escores de qualidade de vida

✓ Para cada item favor marcar com X no espaço correspondente ao grau de importância ou incomodo que a questão representa no seu dia a dia: 1: muito frequente      2: moderadamente      3: pouco      4: não se aplica a você		1	2	3	4
1	Eu me preocupo em me molhar pela perda de urina	X			
2	Eu fico preocupada de perder urina ao tossir ou espirrar	X			
3	Tenho que ter cuidado ao levantar por causa da perda de urina				X
4	Sempre me preocupo em saber aonde é o banheiro quando vou a lugares novos				X
5	Sinto me deprimida em perder urina				X
6	Quando saio de casa, procuro não ficar muito tempo fora devido à perda de urina				X
7	A perda de urina me impede de fazer coisas que gostaria				X
8	Eu fico preocupada dos outros sentirem o cheiro de urina em mim				X
9	O fato de perder urina está sempre na minha cabeça				X
10	Tenho que ir sempre ao banheiro			X	
11	Por causa da perda de urina, sempre programo minhas atividades				X
12	Eu fico preocupada da perda de urina piorar a medida que envelheço		X		
13	A perda de urina atrapalha meu sono				X
14	Tenho medo de passar vergonha e ficar constrangida devido à perda de urina				X
15	A perda de urina me faz sentir que não tenho boa saúde				X
16	As vezes penso que a perda de urina não tem solução			X	
17	Devido à perda de urina não aproveito tanto a vida quanto antes				X
18	Fico preocupada de não chegar a tempo ao banheiro				X
19	Sinto como se tivesse perdido o controle de minha bexiga				X
20	Tenho de tomar cuidado com a quantidade de liquido que bebo, devido à perda de urina				X
21	Mudei meu modo de vestir devido à perda de urina				X
22	A perda de urina prejudica minha vida sexual				X
		2	2	6	68

TOTAL = 78

Fonte: AUTORA (2019).

Quanto maior for o resultado, melhor o prognóstico. No caso apresentado o resultado da avaliação da paciente foi de 78 pontos.

### 3.3.1.4 Diário miccional

O diário miccional é uma tabela simples, onde a paciente anota o número de micções diurnas e noturnas, urgência miccional, o número de perdas urinárias, sensações de resíduo, quantidade/ tipo de liquido ingerido e horário que ingeriu o liquido. Este procedimento fornece um feedback para a paciente, que ressalta a sua

evolução examinando a diminuição das perdas, e para o fisioterapeuta, pois serve como método de avaliação (MORENO, 2009).

De acordo com Moreno (2009), é através do diário miccional que se avalia todo o comportamento da bexiga durante o momento em que não se permanece junto da paciente. Assim sendo, o diário deve conter o maior número de informações possíveis que permitam graduar a severidade da incontinência, além de servir como um guia para futuras intervenções e como uma monitoração da eficácia do tratamento. Pode-se dizer que é a parte fundamental da elaboração para o tratamento comportamental.

Além disso, o diário miccional

Constitui um instrumento básico, muitas vezes não valorizado pelo profissional de saúde. A paciente registra durante um ou mais dias o horário de cada micção, a quantidade de urina eliminada, os episódios de incontinência ou qualquer outro sintoma urinário; e, quando possível, o volume da ingestão de líquidos. Este último não é essencial porque pode ser presumido pela quantidade de urina eliminada. Por meio desses registros, obtém-se o débito urinário de 24 h, o número de micções diárias, a capacidade vesical funcional (maior volume eliminado) e o volume médio eliminado. Os valores de normalidade adotados são: débito urinário de 24 h de 1.500 a 2.500 mL, volume médio eliminado de 250 mL, capacidade funcional de 400 a 600 mL e até 7 a 8 micções por dia. O diário miccional é fundamental na avaliação pré e pós-terapêutica da incontinência urinária (BARACHO, 2018, p. 278).

A Figura 15, a seguir, apresenta o preenchimento do diário miccional. Foi utilizado o diário miccional disponibilizado pela Unilavras, que foi construído a partir de Baracho (2018). A partir dele é possível constatar que a paciente em questão não preencheu o diário miccional de maneira correta, podendo ser observado que foram anotadas informações em lugares errados. Porém, mesmo com o preenchimento indevido é possível verificar que houve uma grande frequência urinária durante a noite, havendo pequenos intervalos entre as micções. Houve também urgência miccional, ou seja, vontade súbita e forte de urinar, e a paciente descreve que teve sensações de resíduo, totalizando em 7 vezes. Também é possível notar com o diário que houve grande quantidade de líquido ingerido. A mesma não apresentou o diário miccional ao final do tratamento.

Figura 15 - Diário Miccional

24 horas

Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS  
 CLÍNICA DE FISIOTERAPIA  
 Rua Padre José Poggel, 506 - Centenário  
 37200-000 Lavras - MG  
 Tel: 35 3694-8142 / 43 Telefax: 35 3694-8118  
 http://www.lavras.br e-mail: fel@lavras.br



**FISIOTERAPIA APLICADA À GINECOLOGIA E OBSTETRICIA**  
**DIARIO MICCIONAL**

Nome: XXXXXXXXXX Idade: 69  
 Data: 17/04 Hora que dormiu: Hora que acordou: 5:20

Registre as informações por 24 horas

Horário que urinou durante o dia	Horário que urinou durante a noite	Urgência (vontade súbita e forte de urinar)	Perda de urina	Sensação de resíduo (sobra de urina)	Quantidade/tipo de líquido ingerido	Horário que ingeriu o líquido
5.25	18h	16.30h		3 ves	leite 1 1/2 xícara	10 horas
13.50	22h	brando		4 ves	água 1 copo	14 horas
15.30h	21.30	4 ves			leite 1 xícara de manhã	16h leite
5	3.30h				as 9h água	8h
	20.30h				1 copo água	8h
	3.30				café 2 xícaras: leite	4h
	21h				1 xícara + 1 1/2 litr	4h
	5.30				2 copos amendoim de	5uco
	5.40				lguaçama	14h
	21.40				água as 14.40	14.40
	20.23				2 x leite e café	6.30
					8 x Suco laranja	8.30
					1 cop Batorida	21h
					1 1/2 xícara leite	7h
					15 para as 9h Suco de	8.40
					Indiano	
					13.15 água	13.15
					13.20 Suco de Uva	14h
					18.30 1/2 xícara de leite	18.30h
					20h água de coco	18.20h
					1 água	
					13.20 água	
					14.30 Suco	
					20.30 leite 1 xícara	

Fonte: AUTORA (2019).

### 3.3.1.5 Resultados da avaliação

Os resultados obtidos nas avaliações estão apresentados nos Quadros 12 a 15 a seguir, e as avaliações estão disponíveis no Anexos 7 deste portfólio.

Quadro 12 - Resultado da anamnese

Gênero	Feminino
Idade	69 anos
Profissão	Do lar
Estado civil	Casada
Peso	70 quilos
Altura	1 metro e 60 centímetros
Diagnóstico clínico	Incontinência urinária mista
Queixa principal	Perda de urina aos esforços e urgência em urinar
Início dos sintomas	Desde criança já apresenta, segundo relato quadro agravou há 10 anos
Possui perda de urina aos esforços principalmente durante a tosse, espirro, contato com água, erguer peso e risadas.	
Urgência miccional e urgicontinência	Positivo
Perda de urina	Em jato
Ingestão de líquidos	Em média 2 litros por dia
Frequência da micção	6 vezes durante o dia/ 2 noite
Uso de forro	Sim
Ato miccional	Ardor, sensação de resíduo, desejo pós-miccional
Intestino	Normal

Fonte: AUTORA (2019).

Quadro 13 - Antecedentes ginecológicos

Cirúrgico	cesárea
Menarca	13 anos
Menopausa	55 anos

Fonte: AUTORA (2019).

Quadro 14 - Antecedentes obstétricos

Gestação	5
Parto	4 normal 1 cesárea

Aborto	0
Peso do maior recém-nascido	3,800kgs
Atividade sexual	Ausente
Patologias associadas	Hipertensão arterial, hipotireoidismo, fibromialgia, arritmia cardíaca, hérnia no estomago, distúrbio intestinal
Medicação em uso	Puran; aradois 50mg 2 vezes ao dia; atenolol 25mg 2 vezes ao dia; clorana 25mg 1 vez ao dia

Fonte: AUTORA (2019).

Quadro 15 - Avaliação assoalho pélvico

Inspeção	Pelos coloração branca e diminuídos; coloração da vagina normal; grandes lábios e pequenos lábios dos dois lados estão flácidos;	
Palpação	A uretra apresenta-se mais baixa, apresenta fibroses, flacidez do períneo, flacidez de grandes e pequenos lábios; diâmetro aumentado; apresenta contração muscular. Hipotonia.	
Distopias	Uretocele	
Grau	1	
Sensibilidade	Normal	
Profundidade	Normal	
Diâmetro	Aumentado	
Laceração perineal	Não	
Reflexos	Normal	
Contração perineal	Presente	
AFA	(1)	
Perinômetro	Nível B-14, 3 insufladas, mantidas por 3 segundos.	
Compreensão dos exercícios perineais	Boa	
Musculatura acessória	Adutores de quadril	4
	Abdutores de quadril	5
	Glúteo	4
	Abdominais	3
Dados urodinâmicos	Não realizado	
Observações: paciente relata que perde urina aos esforços se já		

estiver com a bexiga cheia. E somente utiliza forro quando vai sair de casa, do contrário, não utiliza e assim que chega em casa já remove o mesmo.

Fonte: AUTORA (2019)

### 3.3.2 Tratamento

Os objetivos do tratamento da paciente em questão foram: (1) reverter as áreas com fibrose; (2) reeducação da musculatura do assoalho pélvico; (3) fortalecimento do assoalho pélvico; e (4) melhorar a hipotrofia. O tratamento deveria ser realizado utilizando a terapia comportamental, a cinesioterapia, o Pilates, a eletroestimulação e os cones vaginais. Para as áreas com fibrose seria necessário tratamento invasivo, com liberação miofascial, porém a paciente não se dispôs ao tratamento invasivo, por motivos pessoais. Dessa forma, não foram usados a eletroestimulação e nem os cones vaginais.

#### 3.3.2.1 Terapia Comportamental

A terapia comportamental (TC), consiste em encorajar alterações comportamentais e transformações dos hábitos do paciente que possam piorar ou causar episódios de perdas urinárias, ligando a isso um retreinamento da bexiga. É um método não invasivo de tratamento, de baixo risco, pouco dispendioso e que pode se compor numa estratégia de tratamento efetiva e conservadora na recuperação das funções fisiológicas, acarretando uma melhora da musculatura do assoalho pélvico (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

No Brasil, a abordagem de tratamento é tradicionalmente cirúrgica. Entretanto, este procedimento envolve custo elevado e pode ocasionar complicações. Atualmente, tem surgido o interesse por opções de tratamentos menos invasivos. A TC implementada incluem orientações sobre hábitos de vida, promoção do autocuidado, diário miccional, exercícios perineais e avaliação da resposta da paciente à terapia (CALDAS *et al*, 2010).

Segundo Moreno (apud GUEDES; SEBEN, 2006), a terapia comportamental é uma agregação de técnicas, cujo embasamento é a ideia de que pacientes com incontinência urinária podem ser educados sobre a patologia e podem desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a incontinência. Em meio as principais técnicas citam-se o treinamento vesical, a ingesta hídrica, a educação sobre o trato

urinário inferior e suas patologias e a cinesioterapia. A seguir, a Figura 16 apresenta a terapia comportamental completada pela paciente. Este é o modelo de TC utilizado pela Unilavras, e foi produzido a partir de Baracho (2018).

Pode-se observar que existiu erro de preenchimento neste questionário. A princípio era para ser preenchido quando a paciente perdesse urina durante 10 dias, porém ela descreveu quando foi urinar e quando perdeu, sendo difícil a compreensão do mesmo.

Figura 16 - Terapia comportamental

  
 UNILAVRAS

**TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

1. Evitar a ingestão excessiva de café, refrigerante, bebida alcoólica, frutas cítricas, chocolate, vinagre, chás, pois estes podem irritar a bexiga.
2. Se possível evitar ingerir muita água após as 20 horas (com exceção para medicamentos)
3. A bexiga deve funcionar com um intervalo de três horas.
4. Não ultrapassar o intervalo de três horas para ir ao banheiro mesmo sem vontade.
5. Não vá ao banheiro antes das três horas de intervalo sem vontade (Ex: se passar em frente o banheiro ou for sair de casa e não for à hora de urinar não vá!) Sua bexiga não pode ficar mal acostumada.
6. Quando vier uma vontade muito forte de ir ao banheiro após um intervalo muito curto procurar distrair sua bexiga
7. Quando vier a vontade pode ser feito respiração profunda, relaxamento muscular e contração do períneo.
8. Treinamento vesical: Aumentar o intervalo entre às vezes de ir ao banheiro: começar com 15 minutos e ir aumentando de 15 em 15 minutos.

	13/04	14/04	15/04	16/04	17/04	18/04	19/04	20/04	21/04	22/04
5.15	4.30	8h	8.40	5.30	4.ma	5.20	3.30	3.30	5.40h	
urina	4h	6.3	1.30	15.10	7.made	7h	6.40h	6.20	7.30h	
10.30	10.30	9.25	3h4	14.30h	11.12h	8h	10h	10.20	11h	
água	1.30h	10.30	18.40	14h	13h	10h	11h	13h	14.15	
14.água	2.25	13h			15.42	13h	14.30h	14.30	16.2h	
		14.30				14.15	20.30h	21.30	18.30h	
		21h							21.30	

Rua Comendador José Esteves, 693. Lavras-MG    Tel: 3821 9211

Fonte: AUTORA (2019).

### 3.3.2.2 Cinesioterapia na IUM

A cinesioterapia do assoalho pélvico abrange essencialmente na realização dos exercícios de Kegel. Kegel & Powel foram os primeiros pesquisadores nos Estados Unidos a indicar exercícios específicos para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, que objetivam trabalhar a musculatura perineal para o tratamento da hipotonia do assoalho pélvico. O objetivo dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica é o reforço da resistência uretral e a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos (OLIVEIRA; GARCIA, 2011, p. 345-346).

A melhora da força e da função da musculatura do assoalho pélvico favorece uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, prevenindo, assim, as perdas urinárias, colaboram na melhora do tônus e das transmissões de pressões da uretra, reforçando o mecanismo de continência urinária, tendo em vista isto, o principal objetivo do tratamento fisioterápico é o fortalecimento dos músculos do diafragma pélvico (RETT *et al*, 2007).

Em 1992, a ICS autenticou tais técnicas no tratamento de distúrbios perineais, de modo que ele é hoje composto por exercícios ativos que visam o reestabelecimento da estática pélvica por meio da reeducação perineal adjunto ao ganho de consciência corporal (CORREA; MOREIRA; GARCEZ, 2015).

Os benefícios apresentados por esses exercícios consistem na melhora da contração da musculatura do períneo tornando-a mais potente (forte e rápida), ajuda na compressão da uretra contra a sínfise púbica, aumento da pressão intra-uretral no momento do aumento da pressão intra-abdominal, hipertrofia dos músculos pélvicos e aumento do volume dessa musculatura. Dessa forma, o suporte estrutural dessa região fica mais eficiente impedindo a descida da uretra quando há aumento da pressão intra-abdominal, diminuindo assim as perdas urinárias. Kegel observou também que vinculado à melhora da continência urinária, seus exercícios melhoravam o prazer sexual de muitas mulheres. Seus exercícios constituem, portanto, no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (CAETANO; TAVARES; LOPES, 2004, s/p).

Ao longo do tratamento da paciente em questão, foram realizados diversos exercícios associados à contração do assoalho pélvico, os quais encontram-se descritos abaixo.

O exercício demonstrado na Figura 17 consiste na realização de flexão de joelhos e quadris em cadeia cinética fechada (CCF), mantendo retroversão pélvica com a região dorsal da coluna vertebral. A paciente é apoiada na parede conservando o apoio dos calcanhares no solo e joelhos posicionados em posição neutro, durante o movimento. Solicitou-se a realização de três séries de oito

repetições com o objetivo de priorizar o fortalecimento do assoalho pélvico, estimulando as fibras de contração rápidas (tipo II).

Figura 17 - Exercício de flexão de joelhos em CCF



Fonte: AUTORA (2019).

O exercício demonstrado na Figura 18 consiste na realização de abdução sustentada de quadris por 4 segundos, em decúbito dorsal com os joelhos e quadris flexionados, sendo incrementada resistência ao movimento por meio da fita elástica envolvendo os dois joelhos. A solicitação para a contração foi feita em três séries de 12 repetições, priorizando fibras de contração lenta (tipo I).

Já o exercício ilustrado na Figura 19, abaixo, consiste na elevação pélvica com joelhos flexionados, estando representados dois níveis de dificuldades. A figura A apresenta a realização do exercício com ambos os pés apoiados na maca. Em B o apoio se dá em uma superfície instável (bola formato feijão). Foram trabalhadas as fibras de contração lenta (tipo I), onde após a conclusão da elevação pélvica foi solicitada contração do assoalho pélvico (AP), por 4 segundos no decorrer de três séries de 12 repetições.

Figura 18 - Exercício para fortalecimento dos abdutores de quadril



Fonte: AUTORA (2019).

Figura 19 - Ponte sobre os ombros



Fonte: AUTORA (2019).

O exercício representado pela Figura 20 apresenta três formas para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, sendo contrações rápidas seguidas por relaxamentos (trabalhando força por meio das fibras tipo II); contrações sustentadas por 4 segundos sendo possíveis evoluções no tempo trabalhando resistência muscular por meio das fibras tipo I. Neste, foram solicitadas contrações progressivas em três tempos, sendo três segundos para cada tempo.

Figura 20 - Exercícios de conscientização acerca da força assoalho pélvico



Fonte: AUTORA (2019).

O objetivo do exercício demonstrado na Figura 21 foi trabalhar mobilidade pélvica na bola suíça com exercícios de anteversão e retroversão e movimentos para o lado direito e esquerdo.

Figura 21 - Trabalho de mobilidade pélvica na bola suíça



Fonte: AUTORA (2019).

Por fim, o exercício ilustrado na Figura 22 consiste no fortalecimento de adutores de quadril em decúbito dorsal (DD) com os quadris e joelhos flexionados, se baseando no pressionamento da bola presente entre os côndilos mediais. Priorizando as fibras de contração rápida, fibras tipo II, 3 series de 8 repetições.

Figura 22 - Fortalecimento de adutores de quadril em DD com bola mini



Fonte: AUTORA (2019).

### 3.3.2.3 Método Pilates em uroginecologia funcional

Dentre as intervenções fisioterapêuticas mais utilizadas na atualidade em casos de disfunções dos MAP, estão os exercícios do método Pilates. Este método preconiza exercícios que promovem baixo impacto, flexibilidade, força muscular, coordenação, alinhamento postural e propriocepção, tendo como principal objetivo o condicionamento físico adequado pela integração corpo e mente (PEREIRA *et al*, 2016).

O exercício demonstrado na Figura 23 consiste no posicionamento em quatro apoios, onde a paciente foi solicitada a realizar elevação da porção toracolombar espinal, mantendo o posicionamento em c com flexão cervical e retroversão pélvica. Posteriormente foi solicitado a realização dos movimentos opostos aos descritos acima. O exercício “Gato Arrepiado” tem enfoque nas fibras de contração lenta, sendo realizadas três series de 12 repetições, priorizando as fibras tipo I.

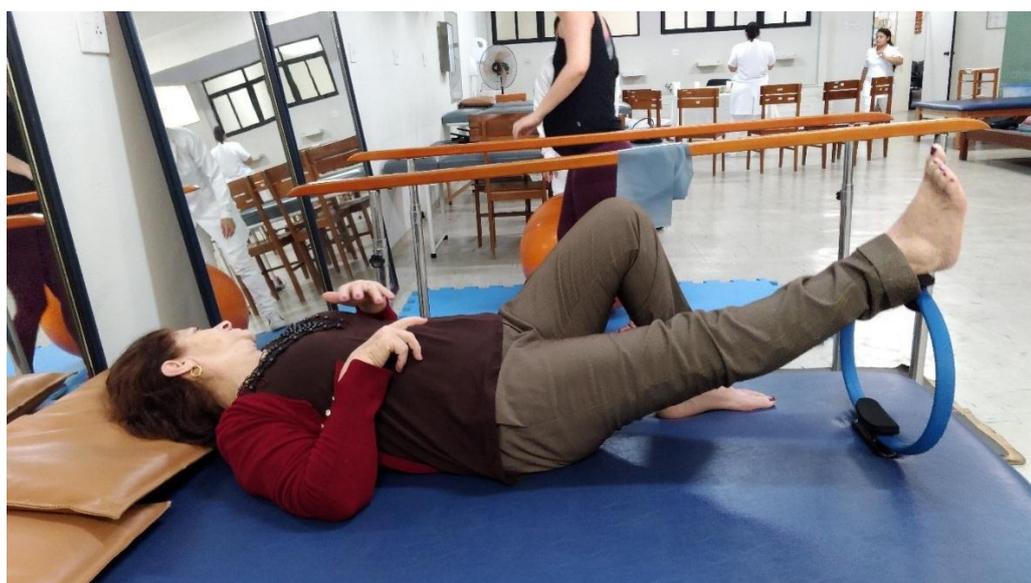
Figura 23 - Gato arrepiado



Fonte: AUTORA (2019).

A Figura 24 apresenta o posicionamento inicial para exercício de fortalecimento de extensores de quadril, associado a contrações rápidas do AP. Esses movimentos são realizados enquanto a paciente pressiona a borda superior do anel (*magic circle*) durante uma sequência de oito repetições, com enfoque nas fibras tipo II, contração rápida.

Figura 24 - Fortalecimento de extensores de quadril em DD



Fonte: AUTORA (2019).

#### 3.3.2.4 Eletroestimulação

O objetivo da eletroestimulação neuromuscular (EENM) é induzir espontaneamente resposta terapêutica ou passar a modular as disfunções do TUI, intestinais e sexuais, por meio da aplicação de corrente elétrica que estimula a inervação da víscera pélvica ou o suprimento de sua inervação (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

A eletroestimulação consiste na colocação intravaginal de um dispositivo de aproximadamente 7 cm de comprimento e 2,5cm de diâmetro com frequência de 10 e 50hz, o qual promove potentes estímulos elétricos na região pudenda. Esta técnica é muito eficaz para a conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular, porém, a corrente elétrica deve ser ajustada a um nível em que está possa ser sentida, mas não ser desagradável para a paciente, suficiente para que seja percebida a contração da musculatura pélvica durante a estimulação (DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2015, p. 51).

O estímulo elétrico pode ser capaz de aumentar a pressão intrauretral por meio da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral. Ele também aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do assoalho pélvico, restabelece as conexões neuromusculares e melhora a função da fibra muscular, hipertrofiando-a e modificando o seu padrão de ação com o acréscimo do número de fibras musculares rápidas (SANTOS *et al*, 2009).

A eletroestimulação seria um ótimo recurso, porém, para o caso da paciente em questão, não foi utilizada devido a paciente achar o tratamento muito invasivo. Diante disso, foi empregada como tratamento apenas a cinesioterapia, com a qual apresentou grande melhora. A Figura 25 apresenta um exemplo de aparelho de eletroestimulação.

Figura 25 - Aparelho de eletroestimulação



Fonte: AUTORA (2019).

### 3.3.2.5 Cones vaginais

Os cones vaginais foram sugeridos por Plevnik, em 1985, quando ele evidenciou ser possível que as pacientes aprendessem a contrair a musculatura do assoalho pélvico por meio da retenção de cones vaginais com pesos crescentes. Os cones possuem uma forma simples e prática de identificar e fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, usando os princípios do *biofeedback* (SANTOS *et al*, 2009).

Os cones vaginais buscam efetividade ao propiciar um ganho de força e resistência muscular por meio do estímulo para recrutamento das musculaturas pubiococcígea. A ação reflexa automática da musculatura do pavimento pélvico proporciona uma fisioterapia interna que rapidamente restabelece o tônus muscular interessado e promove maior conscientização perineal (DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2015).

Os cones vaginais poderia ser um ótimo aliado no tratamento em questão. A paciente adquiriu o mesmo, porém não se adaptou, não sendo utilizado por ela. Desse modo, este método não fez parte do tratamento. A Figura 26 apresenta um exemplo de cone vaginal.

Figura 26 - Cones Vaginais



Fonte: PESOS VAGINAIS... (2019, s/p).

### 3.3.3 Resultados

A paciente relata que observou grande melhora com o tratamento. A perda de urina era diária, mas após a conduta fisioterapêutica houve uma redução significativa.

Os resultados encontrados são descritos a seguir: a força inicial era grau 1 sendo mantidas por 3 segundos, posteriormente ao tratamento a força passou para grau 3, sustentando por 5 segundos; perinômetro inicial - Nível B-14 passando para Nível B- 26; apresentava distopia grau 1 de uretocele não sendo visualizada na última avaliação; compreensão dos exercícios perineais de boa passou para ótima, onde se encontra a efetividade do tratamento, usando a musculatura correta.

A coloração e quantidade de pelos manteve a mesma coisa da inicial, quantidade de pelo diminuídos e brancos, coloração da vagina: excelente, mantendo igual a avaliação anterior. A mesma possuía uma flacidez do períneo e um diâmetro aumentado, a hipotrofia que apresentava houve uma melhora notória. Todos os reflexos permaneceram normais. Escore de Qualidade de vida, manteve o mesmo valor do inicial de 78 pontos.

Foi entregue na última sessão uma ficha de Terapia comportamental, em que a paciente deveria descrever os dias que perdesse a urina, para que eu pudesse acompanhar quantas vezes essa perda acontecia. Porém a ficha não foi preenchida devido ao fato que não houve perda de urina nos 10 últimos dias.

Houve ainda melhora força da musculatura acessória, em que a força dos adutores de quadril inicialmente era 4 e passou para 5; a força de abdutores de quadril manteve a mesma, 5; a força dos glúteos manteve 4; e a força dos abdominais evoluiu de 3 para 4. No Quadro 16 os resultados foram demonstrados . Já na Figura 27 é possível observar os resultados da contração máxima no perineômetro.

Quadro 16 - Resultados apresentados

<b>Aspectos Avaliados</b>	<b>Avaliação 16/04/2019</b>	<b>Reavaliação 18/06/2019</b>
Profundidade	Normal	Normal
Diâmetro	Aumentado	Normal
Tônus muscular	Diminuído	Normal
Fibrose	Presente	Houve redução
Avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA)	Grau 1	Grau 3
Perineômetro	Força máxima: Nível B (14)	Força máxima: Nível B (26)
	Contração mantida: 3 segundos	Contração mantida: 5 segundos
Compreensão dos exercícios perineais	Boa	Ótima

Fonte: AUTORA (2019).

Figura 27 - Resultado de contração máxima no perineômetro



Fonte: AUTORA (2019).

### 3.4 Sarah Campos Reis Vieira

#### 3.4.1 Prolapsos

Os órgãos pélvicos são sustentados por um suporte que é composto pelo diafragma pélvico, fáscia endopélvica e pelas paredes vaginais. O diafragma pélvico é formado pelos músculos coccígeo, pubococcígeo e iliococcígeo, sendo que os dois últimos formam o músculo levantador do ânus. Desta forma, o diafragma pélvico exerce as funções de sustentação das vísceras e absorção do aumento na pressão intra-abdominal, impedindo que ocorram os prolapsos (GILL; HURT, 1998; MOORE, 2001).

De acordo com Moreno (2009), na região da parede vaginal anterior, encontra-se a fáscia endopélvica, chamada fáscia pubocervical. Esta se insere distalmente ao redor da uretra e do canal vaginal e suporta a parede vaginal anterior. No entanto, na parede vaginal posterior, encontra-se a fáscia retovaginal, que se insere distalmente ao corpo perineal.

Nas áreas de maior tensão sobre a fáscia endopélvica, desenvolve-se um espessamento, formando os complexos ligamentares. Segundo Petros (apud SILVA

2012), alguns ligamentos da região pélvica apresentados no Quadro 17, se destacam por participarem ativamente do suporte visceral pélvico.

Quadro 17 - Ligamentos da região pélvica

Nível de suporte	Ligamentos	Estruturas suportadas
1	Uterosacral Cardinal	Vagina e útero
2	Pubovesical	Bexiga
3	Pubouretral Anococcígeo	Uretra Anûs

Fonte: SILVA (2012, p. 11).

Moreno (2009), conclui que o acometimento das estruturas que compõem o pavimento pélvico pode causar diferentes condições patológicas pélvicas, como os prolapso dos órgãos pélvicos. Portanto, o prolapso é uma condição gerada pela deficiência do suporte pélvico, causando um deslocamento parcial ou total das vísceras pélvicas no sentido caudal.

O prolapso pode ser de qualquer órgão pélvico, como bexiga (cistocele), útero (prolapso uterino), uretra (uretocele) e do reto (retocele). Além da terminologia, os prolapso também são classificados quanto ao grau de descida das estruturas. O Quadro 18 descreve a classificação de Baden e Walker (apud MORENO, 2009), mais comumente usada, que consiste em quatro graus de prolapso da parede vaginal anterior. Podendo, então, classificar as distopias da bexiga e da uretra (MORENO, 2009).

Quadro 18 - Classificação dos graus de prolapso da parede vaginal anterior.

Grau 0	Posição normal.
Grau 1	Ao esforço, há descida da parede vaginal anterior até o terço inferior da vagina.
Grau 2	Ao esforço, a parede vaginal atinge o introito vaginal.
Grau 3	Ao esforço, a parede vaginal ultrapassa o introito.
Grau 4	Parede vaginal exterioriza-se, mesmo em repouso.

Fonte: MORENO (2009).

O prolapso da parede vaginal posterior pode ser classificado de acordo com a severidade, classificação esta desenvolvida por Porges (apud MORENO, 2009) e apresentada no Quadro 19.

Quadro 19 - Classificação dos prolapso quanto a severidade

Leve	Ao esforço, há descida da parede vaginal posterior até o terço inferior da vagina.
Moderada	Ao esforço, a parede vaginal posterior atinge o introito vaginal.
Grave	Ao esforço, a parede vaginal ultrapassa o introito.

Fonte: MORENO (2009).

Já o Quadro 20 apresenta a classificação do prolapso uterino, de Beecham (apud MORENO, 2009), que é graduada de I a III.

Quadro 20 - Classificação dos graus de prolapso uterino

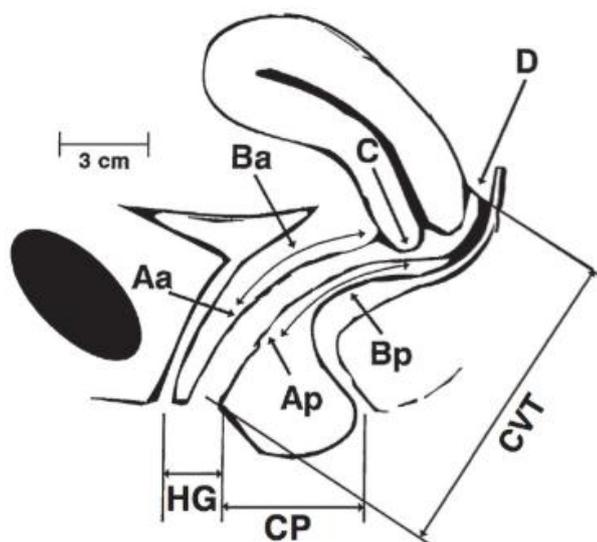
Grau I	O colo pinçado e tracionado atinge o terço inferior da vagina sem ultrapassar o introito.
Grau II	Apenas o colo ou parte do corpo, pinçado e tracionado, exteriorizam-se através do introito.
Grau III	Quando o colo e todo o corpo ultrapassam a fenda vulvar.

Fonte: MORENO (2009).

Contudo, A Sociedade Internacional de Continência (ICS) propôs uma classificação com o objetivo de padronizar os prolapso. Portanto, em 1996, aceitou a padronização da terminologia relativa ao prolapso, conhecida como sistema POPQ, ou Sistema de quantificação de prolapso do órgão pélvico, para quantificar o prolapso dos órgãos pélvicos. Este sistema descreve de forma quantitativa as áreas específicas de sustentação, que se localizam em 6 pontos ao redor da vagina (2 anteriores, 2 posteriores e 2 apicais) em relação com o anel himenial. O sistema POPQ está representado na Figura 28.

São definidos então, os números negativos, que referem às estruturas que não sofreram prolapso, e os positivos, as que estão prolapsadas, definindo-se o plano do hímen como zero (MCANINCH; LUE, 2014).

Figura 28 - Sistema POPQ



Fonte: BUMP *et al* (1996, p. 12).

Conforme mostra a Figura 29, os pontos Ap e Aa estão localizados 3 cm acima do anel himenal. Os pontos Ba e Bp referem aos mais baixos do prolapso. O ponto C é o colo e o D saco de Douglas. O comprimento vaginal total é representado pela sigla CVT, enquanto o hiato vaginal pela sigla HG. E por fim, o BP refere-se ao corpo perineal medido desde o segmento posterior do HG até o orifício anal central.

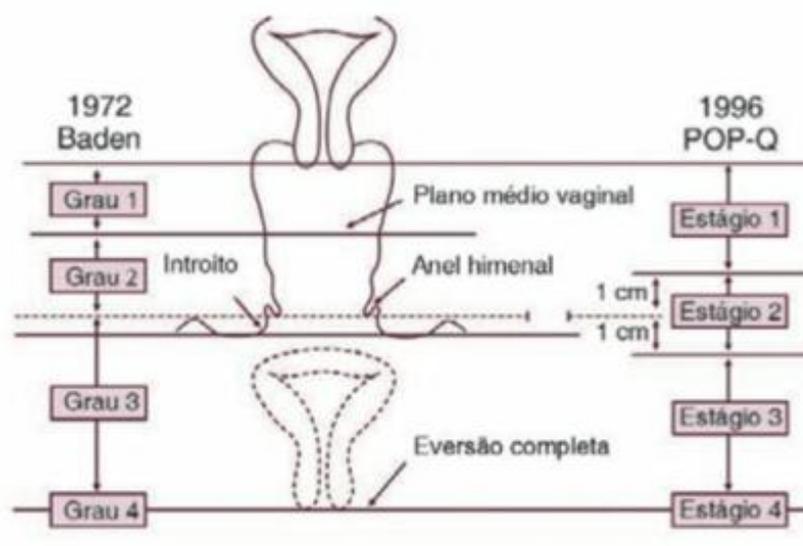
Figura 29 - Pontos da avaliação de prolapsos genitais

Ponto		Valor
Parede anterior da vagina		
Aa:	3 cm acima do hímen	-3 a +3
Ba:	ponto 3 cm acima do hímen (Aa) até o ápice da vagina, descreve posição mais distal da parede anterior	-3 a +tvI
Parede posterior da vagina		
Ap:	3 cm acima do hímen	-3 a +3
Bp:	ponto 3 cm acima do hímen (Aa) até o ápice da vagina, descreve posição mais distal da parede posterior	-3 a +tvI
Parede superior da vagina		
C:	lábio anterior do útero	-8 a +8
D:	se útero presente, ponto mais superior do fundo de saco posterior	-10
Outros pontos		
gh:	hiato genital/da linha média do meato uretral até borda posterior da fúrcula vaginal (somente valores +)	< 2 cm
pb:	corpo perineal/da margem posterior de gh até meio da abertura anal (somente valores +)	> 3 cm
tvI:	comprimento total da vagina/menor profundidade da vagina, quando C e D são reduzidos para posição normal	

Fonte: BARACHO (2012, p. 267).

As Figuras 30 e 31 apresentam o diagrama 3x3. De acordo com Baracho (2012), através deste diagrama é colocada cada medida avaliada e desta forma é possível classificar o prolapso em estágios I, II, III ou IV.

Figura 30 - Classificação dos prolapsos pélvicos



Fonte: BARACHO (2012, p. 268).

Figura 31 - Diagrama 3x3

Ponto Aa	Ponto Ba	Ponto C
gh	pb	Tvl
Ponto AP	Ponto Bp	Ponto D

Fonte: BARACHO (2012, p. 268).

Na avaliação, deve-se observar qual o ponto de maior prolapso através de manobra de Valsalva ou leve tração (MORENO, 2009). Determinados os pontos, os prolapso são classificados em:

- Estágio 0: ausência de prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão em – 3cm, e os pontos C e D estão entre o CVT e o CVT - 2cm;
- Estágio I: ponto de maior prolapso está localizado até 1 centímetros para dentro do hímen (- 1cm);
- Estágio II: o ponto de maior prolapso está localizado entre -1centímetro e +1centímetro (entre 1cm acima e 1cm abaixo do hímen);
- Estágio III: o ponto de maior prolapso está a mais de 1 centímetro para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total;
- Estágio IV: eversão total do órgão prolapsado. O ponto de maior prolapso fica no mínimo no comprimento vaginal menos dois centímetros.

Segundo Moreno (2004), os prolapso podem ser decorrentes de fatores congênitos, como os de origem neurológica, defeitos estruturais ou bioquímicos do tecido endopélvico, além de outros fatores como número e tipos de partos, idade, esforços, alterações posturais, obesidade e atividades que levam ao aumento da pressão intra-abdominal.

Os prolapso de órgãos pélvicos (POP) são comuns. No entanto, a prevalência é subestimada devido aos poucos estudos com avaliação de modo preciso. De acordo com Moreno (2009), estima-se que 50% das mulheres multíparas apresenta algum grau de prolapso genital, sendo que 10% a 20% são assintomáticas. Os prolapso genitais incidem principalmente em mulheres multíparas e idosas. O pico de idade situa-se entre 60 a 69 anos. Mant, Painter e Vessey (1997), concluem que a paridade, dentro dos fatores de risco, foi o que mais se associou com o prolapso genital.

Na maioria dos casos, o POP afeta diretamente a qualidade de vida das mulheres. Na fase inicial do prolapso, o quadro pode ser assintomático, levando as pacientes procurarem por ajuda somente em estágios mais avançados (MCANINCH; LUE, 2014)

A ICS, estabeleceu que o quadro clínico dos POP abrangem os sintomas de sensação de peso ou bola na região pélvica, dor lombar e alterações urinárias e intestinais. Em fases mais avançadas da disfunção, a incontinência urinária pode estar presente nas manifestações clínicas. De acordo com Mcaninch e Lue, (2014), nos POP, é possível evidenciar nas queixas das pacientes presenças de disfunções sexuais como a sensação de lassidão vaginal. É comum que esses sintomas fiquem mais evidentes quando as pacientes permanecem em posição ortostática por um período longo e/ou situações que demandam de esforços.

Como já foi dito anteriormente, os POP podem afetar muito a qualidade de vida das mulheres, podendo causar morbidade, limitações sociais, físicas e sexuais. Deste modo, existem intervenções para auxiliar as mulheres e reduzir ou erradicar suas queixas. Deve-se destacar que a intervenção cirúrgica é indicada com base nos achados clínicos, no grau do prolapso e na severidade do quadro, e tem como objetivo principal restaurar as estruturas anatômicas. Já o tratamento conservador apresenta muitos benefícios, como baixo custo, baixo índice de efeitos adversos, além de evitar tratamentos mais radicais como a cirurgia (MCANINCH; LUE, 2014).

#### *3.4.1.1 Anamnese*

A paciente A.D.S, sexo feminino, 67 anos, com diagnóstico médico de Prolapso Genital, procurou pelo tratamento fisioterapêutico da Clínica de Fisioterapia da Unilavras relatando como queixa principal a sensação de peso na região vaginal. Segundo a paciente, os sintomas apareceram há aproximadamente 5 anos, sendo diagnosticada apenas há 4 anos ao fazer exame de rotina. A paciente conta que trabalhou como cuidadora, quando carregava muito peso e realizava muito esforço físico, o que pode ter propiciado a cistocele.

Com base nos achados clínicos, a paciente não teve episódios de sangramentos e nem de incontinência urinária; no entanto, afirma aumento da frequência urinária. Em sua anamnese, foram coletados dados como: perda de urina aos esforços; se há presença de urgência miccional, urgíntincontinência ou perda de

urina; se faz uso de forro; características quanto ao ato miccional, intestinal e atividade sexual; menarca e menopausa; antecedentes ginecológicos e obstétricos; patologias associadas; medicação e avaliação do assoalho pélvico.

Com a avaliação, constatou-se que a paciente não apresenta perda de urina aos esforços, urgência miccional e urgíntincontinência; ingere aproximadamente 300 ml por dia de líquidos, com frequência miccional de 6 vezes durante o dia e 2 vezes à noite; não necessita de uso de forros; apresenta sensação de resíduo após o ato miccional; seu intestino funciona normalmente; não possui antecedentes ginecológicos; sua menarca foi aos 15 anos e a menopausa aos 52 anos; paciente não teve nenhuma gestação e relata ausência de atividade sexual e anorgasmia. Quanto a patologias associadas, só foi constado pelo médico uma infecção do trato urinário e atualmente a paciente não faz uso de medicamentos.

Da anamnese consta também a avaliação do assoalho pélvico, com objetivo de avaliar a integridade e as deficiências das estruturas do sistema neuromusculoesquelético. Desta forma, esta avaliação é realizada por exame clínico abordando aspectos da inspeção e da palpação. No quesito de inspeção é possível observar as estruturas externas do assoalho pélvico como, por exemplo, a condição da pele, presença de cicatrizes ou feridas, distopias, hemorroidas, presença de pelos, coloração, flacidez dos grandes e pequenos lábios, entre outros. Na palpação, pode-se avaliar a profundidade e o diâmetro do canal vaginal, tônus muscular, posição da bexiga, aderências, reflexos e a avaliação funcional do assoalho pélvico.

Também foi avaliado reflexo. No caso da paciente foi aplicado o reflexo de tosse. Foi solicitada à paciente a realização de uma tosse forçada e, a partir da tosse, é possível observar o quadro do prolapso quanto o seu deslocamento, devido à força gerada pelo aumento da pressão intra-abdominal e região pélvica. Como resultado da avaliação do reflexo de tosse, foi detectado deslocamento inferior da bexiga, com possível visualização deste órgão até o hiato vaginal.

A avaliação do assoalho pélvico pode ser realizada manualmente e/ou através do perineômetro. Com a paciente foram realizados os dois tipos de avaliação. Este tópico da anamnese foi realizado com base em Bø (2006), que afirma que, além de avaliar a coordenação, controle, força e resistência da musculatura, deve-se observar também a capacidade de contração e relaxamento do assoalho pélvico.

A partir deste ponto, foram repassados para a paciente os procedimentos de como é realizado a avaliação e em seguida foi realizada a conscientização da contração do assoalho pélvico de forma correta. Após a conscientização, foi solicitado à paciente que se despisse e se posicionasse em decúbito dorsal, com joelhos e quadris flexionados e pés apoiados na maca, com um lençol para proporcionar privacidade e conforto à paciente. Em seguida, foi realizada a palpação da região perineal. No Quadro 21 foram descritas as partes da avaliação em relação à palpação e seus resultados.

Quadro 21 - Tópicos avaliados na anamnese e os respectivos resultados

<b>Estrutura/características</b>	<b>Resultados da paciente</b>
Profundidade	Normal
Diâmetro	Aumentado
Tônus muscular	Diminuído
Posição da bexiga	Ao esforço, ocorre o deslocamento inferior até o introito (grau 2).
Aderência	Ausente
Parede vaginal	Hipertrofia (lado direito e esquerdo)
Avaliação funcional do A.P	Grau 1, de acordo com a classificação de Ortiz.

Fonte: AUTORA (2019).

A avaliação funcional do assoalho pélvico foi realizada primeiramente de forma manual. A paciente foi solicitada a realizar a contração dos músculos do assoalho pélvico ao redor dos dedos do examinador. Esta avaliação segue a classificação de Ortiz (*et al*, 1994). O Quadro 22 mostra como é definida a avaliação funcional do assoalho pélvico – Ortiz.

Quadro 22 - Classificação de Ortiz

<b>Graus</b>	<b>Resposta Esperada</b>
0	Ausência de contração
1	Esboço de contração
2	Realiza contração e sustenta até 3 segundos
3	Realiza contração e sustenta de 3 a 6 segundos
4	Realiza contração e sustenta de 6 a 10 segundos

5	Realiza contração e sustenta por mais de 10 segundos
---	--

Fonte: AUTORA (2019).

Após a avaliação manual do assoalho pélvico, foi realizada a avaliação de força do assoalho pélvico através do aparelho Perineômetro. A avaliação de força máxima teve como resultado: 5 do nível A e a contração sustentada: 1 segundo.

### 3.4.2 Tratamento

O plano de tratamento para as pacientes com prolapso genitais deve ser individualizado e voltado para a melhora dos sinais e sintomas apresentados na anamnese. Com base no quadro clínico da paciente, o tratamento fisioterapêutico foi voltado para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, mais especificamente o diafragma pélvico, que tem como sua função a sustentação dos órgãos pélvicos.

Segundo Rett (*et al*, 2005), o diafragma pélvico é composto principalmente pelas fibras tipo I, que são fibras de contração prolongada e de sustentação, mas também com uma porcentagem de fibras tipo II, responsáveis pelas contrações rápidas e de força. Desta forma, os exercícios aplicados à paciente priorizaram contrações lentas e sustentadas, podendo também ser associadas à contração rápida.

Os objetivos do tratamento da paciente foram: melhorar a qualidade de vida, diminuir o grau do prolapso e prevenir o seu agravamento, fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e evitar ou retardar a necessidade de cirurgia. Com base na avaliação do assoalho pélvico da paciente, foi constatado que a força muscular é baixa e a compreensão do exercício da contração é regular. Portanto, o tratamento fisioterapêutico foi iniciado com sessões de eletroestimulação para o ganho de força e compreensão do exercício.

Conforme Moreno (2009), a eletroestimulação é uma terapia fundamental para a reeducação ao realizar a contração dos músculos perineais e permitir que a paciente tome a consciência de como é realizada a contração. Os parâmetros utilizados foram: Intensidade de 19 mA e frequência de 50hz, durante 20 minutos. Após 3 sessões usando este recurso, foi iniciada as contrações ativo-assistido durante as contrações realizadas pelo o aparelho de eletroestimulação.

Após o trabalho de conscientização da contração do assoalho pélvico, passou a ser utilizado nas sessões o aparelho de *biofeedback*, a partir do qual foi possível acompanhar evolução da paciente. Essa terapêutica tem como objetivo reforçar a contração da musculatura perineal. Com este aparelho a paciente realizava contrações do assoalho pélvico, juntamente com a respiração diafragmática para evitar a manobra de valsava e visando também o fortalecimento dos músculos estabilizadores.

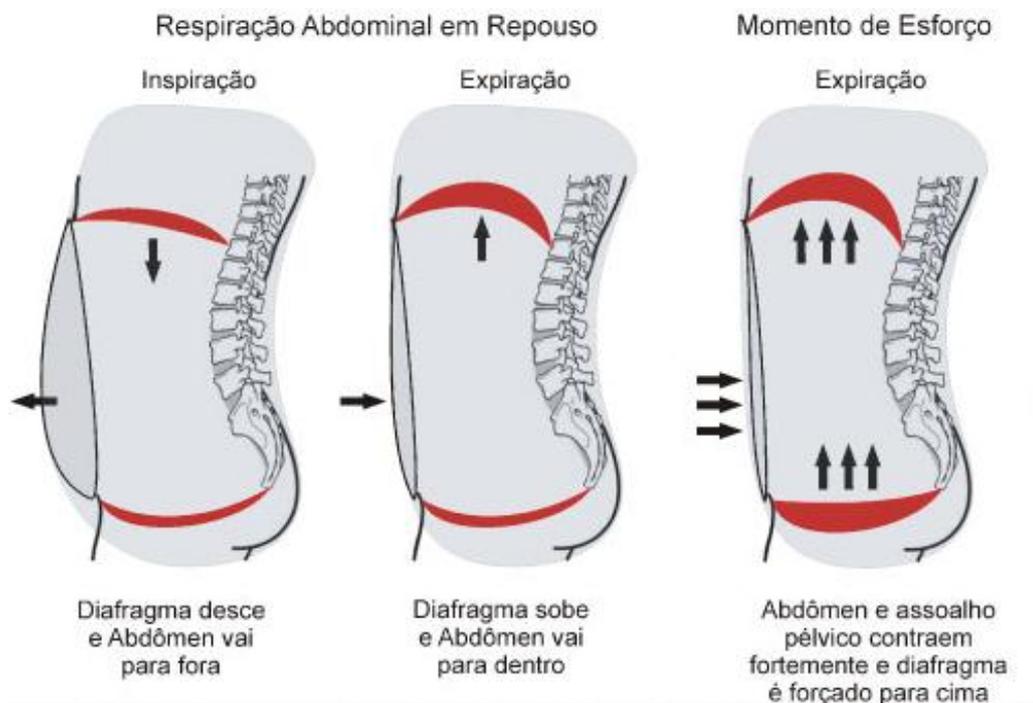
Conforme os exercícios embasados no estudo de Moreno (2009), os principais aplicados foram: contração rápida – contrai/relaxa (3x12); contração sustentada até diminuir um nível do aparelho (4x10); contração sustentada por 3' e progredindo por mais 3'; contrações com três níveis de força – pequena, média e força máxima; contração/repouso de 5:5, 10:10, 2:2, com objetivo de aumentar o recrutamento tanto das fibras tipo I quanto os das fibras tipo II.

Todos esses tipos de contrações foram aplicados também com cinesioterapia, associando os métodos como aqueles desenvolvidos por Joseph Pilates e Miller (1998) e por Kegel (1948), como por exemplo: ponte, ponte com elevação de um membro inferior, ponte com resistência entre os membros inferiores realizando adução de quadril, mobilidade pélvica, agachamentos, pranchas, entre outros. Estes exercícios visam o fortalecimento de toda musculatura do Core (Diafragma, multífidos, transverso do abdômen e assoalho pélvico).

O método do Joseph Pilates e Miller (1998) é baseado no controle e na consciência do movimento, por meio de exercícios de baixo impacto, realizados no solo, tem como principal objetivo a obtenção do condicionamento físico pela integração corpo-mente.

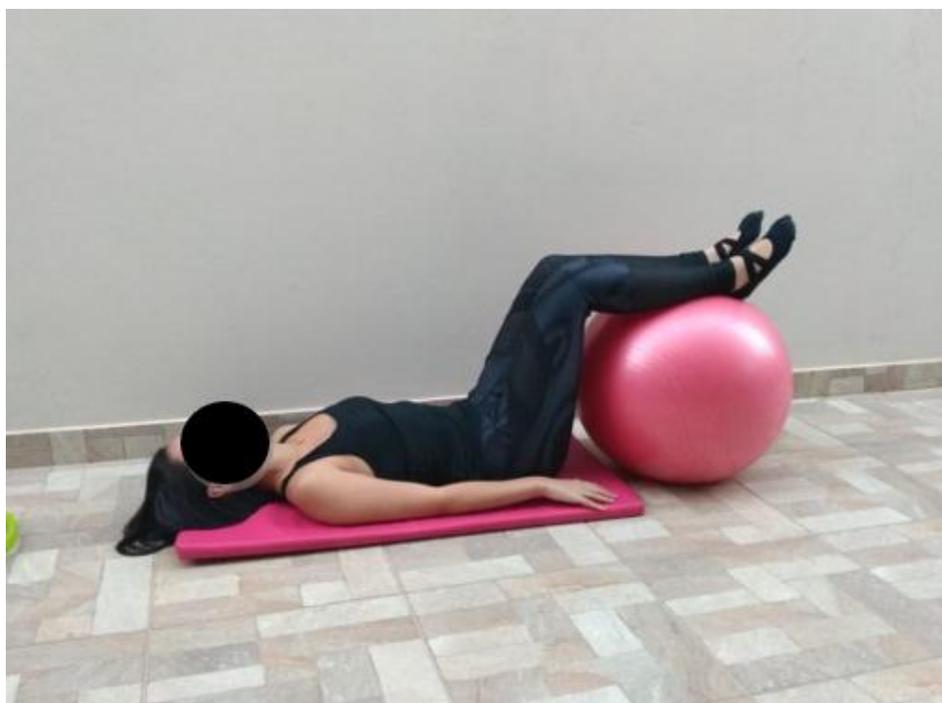
Kegel (1948) descreve seu método como uma terapia conservadora, tanto para a prevenção quanto para o tratamento, para uma resposta de fortalecimento dos músculos de sustentação do pavimento pélvico. Este método consiste em exercícios de contrair e relaxar a musculatura perineal de forma rítmica, sendo empregados para o ganho de força e controle e conscientização (BARNES *et al*, 2019). As Figuras 32 à 37 ilustram alguns dos exercícios trabalhados com a paciente.

Figura 32 - Exercício de trabalho da respiração diafragmática



Fonte: PILATES CLÍNICO FUNCIONAL... (2019, s/p).

Figura 33 - Conscientização da respiração diafragmática com contração do A.P



Fonte: AUTORA (2019).

Figura 34 - Mobilidade Pélvica (Retroversão e anteversão)



Fonte: AUTORA (2019).

Figura 35 - Elevação pélvica com contração do assoalho pélvico



Fonte: AUTORA (2019).

Figura 36 - Ponte com contração do A.P e fortalecimento de adutores



Fonte: AUTORA (2019).

Figura 37 - Agachamento associado a contração do assoalho pélvico



Fonte: AUTORA (2019).

Os atendimentos foram realizados duas vezes por semana em um período de quatro meses. E por orientação, a paciente deveria realizar todos os exercícios solo em domicílio para continuação do tratamento e melhora do quadro clínico.

### **3.4.3 Resultados**

O tratamento fisioterapêutico tem sido um grande aliado para as mulheres que sofrem com o prolapso genital, pois traz benefícios na qualidade de vida e na melhora do quadro clínico.

De acordo com o protocolo de tratamento individualizado das sessões de fisioterapia, a paciente apresentou ganhos na força e resistência da musculatura pélvica, o que foi quantificado através do aparelho de biofeedback. Contudo, com base nos relatos da paciente e com a inspeção do prolapso a cada sessão, foi possível notar que o grau da cistocele não diminuía.

Alguns fatores podem justificar o motivo do grau do prolapso não ter diminuído com o tratamento, como por exemplo: a severidade do prolapso que a paciente apresentou quando procurou pelo tratamento fisioterapêutico, que já

indicava que o tratamento e os resultados seriam mais complicados. Outro fator possível é devido à causa do prolapso ser uma disfunção do tecido conjuntivo, ligamentos e das fâscias.

A paciente chegou a relatar crises de tosse frequentes, o que poderia retardar os resultados. A intervenção cirúrgica é indicada em alguns casos no qual o tratamento conservador não se mostra eficaz, portanto, após aproximadamente 26 sessões, a paciente foi encaminhada para um especialista para que a possibilidade de realizar cirurgia fosse estudado.

Entretanto, a intervenção cirúrgica de forma isolada pode fazer com que o quadro do prolapso sofra recidivas, já que a disfunção da musculatura do assoalho pélvico não é reparada. Sendo assim, é fundamental o fortalecimento muscular após a conduta cirúrgica (HALBE, 2000).

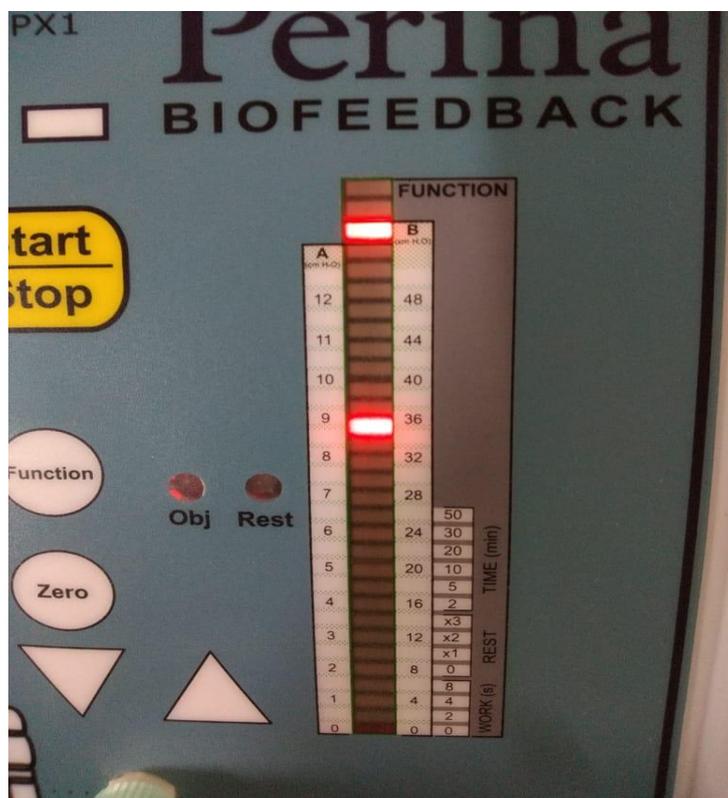
Antes da paciente receber alta, foi realizada uma reavaliação. No Quadro 23 a seguir, pode-se comparar os resultados na avaliação inicial do dia 11/03/2019 e a avaliação final do dia 09/07/2019. Já na Figura 38 é possível ver a contração máxima medida pelo perinômetro.

Quadro 23 - Resultados da reavaliação

<b>Aspectos Avaliados</b>	<b>Avaliação 11/03/2019</b>	<b>Reavaliação 09/07/2019</b>
Profundidade	Normal	Normal
Diâmetro	Aumentado	Aumentado
Tônus muscular	Diminuído	Diminuído
Posição da bexiga	Ao esforço, ocorre o deslocamento inferior até o intróito vaginal (grau 2)	Ao esforço, ocorre o deslocamento inferior ultrapassando o intróito.
Aderência	Ausente	Ausente
Parede vaginal	Hipertrofia (lado direito e esquerdo)	Leve hipertrofia (lado direito)
Avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA)	Grau 1	Grau 3
Perineômetro	Força máxima: Nível A (5)	Força máxima: Nível B (35)
	Contração mantida: 1 segundo	Contração mantida: 6 segundos
Compreensão dos exercícios perineais	Regular	Boa

Fonte: AUTORA (2019).

Figura 38 - Resultado de contração máxima no perineômetro



Fonte: AUTORA (2019).

## **4 AUTOAVALIAÇÃO**

### **4.1 Aynara dos Santos Carvalho**

A vivência apresentada neste portfólio me proporcionou pontos positivos e negativos. Como ponto positivo posso dizer que adquiri muitos conhecimentos, sendo o primeiro deles construir uma relação amigável entre terapeuta e paciente, que foi essencial para conseguirmos chegar ao objetivo. Poder colocar em prática o que aprendi na teoria foi interessante e desafiador, e depois de 4 anos, pude compreender a importância de cada disciplina do curso no momento do atendimento. É indescritível como consegui aprender todos os dias um pouco mais. Além disso, o maior ponto positivo foi ver que depois de todos os esforços, os bons resultados vieram, fazendo com que eu tivesse ainda mais segurança e certeza com o meu trabalho.

Também houve pontos negativos, mas o principal foi nem sempre saber o suficiente sobre o assunto abordado, me deixando insegura e com medo. Porém, isso se tornou um ponto positivo quando eu percebi que o que faltava era estudo, e que preenchendo essas lacunas tudo daria certo. Por fim, consegui dar o meu melhor para os meus pacientes e obter ótimos resultados.

Na realização do portfólio, encontrei dificuldades e desafios. O mais relevante foi o fato de ter receio de começar e não conseguir desenvolvê-lo por falta de habilidade e experiência na escrita. Foi necessário realizar muitas pesquisas para aprofundar meu conhecimento. Saber mais sobre a disfunção e o seu tratamento foi fundamental, além de ter sido muito prazeroso, por ser a área que desejo atuar depois de formada.

Posso confirmar que o Estágio Supervisionado me trouxe muitas coisas boas, e uma delas foi a responsabilidade, pois aprendi a cumprir horários, trabalhar em grupo e ser ética profissionalmente.

### **4.2 Deborah Silva Ferreira**

Em função da realização deste portfólio e do estágio obrigatório, tive a oportunidade de viver o dia a dia de um fisioterapeuta, conhecer os pacientes e professores envolvidos, suas atribuições e responsabilidades. Ao iniciar o estágio obrigatório fiquei um pouco apreensiva, porém fui muito bem recebida pela

professora que supervisionava o estágio, o que contribuiu para o pleno desenvolvimento dessa atividade. A supervisora foi bem atenciosa e soube me repassar o máximo de informações que necessitava para a elaboração deste portfólio.

Durante os atendimentos, foi possível sentir as dificuldades encontradas nos pacientes, que estão depositando toda a sua confiança em nós. Eles tiveram bastante paciência conosco. Com amor e dedicação fizemos o nosso melhor trabalho para com os pacientes. Foram momentos de alegria e, também, momentos difíceis, mas nada nos abalou. Com carinho, amizade e competência fizemos nosso trabalho em prol da saúde dos pacientes.

No momento da realização do estágio, pude perceber que as disciplinas estudadas na Instituição foram de suma importância, visto que tudo aquilo que aprendi em sala de aula tive a oportunidade de executar na prática. Por essa razão, cheguei à conclusão de como é fundamental a realização de um bom estágio durante a graduação, pois, assim, é possível correlacionar as experiências e os conhecimentos adquiridos na prática com as matérias estudadas em sala de aula. Desta forma, quando for ingressar no mercado de trabalho, já terei adquirido bastante conhecimento prático em relação ao curso.

Espero que, futuramente, eu possa ser uma profissional capacitada, responsável com as minhas atribuições e, principalmente, valorizada em relação ao mercado de trabalho, buscando sempre a atualização em relação às disciplinas condizentes com a atividade. A busca pelo aperfeiçoamento, através da realização de uma pós-graduação, mestrado e doutorado, visa a prestação de um serviço de qualidade e que atenda as expectativas dos pacientes e do mercado de trabalho. Dessa forma, é possível obter o diferencial e o destaque entre os demais profissionais da área.

#### **4.3 Letícia Noronha Cardoso**

Esta vivência me proporcionou a oportunidade atuar de no tratamento fisioterapêutico como uma forma de bem-estar físico, com ênfase na incontinência urinária, demonstrando a efetividade da cinesioterapia. Percebo que adquiri novos conhecimentos com a Fisioterapeuta e Professora Débora Galdino, com quem pude

aprender a selecionar os melhores exercícios para quem possui essa disfunção, melhorando, dessa maneira, a queixa da paciente e sua qualidade de vida.

Como ponto positivo destaco a boa relação interpessoal entre a estagiária e a paciente, pois ter um bom relacionamento é fundamental para o convívio saudável. Posso destacar também a relação entre a prática e a teoria que aprendi durante o curso de graduação. Foi possível perceber que todos os conhecimentos passados desde o começo do curso, são de grande importância no momento de exercer a função. Tudo aquilo que aprendi aos poucos durante a graduação, me proporcionou melhor entendimento para realizar o melhor tratamento quando chegasse à prática. Vi muitas coisas da teoria sendo aplicadas na prática, compreendendo o porquê determinado exercício iria ajudar a minimizar determinado problema.

Com a vivência, pude notar também melhora da minha confiança e diminuição da minha timidez. Baseado na vivência concluída, pude conhecer de perto o dia a dia de um fisioterapeuta, suas responsabilidades, assim como a efetividade de seu tratamento. Percebi que diversas disciplinas do curso de Fisioterapia foram complementadas e aplicadas para que o tratamento fosse eficaz.

O Estágio Supervisionado foi de muito valor em minha vida profissional, pois passei a enxergar de outro modo e entendê-la cada vez melhor. Aprendi a ter disciplina com horários e prazos, pontualidade nas entregas, falar na hora certa e me expressar de forma adequada.

Como desafio, posso apontar que encontrei poucos artigos atuais sobre o tema, o que levou a horas de levantamento bibliográfico, leitura e estudo. Foi necessário pesquisar e ler muito sobre assuntos como incontinência urinária, tratamento de incontinência urinária, cinesioterapia, *biofeedback*, eletroestimulação, cones vaginais, para poder fazer e entender este estágio. Percebi a necessidade de um aprofundamento maior na área e por isso pretendo fazer uma próxima graduação e pós-graduação.

#### **4.4 Sarah Campos Reis Vieira**

Ao desenvolver este Portfólio, vários desafios surgiram, sendo eles tanto desafios negativos, que dificultaram a execução do trabalho, quando positivos, que ajudaram a escrever com qualidade e obter novos conhecimentos para aplicar na prática e trazer neste estudo.

Um dos pontos negativos foi encontrar artigos referentes ao tema e que estivessem de acordo com o que queremos pesquisar, encontrar exercícios específicos para tal patologia e que se enquadra no quadro clínico da paciente, conscientizar o paciente sobre o exercício e a maneira em que estes devem ser realizados, desenvolver todo o processo da escrita do portfólio e a dificuldade de encontrar artigos mais atuais.

Porém, obtive também várias experiências positivas que acrescentaram em minha vida profissional e pessoal, entre as quais destaco a relação interpessoal e a relação entre profissional e o paciente; saber lidar com sabedoria e profissionalismo; fazer a relação entre a teoria e a prática, de modo que observamos tudo o que estudamos no decorrer do curso sendo aplicado na prática; acompanhar todo o processo da melhora do quadro do paciente e saber interpretar todos os motivos para resolução do quadro. Também foi possível obter novos conhecimentos sobre o assunto abordado e de vários outros aspectos; entender como funciona e como elaborar e colocar em prática um plano de tratamento; observar a relação das disciplinas do curso durante o atendimento e entender onde cada uma é importante e como é utilizada na prática.

Passar por essa experiência é sentir o quanto é gratificante promover qualidade de vida, carinho e dedicação, é sentir mais segura no meu potencial e nos meus conhecimentos e saber como evoluí, e como essa evolução resultou em uma maior autoconfiança.

Estes são alguns pontos que retratei com a vivência, que mesmo tendo grandes desafios e vários pontos negativos, juntos são de extrema importância para nossa vida acadêmica, profissional, pois servem como experiência, e nos preparam para saber lidar da melhor forma em cada situação.

## **5 CONCLUSÃO**

### **5.1 Aynara dos Santos Carvalho**

Eu, Aynara dos Santos Carvalho, conclui que esse último ano foi de extrema importância para o meu crescimento pessoal e profissional, pois me desafiou e fez com que eu encontrasse força e coragem para enfrentar os obstáculos do dia a dia.

O estágio supervisionado me levou a buscar novos conhecimentos e rever a teoria que aprendi nos últimos quatro anos para poder ter uma prática eficiente e segura. Me ajudando também na superação de medos e incertezas.

Com o final deste período, pude chegar a resultados satisfatórios, alcançando assim, o meu objetivo. Para tanto, foi necessário aplicar as técnicas aprendidas, mas, também, o esforço e persistência da paciente, não faltando aos atendimentos e seguindo todas as orientações dadas a ela.

Hoje, consigo me ver capaz de atuar na profissão, com grandes habilidades em resolver problemas e apta a ajudar meus pacientes a ter a melhora esperada.

### **5.2 Deborah Silva Ferreira**

Eu, Déborah Silva Ferreira, conseguir alcançar meu objetivo quanto ao estágio, tendo em vista que tive a oportunidade e a experiência de atuar e viver dia a dia de um fisioterapeuta dentro da Clínica da Unilavras. Podendo me relacionar com os profissionais da área e, dessa maneira, obtive muitas informações importantes quanto a profissão. Diante deste cenário, foi possível compreender a necessidade e importância de um Fisioterapeuta em um período pós-parto.

### **5.3 Letícia Noronha Cardoso**

Eu, Letícia Noronha Cardoso, concluí que o estágio é de extrema importância para um profissional, uma vez que ele relaciona a teoria dada em sala de aula com a prática em campo. Vale a pena ressaltar o aumento de conhecimento e a evolução individual após o estágio realizado, superando incertezas, medos e inseguranças.

Durante esse período pude colocar em prática todo o conhecimento adquirido durante a graduação, aperfeiçoando conhecimentos teóricos de forma prática. Além disso, ainda pude absorver novos conhecimentos de pessoas qualificadas que estavam presentes me ensinando.

Neste aprendizado, alcancei o objetivo esperado, que era melhorar a perda de urina de uma paciente com incontinência urinária, evidenciando: as técnicas utilizadas, os exercícios propostos, a quantidade de sessões, as técnicas fisioterapêuticas para atingir a melhora na saúde como um todo e a satisfação do paciente. Com isso, ampliei o meu pensamento baseado na prática buscando soluções na teoria. Cada período da vida acadêmica que se passa traz novos entendimentos e, com eles, novas experiências. Assim, me torna mais apta ao trabalho do Fisioterapeuta.

#### **5.4 Sarah Campos Reis Vieira**

Conforme as pesquisas e o protocolo adotado para o tratamento do quadro clínico de cistocele, é possível concluir que a fisioterapia fornece benefícios, proporcionando melhora na qualidade de vida da paciente e ganhos nos quesitos de força e resistência da musculatura perineal.

Neste estudo, a paciente não apresentou boa resposta para a diminuição do grau do prolapso devido a possíveis fatores em que o tratamento conservador não é eficaz, tendo que ser encaminhada para possível cirurgia. Contudo, o tratamento fisioterapêutico teve bons resultados no fortalecimento do assoalho pélvico, que conseqüentemente previne possíveis complicações e progressão do quadro.

Desta forma, é possível notar também a importância de atualizações e novos estudos, a fim de enriquecer o tratamento fisioterapêutico e propiciar um atendimento de qualidade, evidência e com maiores resultados. A elaboração do portfólio proporcionou um conhecimento aprofundado sobre os prolapso, suas principais causas e o tratamento, além compreender, vivenciar e adquirir experiência do quadro clínico desta disfunção, assim como poder correlacionar as disciplinas do curso de Fisioterapia aplicadas na prática.

## REFERÊNCIAS

- 5 EXERCÍCIOS PARA fortalecer o assoalho pélvico. **Envelhecer com estilo**, 2019. Disponível em: <<https://www.envelhecercomestilo.com/5-exercicios-para-fortalecer-o-assoalho-pelvico/>>. Acesso em: 07 jul. 2019.
- ABRAMS, P. *et al.* Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence. In: INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE, 4, 2008, Paris. **Recommendations of the International Scientific Committee**. Paris: ICUD; SIU, 2009. Disponível em: <[https://www.ics.org/Publications/ICI\\_4/files-book/recommendation.pdf](https://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/recommendation.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- ABRAMS, P. *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, n. 1, p. 37-49, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559262>>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- AMARO, J. A.; GAMEIRO, M. O.; MOREIRA, E. H. Exercícios perineais. In: RIBEIRO, R. M.; ROSSI, P.; PINOTTI, J. A. (Ed.). **Uroginecologia e cirurgia vaginal**. São Paulo: Roca, p. 5-62, 2001.
- ANDRADE, R. G. F. Sistema Endócrino. In: SINGI, G. **Fisiologia Dinâmica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, p. 211-231, 2007.
- ASSIS, T. R. *et al.* Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 1, p. 10-15, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n1/03.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2019.
- BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- BARNES, K. L. *et al.* Evaluation of Smartphone Pelvic Floor Exercise Applications Using Standardized Scoring System. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 25, n. 4, p. 328-335, jul./aug. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29489554>>. Acesso em: 28 jun. 2019.
- BENVENUTTI, C. Reductive treatment of female genuine stress incontinence. **Am. J. Phy. Med.**, v. 66, n. 4, p. 155-168, aug. 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3674220>>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- BEZERRA, M. R. L. *et al.* Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética. **Radiol. Bras.**, v. 34, n. 6, p. 323-326, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v34n6/7663.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BIHSOP, K. R.; DOUGHERTY, M. Effects of age, parity and adherence on pelvic muscle response to exercise. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, 1992, v. 21, n. 5, p. 401-406, sep./oct. 1992. Disponível em:  
 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1403226> >. Acesso em: 15 jul. 2019.

Bø, K. Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? **Acta Obstetricia et Gynecologica**, v. 85, n. 3, p. 263-268, 2006. Disponível em:  
 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16553172> >. Acesso em: 28 jun. 2019.

BORBA; A. M. C. de; LILES, M. A. dos. S; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 527-535, jul./set. 2008. Disponível em:  
 <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a14v17n3>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BORGES, J. B. R. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. **Einstein**, v. 7, n. 3, pt. 1, p. 308-313, 2009. Disponível em:  
 <[https://www.researchgate.net/profile/Joao\\_Borges5/publication/237310741\\_Avaliacao\\_da\\_qualidade\\_de\\_vida\\_em\\_mulheres\\_com\\_incontinencia\\_urinaria\\_pelo\\_uso\\_do\\_Kings\\_Health\\_questionnaire\\_Assessing\\_quality\\_of\\_life\\_of\\_women\\_with\\_urinary\\_incontinence\\_using\\_the\\_Kings\\_Health\\_questio/links/02e7e5291de7309a1a000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joao_Borges5/publication/237310741_Avaliacao_da_qualidade_de_vida_em_mulheres_com_incontinencia_urinaria_pelo_uso_do_Kings_Health_questionnaire_Assessing_quality_of_life_of_women_with_urinary_incontinence_using_the_Kings_Health_questio/links/02e7e5291de7309a1a000000.pdf) >. Acesso em: 10 jun. 2019.

BUMP, R. C. *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 175, n. 1, p. 10–7, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8694033>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço. **Lecturas Educ Física Deportes**, v. 76, 2004. Disponível em:  
 <<http://files.adrianobelem.webnode.com.br/200000178-5db255e2c9/proposta-de-atividades-fisicas-para-mulheres-com-incontinencia-urinaria-de-esforco.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CALDAS, C. P. *et al.* Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 783-788, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71416100023.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CAROCCI, A. de S. *et al.* Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 402-408, maio/jun. 2014. Disponível em: <>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CORPO & MENTE. **O assoalho pélvico**. 2018. Disponível em:  
 <<https://corporemente.com/fisioterapiauroginecologica/o-assoalho-pelvico/>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

CORREA, J. N.; MOREIRA, B. de P.; GARCEZ, V. F. Ganho de força muscular do diafragma pélvico após utilização dos métodos pilates ou kegel em pacientes com

incontinência urinaria de esforço. **Revista UNINGÁ Review**, v. 23, n. 2, p. 11-17, jul./set. 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1644/1256>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CORTON, M. M. Anatomy of the pelvis: How the pelvis is built for support. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 48, n. 3, p. 611-626, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16012229>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

DANTAS, H. A. de O. Sistema urinário. **Departamento de Morfologia**. Palmas: CEULP/ULBRA, 2011. Disponível em: <<http://ulbra-to.br/morfologia/2011/08/17/Sistema-Urinario>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; SOUSA, M. A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Catussaba**, ano. 4, n. 1, p. 47-56, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614/588>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

DMOCHOWSKI, R. R. *et al.* Bladder-health diaries: an assessment of 3-day vs 7-day entries. **BJU Int.**, v. 96, n. 7, p. 1049-1054, nov. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16225527> >. Acesso em: 15 jul. 2019.

FELDER JUNIOR, P. C. *et al.* Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 1, p. 54-62, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v28n1/29595.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

FINE, P. M.; ANTONINI, T. G.; APPELL, R. A. Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 47, n. 1, p. 44-52, mar. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15024272>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

FORTES, J. *et al.* Classificação da incontinência urinária em idosas de um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, 6, 2019, Ijuí. **Anais...** Ijuí: UNIJUI, 2019. 10 p. Disponível em: <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/11057/9655>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

FREWEN, W. K. The management of urgency and frequency of micturition. **BJUI**, v. 52, issue. 5, p. 367-369, 1980. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1464-410X.1980.tb03061.x>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

FREWEN, W. K. Urgency incontinence. **BJOG**, V. 79, issue. 1, p. 77-79, jan. 1972. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-0528.1972.tb15754.x>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

GILL, E.J.; HURT, W. G. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. **Obstet. and Gynecol. Clin. of North America**, v. 25, n. 4, p. 757-769, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9921555> >. Acesso em: 28 jun. 2019.

GIRÃO, M. J. B. C. *et al.* **Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico**. São Paulo: Manole, 2015.

GIRÃO, M. J. B. C. Incontinência Urinária de Esforço: fisiopatologia: In: \_\_\_\_\_; BARACAT, C. E.; LIMA, G. R. de. **Uroginecologia**. São Paulo: Artes Médicas, p. 34-35, 1997.

GUEDES, J. M.; SEBEN, V. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. **Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano**, Posso Fundo, v. 3, n. 1, 2006. Disponível em:  
<<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/52/45>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

HANNESTAD, Y. S. *et al.* A community based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 53, n. 11, p. 1150-1157, nov. 2000. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106889>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. dos. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 51-56, 2009. Disponível em:  
<<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019601009.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

HOTIMSKY, S. N. As tipologias pélvicas no ensino da obstetrícia: as articulações entre gênero, sexualidade e “raça” na produção de saberes médicos acerca da reprodução da espécie e suas repercussões na formação de uma elite profissional. In: FAZENDO GÊNERO, 8, 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, p. 1-8, ago. 2008. Disponível em:  
<[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST18/Sonia\\_Nussenzweig\\_Hotimsky\\_18.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST18/Sonia_Nussenzweig_Hotimsky_18.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2019.

KEGEL, A. H. Progressive resistance exercises in the functional restoration of the muscles. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 56, n. 2, p.238-49, aug. 1948. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18877152>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

KEILMAN, L. J. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. **Prim. Care**, v. 32, n. 3, p. 699-722, sep. 2005. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16140124>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

KELLEHER, C. Quality of life and urinary incontinence. **Baillieres Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 14, n. 2, p. 363-379, apr. 2000. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10897327>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

KOELBL, H. *et al.* Morphologic and functional aspects of pelvic floor muscles in patients with pelvic relaxation and genuine stress incontinence. **Obstet Gynecol**, v. 74, n. 5, p. 789-95, 1989. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2682414>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

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

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100005)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

LUNA, T. Assoalho pélvico: aprenda a fortalecer a região. **O2Corre**, 1 ago. 2017. Disponível em: <<https://www.ativo.com/corrída-de-rua/treinamento-de-corrída/fortalecimento-do-assoalho-pelvico/>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

MANT, J.; PAINTER, R.; VESSEY, M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 104, n. 5, p. 579-585, may 1997. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9166201> >. Acesso em: 28 jun. 2019.

MCANINCH, J. W., LUE, T. F. **Urologia Geral de Smith e Tanagho**. 18. ed. São Paulo: AMGH, 2014.

MOORE, K. L. **Anatomia orientada para a clínica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2ª ed. revis. amp. Barueri: Manole, 2009.

NASCIMENTO, S. M. do. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico na mulher com Incontingência Urinária de Esforço após cirurgia de *Wertheim-Meigs*: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 157-163, 2009. Disponível em:

<[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v02/pdf/10\\_revisao\\_literatura1.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/10_revisao_literatura1.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

NEUMAYR, R. F. R. **Relação entre adesão à massagem perineal e as disfunções do assoalho pélvico: um estudo exploratório**. 83 f. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciência da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Feral de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <> Acesso em: 30 ago. 2019.

OLIVEIRA, G. S. M. de *et al.* Análise da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas frequentadoras de um grupo de convivência social em Muriaé-MG.

**Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 1, p. 7-15, 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/download/379/272>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-51, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v14n2/v14n2a14.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, L. A. C. de; RODRIGUES, A. B. C.; PAULA, A. B. de. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinaria de esforço na

mulher. **Rev. Elet. F@pciência**, Apucarana, v.1, n.1, p. 31-40, 2007. Disponível em: <[https://sandrabarbosa.webnode.com.br/\\_files/200000072-d705dd7ffe/IUE.pdf](https://sandrabarbosa.webnode.com.br/_files/200000072-d705dd7ffe/IUE.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2019.

ORTIZ, O. *et al.* Valoracion dinamic de la disfuncion perineal de classificacion. **Boletim de La Sociedad Katino Americana de Uroginecologia y Cirurgia Vaginal**, v. 1, n. 2, p. 7-9, 1994.

PALMA, P. **Incontinência Urinária**. São Paulo: Contexto, 1998.

PEATTIE, A. B.; PLEVNIK, S.; STANTON, S. L. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. **Brit. J. Obstet. Gynecol.**, v. 95, n. 10, p.1049, oct. 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3191043>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

PEREIRA, A. J. S. R. *et al.* Influência do método pilates solo na incontinência de urgência dupla. **Revista Hórus**, v.11, n. 1, p. 68-80, 2016. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/4002/1917>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PERINA CLÍNICO QUARK - Aparelho de Biofeedback Uroginecológico. **ISP Saúde**, 2019. Disponível em: <[https://www.ispsaude.com.br/produto/ME00449A/perina-clinico-quark-aparelho-de-biofeedback-uroginecologico?gclid=Cj0KCCQjwxMjnBRCtARIsAGwWnBMRe4uqg2OotiwyNO5YxXIQVZQt\\_A5tWYI3uErLJz9LGL08E\\_Tw\\_nIaAiVUEALw\\_wcB](https://www.ispsaude.com.br/produto/ME00449A/perina-clinico-quark-aparelho-de-biofeedback-uroginecologico?gclid=Cj0KCCQjwxMjnBRCtARIsAGwWnBMRe4uqg2OotiwyNO5YxXIQVZQt_A5tWYI3uErLJz9LGL08E_Tw_nIaAiVUEALw_wcB)>. Acesso em 07 jul. 2019.

PESOS VAGINAIS. **HARU Saúde Integrada**. [2019]. Disponível em: <<https://haru.med.br/pesos-vaginais/>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

PILATES CLÍNICO FUNCIONAL o curso. Use o conhecimento a seu favor. Continência e incontinência urinária. **Pilates Clínico Funcional**, [2019]. Disponível em: <[http://www.pilatesclinicofuncional.com.br/pilates\\_o\\_curso.php#c4](http://www.pilatesclinicofuncional.com.br/pilates_o_curso.php#c4)>. Acesso em 11 jul. 2019.

PILATES, J. H.; MILLER, J. W. **Pilates' return to life through Contrology**. [S.l.]: Presentation Dynamics, 1998.

RETT, M. T. *et al.* Management of stress urinary incontinence with surface electromyography-assisted biofeedback in women of reproductive age. **Phys Ther.**, v. 87, n. 2, p. 136-142, feb. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17213411>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

RIESCO, M. L. G. *et al.* Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 77-83, jan./mar. 2011. Disponível em: <>. Acesso em: 30 ago. 2019.

SALEH, N. *et al.* Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? **Maturitas**,

v. 50, n. 1, p. 58-65, 2005. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15590215>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SAMPSELLE, C. M.; MILLER, J. M.; MIMS, B. L. Effect of pelvic floor muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. **Obst. Gynecol. J.**, v. 91, n. 3, p. 406-412. 1998. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9491869>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SANTOS, P. F. D. *et al.* Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 9, p. 447-452, 2009. Disponível em:  
<[https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo\\_Castro8/publication/238480224\\_Eletr\\_oestimulacao\\_funcional\\_do\\_assoalho\\_pelvico\\_versus\\_terapia\\_com\\_os\\_cones\\_vaginais\\_para\\_o\\_tratamento\\_de\\_incontinencia\\_urinaria\\_de\\_esforco/links/0deec53021c47e37dc000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Castro8/publication/238480224_Eletr_oestimulacao_funcional_do_assoalho_pelvico_versus_terapia_com_os_cones_vaginais_para_o_tratamento_de_incontinencia_urinaria_de_esforco/links/0deec53021c47e37dc000000.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SAÚDE INTIMA. **A massagem perineal...** Belo Horizonte: Instagram, 29 mar. 2019. Disponível em:  
<<https://www.instagram.com/p/BvmsCoxnxCs/?igshid=1dnz31ik90ged>>. Acesso em: 20 ago. 2019

SILVA, A. P. S.; SILVA, J. S. da S. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. **Fisioter. Bras.**, v. 4, n. 3, p. 205-210, maio/jun. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=361932&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SILVA, A. R. **Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher.** 33 f. 2012. Monografia (Preparação para Dissertação) – Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto, Porto, 2012. Disponível em:  
<<https://paginas.fe.up.pt/~bio07021/images/Mono.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SIRACUSANO, S. *et al.* Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in Italian urban area. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 107, n. 2, p. 201-204, 2003. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12648869>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SOUSA, J. G. de *et al.* Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter. Mov.**, v. 24, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n1/v24n1a05.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2004.

WALLACE, P. C. A.; MEJIA, D. P. M.; COUTINHO, E. M. dos S. **Relação da alteração biomecânica pélvica com a incontinência urinária de esforço feminina.** Revisão literária (Pós-graduação em Reabilitação em Ortopedia e Traumatologia com Ênfase em Terapia Manual) – Faculdade FaSerra, Serra, [2016]. Disponível em: <<https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/238/430->

RelaYYo\_da\_alteraYYo\_biomecYnica\_pYlvica\_com\_a\_incontinYncia\_urinYria\_de\_e\_sforYo\_feminina.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

WILSON, P. D.; BORLAND, M. Vaginal cones for the treatment of genuine stress incontinence. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 30, n. 2, p. 157-160, may 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2400361>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Ficha de Avaliação

Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS  
Clínica de Fisioterapia  
Rua Padre José Pogge, 506 - Centenário  
37200-000 - Lavras - MG  
Tel: 35 3694-8142/43 - Telefax: 35 3694-8118  
http://www.unilavras.br e-mail: feia@unilavras.br



### REEDUCAÇÃO UROGINECOLÓGICA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_  
Queixa principal: \_\_\_\_\_  
Início dos sintomas: \_\_\_\_\_

PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_

PERDA DE URINA AOS ESFORÇOS ( ) Sim ( ) Não

( ) mínimos ( ) moderados ( ) intensos ( ) relação sexual  
( ) andar ( ) espirro ( ) erguer peso ( ) risada  
( ) tosse ( ) contato c/ água ( ) saltar ( ) côcoras

Urgência miccional ( ) Sim ( ) Não Urgincontinência ( ) Sim ( ) Não  
Perda de urina ( ) jato ( ) gotas

Ingestão de líquidos: \_\_\_\_\_ dia  
Frequência micção: \_\_\_\_\_ /dia \_\_\_\_\_ /noite

Uso de ferro: ( ) Sim ( ) Não Tipo: \_\_\_\_\_ Nº de trocas \_\_\_\_\_  
Ato miccional: ( ) conforto ( ) dor ( ) ardor ( ) sensação de resíduo  
( ) desejo pós-miccional

Intestino ( ) normal ( ) constipação ( ) hemorróidas

#### ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
Menarca: \_\_\_\_\_ Menopausa: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Tipo de parto \_\_\_\_\_  
Peso maior RN \_\_\_\_\_

#### ATIVIDADE SEXUAL

( ) ativa ( ) com dor ( ) anorgasmia ( ) IU ( ) flatus ( ) ausente

#### PATOLOGIAS ASSOCIADAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

continua

MEDICAÇÃO EM USO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO ASSOALHO PÉLVICO

Inspeção: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Palpação \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Distopias ( ) ausente ( ) cistocele ( ) retocele ( ) uretocele ( ) prolapso uterino

Grau: \_\_\_\_\_

Sensibilidade: \_\_\_\_\_

Profundidade: \_\_\_\_\_

Diâmetro \_\_\_\_\_

Laceração perineal \_\_\_\_\_

Reflexos \_\_\_\_\_

Contração perineal ( ) presente ( ) ausente

AFA ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

Perinêometro \_\_\_\_\_

mantido \_\_\_\_\_

Compreensão dos exercícios perineais ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim  
Musculatura acessória: adutores abdutores glúteo abdominais

DADOS URODINÂMICOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBJETIVO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMENTO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALUNO \_\_\_\_\_

Anexo 2 - Diário Miccional

**DIÁRIO MICCIONAL**

  
UNILAVRAS

NOME [REDACTED] IDADE 55

DATA DA REALIZAÇÃO 13 03 19 HORA DORMIR 22:00 HORA ACORDOU 6:30

PREENCHA O DIÁRIO ABAIXO POR UM PERÍODO DE 24 HORAS

Horário	Quantidade e tipo de líquido ingerido	Volume urinado	Caso tenha cateterismo intermitente	Necessidade urgente de urinar: + leve ++ moderada +++ severa	Caso tenha perda involuntária de urina: + gotas ++ colheres +++ copos	Atividade na ocasião da perda de urina (tosse, espirro, suco escada...)
Exemplos						
08:00	250ml de leite					
09:00		180ml		++		
10:00	120ml				+	tossir
6:30	50	•				
6:45	70					
6:50	50					
7:00	50	•				
9:00	30	•				
10:20	50	•				
11:30	100	muile				
11:40	50					
11:55	50	•				
13:00	50	•				
14:45	50	•				
16:10	50	•				
16:20						
16:30	50					
18:00	100	•				
21:10	100	•				
02:00		•				
6:30		•				

Anexo 3 - Escore Qualidade de Vida ao início do tratamento

✓ Para cada item favor marcar com X no espaço correspondente ao grau de importância ou incomodo que a questão representa no seu dia a dia:  
 1: muito frequentemente    2: moderadamente    3: pouco    4: não se aplica a você

		1	2	3	4
1	Eu me preocupo em me molhar pela perda de urina		X		
2	Eu fico preocupada de perder urina ao tossir ou espirar	X			
3	Tenho que ter cuidado ao levantar por causa da perda de urina				X
4	Sempre me preocupo em saber aonde é o banheiro quando vou a lugares novos	X			
5	Sinto me deprimida em perder urina				X
6	Quando saio de casa, procuro não ficar muito tempo fora devido a perda de urina				X
7	A perda de urina me impede de fazer coisas que gostaria				X
8	Eu fico preocupada dos outros sentirem o cheiro de urina em mim				X
9	O fato de perder urina está sempre na minha cabeça			X	
10	Tenho de ir sempre ao banheiro	X			
11	Por causa da perda de urina, sempre programo minhas atividades				X
12	Eu fico preocupada da perda de urina piorar à medida que envelheço	X			
13	A perda de urina atrapalha meu sono				X
14	Tenho medo de passar vergonha e ficar constrangida devido a perda de urina				X
15	A perda de urina me faz sentir que não tenho boa saúde			X	
16	Às vezes penso que a perda de urina não tem solução				X
17	Devido a perda de urina não aproveito tanto a vida quanto antes				X
18	Fico preocupada de não chegar a tempo ao banheiro			X	
19	Sinto como se tivesse perdido o controle de minha bexiga				X
20	Tenho de tomar cuidado com a quantidade de líquido que bebo, devido a perda de urina				X
21	Mudei meu modo de vestir devido a perda de urina				X
22	A perda de urina prejudica minha vida sexual				X
		4	2	9	50 = 23

### Anexo 4 - Escore Qualidade de Vida ao final do tratamento

Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS  
 Clínica de Fisioterapia  
 Rua Padre José Poggol, 506 - Centenário  
 37200-000 Lavras - MG  
 Tel: 35 3694-8142 / 43      Telefax: 35 3694-8118  
 http://www.unilavras.br      e-mail: fela@unilavras.br

04/05/19



### ESCORE DE QUALIDADE DE VIDA

✓ Para cada item favor marcar com X no espaço correspondente ao grau de importância ou incomodo que a questão representa no seu dia a dia:  
 1: muito frequentemente    2: moderadamente    3: pouco    4: não se aplica a você

		1	2	3	4
1	Eu me preocupo em me molhar pela perda de urina				X
2	Eu fico preocupada de perder urina ao tossir ou espirar			X	X
3	Tenho que ter cuidado ao levantar por causa da perda de urina				X
4	Sempre me preocupo em saber aonde é o banheiro quando vou a lugares novos			X	
5	Sinto me deprimida em perder urina				X
6	Quando saio de casa, procuro não ficar muito tempo fora devido a perda de urina				X
7	A perda de urina me impede de fazer coisas que gostaria				X
8	Eu fico preocupada dos outros sentirem o cheiro de urina em mim				X
9	O fato de perder urina está sempre na minha cabeça				X
10	Tenho de ir sempre ao banheiro			X	
11	Por causa da perda de urina, sempre programo minhas atividades				X
12	Eu fico preocupada da perda de urina piorar à medida que envelheço		X		
13	A perda de urina atrapalha meu sono				X
14	Tenho medo de passar vergonha e ficar constrangida devido a perda de urina				X
15	A perda de urina me faz sentir que não tenho boa saúde				X
16	Às vezes penso que a perda de urina não tem solução				X
17	Devido a perda de urina não aproveito tanto a vida quanto antes				X
18	Fico preocupada de não chegar a tempo ao banheiro			X	
19	Sinto como se tivesse perdido o controle de minha bexiga				X
20	Tenho de tomar cuidado com a quantidade de líquido que bebo, devido a perda de urina				X
21	Mudei meu modo de vestir devido a perda de urina				X
22	A perda de urina prejudica minha vida sexual				X

0 - 2 15 68 = 85

Anexo 5 - Terapia comportamental do início do tratamento

34/03/39



UNILAVRAS

TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1. Evitar a ingestão excessiva de café, refrigerante, bebida alcoólica, frutas cítricas, chocolate, vinagre, chás, pois estes podem irritar a bexiga.
2. Se possível evitar ingerir muita água após as 20 horas (com exceção para medicamentos)
3. A bexiga deve funcionar com um intervalo de três horas.
4. Não ultrapassar o intervalo de três horas para ir ao banheiro mesmo sem vontade.
5. Não vá ao banheiro antes das três horas de intervalo sem vontade (Ex: se passar em frente o banheiro ou for sair de casa e não for à hora de urinar não vá!) Sua bexiga não pode ficar mal acostumada.
6. Quando vier uma vontade muito forte de ir ao banheiro após um intervalo muito curto procurar distrair sua bexiga
7. Quando vier a vontade pode ser feito respiração profunda, relaxamento muscular e contração do perineo.
8. Treinamento vesical: Aumentar o intervalo entre às vezes de ir ao banheiro: começar com 15 minutos e ir aumentando de 15 em 15 minutos.

*Objetivo 1:35, se não estiver com vontade, 1:35.*

13/03	06:00	9:00	11:15	15:30	19:15	19:30	22:00		
14/03	02:00	06:00	8:30	11:00	15:00	18:30	21:00	22:30	
15/03	03:00	06:00	9:00	11:00	14:30	17:30	20:00	22:00	
16/03	02:30	5:30	7:00	9:30	11:00	15:00	18:30	20:00	22:30
17/03	02:30	5:30	7:00	9:00	11:30	14:30	17:00	21:00	22:00
18/03	03:00	6:00	8:30	10:30	13:00	16:00	18:20	20:00	22:30
19/03	02:00	6:15	8:00	11:00	14:15	16:00	19:00	21:00	22:30
20/03	02:30	5:30	8:00	10:00	12:45	15:00	18:30	21:00	22:30
21/03	03:00	7:00	9:30	11:00	14:00	16:30	19:00	21:30	23:00
22/03	06:00	9:30	12:00	15:00	17:30	20:00	22:30		
23/03	04:00	7:30	10:00	12:30	17:00	19:00	24:00		
24/03	01:30	7:00	10:00	13:00	16:00	18:00	21:00	23:00	
25/03	03:00	7:30	10:00	13:30	16:00	18:30	21:00	22:30	
26/03	02:00	6:30	9:00	12:30	15:45	16:30	19:00	21:30	23:00
27/03	04:00	7:30	9:30	11:00	13:45	16:00	18:30	21:00	23:00
28/03	2:30	6:00	7:30	9:30	13:00	15:00			

Rua Comendador José Esteves, 693. Lavras-MG      Tel: 3821 9211



### Anexo 7 - Resultado da avaliação fisioterapêutica

Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS  
Clínica de Fisioterapia  
Rua Padre José Pogge, 506 - Centro  
37200-000 - Lavras - MG  
Tel: 35 3694-8142 / 43 - Telefax: 35 3694-8118  
http://www.lavras.br e-mail: felai@lavras.br



**REEDUCAÇÃO UROGINECOLÓGICA**

Diagnóstico clínico: incontinência urinária mista  
Queixa principal: Perda de urina aos esforços e urgência urinária  
Início dos sintomas: Desde sempre já apresentava, quando agorou há 10 anos.  
PA 120/90 mmHg FC 84 bpm FR 18 irpm

PERDA DE URINA AOS ESFORÇOS  Sim ( ) Não  
( ) mínimos ( ) moderados ( ) intensos ( ) relação sexual  
( ) andar (X) espirro (X) erguer peso (X) risada  
(X) tosse (X) contato c/ água ( ) saltar ( ) cócoras

Urgência miccional  Sim ( ) Não Urgincontinência  Sim ( ) Não  
Perda de urina  jato ( ) gotas

Ingestão de líquidos 2 litros por dia  
Frequência micção: 6 /dia 1 /noite

Uso de ferro:  Sim ( ) Não Tipo: Normal N° de trocas Três de quantos vezes saiu de casa.  
Ato miccional:  conforto ( ) dor (X) ardor (X) sensação de resíduo  
(X) desejo pós-miccional

Intestino  normal ( ) constipação ( ) hemorróidas

**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS**  
Cirúrgico: histeria  
Menarca: 13 anos Menopausa: 55 anos

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**  
G 5 P 4 N I C A O Tipo de parto: 1º normal, 2º normal, 3º normal, 4º normal, 5º cesáreo.  
Peso maior RN 3.800 kgs

**ATIVIDADE SEXUAL**  
( ) ativa ( ) com dor ( ) anorgasmia ( ) IU ( ) flatus (X) ausente - há 10 anos

**PATOLOGIAS ASSOCIADAS** hipertensão arterial, hepatocarcinoma, fibromialgia, arritmia paroxílica, anemia no estômago (com), distúrbio urinário

continua

MEDICAÇÃO EM USO Ruam, acetona 50mg 2 vezes ao dia; atenolol 25mg 2 vezes ao dia; clonidina 25mg-1 vez ao dia

#### AVALIAÇÃO ASSOALHO PÉLVICO

Inspeção: abundância das veias - dilatadas e dilatadas; palpitação da vagina excêntrica; grandes lábios e pequenos lábios das duas partes internas, elásticas, elas um pouco e o resto do perímetro, o que é grande e o que é pequeno.  
Palpação: havia esta um pouco de área, apresenta firmeza, elasticidade do perímetro, elasticidade de grandes e pequenos lábios; diâmetros aumentados; apresenta contração muscular.

Distopias ( ) ausente ( ) cistocele ( ) retocele (X) uretocele ( ) prolapso uterino

Grau: 1

Sensibilidade: Normal

Profundidade: Normal

Diâmetro: Normal

Laceração perineal: Não

Reflexos: Normal

Contração perineal (X) presente ( ) ausente

AFA ( ) 0 (X) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

Perinômetro: Nível B-14; 3 uretrômetros, mantido 3 segundos.

Paciente não mantém mais, porém no 2/3 costuma cair e sentir imediatamente

Compreensão dos exercícios perineais ( ) ótima (X) boa ( ) regular ( ) ruim

Musculatura acessória: adutores 4 abdutores 5 glúteo 4 abdominais 3

DADOS URODINÂMICOS: Não realizou

OBSERVAÇÕES: Paciente relata que só pode urinar aos esforços por já urinar com a bexiga cheia e quando dorme, no quarto das pernas, costuma pedir até chegar ao banheiro; só utiliza fezes quando sai fora de casa, do contrário não usa o banheiro que chega um pouco já urina e fica assim.

OBJETIVO - trabalhar os músculos com firmeza

- Fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico
- Fortalecimento do assoalho pélvico
- Melhorar a hipertrofia

TRATAMENTO \* Fortalecimento da musculatura perineal

- \* Estimulação eletrostimulatória - 10Hz - 15 minutos (primeiro)
- 50Hz - 15 minutos (depois)

\* Terapia comportamental

\* Dieta funcional

\* Liberação miofascial do períneo

\* biofeedback - exercícios de contração do assoalho pélvico, nas posições supina, prone, decúbito lateral, sentada um pé, ponte, gato; séries tipo 1-3 séries de 6-8 repetições - força muscular (contração rápida) séries tipo 1-3 séries de 12-15 repetições (mantidas).

Letícia Nhonha Cardoso  
ALUNO