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

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS

FABIANA APARECIDA DE REZENDE

LUANA NASCIMENTO

MARIANE RODRIGUES MARTINS BOTELHO

NICOLLE FONSECA VALACIO

RÔMULO PAULO DA SILVA

LAVRAS-MG

2020

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

FABIANA APARECIDA DE REZENDE
LUANA NASCIMENTO
MARIANE RODRIGUES MARTINS BOTELHO
NICOLLE FONSECA VALACIO
RÔMULO PAULO DA SILVA

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências do curso de graduação em Fisioterapia.
Orientadora: Profa. Me. Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga.

LAVRAS-MG
2020

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico da Biblioteca Central do UNILAVRAS

A886 Atuação fisioterapêutica nas disfunções Uroginecológicas/ Fabiana Aparecida de Rezende… [et al.]. – Lavras:
Unilavras, 2020
122 f.: il.

Portfólio Acadêmico (Graduação em Fisioterapia) – Unilavras, Lavras, 2020.
Orientador: Prof. Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga.

1. Incontenência urinária. 2. Uroginecológica. I. Nascimento, Luana. II. Botelho, Mariane Rodrigues Martins. III. Valacio, Nicolle Fonseca. IV. Silva, Rômulo Paulo da. V. Alvarenga, Nívea Maria Saldanha Lagoeiro (Orient.).VI Título

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

FABIANA APARECIDA DE REZENDE
LUANA NASCIMENTO
MARIANE RODRIGUES MARTINS BOTELHO
NICOLLE FONSECA VALACIO
RÔMULO PAULO DA SILVA

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências do curso de graduação em Fisioterapia.

APROVADO EM: 20 de novembro de 2020.

ORIENTADORA

Profa. Me. Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga – Centro Universitário de Lavras/UNILAVRAS

PRESIDENTE DA BANCA

Profa. Dra. Grazielle Caroline da Silva – Centro Universitário de Lavras/UNILAVRAS

LAVRAS-MG

2020

Dedicamos este portfólio a todos os nossos familiares, amigos, professores, pacientes e ao Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS.

AGRADECIMENTOS

Fabiana Aparecida de Rezende

Chegamos ao fim de um ciclo pelo qual foi envolto por muitas gargalhadas, lagrimas, frustrações e felicidade, uma mistura de sentimentos que hoje só tenho a agradecer por tê-los sentido. Experiência na qual me permitiu conhecer diferentes pessoas, que de certa forma contribuíram em minha bagagem pessoal e profissional.

Sendo assim agradeço primeiramente a Deus por ter permitido que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida e ter a cada dia plantado a sementinha da perseverança que fez com que eu não desistisse perante os obstáculos encontrados ao longo desta caminhada.

Agradeço a meu esposo Jonathan Rezende pelo seu amor e por sua compreensão ao longo desta jornada e que, sempre esteve ao meu lado. Me fez forte para não desistir me apoiou no que foi necessário. Agora, ainda mais com a espera do nosso pequeno Joaquim, veio para me dar mais força, minha inspiração.

Aos meus pais, Luciana Rezende e José Marcos Rezende que sempre estão ao meu lado, dando forças e incentivo para que eu conseguisse chegar até aqui, alicerces.

Aos meus amigos da faculdade, ao longo desse período de graduação compartilharam junto comigo os inúmeros desafios que enfrentamos para estarmos aqui, sou muita grata por essas amizades, só tenho a agradecer a vocês.

A toda família pela torcida e a até aqueles que não, pois assim despertaram em mim, forças para mostrar que sou capaz e consegui.

Agradeço a todas as professoras pelo incentivo e atenção e apoio para a conclusão deste sonho, foi de grande valia seus conhecimentos.

Luana Nascimento

Primeiramente agradeço à Deus pela dadiva da vida, pois através da sua vontade esse sonho se torna possível, e por todas as oportunidades que constantemente me oferta.

Aos meus pais, minha mãe Jane, por ser um exemplo de mulher guerreira no qual me fez me tornar essa pessoa forte, persistente e que se faz presente principalmente em oração, meu exemplo da palavra Fé, ao meu pai José Marcio que mesmo distante nunca desacreditou em mim e durante as dificuldades encontrada sempre demostrou a tranquilidade para seguir em frente, meu irmão Lucas, a você meu imenso carinho e admiração. Obrigada por batalharem juntos a mim em busca da concretização dos meus sonhos.

A Profª Debora Galdino, pelo exemplo profissional, pela orientação prestada antes e durante a elaboração do mesmo, e principalmente por compartilhar seu conhecimento com amor nessa área no qual me fez encantar.

A todos os professores, pela nobre profissão por transmitir conhecimento, trazendo consigo a missão de nos preparar para o futuro, estão sendo essências ao meu amadurecimento, para que eu me tornasse uma pessoa melhor no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos da minha família, que me ajudaram de forma direta ou indireta pela presença, motivação, compreensão, e pelo carinho, reconhecimento e auxílio. Obrigada por acreditar em meus sonhos, por tudo que já fizeram e fazem por mim.

Meu agradecimento em especial vai aos meus amigos que durante essa jornada que encontramos diversas dificuldades e pensamentos negativos no qual dificultou nossa caminhada, são misturas de sentimos inexplicáveis, passamos por momentos de alegria e tristeza. Nicolle e Mariane dedico esse agradecimento a vocês, pois durante esse processo pude ter a certeza que a amizade vai muito além disso, já você, Rômulo, vem a cumplicidade e companheirismo, agradeço a confiança depositada em mim e principalmente por acreditar na minha capacidade como pessoa e profissional, sem você nada disso seria possível!

Mariane Rodrigues Martins Botelho

Sei o quão difícil se torna uma caminhada quando não se tem pessoas ao seu lado, hoje agradeço por todos aqueles que se fez presente em minha vida e fez do meu sonho possível.

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem ELE eu nada seria obrigada por me reerguer nos momentos de fraqueza e vontade de desistir, por toda sabedoria e discernimento que me fez chegar até aqui.

Agradeço a minha mãe Adriana por ser meu exemplo de mulher guerreira, que com todo amor e dedicação me ensinou o que é o certo e me fez uma grande mulher de princípios, foram anos difíceis mais no fim vencemos juntas, ao meu pai Moises, por sempre me apoiar e nunca desistir, você fez tudo isso ser possível minha eterna gratidão e admiração a esse grande homem, essa conquista é nossa.

O meu muito obrigada a minha professora e orientadora Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga por toda dedicação e conhecimento, por tornar possível a conclusão desse trabalho.

Aos meus professores do UNILAVRAS que durante toda a graduação dedicaram-se incansavelmente para que nos tornássemos profissionais de excelência, obrigada por todo incentivo.

A vocês meus avós Irene, Rui (in memoriam), Zeca e Tadeu que foram parte importante dessa caminhada me proporcionando muito amor e oração, minha eterna gratidão. A vocês Giliard e Dedé e a todos meus familiares, obrigados por todo apoio.

Aos novos e velhos amigos nada disso seria possível se não estivessem ao meu lado, vocês são parte das minhas melhores recordações.

Aos meus amigos Fabiana, Luana, Nicolle e Rômulo por todo empenho e carinho. Obrigada por tanto durante esses 5 anos que passamos juntos, só desejo a vocês, muito sucesso.

Nicolle Fonseca Valacio

Primeiramente agradeço a DEUS, sem sua sustentação e direção, nada disso seria possível, sempre me fez mais forte e perseverante a cada dia, fazendo desse ciclo, único.

Agradeço imensuravelmente à minha mãe Aparecida, que é exemplo de resiliência, por todo apoio e dedicação que depositou em mim, me fazendo seu espelho, e sendo base para que eu me tornasse quem sou. Agradeço ao meu Pai Joel por todo incentivo, por não medir esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. A eles que sempre se prontificaram cem por cento para que eu me tornasse uma mulher de princípios e valores, deixo aqui minha eterna gratidão.

Agradeço aos meus familiares que cada qual a sua maneira me incentivou e apoiou. Aos meus amigos agradeço por cada momento e todos os desafios passados juntos, por estarem sempre acreditando que eu posso ser melhor a cada etapa.

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

A todos os demais professores que até então fizeram parte da graduação e compartilharam conhecimentos sabedoria e experiências, dando o melhor para que possamos ser excelentes.

A Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS, por me receber e permitir a realização do meu estudo.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que fizeram parte dessa trajetória para a formação profissional e a todos que virão a fazer, à vida que sempre me proporcionou momentos inenarráveis, eu tenho minha eterna gratidão, são experiências que eu vou levar para sempre, é ao lado de bons que nos tornamos melhores.

Rômulo Paulo da Silva

Agradeço primeiramente a todos os tipos de teorias existentes que permitiram com que eu chegasse até aqui. Se te faz bem, acredite.

Aos meus pais e irmão, por estarem presentes em todos os momentos, que, independentemente da situação, nunca faltaram com uma palavra para que eu continuasse rumo aos meus objetivos, dedico essa vitória a vocês, afinal esse sonho é nosso.

Aos meus dois amores, por tanta paciência, carinho e compreensão. Ao longo desses anos, por diversos momentos fui falho em não retribuir tanto zelo e energias positivas que foram emanados a mim. Vocês foram e sempre farão parte da minha história.

Ao Centro Universitário de Lavras por proporcionar tantas experiências positivas que foram de suma importância para minha formação tanto profissional quanto pessoal.

A Me. Nívea M/aria Saldanha Lagoeiro Alvarenga pela orientação durante a elaboração deste portfólio.

Por fim, aos meus amigos que deram cor a esta jornada. Em especial aos que fizeram parte deste projeto, não foi fácil, mas sou grato por ter compartilhado essa experiência com vocês. E, claro, não poderia deixar de agradecer de forma única, o meu exemplo de liberdade, alegria, compaixão e estresse, obrigado por deixar meus dias mais leves, Luana.

“Nada é por acaso.”

(Zíbia Gasparetto, 2006)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fase de enchimento vesical fisiológico. 24
Figura 2 Fase de esvaziamento vesical fisiológico. 25
Figura 3 Adução de quadril. 37
Figura 4 Ponte. 37
Figura 5 Gato arrepiado. 38
Figura 6 Contração do períneo. 39
Figura 7 Aparelho de eletroestimulação. 40
Figura 8 Contração dos músculos do assoalho pélvico na posição sentada. 48
Figura 9 Ponte. 48
Figura 10 Adução na posição deitada. 49
Figura 11 Eletroestimulação. 50
Figura 12 Questionário de qualidade de vida. 57
Figura 13 Diário Miccional. 59
Figura 14 Terapia Comportamental. 62
Figura 15 Fortalecimento de glúteos. 64
Figura 16 Fortalecimento de abdutores. 64
Figura 17 Fortalecimento de adutores de quadril. 65
Figura 18 Fortalecimento de adutores de quadril com bola. 66
Figura 19 Exercício de ponte. 66
Figura 20 Alongamento de adutores de quadril. 67
Figura 21 Alongamento de Abdutores de quadril 67
Figura 22 Aparelho de eletroestimulação. 69
Figura 23 Aparelho de *biofeedback*. 70
Figura 24 Perineômetro. 77
Figura 25 Diário miccional. 79
Figura 26 Alongamento do Piriforme e trabalho respiratório. 81
Figura 27 Gato arrepiado. 82
Figura 28 “The Hundred”. 83
Figura 29 Fortalecimento de adutores de quadril. 84
Figura 30 Reeducação postural global. 85
Figura 31 Ponte sobre os ombros. 86

Figura 32 Conscientização dos músculos do assoalho pélvico. 97
Figura 33 Exercício de ponte sobre os ombros 97
Figura 34 Adução e Abdução do quadril associada a ativação do AP. 98
Figura 35 Anteversão e retroversão pélvica. 99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Resultados da anamnese. 29
Tabela 2 Escala de força e resistência muscular. 31
Tabela 3 Avaliação do assoalho pélvico. 32
Tabela 4 Diário miccional apresentado no início do tratamento. 33
Tabela 5 Resultados da anamnese. 42
Tabela 6 Escala Modificada de Oxford. 44
Tabela 7 Diário miccional. 45
Tabela 8 Reavaliação. 51
Tabela 9 Resultado da Anamnese. 53
Tabela 10 Avaliação do assoalho pélvico. 55
Tabela 11 Resultados. 71
Tabela 12 Resultados da anamnese. 74
Tabela 13 Escala de força e resistência muscular. 76
Tabela 14 Resultado da inspeção. 77
Tabela 15 Resultado da palpação. 78
Tabela 16 Resultados da anamnese. 91
Tabela 17 Avaliação do assoalho pélvico. 93
Tabela 18 Reavaliação. 99

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFA	Avaliação funcional do assoalho pélvico
AP	Assoalho pélvico
DD	Decúbito dorsal
DL	Decúbito lateral
EE	Eletroestimulação
EENM	Eletroestimulação neuromuscular
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontingência urinária de esforço
MAP	Músculos do assoalho pélvico
MMII	Membros inferiores
POP	Prolapsos de órgão pélvicos
QV	Qualidade de vida
RTU	Ressecção Transuretral da Próstata
SNC	Sistema nervoso central
TC	Terapia comportamental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
2 DESENVOLVIMENTO COLETIVO 20
2.1 Anatomia e Inervação da Região Pélvica 20
2.2 Sistema Genital 22
2.3 Micção 23
2.4 Incontinência urinaria 26
2.5 Avaliação 27
3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL 28
3.1 Fabiana Aparecida de Rezende 28
3.1.1 Incontinência urinária de urgência 28
3.1.2 Anamnese 29
3.1.3 Avaliação funcional do assoalho pélvico 31
3.1.4 Diário Miccional 32
3.1.5 Tratamento 34
3.1.5.1 Terapia comportamental 34
3.1.5.2 Cinesioterapia 35
3.1.5.3 Eletroestimulação 39
3.2 Luana Nascimento 40
3.2.1 Incontinência Urinaria por Esforço e Prolapso 40
3.2.2 Anamnese 42
3.2.3 Avaliação funcional do assoalho pélvico 43
3.2.4Diário miccional 44
3.2.5 Questionário de qualidade de vida 46
3.2.6 Tratamento 47
3.3 Mariane Rodrigues Martins Botelho 51
3.3.1 Incontinência Urinária Urgência 51
3.3.2 Anamnese 52
3.3.3 Avaliação do Assoalho Pélvico 53
3.3.4 Questionário de qualidade vida 56
3.3.5 Diário miccional 58
3.3.6 Tratamento 60

3.3.7 Resultados 70
3.4 Nicolle Fonseca Valácio 72
3.4.1 Vaginismo 72
3.4.2 Anamnese 74
3.4.3 Avaliação funcional do assoalho pélvico 75
3.4.4 Resultados da avaliação 77
3.4.5 Diário Miccional 78
3.4.6 Tratamento 79
3.4.7 Resultados 89
3.5 Rômulo Paulo da Silva 90
3.5.1 Incontinência Urinária Masculina por Esforço 90
3.5.2 Anamnese 91
3.5.3 Diário urinário 93
3.5.4 Tratamento 94
3.5.5 Resultados 99
4 AUTO AVALIAÇÃO 101
4.1 Fabiana Aparecida de Rezende 101
4.2 Luana Nascimento 102
4.3 Mariane Rodrigues 102
4.4 Nicolle Fonseca Valacio 103
4.5 Rômulo Paulo 104
5 CONCLUSÃO 106
5.1 Fabiana Aparecida de Rezende 106
5.2 Luana Nascimento 106
5.3 Mariane Rodrigues 106
5.4 Nicolle Valacio 107
5.5 Rômulo Paulo 107
ANEXOS 118
ANEXO A - Ficha de avaliação 118

1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia vem crescendo e transformando a cada dia, sempre buscando melhorias tanto para a prevenção quanto para reabilitação. A área uroginecologica atua no tratamento de disfunções dos músculos do assoalho pélvico, que são responsáveis pelo controle da urina e fezes. Atua também, dando sustentação aos órgãos pélvicos como bexiga, útero e reto.

Por meio deste, serão descritos relatos de casos vivenciados por acadêmicos na clínica-escola de fisioterapia do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS e na residência de um dos pacientes que foi acompanhado.

Eu, Fabiana Rezende, acompanhei um paciente de 61 anos, diagnosticado com Incontinência Urinaria de Urgência, com início dos sintomas há 1 e 7 meses após prostatectomia, admitido na clínica do UNILAVRAS para tratamento fisioterápico, com objetivo do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, inibição do detrusor, e a terapia comportamental; de modo a restabelecer sua qualidade de vida.

Eu, Luana Nascimento, acompanhei uma paciente de 43 anos, diagnosticada com Incontinência Urinária de Esforço e cistocele, com início dossintomas há 9 anos. Deu início ao tratamento em agosto de 2019 com objetivo de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, aliviar o sintoma e melhorar a qualidade de vida.

Eu, Mariane Rodrigues, acompanhei uma paciente de 64 anos diagnosticada com Incontinência Urinaria de Urgência com início dos sintomas há 6 anos, admitida na clínica do UNILAVRAS para tratamento fisioterápico em agosto de 2019, com o objetivo de inibir contrações involuntárias do detrusor, fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a qualidade de da vida.

Eu, Nicolle Valacio, acompanhei uma paciente com 41 anos, diagnosticada com vaginismo. Anteriormente esse quadro não a restringia, porém há aproximadamente um ano, compromete suas atividades de vida diária. A paciente iniciou o tratamento fisioterapêutico em agosto de 2019, com o objetivo de reeducação da musculatura do assoalho pélvico e o fortalecimento do mesmo, melhora da conscientização corporal e perineal, para assim proporciona-la maior conforto e qualidade de vida no dia a dia.

Eu, Rômulo Paulo, acompanhei um paciente de 67 anos, diagnosticado com Incontinência urinaria por Esforço. Após submissão de procedimento cirúrgico (prostectomia radical), pouco tempo depois, relata perda de urina a pequenos esforços. Procurou serviços de fisioterapia em meados de 2019 com objetivo de amenizar os sintomas, fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e melhorar a qualidade de vida.

2 DESENVOLVIMENTO COLETIVO

2.1 Anatomia e Inervação da Região Pélvica

De acordo com Baracho (2018) a pelve conhecida anatomicamente como cíngulo do membro inferior, é formada pelos ossos direito e esquerdo do quadril, que se articulam anteriormente através da sínfise púbica, e pelo osso sacro – vértebra atípica –, que se articula posteriormente com os ossos do quadril. O osso do quadril de cada lado é formado pela fusão entre três ossos: o ílio, que se localiza superiormente no osso do quadril; o ísquio, localizado posteriormente no osso do quadril; e o púbis, que se encontra anteriormente ao osso do quadril. A cavidade abdominal é contínua com a cavidade pélvica no tronco. A linha terminal que forma o estreito superior da pelve é uma referência anatômica que subdivide a pelve em duas cavidades: uma superior, conhecida como pelve falsa ou pelve maior, e a inferior ao estreito, conhecida como pelve verdadeira ou pelve menor. Esta última aloja os órgãos pélvicos. A cavidade pélvica verdadeira é delimitada inferiormente pelos músculos conhecidos como diafragma pélvico. Abaixo do diafragma pélvico, a região é denominada períneo.

Segundo Azevedo et al. (2007) o assoalho pélvico (AP) é constituído por músculos, fáscias e ligamentos, que juntos desempenham funções fundamentais de sustentação dos órgãos pélvicos e genitais, na ação esfincteriana uretral e anal e na função sexual, O AP é composto pelos músculos levantador do ânus, coccígeo e fáscias. O levantador do ânus subdivide-se em: pubococcígeo, puborretal, iliococcígeo, transverso profundo e esfíncter da uretra, que juntos representam a musculatura profunda, atuando especialmente no controle miccional e na defecação. Os músculos que formam a região superficial do AP e atuam na área urogenital, são: isquiocavernoso, transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e esfíncter do ânus, sendo este último responsável por formar o anel anal - constituído por músculos esquelético e liso.

O sistema urinário é composto por dois rins, dois ureteres, uma bexiga urinária e uma uretra. Os rins filtram o sangue e devolvem a maior parte da água e dos solutos à corrente sanguínea. A água e os solutos remanescentes formam a

urina, que passa pelos ureteres e é armazenada na bexiga urinária até ser expelida do corpo através da uretra (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

A urina, então, flui pela pelve renal e para dentro do ureter, que conduz até a bexiga, onde é armazenada. O músculo liso presente nas paredes dos cálices, da pelve e do ureter é responsável por propelir a urina por peristalse ao longo do seu trajeto (MARIEB; HOEHN, 2009).

O trajeto dos ureteres, ao se aproximarem da parede da bexiga urinária, difere-se entre homens e mulheres por causa das variações da natureza, dimensões e posições dos órgãos genitais. O ureter exerce um papel ativo no transporte da urina. A entrada da urina distende o ureter e estimula sua musculatura a contrair-se, propelindo a urina para dentro dá bexiga (MARTINI; TIMMONS; TALLITSCH, 2009).

A bexiga urinária é um saco muscular liso e colabável que armazena temporariamente a urina. Está localizada retroperitonealmente no AP posterior a sínfise púbica. Nos homens, a próstata circunda a parte inferior do colo da bexiga, local onde ela esvazia para a uretra. Nas mulheres, a bexiga é anterior à vagina e ao útero. O interior da bexiga possui aberturas para dois ureteres e para a uretra. A região lisa e triangular da base da bexiga delimitada por essas três aberturas é o trígono da bexiga, local frequentemente associado a processos infecciosos (MARTINI; TIMMONS; TALLITSCH, 2009).

Baracho (2018) descreve que as funções de armazenamento e esvaziamento vesical dependem da interação do sistema nervoso simpático e do parassimpático, bem como dos neurotransmissores não adrenérgicos, não colinérgicos e neuropeptídios, com ação de facilitação ou inibição na medula espinal e nas áreas superiores do sistema nervoso central (SNC). O principal centro facilitador da micção é o centro pontino, localizado na substância cinzenta pontinomesencefálica, o qual serve como via final de todos os neurônios motores vesicais. O cerebelo coordena o relaxamento do AP e também a frequência, a força e a amplitude das contrações do detrusor; além disso, faz interconexões com os centros de reflexos encefálicos. O córtex cerebral exerce efeito inibitório sobre a micção, que é deflagrada pelo sistema nervoso periférico e controlada pelo SNC.

Segundo Guyton e Hall (2006), fibras motoras do nervo pélvico são fibras parassimpáticas. Elas terminam em células ganglionares localizadas na parede da bexiga. Pequenos nervos pós-ganglionares inervam o músculo detrusor.

Ainda segundo Guyton e Hall (2006), além dos nervos pélvicos, dois outros tipos de inervação são importantes na função vesical. Os mais importantes são as fibras motoras esqueléticas no nervo pudendo, que inervam o esfíncter externo da bexiga. Estas são fibras somáticas e inervam e controlam o músculo esquelético voluntário do esfíncter externo.

A uretra é um tubo muscular de parede fina que drena a urina e a conduz para fora do corpo. Na junção entre a bexiga e a uretra, um espessamento do músculo detrusor forma o esfíncter interno da uretra. Esse esfíncter involuntário mantém a uretra fechada quando a urina não está passando e evita que haja vazamento entre as micções. O esfíncter externo da uretra é formado por músculo esquelético, dessa forma sendo controlado voluntariamente (MARTINI; TIMMONS; TALLITSCH, 2009).

Nas mulheres a uretra tem apenas de 3 a 4 cm e é ligada firmemente à parede vaginal anterior por tecido conectivo fibroso. Sua abertura externa, o óstio externo da uretra, fica anterior a abertura vaginal e posterior ao clitóris. Nos homens, a uretra mede aproximadamente 20 cm de comprimento e possui três regiões. A parte prostática da uretra, com cerca de 2,5 cm de comprimento, passa por dentro da próstata. A parte membranácea da uretra, que passa através da membrana do períneo, estende-se por cerca de 2 cm desde a próstata até o começo do pênis. A parte esponjosa da uretra, com cerca de 15 cm de comprimento, passa através do pênis e se abre na sua extremidade no óstio externo da uretra, por onde são eliminados o sêmen e a urina para fora do corpo (MARTINI; TIMMONS; TALLITSCH, 2009).

2.2 Sistema Genital

O sistema genital feminino pode ser dividido em estruturas externas e internas. O órgão genital externo é denominado vulva ou pudendo e inclui o monte do púbis, os lábios maiores e menores, o clitóris, os bulbos do vestíbulo e as

glândulas vestibulares maiores e menores. Os órgãos internos são constituídos pela vagina, pelo útero, pelas tubas uterinas ou trompas e pelos ovários.

Os órgãos genitais internos masculinos são compostos por testículos, epidídimos, ductos deferentes, glândulas seminais, ductos ejaculatórios, próstata e glândulas bulbouretrais. Apesar de estarem localizados externamente no indivíduo adulto, os testículos e o epidídimo são considerados órgãos internos devido à sua posição durante o desenvolvimento embrionário e à sua correlação com as gônadas femininas internas. Os órgãos genitais externos incluem a uretra, o pênis e o escroto. A genitália masculina tem como funções a reprodução e a micção.

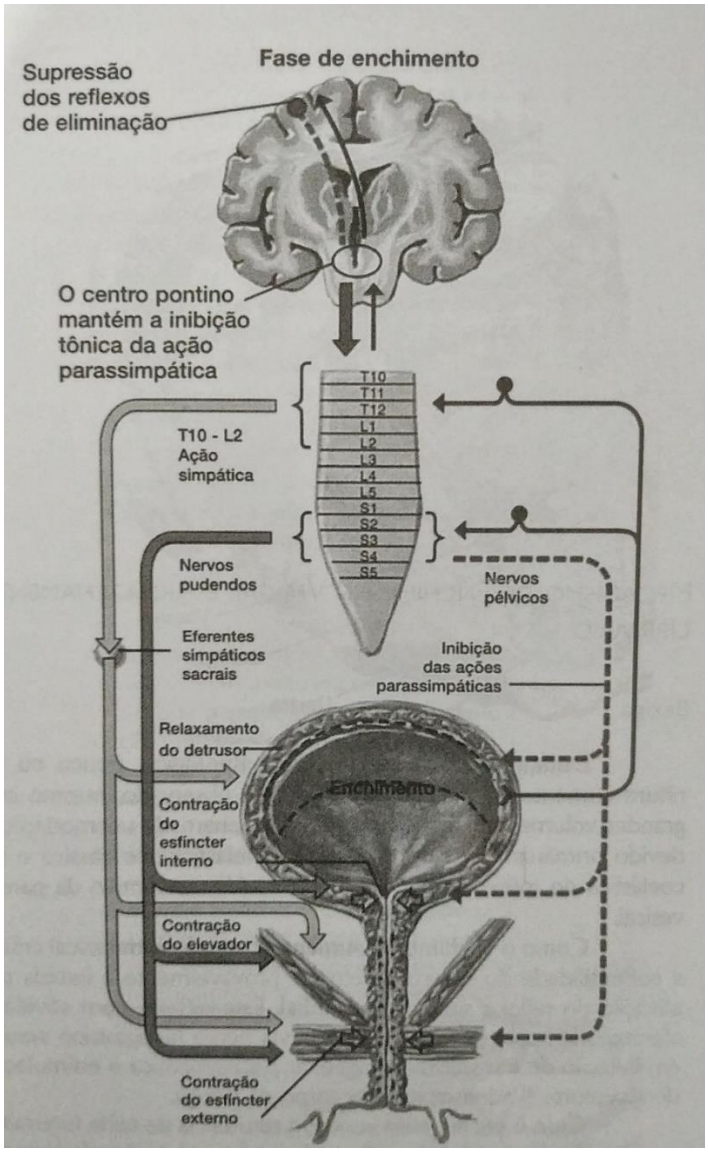
2.3 Micção

Conforme Camargos e Melo (2001), com o enchimento vesical, a sensação de plenitude torna-se consciente. A micção então pode ser adiada voluntariamente por ação dos hemisférios cerebrais, até que local e posição adequados sejam encontrados. Normalmente é possível iniciar o reflexo de micção com qualquer volume de urina na bexiga. Para isso, ocorre descida da base vesical e redução via sacral da pressão intrauretral através do relaxamento da musculatura estriada uretral e do AP, seguida da contração do músculo detrusor que é mantida até que a bexiga esteja vazia. A interrupção voluntária do fluxo miccional pode ser realizada mediante a contração da musculatura estriada (uretral do AP) resultando em aumento temporário da pressão do detrusor que se segue de inibição reflexa da contração desse músculo.

Baracho (2018) relata que bexiga é um órgão autônomo constituído de músculo liso, com função de armazenar urina sem esforço, sem dor e sem perda involuntária, além de eliminá-la completa e voluntariamente sem esforço e também sem dor. Ela funciona como um sistema de baixa pressão que acomoda um crescente volume de urina sem haver elevação de pressão vesical. Concomitantemente, há aumento da resistência à saída de urina. A função de armazenamento é mediada principalmente pelo sistema nervoso simpático. O sistema nervoso simpático origina-se da medula espinal, entre T10 e L2. Seus gânglios próximos à medula utilizam a acetilcolina como neurotransmissor pré-

ganglionar e a norepinefrina como neurotransmissor pós-ganglionar. Esta última estimula os receptores alfa na uretra, com consequente aumento do tônus e fechamento uretral. A estimulação dos receptores beta, localizados no corpo da bexiga, diminui o tônus muscular vesical.

Figura 1 - Fase de enchimento vesical fisiológico.

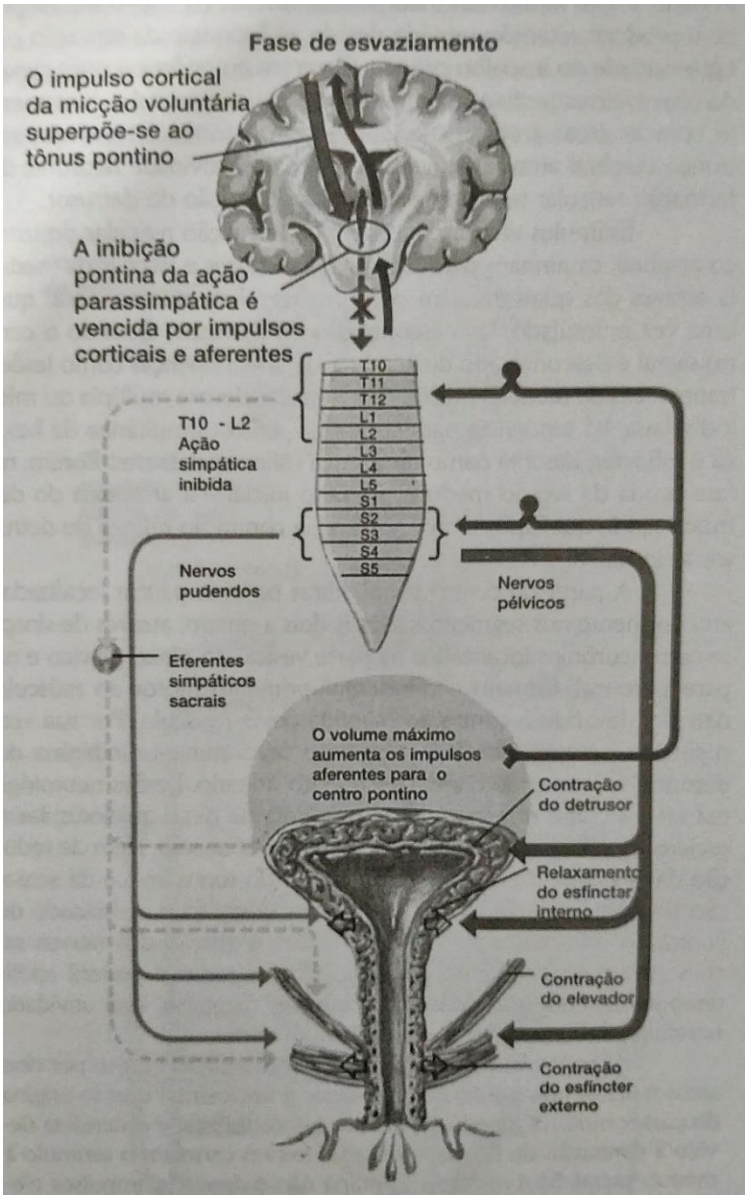


Fonte: Camargos e Melo (2001).

A fase de esvaziamento vesical é mediada, principalmente, pelo sistema nervoso parassimpático, responsável pelo controle motor do detrusor, promovendo contração vesical efetiva. Origina-se da medula espinal sacral, entre S2 e S4, junto

com a inervação somática do AP, a uretra e o esfíncter externo do ânus. Os neurônios parassimpáticos, tanto pré-ganglionares longos quanto pós-ganglionares curtos, localizam-se na musculatura detrusora e utilizam a acetilcolina como neurotransmissor. O esvaziamento completo e frequente é um mecanismo de defesa da bexiga contra infecção urinária (BARACHO, 2018).

Figura 2 - Fase de esvaziamento vesical fisiológico.



Fonte: Camargos e Melo (2001).

2.4 Incontinência urinária

A continência é mantida por contração dos músculos do esfíncter e do AP e relaxamento do músculo da bexiga (músculo detrusor). A micção adequada requer o relaxamento dos músculos do esfíncter e do AP ao mesmo tempo que o músculo da bexiga está contraído. Este processo está sob controle neurológico. Falha em qualquer músculo ou neurológico função ou ambos resultarão em incontinência ou retenção urinária.

Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988 ter considerado a IU uma doença e não mais uma condição, levando-se em conta seus efeitos debilitantes, relativos à saúde e ao bem-estar, essa só foi incluída na Classificação Internacional e Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICIDH-2) a partir de 2001, passando, assim, a integrar a Classificação Internacional de Doenças (CID10) (DELARMELINDO, 2010).

A Sociedade Internacional de IU considera como uma síndrome e define como “qualquer queixa de perda de urina”, representando um problema higiênico, social e interferindo na QV de seu portador (HAYLEN et al.2011; LINO, 2011; OLIVEIRA, 2012).

A IU, caracterizada por perda involuntária de urina é um grave problema social e de saúde cuja incidência está a aumentar. A IU é diagnosticada mais frequentemente em mulheres do que em homens, e em 2018, estava previsto que afetaria quase 420 milhões de pessoas (300 milhões de mulheres e 120 milhões de homens) em todo o mundo. No entanto, este número pode ser subestimado por causa da natureza íntima da IU (BORGES et al., 2008).

Os principais tipos de IU são por esforço (IUE), urgência (IUU), e IU mista (IUM). Resumidamente, IUE é caracterizada por perda de urina como consequência de um aumento da pressão intra-abdominal, que resulta em um aumento da pressão intravesical que excede a pressão máxima de fechamento uretral. Esta situação ocorre, por exemplo, durante a tosse, espirros ou saltos. Em IUU, perda de urina ocorre com forte urgência miccional e a IUM combina os sintomas dos dois tipos acima, e a perda involuntária de urina está associada com urgência e/ou aumento da pressão intra-abdominal.

A IU persistente (crônica) pode ser decorrente de várias alterações corporais, tais como, alterações cerebrais, vesicais ou uretrais ou problemas dos nervos que inervam a bexiga. Essas alterações são geralmente comuns em idosos e mulheres no período de pós-menopausa (FERNANDES; JUCÁ, 2008).

A perda involuntária de urina, na mulher, traz implicações sociais e nas atividades de vida diária, com isso, interfere negativamente na QV de muitas delas (MATHEUS et al., 2006).

A IU reduz significativamente a QV das mulheres. Vergonha, ansiedade e medo de cheiro desagradável ou perda descontrolada de urina levam à retirada das mulheres afetadas de vida social. As mulheres que sofrem de IU são caracterizadas por um maior grau de distúrbios emocionais do que aqueles com micção normal. As mulheres com IU são mais propensas a sofrer de transtornos depressivos e ansiedade. IU também tem um efeito negativo sobre a vida sexual das mulheres e reduz a autoestima.

Os sinais e sintomas mais característicos identificados em pacientes com IU são: urgência, polaciúria, noctúria, enurese noturna, urge-incontinência e perda aos esforços (FIGUEIREDO et al., 2008).

2.5 Avaliação

A ficha de avaliação utilizada para coleta de dados apresentados neste portfólio é fornecida pela clínica de fisioterapia do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS, disponibilizada em anexo A.

3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

3.1 Fabiana Aparecida de Rezende

3.1.1 Incontinência urinária de urgência

A Sociedade Internacional de Continência define IU como queixa de qualquer perda (saída involuntária) de urina. No homem é frequente a IU (IU) após a ressecção transuretral da próstata (RTU) e a prostatectomia radical, utilizadas amplamente no tratamento do câncer da próstata (OLIVEIRA et al., 2005).

A prostatectomia radical é o mais antigo e possivelmente o mais eficaz método de tratamento do câncer de próstata localizado. No entanto, essa operação causa muitas complicações, entre as quais a IU é a mais aflitiva (FLORATOS et al., 2002).

A incontinência após prostatectomia é uma complicação de difícil tratamento que causa um profundo impacto negativo na QV do indivíduo, gerando dificuldades psicológicas como ansiedade, insônia e depressão, além de complicações como infecção recorrente do trato urinário, dermatites, constrangimento, afetando profundamente a autoestima do indivíduo (KORNBLITH, WALSH, BRASLIS et al., 2007).

O procedimento prostatectomia está associado a uma série de questões como disfunção da bexiga, intestinal e sexual devido às complicações da cirurgia. A IU depende da integridade dos esfíncteres interno e externo. Por sua vez, a função do esfíncter externo depende do bom funcionamento de suas fibras musculares. (PETRY, KAKIHARAet al., 2014).

Em pacientes submetidos à prostatectomia radical, a IU pós-operatória pode ter um efeito significativo na QV. Ao longo dos últimos anos, muitas medidas preventivas foram prescritas para diminuir o risco de IU após a realização desta cirurgia, incluindo a realização dos procedimentos fisioterapêuticos no pós-operatório. Pacientes com IU devido à instabilidade vesical, são bons candidatos para fisioterapia, e geralmente adquirem continência dentro de um ano após a cirurgia. No entanto, os pacientes que têm IU persistente são mais difíceis de tratar

(PEYROMAURE et al., 2014), embora a IU não coloque a vida das pessoas em risco, pode-se ter sérias complicações do tipo social, psicológica e econômica, afetando adversamente a QV dos pacientes (LOPES,2014).

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 (IVANDRA, 2007).

Foi possível notificar a eficácia da fisioterapia quanto aos sintomas urinários, como: a diminuição da perda urinária devido ao aumento da força de contração da musculatura pélvica, aumento do intervalo entre as micções e, consequentemente, diminuição da frequência urinária, diminuição do grau de incontinência e também maior satisfação dos pacientes quanto à QV. Além disso, a fisioterapia aplicada logo após a retirada da sonda vesical mostrou-se mais efetiva do que quando iniciada semanas após a cirurgia, sendo que os melhores resultados são observados nos primeiros quatro meses do pós-operatório.

Além do fortalecimento do MAP por cinesioterapia, também pode incluir *biofeedback* estimulação elétrica funcional (HUNTER et al.,2014). Estimulação elétrica tem mostrado resultados promissores para o tratamento da IU, pois é capaz de reeducar os músculos da pelve.

3.1.2 Anamnese

O paciente A.C.R.A foi submetido 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. 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 na tabela 1, a seguir:

Tabela 1- Resultados da anamnese.

Idade	61 anos
Profissão	Aposentado
Estado civil	Casado

Peso	68 kg
Altura	1,60 m
Diagnóstico clinico	Paciente chegou apenas com um encaminhamento para avaliação, sem diagnóstico
Queixa principal	Perder urina quando espirra ou tosse
Início dos sintomas	Final de 2018, após uma cirurgia de retirada de próstata
Perda de urina aos esforços	Não
Urgência miccional	Apresenta
Urgincontinência	Apresenta
Forma que perde urina	Em gotas
Quantidade de liquido ingerido por dia	Em média 1,5 litros.
Frequência da micção	6 vezes ao dia e 1 vez a noite
Enurese Noturna	Sim
Noctúria	Não
Uso de forro (absorvente)	Sim
Sintomas de infecção (Desconforto para urinar, dor, urina fétida)	Sim
Durante o ato miccional	Sensação de Resíduo
Funcionamento do intestino	Normal
Atividade sexual	Ausente
Patologias associadas	Não apresenta
Medicação em uso	Dostinex
Antecedentes Ginecológicos	
Cirúrgico	Próstata

Fonte: Do autor (2020).

3.1.3 Avaliação funcional do assoalho pélvico

A avaliação do AP é baseada em um exame de palpação e visualização da região perianal, para encontrar suas imperfeições. O paciente foi posicionado em decúbito lateral (DL) em um espaço confortável e com iluminação adequada.

A visualização foi focada em observar e fazer a inspeção do local observando coloração, sensibilidade, presença do reflexo cutâneo anal, palpação. Também foi observado se havia alguma distopia. Realizado a palpação através do exame de toque.

O paciente foi orientado a ficar relaxado e tranquilo e 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 na tabela 2. Também foi avaliado na palpação, sensibilidade, tônus, presença de nódulos.

Tabela 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 PhysicalAssociation'sSectiononWomen'sHeath* afirma que o exame interno dos músculos do AP é compatível com a prática fisioterapêutica, se adaptando às políticas nacionais de fisioterapia que exigem a realização de testes e medidas da função neuromuscular como auxílio para a avaliação ou tratamento de condições médicas específicas (GUCCIONEet al., 2002).

Os resultados da avaliação do AP estão apresentados na tabela 3, a seguir:

Tabela 3- Avaliação do assoalho pélvico.

Inspeção	Apresenta coloração normal, não tem a presença de cicatriz, hemorroida, fístulas. Capacidade visível de contração dos mmAP: Sim.
Palpação	Ausência de nódulos ou qualquer outra característica anormal no tecido.
Distopias	Ausentes
Sensibilidade	Normal
Reflexos	Contração perineal presente
Contração perineal	Presente, grau 1
Compreensão dos exercícios perineais	Ótima
Musculatura acessória	Musculatura acessória: Adutores: Grau 4 abdutores: Grau 4, Glúteo Máximo: Grau 3, Abdominais: Grau 3
Dados urodinâmicos	Não foi realizado esse exame
Observações	Não há perda urinária durante movimento de valsava

Fonte: Do autor (2020).

3.1.4 Diário Miccional

O diário miccional é um registro realizado pelo próprio paciente durante 2 a 7 dias, do horário e volume de urina produzido por ele. É possível verificar com objetividade a frequência miccional comparada à impressão subjetiva da paciente, o grau exato de perda urinária e noctúria, os volumes que estão sendo urinados, o

volume ingerido de líquido e a presença de bebidas contendo cafeína ou produtos laticínios que são irritantes vesicais (IVANDRA, R. G et al 2007).

Foi utilizado o diário miccional da Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS, desenvolvido e baseado em Baracho (2018). Para a realização do preenchimento do diário miccional, o paciente foi orientado a registrar todas as vezes que fosse ao banheiro (diurno e noturno), volume urinado, urgência miccional, frequência de perdas urinárias, enurese noturna, quantidade de liquido ingerido.

Abaixo, na tabela 4, pode-se observar o resultado do diário miccional preenchido pelo paciente. Nota-se que os intervalos estão dentro dos padrões esperados com poucas oscilações de intervalo esperado.

Tabela 4- Diário miccional apresentado no início do tratamento.

Nome: A.C.R				Idade: 61 anos		
Data da realização: 11/03/2020				Dormiu: 21:00	Acordou: 6:00	
Preencher esse diário em um período de 24 horas.						
Horário	Quantidade e tipo de liquido ingerido	Volume urinado	Caso faça cateterismo intermitente	Necessidade urgente de urinar Mais leve ++ moderada +++ severa	Caso tenha perda involuntária de urina + gotas ++colheres +++ copos	Atividade na ocasião da perda de urina (tosse, espirro, subir escadas...)
6:00	300mL	400mL		++	++	
9:00	200mL	-				
10:15	-	350mL				
12:15	300mL	-				
14:40	300mL	200mL				
16:40	200mL	-				
18:25	-	350mL				
20:00	200mL	-				
21:00	-	200mL				
1:45	350mL	350mL		++	++	
6:15	200mL	---				
8:20	300mL	---				
10:30	-	400mL				
12:45	250mL					

14:30	---	250mL				
15:30	200mL	---				
16:00	200mL	-				

Fonte: Do autor (2020).

3.1.5 Tratamento

O plano de tratamento para este paciente consistiu em terapia comportamental, cinesioterapia e EE.

3.1.5.1 Terapia comportamental

A terapia comportamental inclui mudanças de hábitos de vida através de diário miccional, exercícios de relaxamento, redução de alimentos irritantes vesicais na dieta (cafeína, adoçantes artificiais, frutas ácidas, tomates, chocolates, laticínios e álcool) e aumento da ingesta de líquidos para evitar a excessiva concentração de urina (MARTINS, 2000).

Segundo Moreno (2004), a terapia comportamental é uma associação de técnicas cuja base é a ideia de que pacientes com IU podem ser educados sobre a patologia e podem desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a incontinência. Entre as principais técnicas citam-se o treinamento vesical, a ingesta hídrica, a educação sobre o trato urinário inferior e suas patologias e a cinesioterapia.

Por meio de estudos observacionais, concluiu-se que a terapia comportamental é uma associação de técnicas, as quais têm como princípio a educação das pacientes sobre sua patologia e desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a IU. É especialmente indicada para pacientes com frequência urinária, urgência e urge-incontinência (PAYNE et al., 2000).

Foi utilizado a terapia comportamental da Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS, desenvolvida a partir de Baracho (2018). O paciente foi orientado a manter os intervalos de uma hora e quinze minutos entre uma micção e outra, e ir

aumentando gradualmente, de quinze em quinze minutos. Contudo, não foi possível quantificar o progresso devido ao isolamento social provocado pela pandemia de COVID-19 que paralisou as atividades da clínica escola.

3.1.5.2 Cinesioterapia

Os músculos do AP são constituídos de 70% de fibras do tipo I (fibras de contração lenta) e 30% de fibras do tipo II (fibras de contração rápida). Assim, as fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigravitacional dos músculos do AP, mantendo o tônus constante e também na manutenção da continência no repouso. E as do tipo II são recrutadas durante aumento súbito da pressão abdominal contribuindo assim para o aumento da pressão e o fechamento uretral. (CAMARRÃO et al., 2003; OLIVEIRA; LOPES, 2006; ZANATTA; FRARE, 2003). O termo treinamento de força tem sido usado para descrever um tipo de exercício que requer que os músculos se movam (ou tentem se mover) (FLECK et al., 1999).

A força muscular é então adquirida através da prática de exercícios específicos para o AP baseados no preceito de que os movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular e seus efeitos benéficos incluem desenvolvimento, melhora, restauração ou manutenção da força, da resistência, da mobilidade, da flexibilidade, do relaxamento, da coordenação e da habilidade através dos movimentos (HILBERATH, 2006; RUBINSTEIN, 2001).

A cinesioterapia é então, uma terapia que utiliza dos movimentos, como forma de tratamento que proporciona o aumento da força muscular, uma resistência à fadiga, melhorando a mobilidade, a flexibilidade e a coordenação muscular (AMARO; GAMEIRO, 2001). E baseado neste preceito das contrações repetidas, esses exercícios têm sido indicados em alguns casos de IU, devido ao aumento dos tônus das fibras musculares lentas e das fibras musculares rápidas (BERNARDES et al., 2000; CAMARRÃO et al., 2003; LAYCOCK, 1994).

A atuação do fisioterapeuta na reeducação perineal do AP, tem como finalidade melhorar a força de contração das fibras musculares, promover a reeducação abdominal e um rearranjo estático lombo pélvico através de exercícios, aparelhos e técnicas. Assim, estes poderão ajudar a fortalecer os músculos

necessários para manter a continência urinária (SOUZA, 2002). A reeducação da musculatura do AP torna-se imperativo no programa de exercícios atribuídos para pacientes vindos sob forma preventiva ou até mesmo curativa da patologia, além de melhorar a função sexual. Porém, os melhores resultados do tratamento fisioterapêutico da IU são obtidos nos casos leve ou moderado (MORENO et al., 2004).

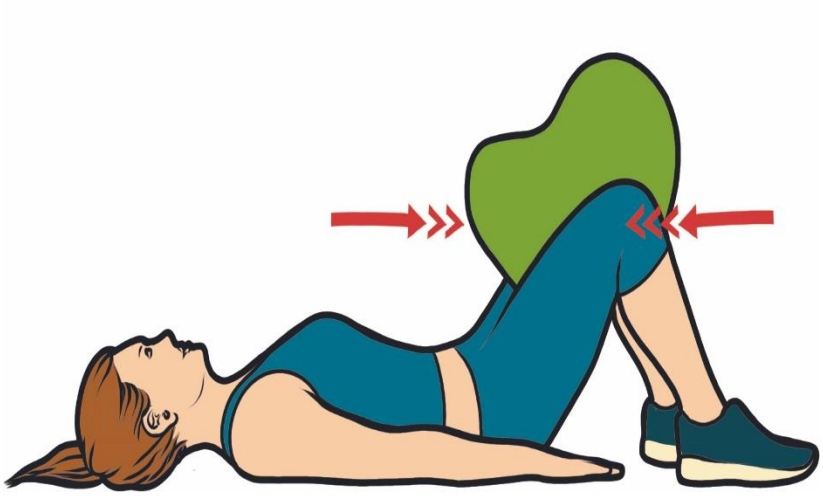
De acordo com Geo e Lima (2001), a cinesioterapia para o AP é isenta de efeitos colaterais e morbidade, ao contrário das cirurgias. Por isso, hoje o tratamento fisioterapêutico está sendo cada vez mais utilizado devido ao seu resultado positivo no tratamento da incontinência, porém depende de uma boa avaliação do paciente e da escolha da técnica e parâmetro de tratamento para cada tipo de patologia que será tratada.

Como parte do programa de tratamento, o paciente recebeu uma lista de exercícios para fortalecimento dos músculos do AP, a serem realizados em seu domicílio.

Os exercícios prescritos priorizaram fibras do tipo II, associando contração do períneo com respiração diafragmática. As imagens a seguir demonstram os exercícios realizados pelo paciente ao longo do tempo de tratamento na clínica.

Na figura 3, é demonstrado um exercício com intuito de contrair períneo. Ao mesmo tempo, o paciente é orientado a apertar a bola, realizando adução de quadril. A contração é mantida por 3 segundos, após, ele é orientado a relaxar simultaneamente as pernas e o períneo. Foram realizadas 10 repetições para cada exercício podendo progredir ao passar do tempo.

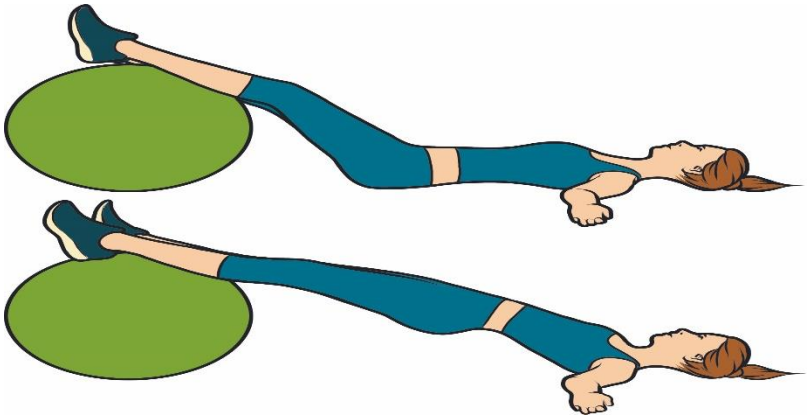
Figura 3 - Adução de quadril.



Fonte: Google imagens (2006).

Na figura 4, exercício de ponte. Paciente deitado sobre um tatame com os pés sobre uma bola suíça ou até mesmo um banquinho, com as pernas elevadas. O paciente é orientado a contrair o períneo de forma rápida e relaxar por uma repetição de 20 vezes, pode se dar o comando para que ele faça uma elevação pélvica contraindo e na volta relaxando.

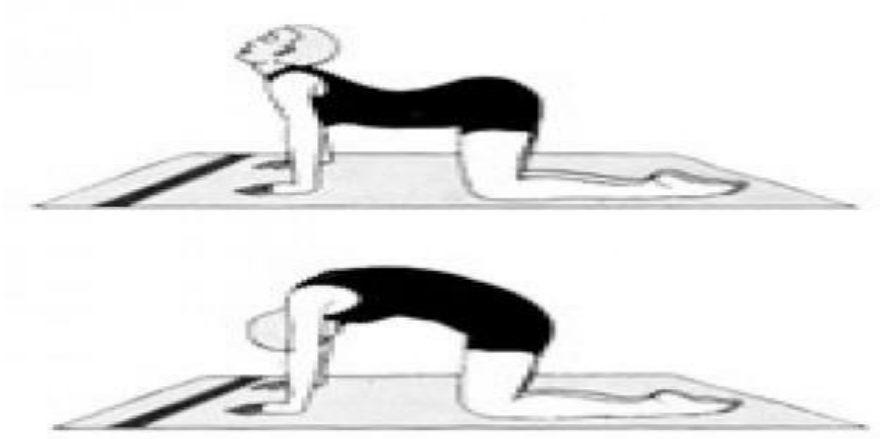
Figura 4- Ponte.



Fonte: Google imagens (2006).

Na figura 5, é demonstrado o exercício de gato arrepiado. O paciente em posição de quatro apoios sobre o tablado e orientado a realizar báscula de quadril e consequentemente contraindo o períneo durante a expiração sustentando por 3 segundos.

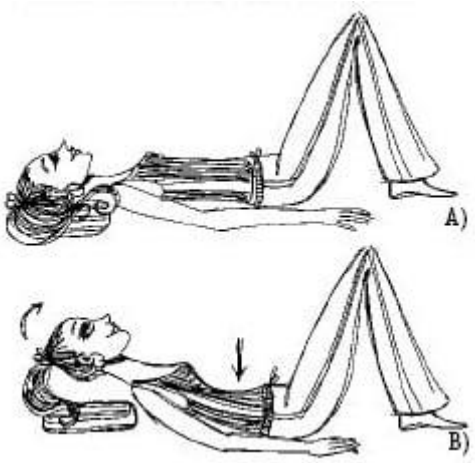
Figura 5- Gato arrepiado.



Fonte: Google imagens (2011).

Na figura 6, paciente deitado sobre o tatame com as pernas dobradas e relaxadas. É dado o comando para que ele contraia o períneo associado a respiração, para que, com isso o paciente aumente sua concentração no exercício e ative a musculatura acessória, como multífidos, potencializando o efeito do exercício. O comando será inspirar relaxando e expirar contraindo o períneo por 20 contrações.

Figura 6- Contração do períneo.



Fonte: Google imagens (2007).

3.1.5.3 Eletroestimulação

O objetivo da eletroestimulação neuromuscular (EENM) é a aplicação de corrente elétrica que estimula a inervação da víscera pélvica ou o suprimento de sua inervação. O objetivo da EENM é induzir diretamente uma resposta terapêutica ou passar a modular as disfunções do TUI, intestinais e sexuais (ABRAMS et al., 2002).

Já a EE facilita a contração dos músculos estriados periuretrais pela ativação do esfíncter e inibição do músculo detrusor (FALLet al., 2007).

Acredita-se que o estímulo elétrico é capaz de aumentar a pressão intrauretral por meio da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, mas também aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do AP, 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).

Foi utilizado a EE funcional com eletrodo endo-anal, ode o paciente foi orientado quanto a este tipo de tratamento invasivo, mas de grande importância para seu tratamento. Nas sessões de EE, foi utilizada frequências baixas (5 HZ a 10 HZ), com sessões de no mínimo 40 minutos uma vez por semana. Barbosa et al. (2018) sugerem que a frequência de estimulação ideal é de 10 a 20 Hz para a IUU. A figura 7, apresenta o aparelho utilizado nas sessões.

Figura 7 - Aparelho de eletroestimulação.

Fonte: Google imagens (2013).

Infelizmente, devido a paralisação (COVID-19), não foi possível quantificar resultados positivos no quadro geral. Afinal, o paciente foi submetido há apenas 3 intervenções fisioterapêuticas.

3.2 Luana Nascimento

3.2.1 Incontinência Urinaria por Esforço e Prolapso

A IUE é como a “[...] queixa de perda involuntária de urina no esforço físico, espirro ou tosse” (ABRAMS et al., 2003). Segundo Hannestadet al. (2000) e Siracusanoet al.(2014), a IUE é o tipo mais comum de 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.

De acordo com Rett et al. (2007), os transtornos emocionais, pessoais e sociais das mulheres acometidas com a perda urinária, torna essencial a aplicação da avaliação de 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 QV dessas mulheres.

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 fáscias e dos músculos do AP e a falta ou ausência de estrógeno.

O tratamento da IUE pode ser conservador ou cirúrgico, e a abordagem ainda é tradicionalmente cirúrgica no Brasil (AMARO; GAMEIRO, 2001). De acordo com Feldneret 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.

Denomina-se prolapso genital as várias alterações anatômicas que acometem o canal vaginal e estrutura circundantes em decorrência da perda de apoio aponeurotico, ligamentoso e muscular. As alterações podem ser da parede vaginal anterior, parede vaginal posterior e períneo, do útero e da cúpula vaginal (CAMARGOS; MELO, 2001).

Segundo Knorstet al. (2012) o prolapso genital decorre do desequilíbrio de forças responsáveis por manter os órgãos pélvicos, posicionados normalmente e daquelas que tendem a impedir sua saída da pelve. O prolapso é mais comum em mulheres multíparas e com idade mais avançada em decorrência de deficiência

estrogênica e do envelhecimento, ligados ao relaxamento das estruturas do AP, levando à incapacidade de manter o órgão pélvico em sua posição normal.

Prolapso genital significa a queda ou descida de um ou mais órgãos pélvicos. Os prolapsos não acometem exclusivamente a bexiga, mas sim o útero, reto e intestino também podem sofrer esse rebaixamento.

É comum ouvirmos como principal queixa a sensação de ter uma “bola na vagina", seguida de outros sintomas como: dores na região pélvica, corrimentos e sangramentos vaginais, falsa necessidade de ir ao banheiro, dores e dificuldades durante a relação sexual causando sim a alteração miccional.

3.2.2 Anamnese

A paciente E.S.L 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. 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 na tabela 5, a seguir:

Tabela 5- Resultados da anamnese.

Idade	43 anos
Profissão	Cabelereira
Estado civil	Casada
Peso	65 kg
Altura	1,67 m
Diagnóstico clinico	IU de esforço e prolapso de bexiga (cistocele).
Queixa principal	Quando tosse, perde urina (SIC).
Início dos sintomas	Há 9 anos, após a perda de seu pai.
Perda de urina aos esforços	Sim, quando tosse e espirra
Urgência miccional	Não
Urgincontinência	Não
Forma que perde urina	Em gotas
Quantidade de líquido ingerido por dia	Em média 4 litros

Frequência da micção	7 vezes
Uso de forro (absorvente)	Sim
Durante o ato miccional	Conforto
Funcionamento do intestino	Normal
Antecedentes ginecológicos	
Cirúrgico	Somente cesária
Menarca	13 anos
Menopausa	Não
Antecedentes obstétricos	
Gestação	3
Parto	3
Aborto	0
Peso do maior recém-nascido	3,300kg, 56cm
Atividade sexual	Ativa
Patologias associadas	Não
Medicação em uso	Sertralina 50mg

Fonte: Do Autor (2020).

3.2.3 Avaliação funcional do assoalho pélvico

A avaliação do assoalho pélvico é feita através da visualização e palpação da vagina, com a finalidade de detectar possíveis anormalidades. A paciente é posicionada em posição ginecológica (paciente em decúbito dorsal (DD) e membros inferiores flexionados e abduzidos sobre a maca), é indispensável que o local seja confortável e com iluminação adequada.

Aspectos mais relevantes a serem observados são: Quantidade de pelos, coloração e trofismo dos grandes e pequenos lábios e, se porventura há alguma distopia. Quanto a palpação, foi realizada através do exame de toque

Para quantificar o grau de força de contração da musculatura pélvica é necessário e instruído que a paciente contraia e mantenha pelo máximo de tempo possível. A resistência e a força foram mensuradas pela escala de força e

resistência muscular, paciente foi quantificada com grau de força 2, baseando-se na escala de Oxford Modificada, tabela 6:

Tabela 6- Escala Modificada de Oxford.

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).

3.2.4 Diário miccional

O diário miccional pode ser usado no diagnóstico clínico da hiperatividade vesical. A paciente registra durante 1 ou 3 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, obtêm-se o débito urinário de 24h, o número de micções diárias, a capacidade vesical funcional (maior volume eliminado) e o volume médio eliminado (BARACHO, 2018).

Com o uso do diário miccional, a paciente faz um auto monitoramento dos dados miccionais, registrando os horários, volume de urina, frequência das micções, frequência do uso de absorventes, episódios de incontinência (perda de urina) e a ingestão de líquidos, promovendo a reeducação de seus hábitos urinários. Essa forma de auto monitoramento faz com que o fisioterapeuta tenha parâmetros de acompanhamento do quadro.

A seguir, na tabela 7, diário miccional da paciente.

Tabela 7- Diário miccional.

Nome: E.S.L				Idade: 43 anos		
Data da realização: 16/09/2019				Dormiu: 22:30	Acordou: 6:40	
Preencher esse diário em um período de 24 horas.						
Horário	Quantidade e tipo de liquido ingerido	Volume urinado	Caso faça cateterismo intermitente	Necessidade urgente de urinar Mais leve ++ moderada +++ severa	Caso tenha perda involuntária de urina + gotas ++colheres +++ copos	Atividade na ocasião da perda de urina (tosse, espirro, subir escadas...)
16/09/2019						
6:40	250 mL Água					
7:00		300 mL		++		
8:00	100 mL Café	350 mL				
9:50	300 mL Água	-			++	Tosse
14:00	300 mL					
14:20		200 mL		++		
17:50	200 mL Energético	300mL		++		
22:00	200mL Água	-				
22:30	-	200mL		++		
17/09/2019						
7:00	100 mL Café	-				
7:20		100 mL		+		
8:30	250 mL Água	---			+++	Tosse
10:00	-	-l			++	Tosse
13:00	200mL Água	---				
16:00	---	200mL		++		
20:00	200mL Suco	---		+		

20:20		300 mL		++		

Fonte: Do autor (2019).

3.2.5 Questionário de qualidade de vida

Ribeiro et al. (2009) descrevem que a IU pode estar associada a quadros de depressão, isolamento e constrangimento social, alteração psicológica e perda de autoconfiança. A IU é um problema comum entre as mulheres, onde os fatores de risco são numerosos e o impacto na QV é substancial. A morbidade ocasionada pela IU é bastante elevada. Ela gera custos no cuidado com a saúde, tanto ao indivíduo e sua família quanto ao sistema público de saúde. A IU atinge mulheres de todas as idades, mas tende de aumentar com o envelhecimento.

As consequências que a IU pode gerar no indivíduo atingem uma ampla esfera que envolve trauma psicológico, ansiedade e sentimentos como solidão, culpa e humilhação; além de restrições no convívio social e sexual. A vivência com a IU leva a mulher realizar os mais diversos mecanismos de modificações comportamentais para se adaptar as inconveniências da perda urinária como: uso frequente de perfumes de odor forte; utilização de roupas escuras; diminuição da ingesta hídrica; suspensão por conta própria de fármacos que estimulem a eliminação urinária; uso de absorventes ou protetores para controle da perda urinária; procura imediata pelo banheiro em locais públicos, além de evitarem o convívio social, (CONTRIM et al.2008).

A IU interfere diretamente com as atividades diárias das mulheres, de tal maneira que aquelas que sofrem dessa condição apresentam índices mais baixos de QV. Desse modo, no momento em que procuram o serviço essas pessoas já apresentam redução da autoestima e depressão, sentindo-se muito angustiadas e incomodadas com o problema da perda urinária.

A paciente, após responder o questionário, somou 75 pontos. Tamanini et al. (2003) relata que quanto maior a pontuação, numa escala de 0 a 100, pior é a QV.

3.2.6 Tratamento

Devido aos diferentes benefícios e eficácia que tem sido demonstrados na literatura com o treinamento da musculatura do AP, por meio de exercícios físicos no tratamento de IU, é importante determinar e estabelecer um protocolo. Moreno (2009) relata que deve haver um tempo de treinamento/repouso com a finalidade de aumentar o recrutamento tanto das fibras tipo I quando das fibras tipo II. Esse tempo (segundos) é, 5:5, 2:2 e 10:10. Sendo que para recrutar as fibras tipo I (resistência) sugere-se 3 séries de 12-15 repetições e para tipo II (força) 3 séries de 6-9 repetições.

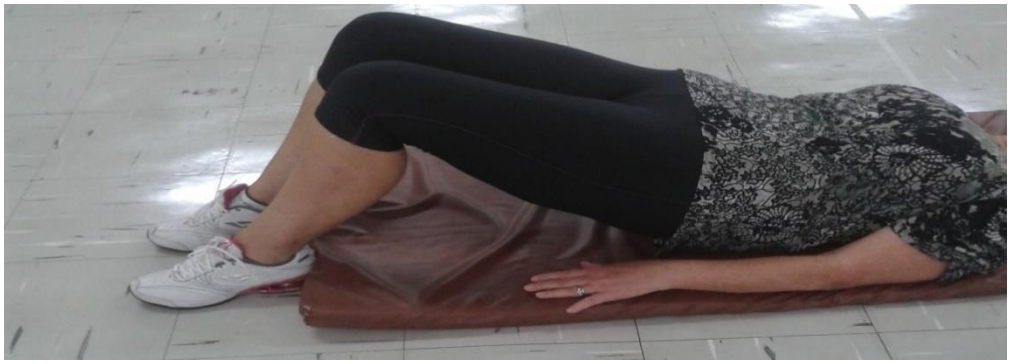
Todos os exercícios foram prescritos com a finalidade de aumentar a força da musculatura do AP priorizando as fibras do tipo II. Na figura 8, o exercício tem como objetivo fortalecer os músculos do AP na posição sentado. Paciente é instruída a durante a expiração contrair o períneo enquanto aperta a bola entre as coxas.

Figura 8- Contração dos músculos do assoalho pélvico na posição sentada.

Fonte: Do autor (2019).

Na figura 9, paciente realizando o exercício de ponte contraindo os músculos do AP. A paciente é orientada a realizar inspiração expandindo o abdômen, enquanto está em DD, com joelhos e quadris fletidos. Posteriormente, durante a expiração, contrair o abdômen associando a elevação da pelve e coluna lombar, com retroversão pélvica contraindo o períneo.

Figura 9- Ponte.



Fonte: Do autor (2019).

Na figura 10, exercício de adução na posição deitada. Paciente é instruído a deitar-se no colchonete com os joelhos e quadril flexionados, sobre instrução de realizar adução (fechar as pernas) contra uma resistência, ao mesmo que é instruída a contrair o períneo.

Figura 10- Adução na posição deitada.

Fonte: Do autor (2019).

Segundo Amaro e Gameiro (2001), o uso da EE é um meio essencial de favorecer a recuperação de um comando voluntário ausente ou deficiente, auxiliando as pacientes a tornarem-se conscientes da ação da musculatura perineal. Recomenda-se principalmente para mulheres com função muscular menor ou igual a três na escala de Oxford (0-5), até que a contração ativa seja realizada.

A paciente era submetida a recursos de EE de alta frequência (50hz) por 15 min ao menos uma sessão por semana. Baseado em Barbosa et al. (2018), segue na figura 11, o aparelho utilizado.

Figura 11- Eletroestimulação.

Fonte: Do autor (2019).

Foi iniciado o tratamento de incontinência urinaria de esforço devido a queixa de perda involuntária de urina ao espirrar, tossir e em pequenos esforços. Durante o tratamento ouve progresso em relação a ativação da musculatura do AP, amenizando os sintomas apresentados na avaliação. O tratamento só não foi tão eficaz quanto ao quadro de distopia, mantendo os mesmos achados na avaliação.

Na tabela 8, é mostrado a comparação da avaliação com a reavaliação.

Tabela 8 - Reavaliação.

Aspectos Avaliados	Avaliação 10/09/2019	Reavaliação 26/11/2019
Profundidade	Normal	Normal
Diâmetro	Reduzido	Normal
Tônus muscular	Normal	Normal
Aderências	Não apresenta	Não apresenta
Distopia	Grau 2	Grau 2
Parede vaginal	Lado direito aumentado, lado esquerdo diminuído	Lado direito aumentado, lado esquerdo diminuído
Avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA)	Grau 2	Grau 3
Perineômetro	Força máxima: 4,5 Contração mantida por 1 segundos	Força máxima: 11,5 Contração mantida por 4 segundos
Compreensão dos exercícios perineais	Regular	Boa
Escore de Qualidade de Vida	75	84

Fonte: Do autor (2019).

3.3 Mariane Rodrigues Martins Botelho

3.3.1 Incontinência Urinária Urgência

A incontinência urinaria de urgência (IUU) urge-incontinência, definida como perda involuntária de urina associada com um forte desejo de urgência para urinar (HIGA et al., 2006). A imperiosidade surge frequentemente associada a gestos simples do dia-a-dia, como por exemplo, lavar a louça ou a introdução da chave na porta ao chegar à casa, e pode ser agravada pelo consumo excessivo de café, chá ou álcool. Apesar de poder ser provocada por causas neurológicas, na maioria dos casos da Síndrome da Bexiga Hiperativa não se consegue identificar a causa. Está associada a alterações na contratilidade do músculo detrusor ou a alterações ainda não totalmente compreendidas na sensibilidade vesical (BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. 2007).

Diferentes estudos populacionais concluíram que a bexiga hiperativa é altamente prevalente em homens e mulheres, com impacto negativo relevante na QV dos pacientes (social, físico, psicológico, sexual, relações pessoais, trabalho e domínios domésticos); além disso, tem um impacto financeiro considerável para os próprios pacientes e, portanto, para o sistema de saúde (COYNE et al., 2013; IRWIN et al., 2006; MILSON et al., 2001; ONUKWUGHA et al., 2009).

Segundo Oliveira (2010) a IU deve ser descrita em conjunto com fatores específicos e relevantes, tais como: tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes, impacto social, efeitos na higiene e QV, medidas usadas para quantificar a perda e se a paciente procurou ou não obter ajuda para aliviar os sintomas.

Alterações que comprometem o convívio social como constrangimentos, perda da autoestima, depressão e isolamento, frequentemente fazem parte do quadro clínico, implicando problemas psicológicos e sociais para os pacientes e familiares (BARRACHO et al, 2006).

A IU deixa o dia a dia do indivíduo constrangedor, já que o mesmo evita muita das vezes o convívio social por sentir desejo repentinos de ir ao banheiro, ou mesmo não conseguir controlar sua vontade e acabar liberando uma quantidade significativa de urina. Seu efeito psicossocial pode ser mais devastador do que as consequências sobre a saúde, com múltiplos e abrangentes efeitos que influenciam as atividades diárias, a interação social e a auto percepção do estado de saúde (DAVIS et al 1999 et al., 1999).

3.3.2 Anamnese

Paciente do sexo feminino, 64 anos, foi submetida a uma anamnese realizada na clínica de fisioterapia do UNILAVRAS. Recebeu o diagnóstico fisioterapêutico de IUU. Ao chegar à clínica a mesma relatou que os sintomas começaram cerca de 6 anos atrás, que sentia repentinamente um desejo de ir ao banheiro e não conseguia segurar. Anos depois, procurou a Unidade Básica de Saúde de sua cidade para uma consulta ginecológica onde foi solicitado estudo urodinâmico para analisar a necessidade de cirurgia e lhe foi prescrita a medicação, Imiparina com o objetivo de controlar essa perda urinaria. L.M.S.L não relata perda urinaria aos esforços, sua

queixa principal é a urgência miccional, a perda urinaria súbita o que causa constrangimento. Faz pouca ingestão de água menos de 1litro por dia, sua frequência de micção de +- 6 vezes ao dia e de 1 a 2 vezes a noite. Não utiliza forro de proteção, durante o ato miccional não sente desconforto ou dor, apresenta uma constipação intestinal com frequência de defecação de 2 vezes semanais.

Na tabela 9, a seguir, apresenta os resultados obtidos após a anamnese da paciente.

Tabela 9- Resultado da Anamnese.

Antecedentes ginecológicos	
Cirúrgico	2 cesárias, laqueadura
Menarca	14 anos
Menopausa	Não soube relatar
Antecedentes obstétricos	
Gestações	3
Partos	3
Abortos	0
Tipo de parto	2 cesárias, 1 normal
Peso do maior recém-nascido	2.700kg
IU na gestação	Não
Atividade sexual	Ausente
Patologias associadas	HAS, artrose bilateral de quadril
Medicação em uso	Enalapril, clorana, imiparina

Fonte: Do autor (2019).

3.3.3 Avaliação do Assoalho Pélvico

Avaliação do AP da paciente iniciou-se após anamnese. Paciente foi posicionada em decúbito dorsal em posição ginecológica para o início da inspeção, dada a princípio pela observação da coloração da vagina que se apresentou hipocorada, pelo trofismo na vulva a qual estava com uma flacidez significativa em grandes e pequenos lábios. Também foram observadas se haveria a presença de

distopias, o que foi descartada. A sensibilidade da mesma se apresentava normal na face interna da coxa, na região anal e vulva, reflexo cutâneo anal e clitoriano estavam presentes, sem perda urinaria durante a manobra de Valsalva.

Palpação consiste em análise da profundidade do canal vaginal, resistência, diâmetro, sensibilidade, tônus musculares e se houve laceração perineal. A palpação se inicia com a paciente em posição ginecológica, o terapeuta (após a colocação da luva e lubrificante em gel) realiza o exame de toque, orientando a paciente a realizar uma contração da musculatura pélvica pelo tempo máximo que conseguir sem que realize a manobra de Valsalva. A avaliação de força é mensurada manualmente e com o aparelho de *biofeedback*.

A classificação é realizada em graus sendo:

0 – Sem função perineal objetiva, mesmo durante palpação;

1 – Função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação;

2 – Função perineal objetiva débil, contração reconhecível à palpação;

3 – Função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação;

4 – Função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação. (CONTRERAS O, COYA F, IBAÑEZ G, 1994).

O *biofeedback* é definido como um equipamento utilizado para mensurar efeitos fisiológicos internos ou condições físicas das quais o indivíduo não tem conhecimento (MORENO et al., 2004). A técnica consiste na utilização de um dispositivo de monitoramento de eventos fisiológicos que, de outra forma, passariam despercebidos pelo paciente. No caso da IU, a contração muscular é monitorada através de eletromiografia, o que permite que o paciente distinga a ação do músculo elevador do ânus e do reto abdominal. (OLIVEIRA et al., 2007).

Na tabela 10, a seguir, representa os resultados obtidos na avaliação do AP.

Tabela 10- Avaliação do assoalho pélvico.

Aspectos avaliados	**1° avaliação 27/08/2019**
Palpação	Hipotonia acentuada a direita, encurtamento do piriforme a direita
Sensibilidade	Normal
Profundidade	Normal
Diâmetro	Aumentado
Laceração perineal	Ausente
Reflexos	Preservados
Contração perineal	Ausente apresentando força 0
Perinêometro	Paciente não realizou contração, consequentemente não conseguiu manter
Compreensão do exercício	Ruim
Musculatura acessória	Adutores (4), abdutores (4), glúteos (4), abdominais (3)
Dados urodinâmicos	Não há perda urinária aos esforços. Capacidade vesical máx:406mL. Resíduo pós-miccional desprezível. Complacência: 26,5 mL/cm H2O. Fluxo máximo preservado com esforço. Pressão detrusora elevada. Diagnóstico urge- incontinência.
Observações	Paciente apresenta artrose bilateral de quadril, encurtamento dos músculos adutores de quadril, déficit do cognitivo e má compreensão dos exercícios, sendo incapaz de preencher o diário miccional.

Fonte: Do autor (2019).

3.3.4 Questionário de qualidade vida

Um dos grandes impactos gerados pela IU está na QV das mulheres. É indispensável à formulação e aplicação de questionários de QV específicos com objetivo de avaliar a eficácia dos tratamentos aplicados e intensidade do problema para cada paciente. O questionário avalia percepção geral de saúde, impacto da incontinência, limitações de atividades diárias, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição além de alguns sintomas urinários. Para cada resposta é atribuído um valor numérico somado e avaliado por domínios (DIAS; BARACHO, 2007; FONSECA, et al., 2006).

Estudos europeus, norte-americanos e brasileiros demonstram importante prejuízo na QV de mulheres com IUU, incontinência mista e com IUE, em diferentes faixas etárias (COYNE et al., 2003; LOPES; HIGA, 2006; PAPANICOLAOU et al., 2005).

Em um aspecto geral, essas mulheres referem limitações em níveis físicos (praticar esporte, carregar objetos), alterações nas atividades sociais, ocupacionais e domésticas, influenciando negativamente o estado emocional e a vida sexual. Além disso, pode provocar desconforto pelo medo da perda urinária, pelo cheiro de urina, pela necessidade de utilizar protetores (absorventes) e pela necessidade de trocar de roupa com mais frequência (KELLEHER, 2000; SALEH et al., 2005).

Um estudo utilizando o *King's Health Questionnaire* (KHQ) demonstrou, em um "*follow-up*" de um ano, que a QV se manteve significativamente melhor após o tratamento da IU com diversos recursos fisioterápicos, uma vez que as mulheres passam a ter mais controle urinário e se sentem menos preocupadas com eventuais episódios de incontinência, sentem-se menos restritas nas realizações de suas atividades cotidianas, nas atividades ocupacionais e nas atividades físicas (NEUMANN, 2006; KELLEHER, 2000).

Após responder o questionário de QV, disponibilizado pelo UNILAVRAS, obteve 81 pontos ao final do questionário. Sugere bom prognóstico para o tratamento da IU.

A tabela 11, mostra o questionário de qualidade de vida.

Tabela 11- Questionário 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				
	1	2	3	4
Eu me preocupo em me molhar pela perda de urina				X
Eu fico preocupada de perder urina ao tossir ou espirrar				X
Tenho que ter cuidado ao levantar por causa da perda de urina				X
Sempre me preocupo em saber onde é o banheiro quando vou a lugares novos	X			
Sinto me deprimida em perder urina				X
Quando saio de casa, procuro não ficar muito tempo fora devido à perda de urina			X	
A perda de urina me impede de fazer coisas que eu gostaria				X
Eu fico preocupada dos outros sentirem o cheiro de urina em mim				X
O fato de perder urina está sempre na minha cabeça				X
Tenho que ir sempre ao banheiro				X
Por causa da perda de urina, sempre programo minhas atividades				X
Eu fico preocupada da perda de urina piorar a medida que envelheço				X
A perda de urina atrapalha meu sono				X
Tenho medo de passar vergonha e ficar constrangida devido à perda de urina				X
A perda de urina me faz sentir que não tenho boa saúde		X		
As vezes penso que a perda de urina não tem solução				X

Devido a perda de urina não aproveito tanto a vida como antes				X
Fico preocupada de não chegar a tempo ao banheiro				X
Sinto como se tivesse perdido o controle de minha bexiga				X
Tenho que tomar cuidado com a quantidade de liquido que bebo devido a perda de urina			X	
Mudei meu modo de vestir devido a perda de urina				X
A perda de urina prejudica minha vida sexual				X
			TOTAL:81	

Fonte: Do autor (2019).

3.3.5 Diário miccional

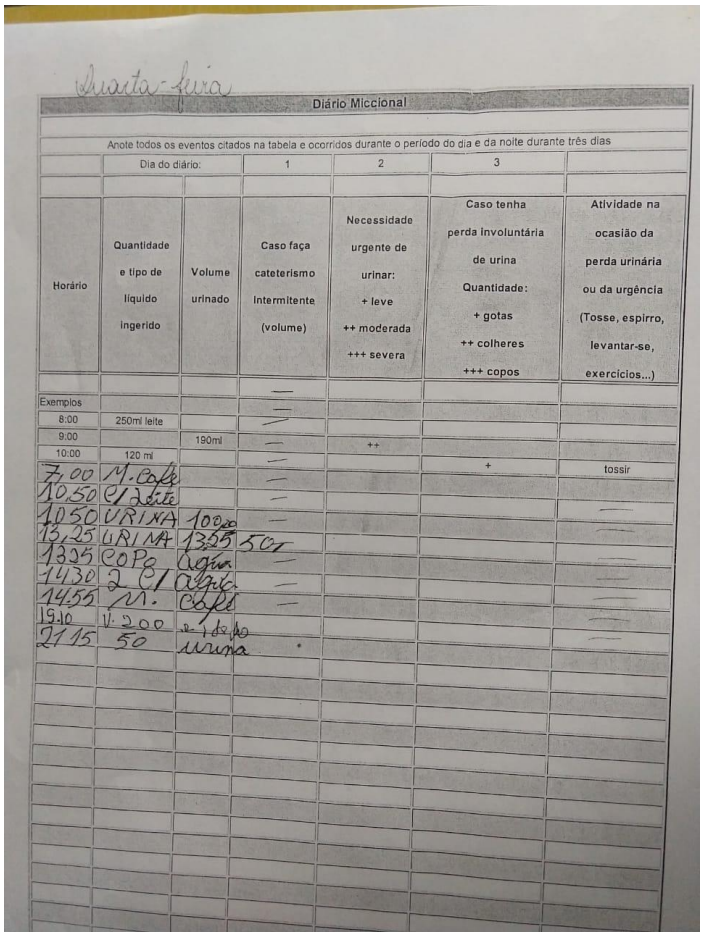
Um diário miccional é recomendado para diagnosticar e orientar a terapia na incontinência. Constitui um instrumento não invasivo e deve ser solicitado em todos os pacientes com sintomas do trato urinário inferior. Possibilita uma avaliação “objetiva” dos resultados de tratamentos clínicos e cirúrgicos, por meio da comparação dos dados coletados antes e depois da intervenção. O diário miccional pode ser usado no diagnóstico clínico da hiperatividade vesical. A paciente registra durante 1 ou 3 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 líquido (BARACHO, 2018).

Muitos pacientes com incontinência ingerem grande quantidade de líquidos na crença de que é saudável. Além disso, o excesso de cafeína pode ser facilmente identificado no diário. Muitos pacientes urinam com pouca frequência e não percebem, pois esse é um hábito para toda a vida. Embora um diário miccional combine avaliações objetivas e subjetivas dos hábitos miccionais, ele é universalmente considerado uma ferramenta útil para pacientes com incontinência, à medida que se caminha em direção ao retreinamento da bexiga (ABRAMS, 2000).

Outros trabalhos ainda sinalizam que esse é utilizado muitas vezes como base no planejamento do programa de tratamento, quantificando o problema da paciente (WEIN, 2003). Além disso, ele permite a avaliação objetiva do progresso do tratamento (DAVIES, 2000; GORMLEY, 2002).

A figura 12, a seguir, demonstra como foi 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. Para isso foi utilizado o diário miccional da Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS, que foi desenvolvido baseado em Baracho (2018). A mesma apresentou dificuldades para preenchê-lo, onde a quantidade de líquido ingerido, os horários e micção foram colocados de forma incorreta dificultando a interpretação das informações apresentadas.

Figura 12- Diário Miccional.



Quarta-feira

Diário Miccional

Anote todos os eventos citados na tabela e ocorridos durante o período do dia e da noite durante três dias

	Dia do diário:		1	2	3	
Horário	Quantidade e tipo de líquido ingerido	Volume urinado	Caso faça cateterismo intermitente (volume)	Necessidade urgente de urinar: + leve ++ moderada +++ severa	Caso tenha perda involuntária de urina Quantidade: + gotas ++ colheres +++ copos	Atividade na ocasião da perda urinária ou da urgência (Tosse, espirro, levantar-se, exercícios...)
Exemplos			—			
8:00	250ml leite		—			
9:00		190ml	—	++		
10:00	120 ml		—		+	tossir
7,00	M. Café		—			
10,50	C/ Leite		—			
1050	URINA	100ml	—			
13,25	URINA	1355	501			
1335	COPO	Água	—			
1430	2 C/	Café	—			
1455	1/2	Café	—			
19.10	1/ 200		—			
2115	50	urina				

Fonte: Do autor (2019).

3.3.6 Tratamento

O objetivo do tratamento consiste na inibição de contrações involuntárias do músculo detrusor, ganho de força muscular do AP, ganho de mobilidade de quadril, ganhar alongamento (adutores, rotadores internos) e, o principal, devolver a QV da paciente para que ela retorne ao convívio social. Foram utilizadas técnicas de cinesioterapia como método de tratamento conservador e tratamento invasivo com EE.

Um dos principais objetivos do tratamento fisioterapêutico é o aumento da resistência uretral e o restabelecimento da função dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos. Busca-se o fortalecimento dos músculos do AP, pois a melhora da força e da função dessa musculatura favorece uma contração consciente e efetiva, evitando assim as perdas urinárias (RETT et al., 2007).

Um fator relevante a ser considerado é a orientação do idoso quanto à redução da ingestão de alimentos considerados irritantes vesicais, como a cafeína, bebidas gaseificadas, pimenta, e alimentos e bebidas ácidas (BOOTH et al., 2009; GRIEBLING, 2009). A irritação vesical causada por esses alimentos aumenta a instabilidade detrusora e favorece IU de urgência (GOODE et al., 2010).

O sucesso do tratamento depende da compreensão dos comandos dados pelo fisioterapeuta e conscientização da localização destes músculos. Além disso, deve haver aceitação, motivação e incorporação dos exercícios de contração às atividades do dia a dia (FELICISSIMO et al., 2007; MORENO et al., 2006).

Muitas mulheres são incapazes de realizar a contração do AP (AP) somente através de comandos verbais, sendo muito comum a realização da manobra invertida ou a contração simultânea de músculos como glúteo médio, adutores de quadril e musculatura abdominal. Esse fato reforça a necessidade do acompanhamento e orientação realizados por um fisioterapeuta (CARNEIRO et al., 2007).

3.3.6.1 Terapia Comportamental

A terapia comportamental compreende a análise e alteração da relação do sintoma da paciente e seu ambiente para modificação de maus hábitos miccionais. A terapêutica compreende diário miccional, educação da paciente em relação ao hábito urinário, reeducação vesical, exercícios do AP (com ou sem *biofeedback*), estratégias para o controle do desejo miccional e orientações para dieta e ingesta hídrica, conforme apresentado por diversos autores em seus estudos randomizados (BERGHMANS et al., 2000; HERSCHORN et al., 2004; MESSER et al., 2007; WEIN, 2003).

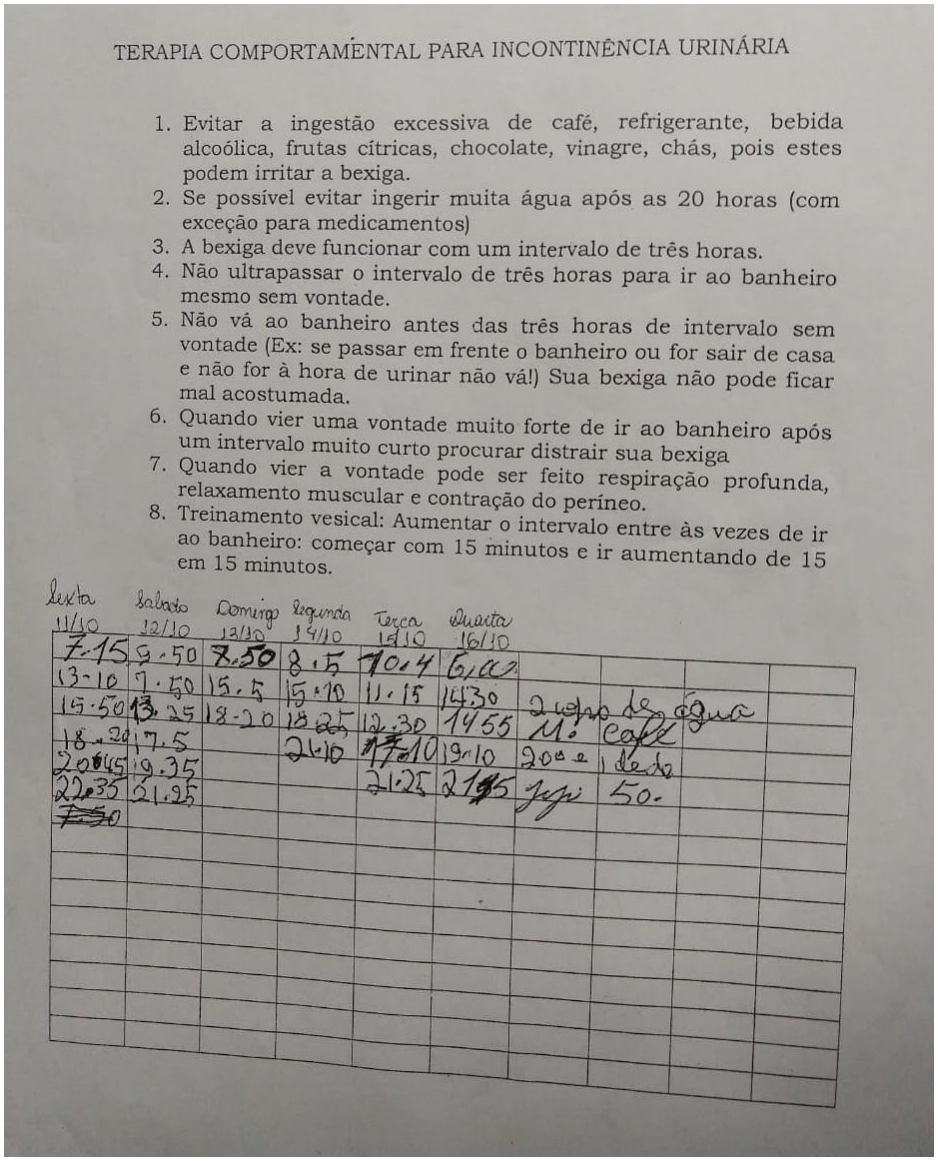
O treinamento vesical é apontado na literatura como primeira linha de tratamento para a bexiga hiperativa, todavia, antes de sua instituição, deve-se realizar uma avaliação adequada e solicitar que o idoso preencha um diário vesical para verificar seu comportamento miccional (BOOTH, 2009; STEWART, 2010). Muitos idosos apenas têm perdas urinárias quando a bexiga está cheia. Então micção um pouco mais frequente pode impedir a urgência causada pela distensão do músculo detrusor da bexiga e reduzir episódios de IU em alguns casos (GRIEBLING, 2009).

Essa terapia comportamental permite diminuir a frequência de vazamentos e a gravidade da IU em cerca da metade dos pacientes e, em menor proporção, a continência pode até ser recuperada (WALLACE et al., 2004).

A terapia comportamental é uma associação de técnicas, as quais têm como princípio a educação das pacientes sobre sua patologia e, a partir daí, desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a IU. É especialmente indicada para pacientes com frequência urinária, urgência e urge-incontinência (PAYNE, 2000).

A seguir a figura 13, apresenta como foi o preenchimento da ficha de terapia comportamental pela paciente, disponibilizada pelo UNILAVRAS. Observa-se também um erro no preenchimento do questionário, já que a mesma possui um déficit de compreensão, não sendo possível a interpretação do resultado.

Figura 13- Terapia Comportamental.



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.

Sexta 11/10	Sabado 12/10	Domingo 13/10	Segunda 14/10	Terça 15/10	Quarta 16/10				
7.15	9.50	8.50	8.5	10.4	6.00				
13-10	7.50	15.5	15.10	11.15	14.30	2 copo de água			
15.50	13.25	18-20	18.25	12.30	1455	M. café			
18-20	17.5		21.10	17.10	19.10	20ª e	deita		
20.45	19.35			21.25	21.45	Jeju	50.		
22.35	21.25								
~~7.50~~									

Fonte: Do autor (2019).

3.3.6.2 Cinesioterapia

A cinesioterapia tem sido proposta como uma terapêutica não farmacológica para a IU. Ela consiste basicamente em exercícios físicos repetitivos que objetivam reforçar a resistência uretral e fortalecer os músculos responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos. Essas atividades, popularmente conhecidas como exercícios de Kegel, consistem basicamente na realização de rápidas contrações da musculatura pélvica. As técnicas têm se mostrado eficazes, sendo que diversos autores

reportaram que, quando utilizadas, elas podem levar a uma melhora de 70% dos episódios de perdas urinárias. A principal dificuldade dessa abordagem é o fato de que a maior parte dos pacientes submetidos a ela desconhecem os músculos sendo exercitados, podendo levá-los a contrair músculos errôneos, como reto abdominal ou glúteo máximo. Assim sendo, o tipo de exercício a ser indicado dependerá da força atual do AP, da capacidade de reconhecimento da musculatura por parte do paciente e do grau da IU (OLIVEIRA et al., 2007).

Segundo Lopes (2012), ao desenvolver a percepção correta de quais músculos estão sendo contraídos, o paciente torna-se capaz de desenvolver o controle voluntário desses músculos, através de programas de fortalecimento da musculatura agonista e antagonista. Alguns estudos chegam a demonstrar uma melhora de 82% nos episódios de incontinência com a utilização dessa abordagem.

A cinesioterapia para a musculatura do AP tem papel importante já que preconiza a rearmonização e reeducação da mesma através de contrações isoladas desses músculos associadas com posicionamento adequado da pelve e respiração adequada. Através de diferentes posturas é possível recrutar de forma mais fácil ou mais difícil músculos específicos aumentando o controle e consciência da mulher sobre os mesmos (MATHEUS et al., 2006).

Para a paciente em questão, foram aplicadas 4 series de 8 repetições para trabalho de força muscular priorizando fibras do tipo II de contrações rápidas, utilizando caneleiras e *theraband* para o fortalecimento muscular de glúteos, adutores e abdutores de quadril, alongamentos de adutores de quadril e piriforme.

A figura 15, a seguir, mostra a realização do exercício de fortalecimento de glúteos com o uso de *theraband*. Paciente sentada com *theraband* preso acima do joelho, inicia-se um comando de abdução de quadril, realizando 4series de 8 repetições. Para fortalecimento de abdutores de quadril, demonstrado na figura 16, paciente deitada em decúbito lateral com caneleira no tornozelo realiza uma abdução de quadril 4 series de 8 repetições, os exercícios eram realizados de forma bilateral.

Figura 14- Fortalecimento de glúteos.

Fonte: Do autor (2019).

Figura 15- Fortalecimento de abdutores.

Fonte: Fernando Paiotti (2017).

A seguir a figura 16, fortalecimento de adutores de quadril, paciente deitada com os pés apoiados na maca. A mesma, está em abdução de quadril, a terapeuta com as mãos na parte interna da coxa aplicando uma resistência inicia o comando de adução de quadril. Esse exercício pode ser realizado de maneiras diferentes como mostrado na figura 17, onde a paciente se encontra sentada com os pés apoiados, com uma bola entre as pernas realizando uma adução de quadril pressionando a bola, 3 series de 10 repetições voltado ao trabalho de resistência musculas priorizando fibras do tipo I de contrações lentas.

Figura 16- Fortalecimento de adutores de quadril.

Fonte: Do autor (2019).

Figura 17- Fortalecimento de adutores de quadril com bola.

Fonte: Do autor (2019).

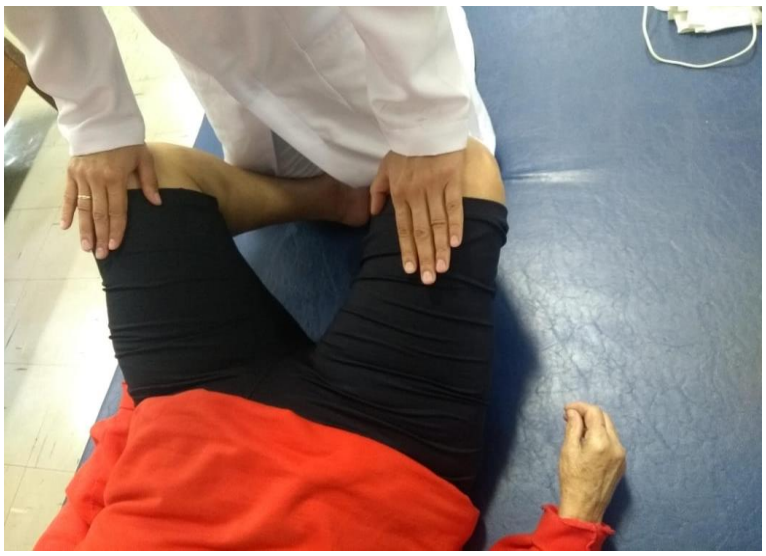
A figura 18, demostra o exercício de ponte. Em decúbito dorsal com flexão de joelho, realizar elevação da pelve, mantida por 5 segundos em 4 series, com contração abdominal e o comando de contração do períneo “segurar o xixi.

Figura 18- Exercício de ponte.

Fonte: Fisiostudio (2014).

Figura 19, a seguir, demonstra alongamento de adutores de quadril, paciente deitada em decúbito dorsal, com flexão e abdução de quadril, joelhos em flexão, realizar uma pressão na face interna da coxa, manter por 30 segundos.

Figura 19- Alongamento de adutores de quadril.



Fonte: Do autor (2019).

A figura 20, representa um alongamento de abdutores de quadril. Deitado em decúbito dorsal o paciente realiza flexão de joelho e quadril do lado do membro a ser alongado. Com a mão contralateral fazer um movimento que passe o joelho do membro a ser alongado por cima do membro oposto, manter por 30segundos realizar bilateralmente.

Figura 20- Alongamento de Abdutores de quadril.

Fonte: Exercício de alongamento (2018).

3.3.6.3 Eletroestimulação

Acredita-se que o estímulo elétrico é capaz de aumentar a pressão intrauretral por meio da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, mas também aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do AP, 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 (BALCOM et al., 1997).

De acordo com Grossee Sengler (2002), as primeiras utilizações da estimulação elétrica no tratamento da IU datam de década de 1960; tratava-se de estimuladores implantáveis, cujos resultados foram relativamente modestos.A urodinâmica aperfeiçoou a técnica, tanto que hoje a EE se revela um meio muito eficaz para a conscientização do AP, mesmo que suas finalidades principais sejam a inibição do detrusor e o reforço muscular.

Na revisão de Yamanish et al. (2000), na maior parte dos estudos, as frequências de correntes elétricas mais utilizadas para inibição reflexa do detrusor variaram de 10 a 20Hz, apesar de ainda não ter sido determinada a frequência ideal. As durações de pulso variaram de 0,1, 0,2, 0,3 ms e 1us. A frequência e o período de estimulação variaram de 2vezes/dia a 1vez/semana, durante 15 a 30 min por períodos de 4ou 6 semanas, a quantidade de sessões necessárias é desconhecida, mas são recomendadas no mínimo dez antes que o efeito clinico seja avaliado.

Foram realizadas sessões de EE de baixa frequência 10 Hz por 15 minutos com o objetivo de inibir a hiperatividade detrusora e de alta frequência 50 Hz por 10 minutos com objetivo de ativação muscular com objetivo de força muscular do AP. O eletrodo foi introduzido no canal vaginal com gel lubrificante e a intensidade aumentada até o ponto de tolerância da paciente. A figura 21, mostra o aparelho utilizado durante as sessões.

Figura 21- Aparelho de eletroestimulação.

Fonte: Fisio Essencial (2016).

3.3.6.4 *Biofeedback*

O *biofeedback* é definido como um equipamento utilizado para mensurar efeitos fisiológicos internos ou condições físicas das quais o indivíduo não tem conhecimento, auxiliando o paciente a se autoconhecer e a desenvolver o controle voluntário de suas contrações do AP (MORENO et al., 2004).

O *biofeedback* perineal é um dos procedimentos mais utilizados na reabilitação da musculatura pélvica, pois fornece, em tempo real, informações acerca do comportamento muscular tanto no repouso quanto na realização de contração ou função. Esse recurso tem êxito considerável em virtude da informatização e tornou-se ferramenta importante para o fisioterapeuta especializado na área (SELEMEN et al., 2018).

Em 1998, Berghmans et al. revisaram todos os estudos publicados entre 1980 e 1998 que apresentavam ampla evidência do uso do *biofeedback*. Com base em

cinco estudos metodologicamente adequados, eles concluíram que havia fortes evidências de que o *biofeedback* associado aos exercícios para o AP não aumentava a eficácia do tratamento.

Considerando que muitas mulheres não têm propriocepção da sua região urogenital e são incapazes de contrair voluntariamente seus músculos do AP, o *biofeedback* é um método eficaz na reeducação dessa região e, também, no fortalecimento desses músculos, uma vez que fornece parâmetros de uma contração máxima (MORENO, 2004).

Figura 22, monstra o aparelho de *biofeedback* o qual foi utilizado para tratamento e avaliação do AP.

Figura 22- Aparelho de *biofeedback*.

Fonte: Do autor (2019).

3.3.7 Resultados

No decorrer das sessões, a paciente relatava que a urgência miccional havia diminuído, houve uma pequena melhora no quadro clínico da mesma. No entanto, a paciente desistiu do tratamento na 13° sessão, a mesma dependia de transporte publico para sair de sua cidade até a clinica do UNILAVRAS sendo assim, relatava dificuldades para a locomoção já que havia dias em que não era possível a

disponibilidade do transporte tornando-se a continuidade do tratamento inviável. Na ocasião, foi realizada a reavaliação para observar se houve uma melhora no quadro.

A vulva apresentava-se hipocorada; trofismo era reduzido, com flacidez de grandes e pequenos lábios. Durante a palpação do tônus permaneceu o mesmo quantificado na avaliação inicial, hipotônico à direita e um encurtamento de piriforme à direita. Todos os reflexos continuam normais, sem distopias ou diâmetro vaginal aumentado como na primeira avaliação, compreensão dos exercícios perineais passou de ruim para regular.

Houve uma melhora de força na musculatura acessória. Adutores se mantiveram em 4 como na avaliação inicial, abdutores com valor inicial de 4 na reavaliação foi para 5, glúteo 4 para 5, abdominais de 3 para 5. Escore de QV se manteve o mesmo, 81.

A tabela 12, apresenta a comparação de resultados da primeira avaliação com a reavaliação.

Tabela 12- Resultados.

Aspectos avaliados	1° Avaliação 27/08/2019	Reavaliação 17/10/2019
Sensibilidade	Normal	Normal
Profundidade	Normal	Normal
Diâmetro	Aumentado	Aumentado
Contração perineal	Ausente	Ausente
Avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA)	Grau 0	Grau 1
Perineometro	Força máxima :0 Contração mantida: 0	Força máxima :2 Contração mantida: 0
Compreensão de exercícios perineais.	Ruim	Regular

Fonte: Do autor (2019).

3.4 Nicolle Fonseca Valácio

3.4.1 Vaginismo

Disfunção sexual é qualquer desordem em algumas das fases do ciclo de resposta sexual. A Associação Psiquiátrica Americana (2002) apud Abdo et al. (2006) classifica as disfunções em: Transtorno do desejo sexual, Transtorno de excitação sexual, Transtorno do orgasmo, Transtorno sexuais dolorosos. Segundo Abrão et al. (2004) nas mulheres, a prevalência varia entre 20 a 73% e pode ser de causa multifatorial, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais ou desconhecidos.

Distúrbios da resposta sexual podem trazer consequências para a saúde física e mental da mulher, levando à diminuição da QV. Esses transtornos podem ser classificados em vaginismo, inapetência sexual, anorgasmia e dispareunia (ALMEIDA; SILVA; ARAUJO, 2005).

Vaginismo é uma desordem sexual caracterizada por espasmos involuntários persistentes ou recorrentes da musculatura perineal e que interferem na relação sexual (FRASSON et al., 2009). Esses espasmos impedem total ou parcialmente a penetração ou introdução do pênis, dedos, tampão, espéculo ginecológico ou outros objetos no canal vaginal, o que impossibilita e dificulta o coito ou mesmo o exame ginecológico (ALMEIDA; SILVA; ARAUJO, 2005; MOREIRA, 2013). Apesar de a mulher apresentar o desejo em ser penetrada, a ansiedade fóbica antes da penetração pode levar a contrações involuntárias dos músculos da pelve, dos adutores e de todo o corpo (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

O médico inglês, SIMS descreveu no século XVII, a definição do vaginismo relacionando com as condições irritantes da Vulva e Vagina. Os autores Masters e Johson (1970) apud Moreira (2013) estabeleceram uma definição e um protocolo de tratamento, os quais são utilizados até dias atuais. Na década presente, os principais estudiosos do vaginismo são os pesquisadores da Universidade Mc Guill, localizado em Montreal, Canadá.

De acordo com Almeida et al. (2005) a etiologia do vaginismo também está ligada a causas orgânicas, como: geniturinárias, infecciosas, neurológicas,

vasculares, hematológicas, problemas psicológicos e genéticos. Ademais, também são considerados fatores etiológicos drogas com efeitos diuréticos, hormonais, tranquilizantes, sedativos, hipnóticos, bem como drogas ilícitas. Dentre as causas orgânicas e de grande interesse para fisioterapia, destaca-se a fraqueza da musculatura do AP que, dependendo da origem (constipação intestinal, tosse crônica, elevação constante de peso), também provoca disfunções sexuais devido à redução do tônus e o trofismo da musculatura (MOURA; BRITO, 2006).

Segundo autores (BESSA, 2013; THIEL; THIEL; PALMA, 2008), existem ainda outros fatores, como a idade, raça, idade do parceiro, nível educativo, renda, condição marital, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, exercícios físicos, paridade, uso de anticoncepcional oral, menopausa, reposição hormonal, diabetes, hipertensão, depressão, doenças cardíacas, uso de drogas, cirurgias ginecológicas e presença de outra disfunção sexual.

Alterações do tônus dos músculos do AP, principalmente o músculo elevador do ânus e os músculos perineais caracterizam o aparecimento do vaginismo (FERREIRA; SOUZA; AMORIN, 2007).

Segundo Bastos (2003), a disfunção sexual fragiliza o vínculo conjugal. O Vaginismo particularmente atinge a mulher em vários aspectos de sua vida, sobretudo no relacionamento com seu parceiro. O marido por sua vez acaba sentindo-se rejeitado, pela mulher insatisfeita e com medo de perder seu parceiro, o que acaba colocando a felicidade e o bem-estar do casal em risco.

É importante ressaltar a diferença do vaginismo e dispareunia, sendo que a dispareunia consiste em dor durante ou após o ato sexual. E o vaginismo é a contração involuntária da musculatura do AP, impossibilitando o ato sexual, devido a esta contração a mulher pode vir a sentir dor com a tentativa da penetração (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

O diagnóstico do vaginismo é feito por meio do exame físico, onde são verificadas alterações anatômicas, causas infecciosas, lubrificação inadequada e fatores psicológicos. A realização do exame torna-se dificultosa devido ao espasmo muscular decorrente da patologia (BROSENS; TERRASA; ASTOLFI, 2009). Os estudos sobre o tratamento do vaginismo ainda são restritos e, por se tratar de uma disfunção que se apresenta como uma desordem muscular com um componente

eminentemente cinesiológico-funcional, um dos tratamentos sugeridos é a fisioterapia pélvica (ETIENNE; WAITMAN, 2006; PINHEIRO, 2009).

A fisioterapia é um recurso terapêutico recente na área da urologia e ginecologia, por conseguinte são ainda raros os estudos que abordam este tratamento para o vaginismo (GIRARD, 2014).

3.4.2 Anamnese

A paciente F.A.P foi submetida a uma anamnese para constatar e relatar sua patologia por intermédio da utilização da ficha de avaliação da clínica de fisioterapia do UNILAVRAS. Por meio deste seu diagnóstico fisioterapêutico foi traçado, assim como os objetivos e conduta no tratamento. A apuração da anamnese pode ser observada na tabela 13, a seguir:

Tabela 13- Resultados da anamnese.

Idade	43 anos
Profissão	Do lar
Estado civil	Solteira
Peso	62 kg
Altura	1,56 m
Diagnóstico clinico	Vaginismo
Queixa principal	Resíduo pós-miccional
Início dos sintomas	Há mais de um ano
Perda de urina aos esforços	Não apresenta
Urgência miccional	Sim
Urgincontinência	Não apresenta
Forma que perde urina	Em jatos e gotas (há oscilações, às vezes jatos maiores ou menores)
Quantidade de líquido ingerido por dia	Em média 1,5 a 2 litros
Frequência da micção	18 vezes ao dia e 0 a 1 vez a noite

Uso de forro (absorvente)	Não
Durante o ato miccional	Tem a sensação de ardor, sensação de resíduo e desejo pós-miccional
Funcionamento do intestino	Normal
Antecedentes ginecológicos	
Cirúrgico	Não apresenta
Menarca	12 anos de idade
Menopausa	Paciente está na menacme
Antecedentes obstétricos	
Gestação	0
Parto	0
Aborto	0
Atividade sexual	Ausente
Dispareunia	Não (paciente relata que quando teve relações sexuais, sentia dor e desconforto)
Sintomas de infecção	Não apresenta
Sintomas de obstrução	Sim
Patologias associadas	Hipertensão arterial, hipercolesterolemia e histórico de depressão
Medicação em uso	Manhã: losartana (50mg), atorvastatina cálcica e succinato de metaprolol

Fonte: Do autor (2019).

3.4.3 Avaliação funcional do assoalho pélvico

Para uma avaliação determinante seguida de objetivos e condutas justificáveis, a realização do exame físico deve ocorrer e todas as etapas devem ser realizadas: inspeção no repouso e durante o movimento, palpação e provas de função muscular (PALMA; BERGHMANS; SELEME, 2014).

A palpação foi realizada por meio do exame de toque. Primeiro foi possível avaliar a musculatura, em seguida foi pedido à 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 AP foi

empregada à classificação funcional do AP de acordo com a contração voluntária segundo Ortiz et al. (1994).

Na tabela 14, encontra-se a escala utilizada para quantificar o grau de força e resistência.

Tabela 14- 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 partir da palpação bidigital, a quantificação da pressão de contração muscular foi confirmada, utilizando-se um perineômetro tipo PERINA, marca QUARK, um "*miofeedback*" de pressão capaz de registrar a pressão de contração dos músculos do AP quando de sua contração, traduzindo sua intensidade por sinais visuais. Esse aparelho é constituído de uma sonda vaginal coberta por uma espessa dedeira de látex presa por anéis de borracha.

Para tanto, a sonda intracavitária, conectada a um manômetro de pressão e protegida por um preservativo, foi untada em gel ginecológico e introduzida no canal vaginal. A válvula foi fechada, e depois a sonda foi insuflada muito lentamente até que a paciente referisse o contato da sonda com a parede vaginal, sem referir dor, mas levando a uma ligeira distensão dessa parede.

Para aplicação do aparelho, o controle de sensibilidade foi colocado em sua posição máxima, girando-se o botão para a direita. O controle de TARA (ajuste de zero) foi colocado no máximo, e os leds vermelhos do display se elevaram até o topo da escala. Após o ajuste do aparelho, foi solicitado à paciente que contraísse a musculatura do AP por três vezes consecutivas e mantivesse a contração pelo tempo máximo que conseguisse. Os indicativos luminosos no painel do aparelho se acenderam proporcionalmente à pressão exercida durante a contração. Foram

observados a intensidade e o tempo em que os músculos perineais permaneceram contraídos; a média das três contrações foi considerada para análise.

A imagem 23 mostra o aparelho utilizado para analisar o tempo e a intensidade que os músculos perineais permaneceram contraídos.

Figura 23- Perineômetro.

Fonte: Do autor (2019).

3.4.4 Resultados da avaliação

Foram obtidos os seguintes resultados das avaliações, conforme apresentados nas tabelas 15 e 16 a seguir:

Tabela 15- Resultado da inspeção.

Dados avaliados na Inspeção	Resultados observados
Sensibilidade (face interna da coxa, região anal e vulva)	Normal
Presença do reflexo cutâneo anal	Sim
Reflexo clitoriano	Sim
Coloração e trofismo da vulva	Coloração normal e flacidez da vulva
Região anal	Normal
Perda urinaria durante a valsava	Sim
Capacidade visível da contração dos	Sim

mmAP	

Fonte: Do autor (2019).

Tabela 16- Resultado da palpação.

Dados avaliados na Palpação	Resultados obtidos
Palpação	Presença de nódulos
Distopias	Ausente
Sensibilidade	Normal
Profundidade	½ 2° terco distal
Diâmetro	Diminuído
Laceração perineal	Ausente
Contração perineal	Presente
Avaliação força assoalho pélvico (AFA)	1
Perinêometro	B: 30 (mantida por segundos)
Compreensão dos exercícios perineais	Boa

Fonte: Do autor (2019).

3.4.5 Diário Miccional

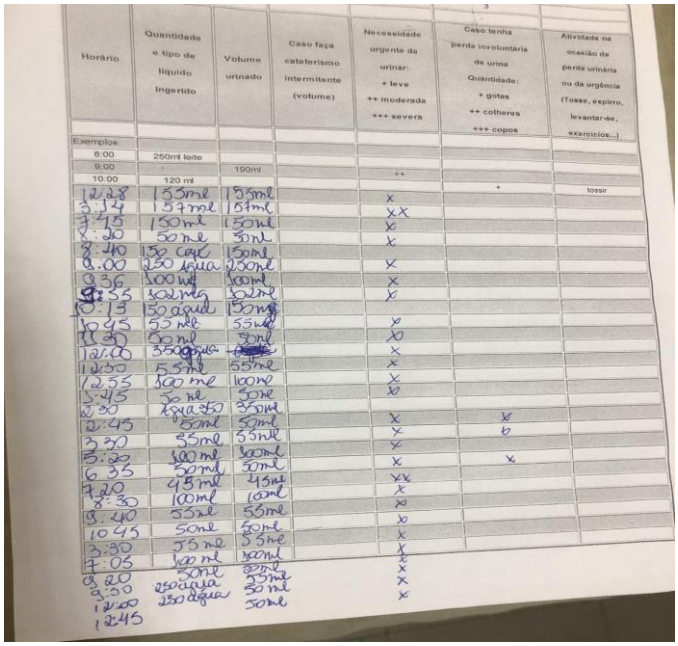
O diário miccional é uma tabela simples, onde a paciente anota o número de micções diurnas e noturnas, urgência miccional, o número de perdas urinárias, sensações de resíduo, quantidade/tipo de líquido ingerido e horário que ingeriu o líquido. Este procedimento fornece um *feedback* para a paciente, 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 um período de 24 horas. 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.

Para esse parâmetro foi utilizada o diário miccional disponibilizado pela Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS. Para o devido preenchimento do seguinte diário miccional, foi instruído à paciente que anotasse as vezes que a mesma iria ao banheiro, sendo essencial evidenciar as vezes que fossem diurnas e noturnas, assim como volume, urgência miccional, enurese noturna, frequência das perdas e a quantidade de ingestão de líquidos.

A figura 24 abaixo mostra os resultados encontrados após a avaliação, a partir disso podemos observar o quão grande é a frequência urinaria num período de 24 horas.

Figura 24- Diário miccional.



Fonte: Do autor (2019).

3.4.6 Tratamento

O tratamento para a paciente em questão consiste em cinesioterapia: com exercícios do método RPG, exercícios do método Pilates (visando o fortalecimento da musculatura estabilizadora do tronco – *CORE* ou *POWERHOUSE*), exercícios de alongamento em solo. Uso do *Biofeedback*, alongamento para o canal vaginal com a sonda intravaginal inflada.

3.4.6.1 Cinesioterapia

Para Moreno et al. (2004), a cinesioterapia do AP baseia-se no princípio de que contrações voluntárias recorrentes aumentam a força muscular. Esse resultado de força é obtido através da combinação do recrutamento de um grande número de unidades motoras, frequências pequenas e contrações sucessivamente mais fortes, com raras repetições diárias e aumento gradativo da intensidade da força e do tempo de contração. A cinesioterapia é o único método que não possui contraindicações.

A cinesioterapia consiste na realização de exercícios perineais com objetivo de restaurar a força, função e conscientização da musculatura do AP, o que reflete na melhora da QV, do estado psicológico e do bem-estar (BARBOSA et al., 2011; RETT, 2004). O tratamento fisioterapêutico para o vaginismo incide no relaxamento da musculatura do AP e dos músculos acessórios, como: adutores de coxa, obturadores internos e externos, piriforme, glúteo, abdominais e lombares. O relaxamento pode ser realizado por meio de alongamentos e de exercícios respiratórios, conforme a necessidade da paciente (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

De acordo com Bianco e Braz (2014), os exercícios de contração voluntária do AP levam a uma melhora da percepção e da consciência corporal e vascularização da região pélvica. A contração de um grupo muscular pode ser complexa, pois os músculos não estão visíveis; mas, por meio da visualização de uma representação simples da anatomia feminina.

A figura 25 demonstra exercício de alongamento do piriforme para aumentar o comprimento do músculo encurtado e reduzir a pressão assim aumentando a flexibilidade, e trabalho respiratório, visando sempre à conscientização perineal, foram realizadas três séries sustentadas de 30 a 45 segundos.

Figura 25- Alongamento do Piriforme e trabalho respiratório.

Fonte: Do autor (2019).

O AP é composto por músculos, fáscias, ligamentos que ocupam a região da pelve inferior. Esses músculos são classificados como músculos estriados esqueléticos, ou seja, de contração voluntária e, assim sendo, respondem às técnicas de treinamento tal como os outros músculos esqueléticos do corpo humano. Há duas hipóteses a respeito do mecanismo pelo qual o fortalecimento desse grupo muscular pode prevenir ou tratar a IU e o prolapso de órgãos pélvicos. Esses dois mecanismos são: a) a mulher desenvolve uma habilidade de contrair conscientemente os músculos do AP antes e durante o aumento da pressão intra-abdominal, e b) o fortalecimento desse grupo muscular pode construir um suporte para a bexiga e uretra.

Devido ao fato que a maioria dos exercícios de Pilates serem realizados em conjunto com o recrutamento das fibras musculares do AP, muitos instrutores de

Pilates acreditam que esse método pode produzir significativo aumento na força ou contratilidade dessa musculatura. E se o método Pilates promove melhora da função da musculatura do assoalho pélvico (MAP) poderia ser uma alternativa para tratamento e prevenção da disfunção do AP (BAZIet al., 2016).

O exercício demonstrado na figura 26 consiste no posicionamento em quatro apoios, onde foi solicitada a paciente que realizasse elevação da porção toracolombar espinal, mantendo o posicionamento em c com flexão cervical e retroversão pélvica. Posteriormente foi solicitada a realização dos movimentos opostos aos descritos acima. O exercício Gato Arrepiado tem enfoque nas fibras de contração lenta, sendo realizadas três séries de doze repetições, priorizando as fibras tipo I.

Figura 26- Gato arrepiado.

Fonte: Do autor (2019).

O exercício realizado na figura 27, é mais conhecido no método Pilates por *"The Hundred"*, consiste em o tronco permanecer em flexão exigindo a contração isométrica dos músculos do tronco. Assim como dos membros inferiores que permanece em flexão do quadril, joelhos fletidos sobrea bola e flexão plantar dos tornozelos em isometria contra a tendência da gravidade. Realizando 100 respirações, trabalhando a musculatura do abdome e consequentemente do AP.

Figura 27 - "The Hundred".

Fonte: Do autor (2019).

O exercício ilustrado na figura 28 consiste no fortalecimento de adutores de quadril na posição sentada 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, três séries de oito repetições.

Figura 28- Fortalecimento de adutores de quadril.

Fonte: Do autor (2019).

Existem atualmente muitas técnicas de tratamento com o objetivo de melhorar a postura, dentre elas RPG (SOUCHARD, 1986, 2003). Trata-se de uma técnica de tratamento fisioterapêutico que aplica posturas ativas e simultâneas. (SOUCHARD, 1986, 2001).

A técnica de RPG preconiza a utilização de posturas específicas para o alongamento de músculos organizados em cadeias musculares, proporcionando o posicionamento correto das articulações e o fortalecimento dos músculos, os quais corrigem disfunções, não só da coluna vertebral, como também de outras articulações (SOUCHARD, 1996). O alongamento global alonga vários músculos simultaneamente, pertencentes à mesma cadeia muscular, e parte do pressuposto deque um músculo encurtado cria compensações em músculos próximos ou distantes (SOUCHARD, 2001). Dessa forma, se ocorrer um encurtamento da cadeia muscular anterior, haverá a projeção da cabeça anteriormente, anteriorização dos ombros, aumento da cifose torácica, joelhos e calcâneo valgo e pés planos (SOUCHARD, 1996).

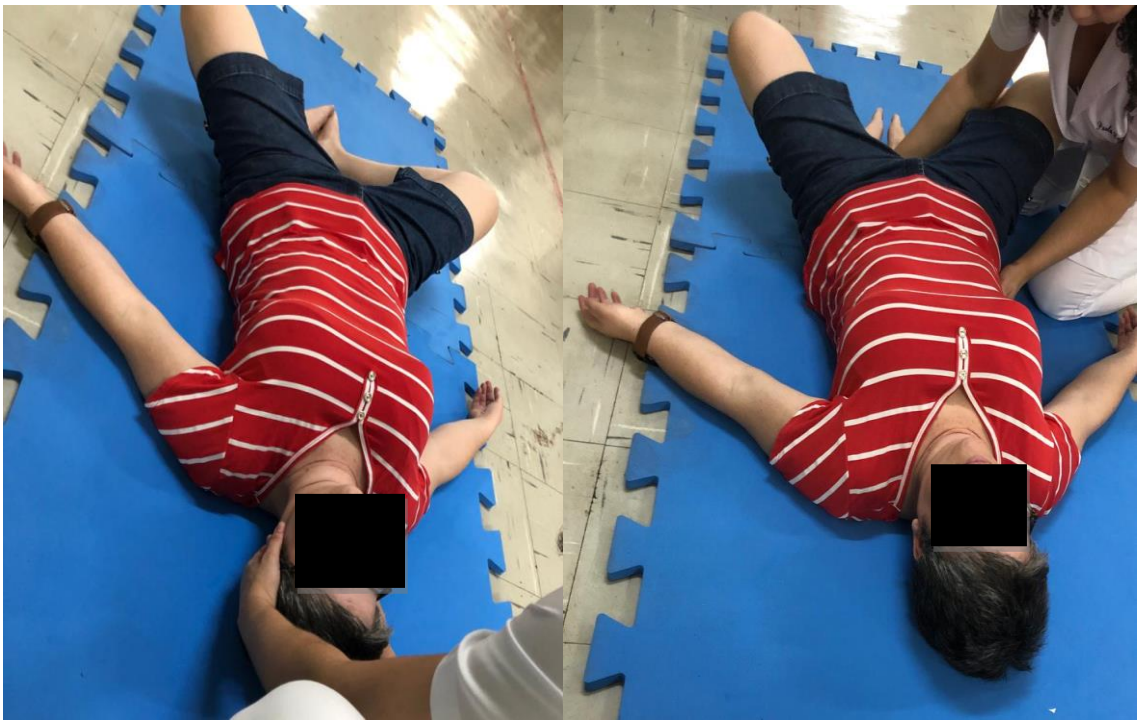
As posturas de RPG foram assim descritas: "rã no chão com braços abertos e fechados, rã no ar com braços abertos e fechados, em pé contra a parede, em pé no centro, postura sentada e postura em pé com inclinação anterior" (SOUCHARD, 1986).

A postura "rã no chão" tem como objetivo o alongamento dos músculos e fáscias da cadeia anterior, tais como o sistema suspensor do diafragma e das vísceras, músculos esternocleidomastoideo (ECM), reto anterior maior e menor do pescoço e escalenos, tendão do diafragma, músculo iliopsoas, trato ílio-tibial, músculos adutores e o músculo tibial anterior (VANTIet al., 2007).

Para a paciente em questão foi usada essa técnica a fim de conscientiza-la acerca da sua postura, visto que o RPG busca equilibrar as tensões do corpo todo, diminuindo rigidez muscular e corrigindo o problema etapa por etapa, melhora do quadro álgico já que a fáscia é trabalhada como um todo.

A figura 29 demonstra a técnica de RPG (reeducação postural global) para melhora da consciência corporal e alongamento de cadeias anterior e posterior.

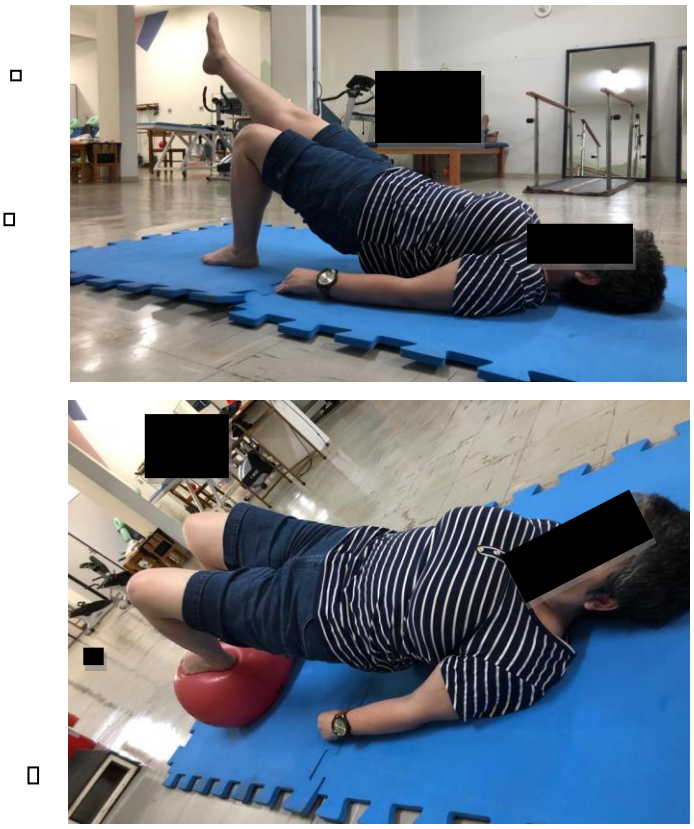
Figura 29- Reeducação postural global.



Fonte: Do autor (2019).

O exercício ilustrado na figura 30, abaixo, consiste na elevação pélvica com joelhos flexionados, estando representados dois níveis de dificuldades. De início realiza o exercício com ambos os pés apoiados no tatame, logo após, a realização é feita em um único apoio. E por fim, o apoio se dá em uma superfície instável (bola formato de feijão). Foram trabalhadas as fibras de contração lenta (tipo I), onde após a conclusão da elevação pélvica foi solicitada contração do AP, por 4 segundos no decorrer de três séries de doze repetições.

Figura 30- Ponte sobre os ombros.



Fonte: Do autor (2019).

3.4.6.2 Liberação Miofascial

No caso do vaginismo, podem ser recomendados métodos manuais com a finalidade de desativar os pontos gatilhos, mas não devem ser a primeira opção de tratamento, pois as mulheres que têm essas patologias mencionam muita dor ao toque (PINHEIRO, 2009).

Segundo Prendergast, Rummer e Kotarinos (2008), o fisioterapeuta deve analisar a existência de pontos gatilho e se estão cooperando para os sintomas. Os músculos identificados como principais determinantes de dor nos tecidos da vagina ou da vulva, por possuírem maior número de pontos gatilhos, são ísquiocavernoso, bulboesponjoso e elevador do ânus. Após a localização dos pontos gatilho, existem métodos a serem seguidos para sua diminuição, dentre elas a compressão isquêmica, onde o fisioterapeuta comprime manualmente o ponto de dor por 60 a 90 segundos ou até sentir sua liberação.

3.4.6.3 *Biofeedback*

Biofeedback, exposto por Kegel (1948), é basicamente todo e qualquer enfoque que o fisioterapeuta emprega para conscientizar um doente de seu corpo e suas funções através de estímulos táteis, visuais, auditivos ou elétricos.

É considerado um aparelho que mede, avalia e trata as disfunções neuromusculares, sendo competente na avaliação dos MAP por monitorar o tônus em repouso, a força, a sustentação e outros padrões de atividade. Por causa disso, é eficaz para orientar a mulher no que diz respeito à melhora das contrações voluntárias da musculatura, beneficiando a prática do relaxamento (MORENO, 2004; NAGIB, 2005; NOLASCO et al., 2008).

Essas técnicas são igualmente empregadas para conscientizar a paciente de seu corpo e suas funções. Emprega-se ainda a EE, pois é adequada para captar as fibras musculares de uma maneira mais acelerada. No vaginismo, de acordo com a corrente utilizada, ela pode auxiliar no relaxamento e alívio da dor (GROSSE; SENGLER, 2002; ETIENNE; WAITRNAN, 2006).

Para tal modalidade foram usados exercícios de contração, iniciando com três séries de 10 repetições para contrair e relaxar em contrações rápidas; evoluir para três séries de contrair e manter por 5 segundos, contrair novamente mantendo por mais 5 segundos e após relaxar, sempre estimulando a paciente a atingir valores maiores no aparelho através do comando verbal. Usado também para alongamento do canal vaginal, com a sonda intravaginal inflada.

3.4.6.4 Eletroestimulação

Sobre o tratamento fisioterápico baseado na EE, Kitchen (2003) afirma que se trata do emprego de correntes elétricas para fortalecer e reeducar os músculos, diminuir edema, aliviar a dor e restaurar feridas. Segundo Moreno (2004), esse é o tratamento mais usado como complemento aos exercícios cinesiológicos e é recomendado como estímulo para despertar a consciência corporal, auxiliando a contração apropriada dos MAP.

Antonioli e Simões (2010) afirmam que a EE deve ser considerada eficaz para proporcionar a conscientização do AP e para o reforço muscular. Sua maior vantagem é a de não apresentar efeitos colaterais quando comparado ao tratamento medicamentoso, apesar de algumas mulheres relatarem pequeno desconforto e irritação local.

Napiet al. (2003) ao pesquisarem os efeitos da EE do AP no tratamento das dores sexuais, observaram que a capacidade de contração, bem como a capacidade de repouso e dor melhorou, especialmente em mulheres com vaginismo. Também é possível que os efeitos positivos da EE para a função sexual tenham ocorrido devido não só a uma maior eficácia na contração, mas a uma progressiva dessensibilização à dor. Apesar de no princípio da terapêutica a mulher se apresentar preocupada com o emprego da corrente elétrica, no transcorrer das sessões, a EE se revelou eficiente na diminuição da dor e na percepção da contração muscular, causando grande melhora.

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 AP, 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 EE foi usada na frequência de 50HZ, no tempo de 20 a 30 minutos em cada sessão, com a frequência modulada de acordo com o limiar de dor da paciente, visando à estimulação da musculatura do AP. A cada contração era solicitado que a

paciente contraísse juntamente com o aparelho, para melhor conscientização da musculatura trabalhada no AP.

3.4.7 Resultados

A fisioterapia promove efeito significativo sobre a QV e satisfação sexual de mulheres com vaginismo. Foram encontradas diversas formas de tratamento para essas mulheres, ressaltando a importância do diagnóstico e de uma avaliação completa. Compreender e abordar esse tema deve fazer parte da rotina de atendimento à saúde da mulher, contribuindo para a melhora da QV destas pacientes.

A paciente em questão teve uma melhora significativa tanto na QV, quanto nas queixas referentes à sua disfunção. Relatou que a perda de urina reduziu significativamente, dando maior conforto às suas atividades de vida diária, o intervalo de 1 hora entre as micções, passou para um largo tempo de 3 em 3 horas, segundo relatos da paciente.

Se tratando do quadro álgico a mesma relatou na região lateral do abdome e coluna lombar, foi relatado melhora e redução, visto que, para realizar o ato miccional não necessita mais utilizar força abdominal para conseguir eliminar toda urina. Como a paciente não retornou ao tratamento para reavaliação, não houve a possibilidade de comparação entre o início do tratamento e o fim, fazendo-se resultados subjetivos.

3.5 Rômulo Paulo da Silva

3.5.1 Incontinência Urinária Masculina por Esforço

Segundo Glazener et al. (2011) a IU é uma condição debilitante que pode ser uma consequência iatrogênica da cirurgia de próstata. O efeito da IU na QV pode ser profundo. Com limitações pessoais (como a necessidade de usar almofadas ou dispositivos e o efeito deletério na QV) e social (utilização de serviços de saúde e necessidade de cuidados residenciais ou de cuidados de enfermagem). O efeito na QV da IU é maior do que o da disfunção erétil, outra possível consequência iatrogênica da cirurgia da próstata.

Segundo Kakihara, Sense Ferreira (2007), a continência urinária depende da integridade do esfíncter interno no colo vesical; do mecanismo uretral passivo formado pelo segmento prostático e membranoso; do esfíncter externo no AP, que depende da integridade de fibras musculares estriadas de contrações rápidas, de caráter voluntário, que facilmente entram em fadiga. O esfíncter externo tem importância na continência durante aumentos súbitos da pressão intra-abdominal.

O esfíncter urinário masculino pode ser dividido em duas unidades funcionalmente separadas, O esfíncter proximal (bexiga mais próxima, consistindo do colo da bexiga, próstata e a parte da uretra que passa através da próstata) e do esfíncter distal (mais longe da bexiga, logo abaixo da próstata ao nível dos MAP. Os MAP contribuem à capacidade do esfíncter distal de manter a uretra fechada (GLAZENER et al. (2011).

A cirurgia de prostatectomiaradical (tipo de cirurgia que consiste na retirada de toda a próstata e tecidos a sua volta), fisicamente perturba a integridade dos músculos e nervos, assim resultando em IU. O esfíncter proximal é removido durante a prostatectomia, e também pode ser danificado por radiação para a próstata. Após a prostatectomia, os homens conseguem continência usando o esfíncter distal e os MAP que o rodeiam. Assim, seguindo prostatectomia, a continência depende do mecanismo do esfíncter distal, que inclui estruturas de suporte dos tecidos, os músculos do esfíncter e do AP, e inervação intacta (autonômica via nervo pélvico e somática via nervo pudendo). Em adição, a interrupção do fornecimento de nervos

para o pênis pode interferir com a ereção normal e daí a função sexual (GLAZENER et al., 2011).

Estudos como os de Kakihara, Sens e Ferreira (2007) verificaram que a cinesioterapia é eficaz quanto à redução dos sintomas urinários, como: a diminuição da perda urinária devido ao aumento da força de contração da musculatura pélvica, aumento do intervalo entre as micções e consequentemente diminuição da frequência urinária, diminuição do grau de incontinência e também maior satisfação dos pacientes após prostatectomia quanto à QV.

3.5.2 Anamnese

Paciente A.A., sexo masculino, 67 anos, após realizar exames de rotina, em meados de 2018, foi diagnosticado com câncer de próstata. Poucos meses depois foi submetido a cirurgia de prostatectomia radical, fez uso de sonda vesical por sete dias. Relata que, não houve complicações associadas ao pós-operatório. Desde então começou a apresentar perda de urina ao realizar pequenos esforços. Incluiu em seu cotidiano métodos para absorver a urina perdida durante as atividades de vida diária (absorventes e forros), com a finalidade de evitar constrangimentos sociais. Alega ter vida sexual inativa após submissão cirúrgica. Relata ter diabetes mellitus tipo II, faz uso de glifage.

A seguir, na tabela 17, estão registrados os dados da anamnese.

Tabela 17- Resultados da anamnese.

Aspectos Avaliados	Dados Coletados
Idade	67 anos
Profissão	Aposentado
Estado civil	Casado
Pressão arterial (Dia da avaliação)	160x10 mmHg
Diagnóstico clinico	Incontinência urinaria
Diagnostico fisioterapêutico	Incontinência urinaria por esforço
Queixa principal	Perder urina ao realizar pequenos esforços
Início dos sintomas	Final de 2018, após prostectomia radical

Perda de urina aos esforços	Sim
Urgência miccional	Não
Urgincontinência	Não
Forma que perde urina	Pequenos jatos
Nocturia	Sim
Quantidade de líquido ingerido por dia	Em média 2 litros.
Frequência da micção	5 vezes ao dia e 3 vezes a noite
Enurese Noturna	Sim
Noctúria	Não
Uso de forro (absorvente)	Sim
Quantidade de trocas por dia	3 a 4 forros
Tipo	Absorvente
Sintomas de infecção (Desconforto para urinar, dor, urina fétida)	Não
Durante o ato miccional	Confortável
Funcionamento do intestino	Normal
Atividade sexual	Ausente após cirurgia
Sintoma de infeção	Ausente
Sintoma de obstrução	Ausente
Patologias associadas	Não relata
Cirúrgico	Próstata

Fonte: Do autor (2019).

Baracho (2018) discorre que, antes de realizar o exame físico, o paciente deverá ser informado sobre as estruturas e funções dos músculos e órgãos pélvicos e suas relações com os seus sintomas; posteriormente, deve-se informá-lo sobre os procedimentos a serem realizados e sobre como contrair os MAP, utilizando-se figuras da estrutura.

Para a inspeção e palpação, pede-se o paciente que se desnude e se deite na maca em decúbito lateral (DL), com quadris e joelhos flexionados, em um local com iluminação adequada. Cobre-se a área pélvica com uma toalha/lençol.

Realiza-se a inspeção, solicitando que a paciente contraia os músculos do AP, e documenta-se a contração como: correta (quando se observa o deslocamento cranial do centro tendíneo do períneo), ausente (quando nenhum movimento do centro tendíneo do períneo é observado), incorreta (quando se observa o deslocamento caudal do centro tendíneo do períneo). Pode-se, ainda, observar a resposta do AP ao aumento brusco de pressão intra-abdominal, solicitando-se que a paciente realize uma tosse: há contração dos músculos do AP ou ocorre deslocamento caudal do períneo.

A tabela 18, mostra os achados na avaliação dos músculos do AP.

Tabela 18- Resultado da avaliação do assoalho pélvico.

Inspeção	Apresenta coloração normal, ausência de cicatriz, hemorroida ou fístulas.
Palpação	Ausência de áreas endurecidas e/ou presença de nódulos
Capacidade visível de contração dos mmAP	Sim
Sensibilidade	Normal
Reflexos	Contração perineal presente
Contração perineal	Presente, grau 2
Observações	Perda urinária durante movimento de valsava

Fonte: Do autor (2019).

3.5.3 Diário urinário

Durante a avaliação da IU, o diário urinário também é de grande valia. Consiste no registro pelo próprio paciente da ingestão diária de líquidos, números e quantidades de micções, números de episódios de IU e o que desencadeou tal perda (esforço, urgência, mista, enurese contínua), bem como o momento em que a perda ocorreu. O diário urinário permite avaliar a severidade da IU e seus efeitos sobre a QV. Registra a quantidade de líquidos ingerido, podendo ajudar a melhorar o comportamento daqueles que ingerem grandes quantidades de líquidos. O diário

urinário deve ser preenchido por pelo menos dois dias uma vez que os sintomas de IU, podem varia de dia para dia (CAMARGOS; MELO, 2001).

Contudo o paciente A.A. entregou o diário urinário em branco, argumentando dificuldades para preenchê-lo, mesmo após várias explicações.

3.5.4 Tratamento

O tratamento da IU depende da causa base, das condições clínicas do paciente e da expectativa em relação aos resultados. Atualmente, existem três formas de abordagens terapêuticas: tratamento farmacológico, tratamento conservador comportamental e fisioterápico, e tratamento cirúrgico (FERNANDES; JUCÁ, 2008).

Com base nos dados coletados e nas queixas apresentadas pelo paciente, foi proposto como objetivos de tratamento o treinamento dos MAP, cinesioterapia e terapia comportamental.

O treinamento da musculatura do AP consistiu principalmente de três contrações de resistência máxima com uma pausa de 10 segundos entre cada uma, praticadas em três posições (deitado, sentado e de pé). Foram fixados objetivos para a duração de cada contração, até um máximo de 10 segundos. Além disso, foi instruído como exercício complementar a realização de contrações submáximas dos MAP durante a caminhada e para executar uma forte contração antes e durante qualquer evento que possa causar vazamento, como por exemplo, quando tossir.

O paciente A.A. iniciou o tratamento fisioterápico conservador visto que, o fisioterapeuta ainda não utiliza EE como recurso terapêutico, por não possuir equipamentos para esta técnica. Com frequência de 3 vezes semanais e duração de 35 minutos por sessão.

3.5.4.1 Cinesioterapia e treinamento dos músculos do assoalho pélvico

Estudos mostram o resultado positivo do treinamento funcional do AP nos pacientes com IU após cirurgia da próstata. Já a EE é sugerida como terapia única ou como segunda opção de tratamento, quando outros são ineficazes, falham (KAKIHARA; SENS; FERREIRA, 2007).

De acordo com Kakihara, Sens e Ferreira (2007) é importante assinalar que a reeducação do AP com trabalho da cinesioterapia para fortalecimento do músculo elevador do ânus deve ser considerada como a primeira opção no tratamento da IU pós-prostatectomia radical.

Segundo Parekh (2003) a melhora da conscientização, da força e o treinamento dessa musculatura devem levar a uma contração profilática como um ato motor automático contra eventos de esforço, isso auxilia a diminuição de episódios de incontinência e a frequência da troca de absorventes para um retorno mais rápido da continência após a prostatectomia. O objetivo dessa terapia é a conscientização da existência e da função do AP. Como em qualquer cirurgia, a musculatura geral da região permanece inibida, por isso ela deve ser treinada para recuperar o nível de força normal.

Os métodos fisioterapêuticos utilizados baseiam-se na contração voluntária dos músculos perineais para reeducar o AP e aumentar seu tônus muscular (MATHEUS et al., 2006).

O treinamento do MAP é bem descrito, eficaz e mais comumente método usado para tratamento fisioterapêutico da IU que foi reconhecido e recomendado como a primeira linha de tratamento conservador da IUE. Pela primeira vez, os exercícios de MSF foram descritos em 1948 por Arnold Kegel como método comportamental no tratamento da IU. A sua eficácia está comprovada independentemente da idade e do índice de massa corporal (IMC). O MAP baseia-se em duas funções dos músculos pélvicos: suporte pélvico e cooperação no mecanismo de fechamento do esfíncter uretral. Um PFMT pode ser realizado para aumentar força, resistência e coordenação muscular. Os estudos estimam que o MAP regular diminui a perda de urina e melhora da QV (IRENA et al., 2020).

Moreno (2009) relata que o tratamento deve ter um tempo de contração e um tempo de repouso com a finalidade de recrutamento tanto das fibras musculares do tipo I (contrações prolongadas e lentas), quanto do tipo II (contrações rápidas e fortes). Sendo que recomenda para ativação das fibras tipo I, 3 séries de 12 a 15 repetições (contrações lentas) e para ativar fibras do tipo II, 3 séries de 6 a 8 repetições (contrações rápidas).

Todos os exercícios propostos para o paciente tiveram a mesma finalidade, aumentar a tonicidade e conscientização da musculatura do AP.

3.5.4.2 Terapia Comportamental

Em todos os tipos de incontinência uretral podem ser aplicados exercícios terapêuticos e/ou comportamentais, sendo os primeiros fundamentados nos exercícios propostos por Kegel (1948) e os seguintes com o objetivo de modificar o comportamento do paciente quanto à ingestão hídrica, o tempo e volume de cada micção, ocasionando assim, uma alteração entre as micções (FERNANDES; JUCÁ, 2008).

Mesmo com a resistência do paciente em mudar alguns hábitos, durante todos os atendimentos o mesmo era instruído e orientado quanto à importância de se adaptar a novos hábitos para que o tratamento fosse mais efetivo, tanto para a quantidade quanto ao tipo da ingestão hídrica.

Na figura 31, o paciente é posicionado de forma que se sinta confortável e relaxado. Em seguida é instruído a contrair de forma correta a musculatura do AP, através de 8 -10 contrações rápidas (força, fibras do tipo II), repetindo a sequência por 4 vezes.

Figura 31- Conscientização dos músculos do assoalho pélvico.

Fonte: Do autor (2019).

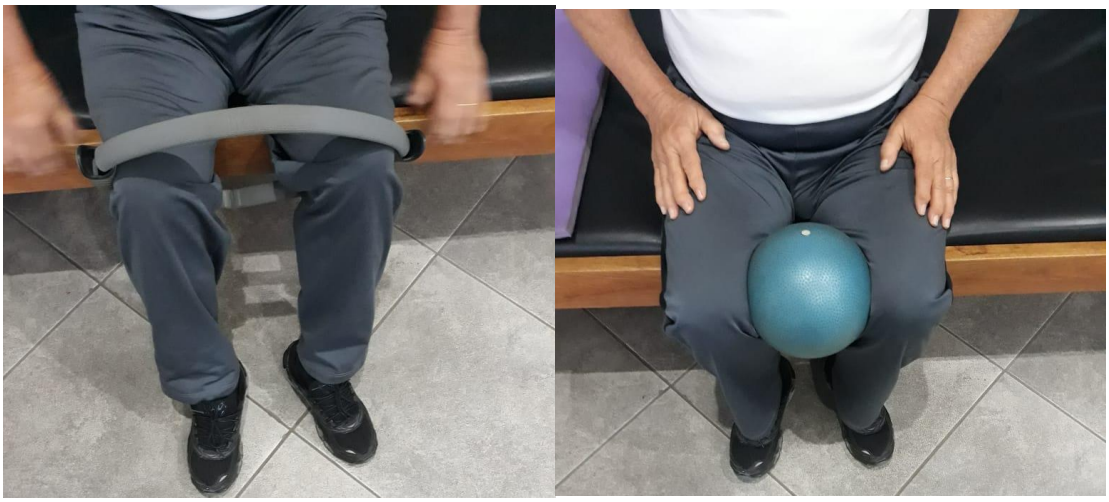
Na figura 32, o paciente é posicionado em decúbito dorsal (DD), joelhos fletidos e pés apoiados no chão, membros superiores (MMSS) ao lado do corpo. É importante certificar que a região do pescoço e cabeça estejam relaxados; em seguida, o paciente é instruído a contrair o AP e retirar a pelve do colchonete até o máximo que conseguir, durante a expiração. Retornar a posição inicial durante a inspiração.

Figura 32- Exercício de ponte sobre os ombros.

Fonte: Do autor (2019).

Na figura 33, o paciente realiza uma associação de exercícios de contração do AP com a abdução de quadril e, posteriormente com adução, ambos utilizando dispositivos auxiliares, flex para abdução e bola para adução.

Figura 33- Adução e Abdução do quadril associada a ativação do AP.



Fonte: Do autor (2019).

Na figura 34, o paciente faz uma associação de ativação da musculatura do AP com anteversão pélvica e, posterirormente com retroversão pélvica.

Figura 34- Anteversão e retroversão pélvica.

Fonte: Do autor (2019).

3.5.5 Resultados

O treinamento da musculatura do AP foi destinado a melhorar a força dos músculos e para permitir eficaz contração durante o esforço com a finalidade de evitar o vazamento urinário.

Após ser submetido a reavaliação observou-se melhora significativa no quadro geral do paciente, redução dos sintomas e melhora da QV. Destaca-se a redução da frequência urinária noturna (nocturia), aumento da tonicidade da musculatura de AP e redução das queixas pelo paciente.

A seguir, na tabela 19, estão registrados os dados comparativos da reavaliação.

Tabela 19- Reavaliação.

Aspectos Avaliados	**Avaliação 13 /09/2019**	**Reavaliação 19/11/2019**
Tônus muscular	Normal	Normal
Palpação	Grau 2	Grau 2
Frequência de micção	4 - 5 vezes	3 - 4 vezes
Quantidade de forro	3 a 4 por dia	1 a 2 por dia

Nocturia	Presente (3 vezes)	Ausente
Perda de urina aos esforços	Sim	Não
Ato miccional	Confortável	Confortável
Atividade sexual	Ausente	Ausente
Sensibilidade	Preservada	Preservada
Palpação	Sem alterações	Sem alterações
Reflexos	Contração perineal presente	Contração perineal presente
Contração perineal	Grau 2	Grau 4
Compreensão dos exercícios perineais	Regular	Ótima

Fonte: Do autor (2019).

4 AUTO AVALIAÇÃO

4.1 Fabiana Aparecida de Rezende

A vivência me possibilitou associar teoria e prática, sendo essencial para o processo de aprendizagem. O estágio curricular, por ser um instrumento didático pedagógico, proporciona ao aluno a participação em experiências reais do cotidiano em seu contexto social. Por meio dessas situações, o acadêmico tem a oportunidade de enfrentar conflitos que envolvem valores e interesses pessoais.

Tive a oportunidade de colocar em prática o que foi absorvido em sala de aula e aprender um pouco mais sobre incontinência urinaria masculina. Fiquei honrada em atender o público masculino, a professora Débora Galdino e o paciente confiaram em mim. Alguns me perguntam se não fiquei com receio em trabalhar com esse público, e em momento algum vi isso como um obstáculo. Esta atuação, além esclarecer dúvidas, me possibilitou ver que a prática, em muitos casos, é diferente na teoria.

Praticamos os conhecimentos adquiridos nas disciplinas anteriormente cursadas e desenvolvemos a capacidade de planejamento, tratamento e execução, através de uma visão integralizada, a fim de atender todas as necessidades do paciente.

Observei a importância de ter um olhar integral para com o paciente, a importância do estudo diário, pois cada paciente tem suas características próprias, o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental. É necessário ter amor e respeito pela sua profissão.

Encontrei bastante dificuldade para encontrar artigos atuais, tendo que me dedicar a horas de pesquisa e estudo para conseguir realizar o desenvolvimento. Através dos artigos tive uma visão de como a pesquisa científica é interessante em qualquer área como contribuição para a evolução do conhecimento profissional.

Meu maior desafio será a defesa, pois sou tímida isso me atrapalha na hora de falar, mas, tem o ponto positivo que vou me aperfeiçoando ao falar em público.

Ter passado por essa experiência me fez sentir o quão gratificante é promover QV, carinho e dedicação aos meus pacientes, é me sentir mais segura no

meu meio de formação e nos meus conhecimentos e saber como evoluí, e como essa evolução resultou em uma maior autoconfiança.

4.2 Luana Nascimento

Durante a vivência pude observar como a fisioterapia proporciona um tratamento de suma importância na QV, que essa área tem uma significativa evolução no seu tratamento, trazendo o conforto e confiança nas atividades de vida diárias e em relação a saúde da mulher de um modo geral, tornando-a mais autoconfiante e segura.

Alguns pontos positivos vêm com a confiança que o paciente tem com o fisioterapeuta, conforme a sua evolução. O tratamento que se encontra nessa área faz com que fortifique sua pelve trazendo consigo a sustentação dos órgãos pélvicos e promovendo a prevenção e o controle da incontinência impedindo a perda urinária.

Como ponto negativo pode ser citado a falta de compreensão durante os exercícios de ativação correta da musculatura do AP, o que dificulta a progressão do tratamento.

Ao longo da vivência notei que a quantidade de aparelhos disponíveis é insuficiente para a demanda de pacientes, e isso implica um retardo na evolução do quadro geral, outra dificuldade encontrada foi a falta de comprometimento da paciente para com o tratamento, pois se ausentou de várias sessões, interrompendo a evolução do quadro geral e redução das queixas apresentadas na anamnese.

Contudo, foi enriquecedor correlacionar e acompanhar a teoria com a prática e seus ganhos quanto ao tratamento, aprendi a observar e compreender os benefícios dos recursos terapêuticos em prol de um tratamento específico.

4.3 Mariane Rodrigues

Durante o desenvolvimento desse portfólio tive a oportunidade de observar como era ser uma estagiaria prestes a tornar uma profissional. Pude ver quais foram as dificuldades da minha colega que atendia a paciente, e como ela se portava durante os atendimentos e o dia a dia da Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS,

pois no ano seguinte, eu me encontraria na mesma situação e viveria a prática depois de quatro anos de teoria.

Iniciei meu contato com a paciente dias após o início do tratamento, já apreensiva de como seria a aceitação da mesma, pois se tratava de um tratamento invasivo. Mas, no decorrer dos atendimentos, a paciente foi se sentido mais confortável, assim, pude perceber quais eram suas dificuldades do dia a dia.

Um dos pontos positivos desse portfólio foi o contato com uma paciente real, mesmo com algumas limitações físicas e emocionais, ela teve toda a paciência e depositou toda a confiança na terapeuta, mesmo que indiretamente, pude observar quais eram as dificuldades de minha colega e assim ter uma visão de como seria meu estágio supervisionado e como todas as disciplinas ministradas são necessárias para nosso aprendizado tanto pessoal quanto profissional.

Já os aspectos negativos foram o não contato direto como terapeuta deixando ainda uma insegurança para atuar no estágio, também a dificuldade de encontrar artigos recentes com abordagem do tema que foi desenvolvido. Um grande desafio foram o medo e a insegurança de não conseguir desenvolver por apresentar dificuldades na escrita, mas isso fez com que saísse da minha zona de conforto e fosse me aprofundar nas pesquisas.

Espero que em um futuro próximo possa me tornar melhor profissionalmente, buscando sempre o aperfeiçoamento e novos conhecimentos, continuando a mudança de vida que a fisioterapia pode proporcionar a várias pessoas e que o mercado de trabalho possa me abrir grandes portas.

4.4 Nicolle Fonseca Valacio

Ao desenvolver este portfólio, vários desafios foram surgindo, sendo eles positivos que por sua vez enriqueceram e deram qualidade na elaboração do mesmo, e negativo, que de certa forma dificultaram e fizeram com que o aprendizado fosse maior. A vivência me proporcionou experiências únicas e me deu uma carga ímpar para que meu crescimento profissional fosse ainda mais enriquecedor. Presenciar a teoria sendo aplicada na prática é certamente desafiador

e indescritível, pelo fato de nos inserirmos e ter a oportunidade do contato com o que antes era apenas ilustrado e que posteriormente será manuseado.

Tendo como ponto positivo menciono, a interação e relação paciente e terapeuta, que à primeira vista tinha como receio, mas que após, foi muito engrandecedor; é aprender com quem deveríamos ensinar, não há lição mais valiosa que tal. Consegui aprender a cada encontro um pouco mais sobre a disfunção, sobre seu tratamento, qual melhor técnica e qual melhor intervenção para esse caso, sempre frisando o bem-estar da paciente. E como maior ponto positivo, foi ver o quanto a fisioterapia é essencial para essa paciente, devolver a QV e ver o quanto os resultados foram benéficos, fazem de todo esforço a maior recompensa.

Houve pontos negativos, os quais destaco encontrar artigos referentes ao tema e que estivessem de acordo com o que queremos pesquisar, de acordo com os exercícios propostos e fazer com que tudo se enquadre de forma harmônica. Conscientizar a paciente acerca do exercício que seria executado também se mostrou um desafio, mas que ao longo das sessões e repetições foram ficando mais compreensíveis.

Contudo, posso afirmar que, a vivência, juntamente com as experiências que a mesma me proporcionou foi de grande valor ao que se refere a minha experiência acadêmica e profissional, visto que, além de preparar para a prática clínica, me fizeram olhar com respeito e responsabilidade ética para a paciente, me tornando e me capacitando cada vez mais para ser uma profissional qualificada e experiente.

4.5 Rômulo Paulo

No decorrer desta vivência, pude me deparar com a sensação de estar frente a frente com um paciente e ser instigado a pensar na causa e solução das queixas apresentadas, correlacionando com toda a teoria que nos foi passado ao longo dos anos anteriores.

Obtive como ponto positivo, toda a vivência em si. Afinal, é criada toda uma expectativa em cima da abordagem fisioterapêutica.Ter a oportunidade de acompanhar um colega é como ter um molde para futuras ações, assim quando me for permitido, terei uma base.

Vale ressaltar que a insegurança/ansiedade sempre será um ponto negativo em qualquer experiência de vida, visto que cria barreiras em nossas mentes.

Quantos aos desafios é importante ressaltar as poucas referências atuais ou não, encontradas quando se trata de disfunções relacionadas ao público masculino nesta área. O que, de certa forma, limita a elaboração baseado em visões distintas.

A resistência do paciente em colaborar com alguns hábitos comportamentais e preenchimento de recursos importantes como o diário urinário, fez com que sua evolução não fosse tão evidente no início do tratamento.

Todavia, sou grato por esta troca de experiência. É gratificante afirmar os benefícios da fisioterapia na QV, devolvendo função.

5 CONCLUSÃO

5.1 Fabiana Aparecida de Rezende

Eu, Fabiana Rezende, após o tempo desta vivência pude acompanhar de perto como é importante essa área da fisioterapia que muitos ainda não conhecem e as vezes não sabem que ela existe.Observei a importância da fisioterapia no tratamento de incontinência em homens, o quanto que aumentam suas perspectivas e de QV, como eles passam a se sentir mais independentes.

Os exercícios utilizados nessa disfunção são para reabilitar funções importantes.E, com o auxílio da eletroterapia para fortalecer fibras do tipo I e ganhar resistência dos músculos do AP afetados pela cirurgia radical de prostatectomia, assim trazendo a independência para a paciente principalmente em atividades de vida diária e em sua socialização.

5.2 Luana Nascimento

Eu, Luana Nascimento, com a conclusão deste portfólio pude observar o impacto causado por disfunções naQV. AIU tem solução com o trabalho adequado do fortalecimento dos músculos doAP, com ou sem uso da eletroterapia.

Durante o acompanhamento da vivência pude correlacionar a teoria/prática, entendendo melhor os mecanismos desencadeantes das disfunções e qual o melhor método de tratamento para cada tipo.

Sendo assim, foi enriquecedor todo momento de observação desta vivência, como profissionais tudo que se trata em prol do bem-estar do paciente.

5.3 Mariane Rodrigues

Eu, Mariane Rodrigues, pude concluir a extrema importância do estágio supervisionado pois dá a você um primeiro contato com o paciente antes de você conhecer o mercado de trabalho, faz com que se torne um profissional mais atencioso, conviver com profissionais capacitados, aprender trabalhar em equipe e

relacionar a teoria na parte prática. Durante esse período observacional, percebi a importância que a fisioterapia traz em várias áreas de atuação. O objetivo principal não foi alcançado, que era fazer que a paciente conseguisse uma melhora da incontinência urinaria que ela apresentava, mas ampliei meu conhecimento para diferentes técnicas para tratamentos futuros.

5.4 Nicolle Valacio

Eu, Nicolle Fonseca Valacio, conclui que, de acordo com as pesquisas realizadas para esse quadro de vaginismo, é perceptível a grande importância que a fisioterapia tem, se tratando da melhora de QV, melhora na interação social, o quanto o trabalho muscular do AP é essencial e na maioria das vezes, pouco abordado e pouco conhecido.

Durante esse período de vivência, pude acompanhar que todo conhecimento teórico que tivemos é descarregado na prática clínica. Abri o meu pensamento baseado na prática em evidência, tive a oportunidade de fazer com a paciente os exercícios propostos, fazer o uso da EE que se apresentava um desafio, mostrando assim a eficácia da aplicabilidade de cada exercício para a mesma.

Contudo, apesar de não termos concluído o tratamento para uma reavaliação, o tratamento fisioterapêutico teve bons resultados no fortalecimento do AP, que consequentemente previne possíveis complicações e progressão do quadro, a paciente de certa forma alcançou o objetivo esperado. Ampliei meu conhecimento sobre a fisioterapia uroginecológica, assim consigo me ver capaz de atuar na profissão, com grandes habilidades em resolver problemas e apta a ajudar meus pacientes a terem a melhora almejada.

5.5 Rômulo Paulo

Pude concluir que, a partir da elaboração deste portfólio, constatar de fato os ganhos da fisioterapia em relação as disfunções uroginecológicas e o impacto sobre a QV, devolvendo segurança nas atividades de vida diária, convívio social e no

estado geral de saúde. A pratica baseada em evidência é uma ferramenta de suma importância na eficácia da evolução do paciente.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N.; FLEURY H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de PsiquiatriaClínica**, São Paulo, v. 33, p. 162-167, mar. 2006.

ABRAMS P, CARDOSO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. **NeurolUrodyn**. 2002;21(2):167-78

ALMEIDA, N. A. M.; SILVA, L. A.; ARAÚJO, N. M. Conhecimento de acadêmicas de enfermagem sobre disfunções sexuais femininas. **Revista Eletrônicade Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 138-147, ago. 2005.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista Neurociência**s, Teresópolis, v. 18, n. 02, p. 267-274, ago. 2010.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2018.

BARACHO E.; DIAS R.C; SALEME C.S; LARANJEIRA C.L.S; LIMA R.S.B.C.Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária**. Fisioterapia e Pesquisa,** 2006.

BARBOSA, A. M. P. How to report electrotherapy parameters and procedures for pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, Guildford, v. 29, n. 5, p. 1747–1755, Jan. 2018.

BARBOSA, L. M. A. et al. The effectiveness of biofeedback in treatment of women with stress urinary incontinence: A systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 217-225, July/Sept. 2011.

BASTOS, ROSANGELA O. A. A impossibilidade da entrega: O vaginismo numa visão clínica. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, 2003.

BAZI, T. et al. Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion. **International Urogynecology Journal**, Guildford, v. 27, n. 12, p. 1785-1795, Dec. 2016.

BERGHMANS L.C.M.; HENDRINKS HJ; VAN WAALWIJJ;**Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials**. BJU Int. 2000.

BESSA, A. R. S. Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres de meia idade da região norte do Brasil. 2013. 148 p. **Tese (Doutorado em Ciências)** - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BIANCO, G.; BRAZ, M. M. **Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina**.2004. p. 1-12.

BOOTH J; KULIEN S; ZANG Y; **Promoting urinary continence with older people: key issues for nurses**. Int J Older People Nurs. 2009.

BROSENS, C.; TERRASA, S.; ASTOLFI, E. **Actualización: vaginismo. Evidência - ActualizaciónenlaPrácticaAmbulatoria**, Buenos Aires, v. 12, n. 3, p. 102-103, jul. /Sept. 2009.

CAMARGOS, Aroldo Fernando; MELO, Victor Hugo de. **Ginecologia Ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

CHAPPLE, C. et al. **Multidisciplinary mangement of female pelvic floor disorders**. 9.ed. London: Cgurchill Livingstone Elsevier Publishing, 2006.

CLAUDIA SENRAM. GRAÇA PEREIRA CA Quality of life in women with urinary incontinence**. Rev.Assoc**. Med. Bras. vol.61 no.2 São Paulo mar. /abr. 2015. DISPONIVEL EM <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302015000200178&lang=en#B13>

CONTRERAS O, COYA F, IBAÑEZ G.Evaluación funcional del piso pelvianofemenino (classificación funcional).**BolSocLatinoamUroginecolCir Vaginal** 1994, DISPONIVEL EM <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_55/v02/pdf/10_revisao_literatura1.pdf> .

COYNE K.S; WEIN A; NICHOLSON S; KVASZ M; CHEN C.I; MILSOM I.**Comorbidades e carga pessoal de incontinência urinária de urgência: uma revisão sistemática**. Int J ClinPract 2013. Disponivelem<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijcp.12164>.

DAVIS G, SHERMAN R, WONG MF, MCCLURE G, PEREZ R, HILBBERTM.**Urinary incontinence among female soldiers.**Mil Med.1999;

DAVIES J.A. HOSKER J. **An evaluation of the efficacy of in-patient bladder retraining.**IntUrogynecol J PelvicFloorDysfunct. 2000.

DELARMELINDO RCA. **Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interveniente [dissertação]**. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2010.

DIAS R.C; BARACHO E. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde**. In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos da mastologia. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

ETIENNE, M. A.; WAITMAN, M. C. **Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico**.São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

FELICISSIMO M.F; CARNEIRO M.M;SOUZA E.L.B.L, et al. Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. **Acta Fisiátrica** 2007.

FERREIRA, A.L. C. G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no recife, Pernambuco. **Revista Brasileirade Saúde Maternerno Infantil**, Recife, v. 7, n. 2, p. 143-150, abr./jun. 2007.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**,São Carlos, v. 12, n. 2, p. 138-142, mar./abr. 2008.

FONSECA E.S.M; CAMARGO A.L.M; CASTRO R.A. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras GinecolObstet** 2006.

FRASSON, E. et al. Central nervous system abnormalities in vaginismus.**Clinical Neurophysiology**,Irelan, v. 120, n. 1, p. 117-122, Jan. 2009.

GLAZENER, C. et al. Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials. **Health Technology Assessment**, v. 15, n. 24, Jan. 2011.

GIRARD, A. L. Vaginismo. In: PALMA, P. C. R.(Org.). **Urofisioterapia: aplicações clinicas da técnica fisioterápicas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. 2. ed. São Paulo: Personal Link Comunicações, 2014.

GORMLEY E.A; **Biofeedback and behavioral therapy for management of female urinary incontinence**. UrolClin North Am. 2002.

GRIEBLING T.L. **Urinary incontinence in the elderly**. ClinGeriatr Med. 2009

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação perineal: concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2002.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HERSCHORN S. et al. **Impact of a health education intervention in overactive bladder patients**. Can J Urol. 2004.

IRWIN D.E.; MILSOM I;HUNSKAAR S. et al. **Pesquisa de base populacional de incontinência urinária, bexiga hiperativa e outros sintomas do trato urinário inferior em cinco países: resultados do estudo** EPIC. EurUrol 2006. Disponivel em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030228380601116X>.

KAKIHARA, C. T.; SENS, Y.A. S.; FERREIRA, U**.** Efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não á eletroestimulação na incontinência urinária

após prostatectomia radical. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6,p. 481-486,nov./dez.2007.

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

KELLEHER C. **Qualidade de vida e incontinência urinária**. Baillières ClinObstetGynaecol. 2000.

KITCHEN, S. **Eletroterapia prática baseada em evidências**. São Paulo: Manole, 2003.

LOPES, D.B.M.; PRACA, N.S. **Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas.** Rev. Esc. Enferm. Usp, 2012, vol.46, n.3.

MARIEB, E. N.; HOEHN, K. **Anatomia e Fisiologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARTINI, F. H.; TIMMONS, M. J.; TALLITSCH, R. B. **Anatomia Humana**. 6. ed. Porto Alegre:Artmed, 2009.

MAZUR-BIALY, Agnieszka Irena; KOŁOMAńSKA-BOGUCKA, Daria; NOWAKOWSKI, Caroline; TIM, Sabina. Urinary Incontinence in Women: modern methods of physiotherapy as a support for surgical treatment or independent therapy. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 1211-1241, 23 abr. 2020. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/jcm9041211.

MESSER K. L.; HINES S.H.; **Selfefficacy as a predictor to PFMT adherence in a prevention of urinary incontinence clinical trial**. Health EducBehav. 2007.

MILSOM I; ABRAMS P; CARDOZO L; ROBERTS R.G; THUROFF J; WEIN A.J.; **Quão difundidos são os sintomas de uma bexiga hiperativa e como são tratados? Um estudo de prevalência de base populacional.** BJU Int 2001. Diponivel em <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1464-410x.2001.02228.x>

MOREIRA, R. L. B. D. **Vaginismo**. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 336-342, jan. 2013.

MORENO A.L.. **Avaliação do grau de força do assoalho pélvico em mulheres com anorgasmia secundária**. Fisioterapia em Uroginecologia. In: Moura RVZ, Costa TPB. Monografia (Graduação). Universidade da Amazônia. Belém: 2006.

MORENO, A. L. **Biofeedback. Fisioterapia em uroginecologia**. 1. ed. Barueri: Manole, 2004.

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

MOURA, R. V. A.; BRITO, T. P. C. **Avaliação do grau de força do assoalho pélvico em mulheres com anorgasmia secundária**. 2006. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Pará, 2006.

NAGIB, A. B. L. Avaliação da sinergia da musculatura abdomino-pélvica em nulíparas com eletromiografia e biofeedback perineal. **Revista Brasileirade Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 210-215, abr. 2005.

NAPI, R. E. et al. Electrical Stimulation (ES) in the management of sexual pain disorders. **Journal of Sex Marital Therapy**, United States, v. 29, n. 1, p. 103-110, Jan. 2003.

NASCIMENTO, S. M.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**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 157-163, abr./jun. 2009.

NOLASCO, J. et al. **Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: revisão bibliográfica**. Revista Digital, Buenos Aires, v. 12, n. 117, fev. 2008.

OLIVEIRA, K.A.C.; RODRIGUES, A.B.C.; PAULA, A.B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. **Revista Eletrônica F@pciência**, Apucarana-PR, v.1, n.1, 31-40, 2007

ONUKWUGHA E; ZUCKERMAN I.H; MCNALLY D; COYNE K.S; VATS V; MULLINS C.D.**A carga econômica total da bexiga hiperativa nos Estados Unidos: uma abordagem específica para a doença.** Am J ManagCare 2009. Disponivel em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0100-72032018000400225000005&lng=en>

ORTIZ, O. C. et al. Valoraciondinámic de ladisfunciónperineal enlamujer. Propuesta de classificación.**Boletim de La SociedadLatinoamericana de Uroginecologia y Cirurgia Vaginal**,Buenos Aires,v. 1, n. 2, p. 7-9, feb. 1994.

PALMA, P. C. R.; BERGHMANS, B.; SELEME, M. R. **Urofisioterapia: aplicações clinicas da técnica fisioterápicas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. 2. ed. São Paulo: AB Editora, 2014.

PINHEIRO, M. A. O. O casal com vaginismo: um olhar Gestalt-terapia. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 10, p. 91-143, jan. 2009.

PRENDERGAST, S.; RUMMER, E.; KOTARINOS, R. Treating vulvodynia with manual physical therapy. **PhysicalTherapy**, United States, v. 13, n. 3, p. 7-12, Feb. 2008.

RETT, M. T. Incontinência urinária de esforço em mulheres no menacme: tratamento com exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedbackeletromiográfico. 2004. 75 p. **Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)** - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

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. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 447-452, set. 2009.

SILVA, F. A. Q.; SIMÕES, F. A. **Semiologia urológica**. In: NARDOZZA JÚNIOR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. (Eds.). Urologia fundamental. São Paulo: Planmark, 2010. p. 37-46.

SOUCHARD, P. E. **Fundamentos da reeducação postural global: princípios e originalidade**. 2. ed. São Paulo: É Realizações, 2003.

SOUCHARD, P. E. **O stretching global ativo**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1996.

SOUCHARD, P. E. **Reeducação postural global: métododo campo fechado**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1986.

SOUCHARD, P. E. **Reeducação postural global: método do campo fechado**. 4. ed. São Paulo: Ícone, 2001.

SOUSA, J. G. et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2011.

STEWART E. **Overactive bladder syndrome in the older woman: conservative treatment**. Br J CommunityNurs. 2010.

THIEL, R.; THIEL, M.; PALMA, P. Urologia feminina e medicina sexual: o que os médicos precisam saber. **Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 56, p. 37-39, Mar./Apr. 2008.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

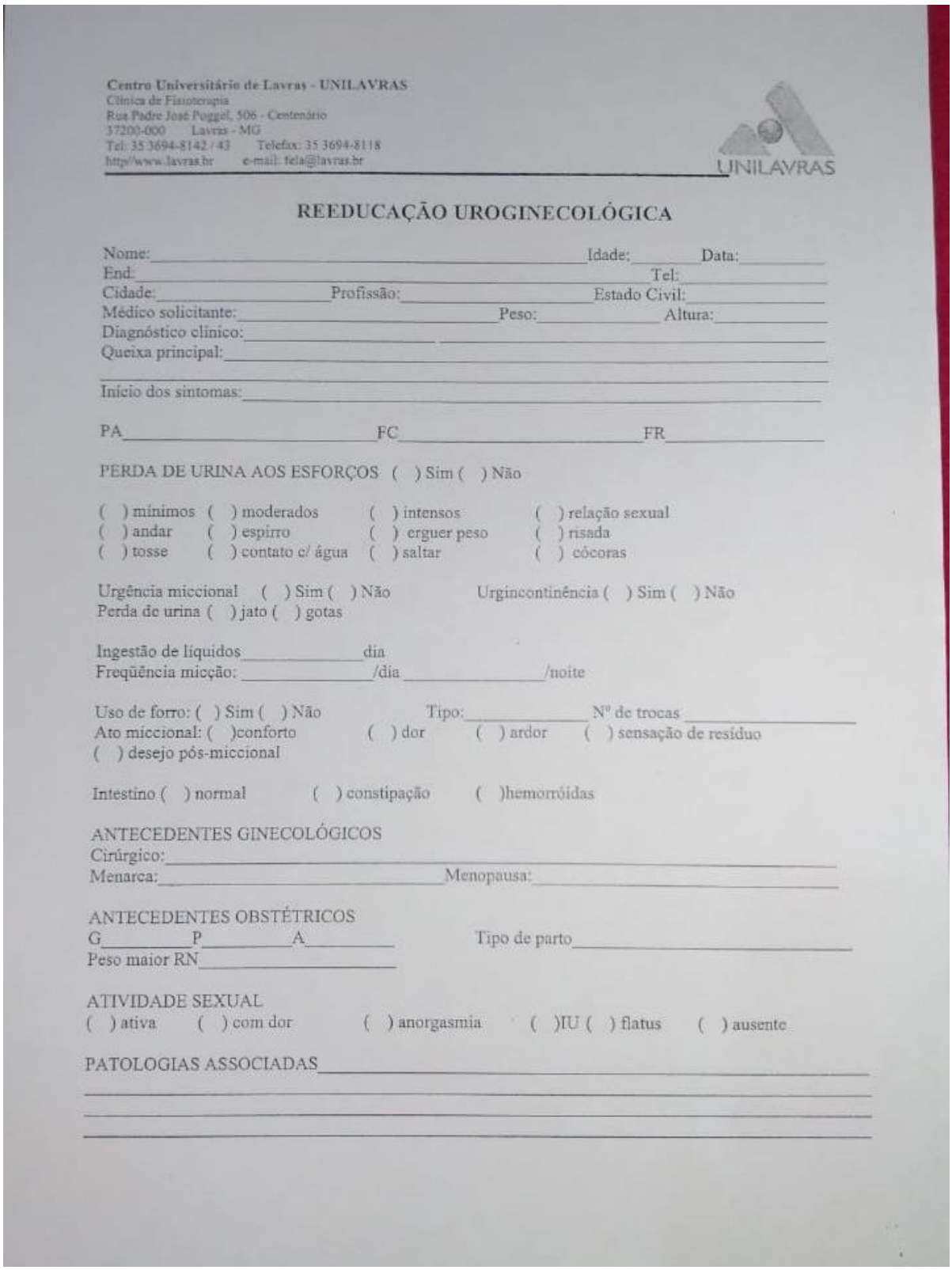
VANTI, C. et al. RééducationPosturaleGlobale in músculoskeletal diseases: scientific evidence and clinical practice. **Reumatismo**, Pavia, v. 59, n. 3, p. 192-201, Jan. 2007.

WEIN A.J. **Diagnosis and treatment of the overactive bladder**. Urology. 2003

WROCLAWSKI E.R; BORRELLI J.R.M;BORRELLI M.Tratamento não-Cirúrgico da incontinência urinária de esforço**.** In: Rubinstein I. **Urologia feminina**. São Paulo: BYK; 1999.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de avaliação



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: fela@lavras.br

UNILAVRAS

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 ( ) cócoras

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

Ingestão de líquidos_____dia
Freqüência micção: _____/dia _____/noite

Uso de forro: ( ) Sim ( ) Não Tipo:_____Nº de trocas _____
Ato miccional: ( )conforto ( ) dor ( ) ardor ( ) sensação de resíduo
( ) desejo pós-miccional

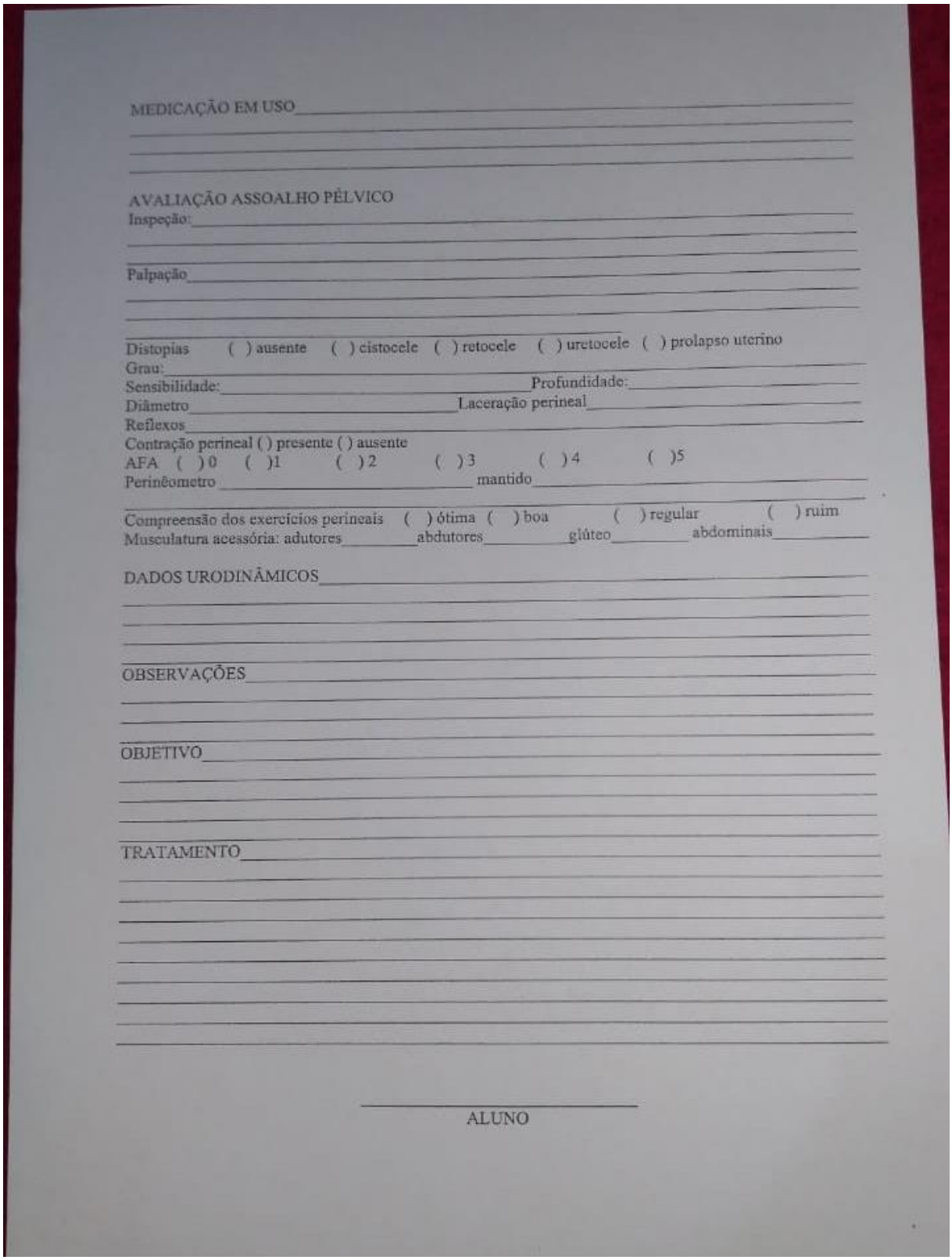
Intestino ( ) normal ( ) constipação ( )hemorróidas

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_____
_____
_____
_____



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

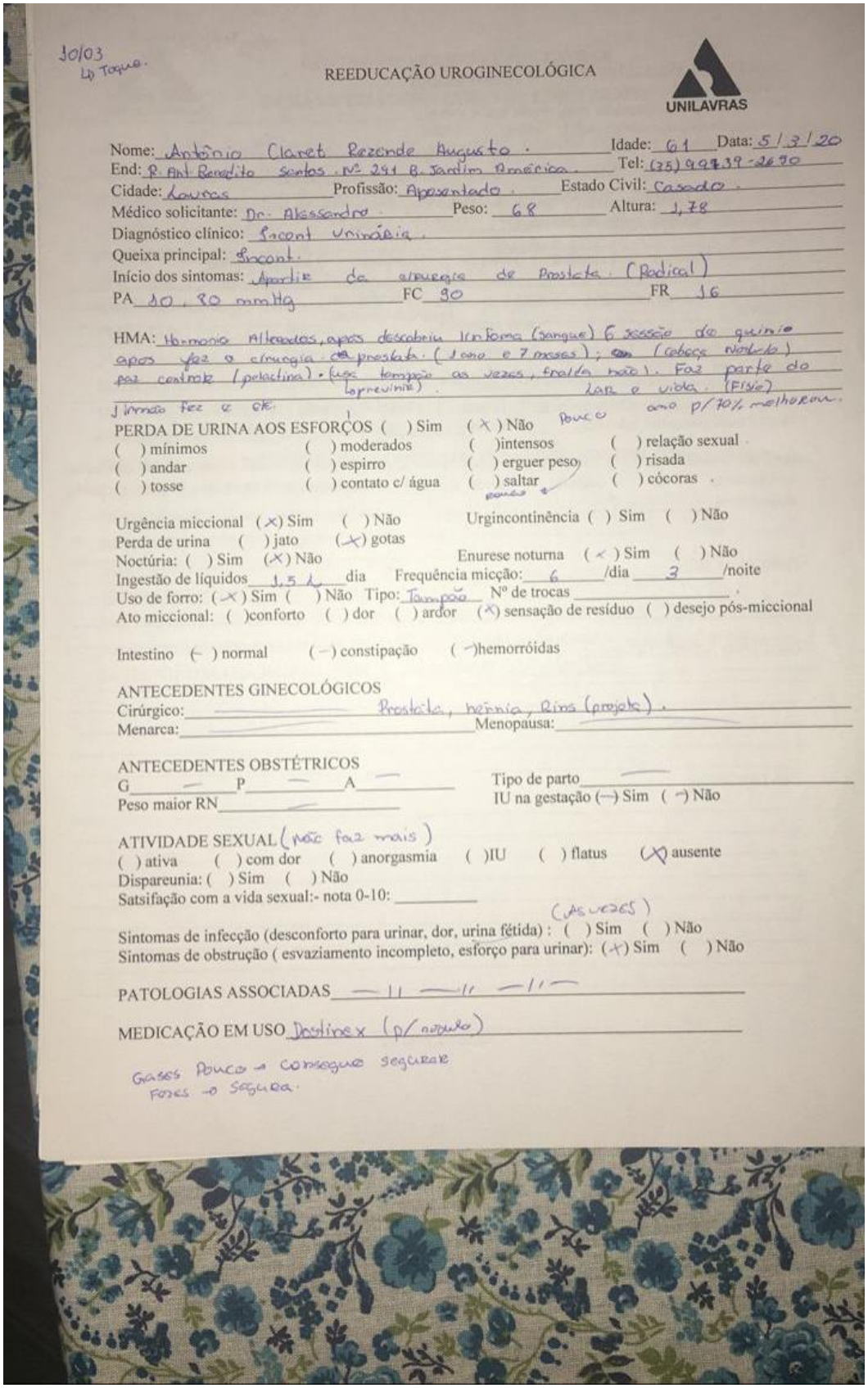
OBSERVAÇÕES

OBJETIVO

TRATAMENTO

ALUNO

ANEXO B – Ficha de avaliação da aluna Fabiana Rezende



30/03
Lº Toque.

REEDUCAÇÃO UROGINECOLÓGICA

UNILAVRAS

Nome: Antônio Claret Rezende Augusto. Idade: 61 Data: 5/3/20
End: R. Ant. Benedito Santos, Nº 291 B. Jardim América Tel: (35) 99739-2690
Cidade: Lavras Profissão: Aposentado. Estado Civil: Casado.
Médico solicitante: Dr. Alessandro Peso: 68 Altura: 1,78
Diagnóstico clínico: Incont. Urinária.
Queixa principal: Incont.
Início dos sintomas: Após a cirurgia de Prostata. (Radical)
PA 10. 80 mmHg FC 90 FR 16

HMA: Hormonio Alterados, após descobrir (informa (sangue) 6 sessão de quimio após 1 ano e cirurgia de prostata. (1 ano e 7 meses); em (cabeça nodulo) faz controle (prostatina). (usa: tempão as vezes, fralda não). Faz parte do (agrevinil) lazer e vida. (Fisio)
Jornada fez a CK. Pouco ano p/ 70% melhorou.

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

Urgência miccional (X) Sim ( ) Não Urgincontinência ( ) Sim ( ) Não
Perda de urina ( ) jato (X) gotas
Noctúria: ( ) Sim (X) Não Enurese noturna (X) Sim ( ) Não
Ingestão de líquidos 1,5 L dia Frequência micção: 6 /dia 3 /noite
Uso de forro: (X) Sim ( ) Não Tipo: Tampão Nº de trocas
Ato miccional: ( )conforto ( ) dor ( ) ardor (X) sensação de resíduo ( ) desejo pós-miccional

Intestino (-) normal (-) constipação (-)hemorróidas

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS
Cirúrgico: Prostata, hérnia, Rins (projeto).
Menarca: Menopausa:

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
G P A
Peso maior RN
Tipo de parto
IU na gestação (-) Sim (-) Não

ATIVIDADE SEXUAL (não faz mais)
( ) ativa ( ) com dor ( ) anorgasmia ( )IU ( ) flatus (X) ausente
Dispareunia: ( ) Sim ( ) Não
Satsifação com a vida sexual:- nota 0-10:

Sintomas de infecção (desconforto para urinar, dor, urina fétida) : ( ) Sim ( ) Não
Sintomas de obstrução (esvaziamento incompleto, esforço para urinar): (X) Sim ( ) Não (Às vezes)

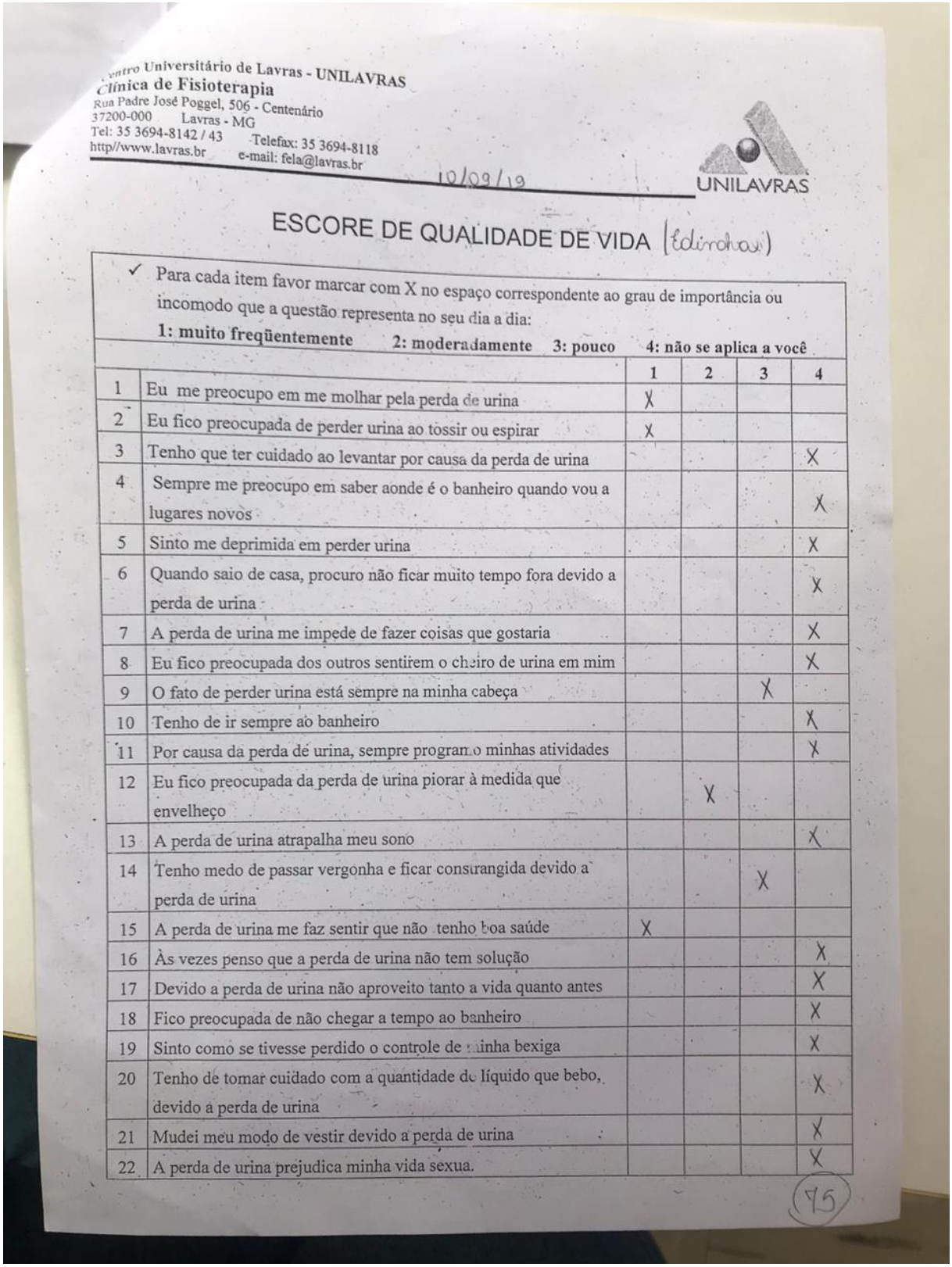
PATOLOGIAS ASSOCIADAS — 11 — 11 — 11 —

MEDICAÇÃO EM USO Dostinex (p/ noduto)

Gases Pouco → consegue segurar
Fezes → segura.

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

ANEXO C – Questionário de Qualidade de vida



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: fela@lavras.br

10/09/19

UNILAVRAS

ESCORE DE QUALIDADE DE VIDA (Idirahas)

✓ 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 freqüentemente 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 program o 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 sexua.				X

75