

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

**IARA DE OLIVEIRA VIEIRA
MARIA ISABEL AVELAR RIBEIRO
VITÓRIA LUÍSA CARVALHO OLIVEIRA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

**FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER: PREPARAÇÃO PARA O PARTO E
INTERVENÇÕES EM PROLAPSO**

**LAVRAS-MG
2024**

**IARA DE OLIVEIRA VIEIRA
MARIA ISABEL AVELAR RIBEIRO
VITÓRIA LUÍSA CARVALHO OLIVEIRA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

**FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER: PREPARAÇÃO PARA O PARTO E
INTERVENÇÕES EM PROLAPSO**

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

Orientadora: Profa. Ma. Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga

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

V658f Vieira, Iara de Oliveira.
Fisioterapia na saúde da mulher: preparação para o parto e intervenções em prolapso / Iara de Oliveira Vieira, Maria Isabel Avelar Ribeiro, Vitória Luísa Carvalho Oliveira. – Lavras Unilavras, 2024.

68f.: il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Fisioterapia) – Unilavras, Lavras, 2024.

Orientador: Prof.^a Nívea Saldanha Lagoeiro Alvarenga.

1. Parto. 2. Prolapso. I. Ribeiro, Maria Isabel Avelar. II. Oliveira, Vitória Luísa Carvalho. III. Alvarenga, Nívea Saldanha Lagoeiro. IV. (Orient.). V. Título.

**IARA DE OLIVEIRA VIEIRA
MARIA ISABEL AVELAR RIBEIRO
VITÓRIA LUÍSA CARVALHO OLIVEIRA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

**FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER: PREPARAÇÃO PARA O PARTO E
INTERVENÇÕES EM PROLAPSO**

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

Aprovado em: 27/11/2024.

ORIENTADORA

Profa. MS. Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga – Centro Universitário de Lavras/UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Laiz Helena de Castro Toledo Guimarães – Centro Universitário de Lavras/UNILAVRAS

**LAVRAS-MG
2024**

Dedico este trabalho inicialmente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino. Aos meus pais e irmãos, por ouvirem, incentivarem e me apoiarem com toda atenção e compreensão.

Iara de Oliveira Vieira

Dedico este trabalho a Deus e à minha família, por serem meus alicerces e minha inspiração, e a todos que me apoiaram e incentivaram durante essa jornada.

Maria Isabel Avelar Ribeiro

Dedico este trabalho inicialmente a Deus, que tem sido minha fortaleza nos momentos mais difíceis. A todos os meus familiares, em especial meus pais e irmão pelo constante incentivo e apoio para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Vitória Luísa Carvalho Oliveira

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados, fazendo com que meus objetivos fossem alcançados, pela força e sabedoria concedidas ao longo dessa jornada acadêmica.

À minha família, que sempre me apoiou incondicionalmente, especialmente aos meus pais, Ademilson Batista Vieira e Lucianara Senra de Oliveira Vieira, pela paciência, compreensão e incentivo constantes durante todo o curso.

À minha orientadora, Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga, pela dedicação, pelas orientações valiosas, pela paciência e pelo apoio imprescindível para a realização deste trabalho. Sua experiência e conhecimento foram fundamentais para a conclusão deste TCC.

Aos meus amigos e colegas de faculdade, que compartilharam comigo momentos de estudo, dificuldades e vitórias, essenciais na minha vida pessoal e acadêmica. Obrigada pela amizade, pois tornaram essa caminhada mais leve e prazerosa.

À minha paciente pela disponibilidade e por ter me ajudado a realizar este trabalho.

Ao Centro Universitário de Lavras pela oportunidade.

A todos que participaram, direta ou indiretamente, do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

Iara de Oliveira Vieira

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar e fortalecer em cada etapa dessa jornada, permitindo que todos os desafios fossem superados.

Às minhas maiores inspirações, meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, proporcionando os meios para minha formação e me apoiando incondicionalmente, assim como a toda a minha família, que me motivou com carinho e palavras de encorajamento.

À orientadora Nivea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga, por toda orientação, disponibilidade e paciência durante o processo, sempre com muita sabedoria e motivação que foram essenciais para a concretização deste trabalho.

A todos os professores do curso de Fisioterapia do UNILAVRAS, cujo conhecimento compartilhado, paciência e dedicação foram fundamentais para meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

Aos amigos e colegas, que acreditaram em mim e estiveram ao meu lado em todos os desafios, encorajando-me, incentivando-me e tornando mais leve e satisfatória essa jornada.

Ao Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), pela excelência no ensino e por oferecer um ambiente acolhedor e repleto de oportunidades que enriqueceram minha formação.

Por fim, à paciente pela confiança e colaboração, que foram essenciais para meu aprendizado e crescimento como profissional.

Maria Isabel Avelar Ribeiro

Sou grata a Deus por me conceder força, inteligência, tranquilidade e discernimento, permitindo que eu mantivesse a persistência necessária para conquistar o sonho dessa graduação. Também expressei minha gratidão aos meus pais, Anderson e Darli, que arcaram com os custos dessa graduação, não mediram esforços para a realização desse sonho e sempre me ensinaram o valor do esforço e da disciplina. Sou grata ao meu irmão Gustavo pelas palavras motivadoras, incentivo, encorajamento e apoio. Agradeço ao meu noivo Douglas, cuja paciência e compreensão nos momentos de exaustão foram fundamentais em minha jornada acadêmica, vibrando por cada meta alcançada.

Aos meus amigos, que estiveram presentes ao meu lado de forma intensa nos últimos anos, tornando a jornada mais leve.

Aos colegas de curso, que assim como eu encerram essa etapa da vida acadêmica, que não foi fácil de ser concluída. Expresso minha gratidão aos mestres que se dedicaram plenamente à nobre missão de ensinar durante o curso, compartilhando o seu conhecimento com zelo. Especial reconhecimento à minha orientadora, Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga, pelas valiosas contribuições ao longo de todo o processo. Agradeço ao Centro Universitário de Lavras e ao seu corpo docente, que demonstrou um compromisso notável com a qualidade e excelência de ensino da instituição.

Vitória Luísa Carvalho Oliveira

“A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.”
(Frederick Herzberg)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Massagem perineal	24
Figura 2	Gato arrepiado.....	25
Figura 3	Mobilidade pélvica na bola suíça.....	26
Figura 4	Pilates (abdução e adução de quadril)	27
Figura 5	Treinamento para o expulsivo.....	28
Figura 6	Preparação para a fase expulsiva	32
Figura 7	Fortalecimento do assoalho pélvico	33
Figura 8	Fortalecimento de glúteos.....	34
Figura 9	Alívio da dor lombar	35
Figura 10	Cartilha de orientações	37
Figura 11	Prolapso.....	41
Figura 12	FES vaginal	42
Figura 13	Pessário.....	43
Figura 14	Perina	44
Figura 15	Ponte	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Ficha de avaliação (Continua)	21
Tabela 2	Ficha de avaliação (Continua)	30
Tabela 3	Ficha de avaliação (Continua)	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFA	Avaliação da força muscular do assoalho pélvico
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DPP	Data provável do parto
DUM	Data da última menstruação
GPA	Gestações, Partos, Abortos
IU	Incontinência urinária
MAP	Musculatura do assoalho pélvico
NPRs	Recursos não farmacológicos
SCV	Sistema cardiovascular
SD	Sistema digestório
SME	Sistema esquelético
SR	Sistema respiratório
SUG	Sistema urogenital
TMAP	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DESENVOLVIMENTO COLETIVO	16
2.1 Fisioterapia em Saúde da Mulher	16
2.2 Gestaçãõ	16
2.3 Teste de Phalen	16
2.4 Teste de Slump	17
2.5 Diástase	17
2.6 Piriforme	18
2.7 Perina.....	18
2.8 Peridell	18
2.9 Expansor.....	18
2.10 Escala <i>Oxford</i>	19
2.11 Escala <i>New Perfect</i>	19
3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL	21
3.1 Contextualização da aluna Iara de Oliveira Vieira	21
3.1.1 Avaliação	21
3.1.2 Condutas e intervenções	23
3.2 Contextualização da aluna Maria Isabel Avelar Ribeiro	29
3.2.1 Avaliação	29
3.2.2 Condutas e intervenções	31
3.3 Contextualização da aluna Vitória Luísa Carvalho Oliveira.....	39
3.3.1 Avaliação	39
3.3.2 Condutas e intervenções	40
4 AUTOAVALIAÇÃO	47
4.1 Análise crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Iara de Oliveira Vieira ..	47
4.2 Análise crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Maria Isabel Avelar Ribeiro	47
4.3 Análise crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Vitória Luísa Carvalho Oliveira	47
5 CONCLUSÃO	49
5.1 Iara de Oliveira Vieira.....	49

5.2 Maria Isabel Avelar Ribeiro	49
5.3 Vitória Luísa Carvalho Oliveira	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXOS	55
ANEXO A - Escala <i>Oxford</i> Modificada.....	55
ANEXO B - Escala <i>New Perfect</i>	56
ANEXO C - Classificação da gravidade da diástase abdominal	58
APÊNDICES	59
APÊNDICE A - Ficha de Avaliação em Urogineco Funcional e Obstétrica.....	59
APÊNDICE B - Ficha de Autorização em Urogineco Funcional e Obstétrica	67

1 INTRODUÇÃO

Este portfólio tem o objetivo de descrever as intervenções fisioterapêuticas executadas durante o estágio supervisionado obrigatório do curso de graduação em Fisioterapia na Clínica Escola Risoleta Neves do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS, em pacientes com disfunções ginecológicas e gestantes.

Eu, Iara de Oliveira Vieira, 23 anos, natural de Bom Sucesso - MG, iniciei minha graduação em 2020 no Centro Universitário de Lavras motivada por um profundo desejo de contribuir para o bem-estar das pessoas e melhorar a qualidade de vida delas. Esse desejo me levou a escolher a Fisioterapia como área de atuação.

Sou especialmente apaixonada pela área da saúde da mulher, um campo que me encanta por permitir ajudar as mulheres a enfrentarem desafios específicos em diversas fases da vida, desde a gestação até o pós-parto. Tenho como perspectiva futura a realização de uma especialização nessa área, buscando conhecimento e crescimento profissional. Durante o estágio obrigatório tive a oportunidade de atender uma gestante, o que reforçou ainda mais meu interesse por essa área.

Este portfólio acadêmico tem como objetivo, ainda, descrever o tratamento fisioterapêutico de uma gestante de 28 semanas que expressou o desejo de ter um parto vaginal.

Eu, Maria Isabel Avelar Ribeiro, 23 anos, natural de Nazareno - MG, iniciei minha graduação em Fisioterapia no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) em 2020/1. Meu interesse pela profissão surgiu após algumas pesquisas e se consolidou ao longo da minha trajetória acadêmica. Tenho como objetivo futuro me especializar em uma das áreas da Fisioterapia com a qual eu mais me identificar, buscando sempre oferecer o melhor cuidado possível aos meus pacientes. Este portfólio descreve o tratamento fisioterapêutico de uma paciente gestante, com 32 semanas de gestação, com ênfase na preparação para um parto vaginal e na prevenção de disfunções musculoesqueléticas e do assoalho pélvico.

Eu, Vitória Luísa Carvalho Oliveira, 22 anos, natural de Perdões - MG, iniciei a graduação em Fisioterapia no Centro Universitário de Lavras no ano de 2020/1. Sempre sonhei em atuar na área da saúde. Quando ainda estava no Ensino Médio tive dúvidas entre os cursos de Odontologia e Fisioterapia e acabei optando pela Fisioterapia. Ao longo da graduação tive a certeza que fiz a escolha certa para a vida.

Durante a realização da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia me encantei, e depois quando realizei o estágio supervisionado me interessei mais ainda pela prática da área, a qual desejo seguir depois de formada, após a conclusão da graduação. Devido a isso, foi a área escolhida para este portfólio. O objetivo deste é descrever a atuação da Fisioterapia no tratamento de uma paciente com diagnóstico de prolapso uterino de grau 2.

2 DESENVOLVIMENTO COLETIVO

2.1 Fisioterapia em Saúde da Mulher

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO (Resolução nº 372, de 6 de novembro de 2009), o Fisioterapeuta especializado em Saúde da Mulher desempenha um papel fundamental ao longo de todo o ciclo vital feminino, atuando na promoção da saúde, prevenção e tratamento de diversos problemas, como as disfunções musculoesqueléticas e, conseqüentemente, as disfunções dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Isso inclui condições como incontinência urinária, incontinência anal, constipação intestinal, prolapso de órgãos pélvicos e algumas disfunções sexuais.

Além disso, esse profissional tem uma atuação importante na área obstétrica. Durante a gestação, o parto e o puerpério, o corpo feminino passa por diversas adaptações, e o fisioterapeuta especializado contribui significativamente para prevenir e aliviar desconfortos, como lombalgia e dor pélvica. Ele também promove a melhoria do condicionamento físico, reduz o risco de trauma perineal, melhora a função sexual e contribui para uma experiência positiva de parto e pós-parto (Crefito, 2018).

2.2 Gestação

Durante a gestação, a fisioterapia tem como objetivo prevenir complicações, desconfortos e disfunções musculoesqueléticas e uroginecológicas, além de promover o alívio de dores, a orientação postural, a percepção corporal e a qualidade de vida da gestante. A preparação para o parto é um foco central, na qual a conscientização da musculatura do assoalho pélvico é associada a exercícios respiratórios, visando facilitar o parto natural. Desde o primeiro trimestre, é recomendável que a gestante inicie o acompanhamento com um fisioterapeuta, que também avaliará e monitorará as alterações físicas com o intuito de manter o bem-estar da mãe nas diferentes fases do trabalho de parto (Maia; Freitas, 2022).

2.3 Teste de Phalen

Durante a gestação, a síndrome do túnel do carpo é uma condição frequentemente observada, caracterizada por sintomas como dor, dormência e formigamento nas mãos, especialmente nas áreas inervadas pelo nervo mediano, como a face palmar do polegar e face radial do dedo médio, do indicador e do anular. A compressão desse nervo em gestantes é atribuída a alterações hormonais e edemas, que aumentam a pressão no túnel do carpo. O teste de Phalen, um exame provocativo, é utilizado para diagnosticar a condição, sendo considerado positivo quando há a reprodução dos sintomas após a flexão completa do punho por aproximadamente um minuto (Keskin *et al.*, 2020).

2.4 Teste de Slump

O teste de Slump é um teste diagnóstico para avaliar as raízes que formam o nervo ciático. Realizado com o paciente sentado na maca com os pés pendentes, o procedimento envolve flexão do tronco em direção às coxas e flexão do pescoço, aproximando o queixo do esterno. Em seguida, o examinador realiza a extensão dos joelhos e dorsiflexão do pé, enquanto a outra perna permanece relaxada. O teste é repetido no membro inferior oposto. O resultado é considerado positivo quando, durante a execução, o paciente relata dor irradiada para o membro inferior, seguindo o trajeto do nervo ciático (Miranda; Raymundo; Klein, 2021).

2.5 Diástase

Na avaliação da diástase abdominal em gestantes, realizada com paciente em decúbito dorsal, observa-se a separação dos músculos retos abdominais na linha alba. Para isso, uma gestante deve elevar a cabeça e os ombros, mantendo os joelhos dobrados e os pés apoiados. O terapeuta posiciona os dedos na linha média do abdome, onde, se houver diástase, eles afundarão na fenda, especialmente palpável acima da cicatriz umbilical, sendo estimado em cerca de 1,5 cm para cada dedo. Uma separação superior a 3 cm é considerada significativa, podendo ser medida também com o auxílio de um paquímetro (Baracho, 2018).

2.6 Piriforme

Pacientes com síndrome do piriforme costumam relatar dor na região glútea e nos quadris, especialmente ao saírem da cama ou ao permanecerem sentados por períodos prolongados. Durante a avaliação, a flexão, a adução e a rotação do quadril aumentam a tensão no músculo piriforme, reproduzindo a dor. Ao mesmo tempo, a palpação do músculo, desde o sacro até o trocanter maior do fêmur, revela sensibilidade ao toque (Hicks; Lam; Varacalo, 2023).

2.7 Perina

É um *biofeedback* da marca Quark®, modelo Perina, um método de reeducação que utiliza retroinformação externa como meio de aprendizagem. Seu objetivo, por definição, é a conscientização perineal e visual de pressão que registra os potenciais de ação das contrações musculares do assoalho pélvico e traduz sua intensidade em sinais visuais, transmitindo a informação à paciente (Pinheiro *et al.*, 2012).

2.8 Peridell

O Peridell é um aparelho massageador criado pela fisioterapeuta Fabiane Dell'Antônio que dispõe de diferentes ponteiras para trabalhar disfunções musculares da região perineal. A vibração tem efeitos nos músculos locais, melhorando a circulação e nutrição, coordenação de movimentos e percepção corporal, acelera a eliminação de nódulos de tensão, melhora a elasticidade, alivia a dor, reduz fibrose, aderências e tensão muscular, melhora contraturas musculares e teciduais, atrofia vaginal, relaxa e aumenta a flexibilidade, aumenta a produção de colágeno, sensibilidade, entre outros (Silva; Feitoza; Alves, 2022).

2.9 Expansor

EPI-NO é um dispositivo constituído por um dilatador vaginal, que consiste em um balão inflável conectado a um manômetro por um tubo de borracha. O balão de

silicone tem um formato na figura de “número oito” e sua ponta distal é introduzida na vagina e, depois, enchida com ar, usando o manômetro. É um método de medição de extensibilidade para produzir a distensão dos músculos do assoalho pélvico. Uma medida objetiva da extensibilidade muscular pode ser obtida pela medida da circunferência do balão totalmente inflado. Essa medida pode indicar elasticidade ou rigidez perineal e prever a integridade perineal durante o trabalho de parto (Nakamura *et al.*, 2014).

2.10 Escala *Oxford*

A Escala *Oxford* Modificada avalia a força do assoalho pélvico através de um exame clínico, normalmente com toque vaginal ou retal. A força muscular é definida em uma escala de 0 a 5, em que 0 é ausência de contração muscular; 1 há um esboço de contração, contração rápida e sutil; 2 há uma contração fraca, mas sem resistência, com duração de até 3 segundos; 3 há uma contração moderada, capaz de segurar de 3 a 6 segundos; 4 há uma boa contração, com resistência significativa, porém não máxima, conseguindo segurar de 6 a 10 segundos; e 5 há uma contração forte, com resistência máxima e contração mantida por mais de 10 segundos. A avaliação pela Escala de *Oxford* Modificada é simples, prática e oferece uma forma objetiva de medir a força da MAP (Berlezi; Martins; Dreher, 2013).

2.11 Escala *New Perfect*

A Escala *New Perfect* é uma ferramenta clínica utilizada para avaliar a função do assoalho pélvico, especialmente em pacientes com disfunções pélvicas. Ela é comumente utilizada na fisioterapia pélvica e ginecológica para medir a força muscular e o controle do assoalho pélvico, bem como a evolução ao longo do tratamento. A escala avalia cinco parâmetros, em que o “*P*” é a força muscular do assoalho pélvico, graduada através da Escala de *Oxford* Modificada; “*E*” é o tempo que a paciente consegue manter a contração, medido em segundos; “*R*” é o número de repetições que a paciente consegue realizar mantendo a mesma força de contração; “*F*” é o número de repetições que a paciente consegue realizar mantendo o mesmo tempo de contração em segundos; “*E*” se há elevação da parede vaginal durante a contração;

“C” se há contração de musculatura acessória; e “T” se há reflexo de tosse, quando o dedo é sugado para dentro através da contração da paciente. Essa escala é aplicada através do exame clínico, com o fisioterapeuta pélvico solicitando que a paciente realize contrações voluntárias do assoalho pélvico, seja por toque vaginal, retal ou por meio de *biofeedback* (Assis; Silva; Martins, 2021).

3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

3.1 Contextualização da aluna Iara de Oliveira Vieira

Paciente P. O. N., sexo feminino, 34 anos. Procurou atendimento em Fisioterapia Pélvica na Clínica Escola de Fisioterapia Risoleta Neves, estando gestante de 28 semanas, com o desejo de ter um parto vaginal sem intercorrências.

Durante a avaliação, a paciente relatou que era sua segunda gestação e que a primeira não foi uma boa experiência. Ela não se sentiu preparada, estava fisicamente debilitada, sofreu uma laceração de grau 2 durante o trabalho de parto, resultando em três pontos de sutura. Além disso, permaneceu no período expulsivo por 2 horas e relatou que a posição ginecológica foi particularmente desconfortável.

Foram acompanhadas ao todo 7 sessões, que se deram após avaliação fisioterapêutica aplicada no dia 16/04/2024.

3.1.1 Avaliação

Após colher a história da paciente e ouvir seu principal objetivo, uma avaliação foi conduzida utilizando uma ficha de avaliação uroginecológica funcional e obstétrica utilizada na clínica-escola, apresentada a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1 - Ficha de avaliação (Continua)

Itens avaliados	Dados coletados
Diagnóstico clínico	Gestante de 28 semanas
Queixa principal	Dor na região medial do glúteo e na lombar
História obstétrica	Multípara
GPA	G2P1A0
DUM	2 de outubro de 2023
DPP	9 de julho de 2024
SUG	Relata ir ao banheiro durante o dia mais de 15 vezes. À noite em torno de 4 vezes. Não tem dor na relação sexual.
SD	Constipação
SR	Dispneia
SCV	Desconforto em decúbito dorsal, tontura quando se levanta rápido
SME	Dor na região medial do glúteo e lombar

Tabela 1 - Ficha de avaliação (Continua)

Itens avaliados	Dados coletados
Teste de Phalen	Negativo
Teste de Slump	Negativo
Teste Piriforme	Positivo do lado direito
Mamas	Amamentou na primeira gestação até os dois anos e dois meses, quando começou a rachar já fez o uso de <i>laser</i> , amamentação tranquila. Mamilo normal.
Atividade sexual	Ativa
Medicação em uso	Vitaminas da gestação
Urgência miccional	Sim
Perda de urina aos esforços	Não
Enurese noturna	Não
Frequência micção	Mais de 15 vezes durante o dia, 4 vezes à noite
Sintomas de obstrução urinária	Esvaziamento completo
Adia a micção	Sim
Ato miccional	Conforto
Corrimento vaginal	Não
Ardência vaginal	Não
Obstrução evacuatória	Sim
Escala de Bristol	4
Pelve	Anteversão
Curvatura lombar	Aumentada
Piriforme	Dor
Diástase - M1 (Subxifoidal)	Distância de um dedo e meio
M2 - (Epigástrica)	Distância de dois dedos
M3 - (Umbilical)	Distância de um dedo
M4 - (Infraumbilical)	Não apresenta
M5 - (Suprapúbica)	Não apresenta
Inspeção	Quantidade de pelos está boa, coloração dos grandes lábios também. Grandes lábios e pequenos lábios com o tônus bom, sem flacidez. Não apresenta hemorroida.
Palpação	Grandes lábios com o tônus bom. Uretra está mais baixa. Coloração da vulva normal. Parede direita na EVADE 8. Estreito inferior na EVADE 4. Esquerdo na EVADE 3. Reflexo da tosse presente. Tônus: hipertonia do lado esquerdo e do estreito inferior. Diâmetro normal, Profundidade normal. Apresenta nódulos de cicatriz (teve laceração de grau 2 na primeira gestação).

Tabela 1 - Ficha de avaliação (Conclusão)

Itens avaliados	Dados coletados
Sensibilidade	Desconforto na parede direita
Profundidade	Normal
Diâmetro	Normal
Reflexos	Normal
Contração perineal	Presente
AFA	2
P	2
E	3
R	4
F	2
E	Presente
C	Ausente
T	Presente
Perineômetro	Coluna A, força 10. Suportou 5 insufladas
Mantido	3 segundos
Compreensão dos exercícios perineais	Boa
Observações	Durante a palpação analisamos que ela apresenta Síndrome do Piriforme, pela dor relatada na região do glúteo, e quando feita a palpação na parede direita na escala EVADE 8.

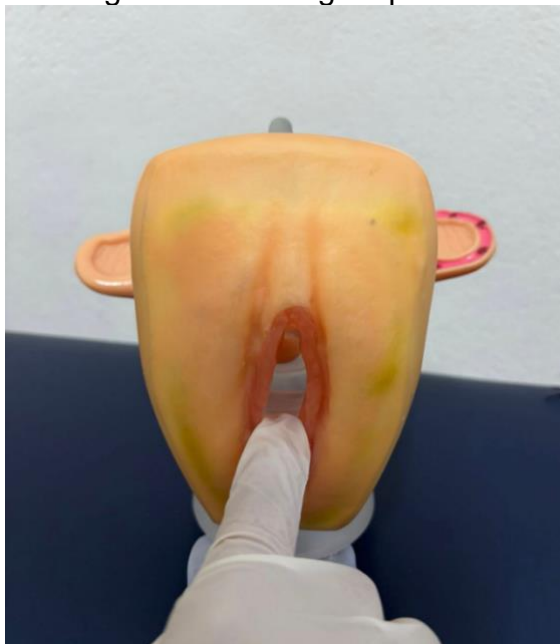
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

3.1.2 Condutas e intervenções

Após a avaliação realizada por meio da anamnese, dos testes mencionados e do exame físico, conforme a ficha previamente disponibilizada, foi elaborado um plano de tratamento individualizado, com o objetivo de atender ao desejo da paciente de ter um parto vaginal.

As intervenções propostas foram fundamentadas nos conhecimentos adquiridos nas disciplinas de Uroginecologia e Obstetrícia, que abordam aspectos da gestação, parto e puerpério. As terapias manuais foram aplicadas com o objetivo de reduzir a dor e melhorar a mobilidade, enquanto a Cinesioterapia foi utilizada para promover a reabilitação através de exercícios terapêuticos. Além disso, Prática Baseado em Evidências (PBE) guiou a escolha das intervenções, integrando evidências científicas, a experiência clínica e as preferências da paciente para maximizar a eficácia do tratamento.

Figura 1 - Massagem perineal



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

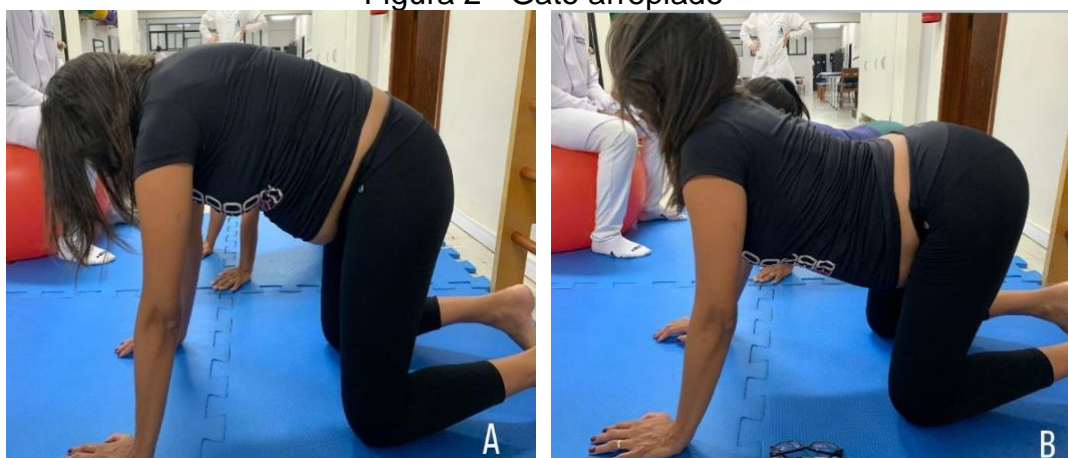
A Figura 1 demonstra a massagem perineal, a qual o fisioterapeuta realiza na paciente por cerca de 10 minutos. O objetivo é promover maior flexibilidade da musculatura do períneo, reduzir lacerações e facilitar a expansão do períneo durante o parto, promovendo a coordenação e o relaxamento muscular.

A massagem perineal é uma técnica terapêutica, aumenta o relaxamento dos músculos e a vasodilatação. Logo, pode ser realizada a partir de 34 semanas de gestação. Além disso, a massagem causa uma diminuição da duração do segundo estágio do trabalho de parto, da dor perineal pós-parto e da incontinência anal (Abdelhakim *et al.*, 2020).

Mulheres nulíparas devem se informar sobre os benefícios dessa técnica de massagem perineal no pré-parto e sobre a melhor forma de realizá-la. Sendo feita nas últimas semanas de gestação, ela pode reduzir a chance de episiotomia, tendo uma opção de ter um períneo intacto após o parto, logo reduzindo o risco de incontinência e flatos (Ugwu *et al.*, 2018).

As rupturas perineais podem causar dor, sangramento e até complicações piores, como incontinência urinária, dor pélvica e disfunção sexual. A massagem perineal e compressas mornas durante o segundo estágio de trabalho de parto têm uma grande eficácia em manter o períneo íntegro, evitar as complicações de lacerações e episiotomia (Rodrigues *et al.*, 2023).

Figura 2 - Gato arrepiado



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A paciente descrita apresentou diástase após a primeira gestação. Esse exercício tem como objetivo auxiliar na recuperação da musculatura do reto abdominal, promovendo uma melhoria na mobilidade e flexibilidade da coluna. Além disso, contribui para a conscientização e fortalecimento do *Power House* no período pós-gestacional.

Na primeira ilustração (Figura 2A) o movimento é articular a coluna, sem desalinhar as mãos e as pernas; durante a expiração deve-se inclinar posteriormente a pelve e arredondar a coluna, articulando de forma sequenciada do cóccix até a cabeça. Já na segunda ilustração (Figura 2B) o movimento é inspirar e manter a posição com os abdominais contraídos e sustentando a cabeça com os ombros relaxados. Na extensão, a musculatura usada é reto abdominal, oblíquo interno, oblíquo externo e transversos do abdômen (de maneira isométrica), com o objetivo de desenvolver controle abdominal.

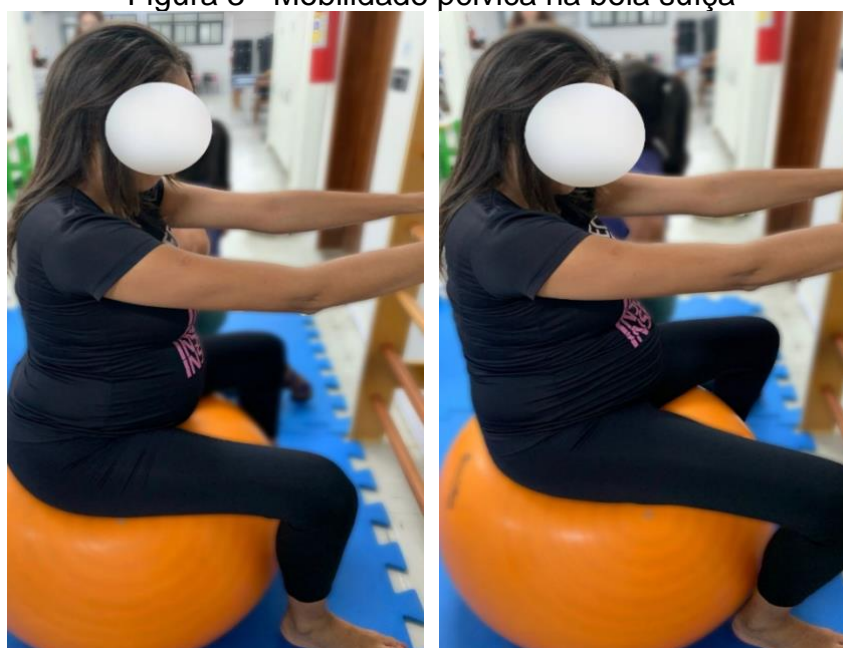
A diástase do reto abdominal é uma distância anormal da linha alba, normalmente adquirida durante o último trimestre da gravidez e no período pós-parto. A fisioterapia entra como um tratamento conservador e pode começar a ser feita de 6 a 8 semanas após o parto (Jessen; Öberg; Rosenberg, 2019).

As intervenções mais usadas na fisioterapia para o tratamento da diástase do reto abdominal são exercícios de fortalecimento do músculo transversos do abdômen, treinamento dos músculos do assoalho pélvico e a "técnica Elizabeth Noble", que envolve a manipulação dos ventres dos músculos retos enquanto a paciente realiza um abdominal parcial (Gluppe *et al.*, 2018).

É ideal que o atendimento fisioterapêutico se inicie no pós-parto imediato, pois isso contribui positivamente, a fim de minimizar essa hipotonia mais precocemente, podendo ser realizada estimulação proprioceptiva e exercícios isométricos e isotônicos dos músculos abdominais (oblíquos, retos e transversos) e do assoalho pélvico (Mesquita *et al.*, 1999).

A seguir, na Figura 3, é apresentada atividade para melhora da mobilidade pélvica na bola suíça.

Figura 3 - Mobilidade pélvica na bola suíça



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Na Figura 3, a paciente realiza anteversão, retroversão e rotação pélvica na posição sentada na bola suíça. A gestante pode adotar posições mais confortáveis, favorecendo o relaxamento muscular e o alívio de estresse nas regiões lombar e pélvica. Os movimentos suaves e circulares realizados na bola promovem a mobilidade pélvica, facilitando o posicionamento adequado do bebê.

A bola suíça é uma alternativa segura, eficaz e não farmacológica amplamente utilizada durante a gravidez e o trabalho de parto. Seu uso pode reduzir significativamente a dor na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto. Além disso, tem eficácia comprovada na redução da dor em mulheres que optam pelo parto sem a utilização de anestesia peridural (Grenvik *et al.*, 2022).

A utilização da bola suíça durante o pré-natal traz diversos benefícios, contribuindo indiretamente para a redução da dor e da ansiedade ao favorecer o

relaxamento e o alinhamento postural, além de um menor uso de anestesia durante o trabalho de parto. Ela facilita a descida e as rotações da cabeça do feto, diminui a duração do primeiro estágio do parto e proporciona maior satisfação e bem-estar à mãe. Psicologicamente, o exercício com a bola suíça melhora a postura, o equilíbrio e a consciência corporal (Makvandi *et al.*, 2015).

O uso da bola suíça durante o parto é uma prática comum que reforça a importância do parto humanizado. A parturiente pode sentar-se durante o primeiro e segundo estágios do trabalho de parto realizando movimentos na região da cintura pélvica durante as contrações. Essa prática tem o potencial de reduzir a dor em um intervalo de 20 a 90 minutos ao longo do trabalho de parto (Delgado *et al.*, 2019).

A imagem a seguir (Figura 4) demonstra um exercício sendo realizado no Cadillac, um aparelho do Pilates. São realizados os movimentos de abdução e adução de quadril, visando fortalecer adutores.

Figura 4 - Pilates (abdução e adução de quadril)



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Na Figura 4A a paciente realiza a abdução de quadril com o auxílio da mola. Na Figura 4B realiza a adução de quadril.

O Pilates é uma técnica focada no desenvolvimento da estabilidade do *core* (músculos do abdômen, parte inferior das costas e quadris), melhorando a postura, a respiração, a flexibilidade, a força e o controle muscular. Logo, o treino de Pilates é aparentemente melhor do que um treino comum na redução da dor em gestantes no terceiro trimestre de gravidez (Oktaviani, 2018).

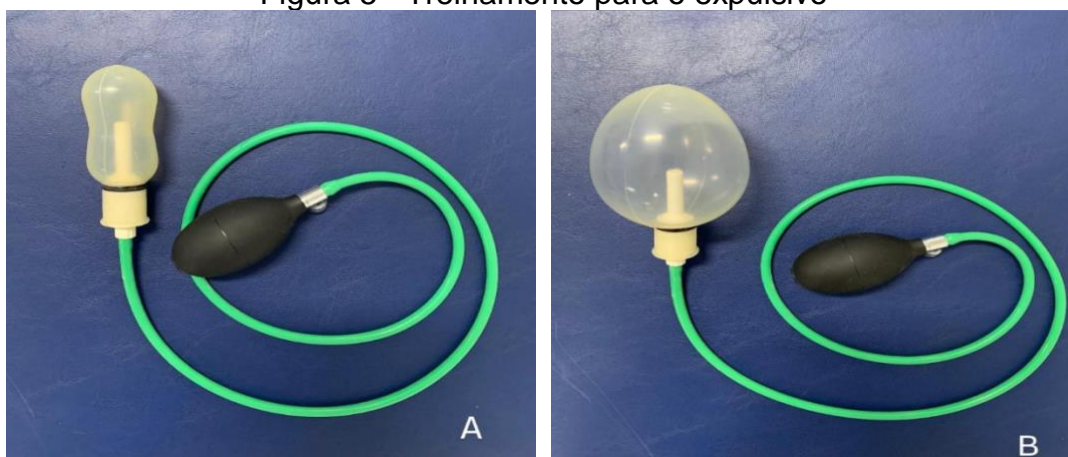
A prática de Pilates durante a gravidez ajuda as mulheres a sofrerem menos durante o parto. Com o auxílio da respiração diafragmática, as gestantes que realizam

o Pilates conseguem lidar melhor com as contrações uterinas e a dor pré-natal, facilitando o processo do parto e experimentando menos desconforto (Ghandali *et al.*, 2021).

O Pilates prepara o corpo da gestante de forma ideal para o parto e desempenha um papel crucial na recuperação pós-parto. A prática ajuda a mãe a se sentir mais controlada e segura durante o nascimento do seu filho, diminuindo a necessidade de intervenções e a quantidade de anestesia. Além disso, os níveis de ansiedade são reduzidos, proporcionando maior satisfação materna (Aktan; Kayikçioğlu; Akbayrak, 2021).

A seguir, na Figura 5, há um dispositivo chamado EPI-NO utilizado para ajudar a gestante na preparação do parto vaginal.

Figura 5 - Treinamento para o expulsivo



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A Figura 5A mostra o EPI-NO, e a Figura 5B o balão com 12 insufladas. O EPI-NO é um dispositivo utilizado por gestantes, o fisioterapeuta introduz esse balão na região vaginal e insufla sob pressão controlada. Esse processo promove o alongamento do exercício pélvico e da musculatura local. A insuflação é realizada conforme a tolerância da paciente. No caso dessa paciente foram realizadas 12 insuflações ao final dos atendimentos. Após a insuflação, com o balão cheio, o dispositivo deve ser expulso através do relaxamento da musculatura perineal e da respiração diafragmática, simulando o período expulsivo do parto. Evidências mostram que o dispositivo não previne laceração no parto, tendo sido utilizado somente com o objetivo de treinar o período expulsivo.

O simulador de parto EPI-NO não tem impacto comprovado na redução das taxas de episiotomia ou na preservação do períneo intacto. Sua principal função é realizar o alongamento gradual da parede vaginal até seu diâmetro máximo, com o objetivo de facilitar a distensão perineal durante o trabalho de parto (Brito *et al.*, 2015).

Ter uma preparação para o parto é importante para a gestante ter conhecimento durante o trabalho de parto. As técnicas de respiração e relaxamento melhoram a autoeficácia, diminuem a necessidade de suporte farmacológico e o uso de anestesia peridural (Leutenegger *et al.*, 2022).

A anatomia perineal passa por um alongamento espontâneo durante o trabalho de parto. Esse processo não aumenta o risco de traumas perineais, portanto, as gestantes podem se tranquilizar, pois o alongamento perineal não tem impacto negativo na função do assoalho pélvico após o parto (Meriwether *et al.*, 2016).

3.2 Contextualização da aluna Maria Isabel Avelar Ribeiro

A paciente R. F. L., 34 anos, gestante de 32 semanas, primípara, compareceu à Clínica Escola de Fisioterapia Risoleta Neves no dia 29/08/2024, em busca de atendimento de fisioterapia pélvica, com o objetivo de realizar um parto vaginal e prevenir disfunções musculoesqueléticas e do assoalho pélvico.

Durante a anamnese, relatou que no dia seguinte entraria na 33ª semana de gestação e que seu interesse pela fisioterapia pélvica surgiu após a recomendação de sua cunhada, que anteriormente obteve resultados positivos com os atendimentos na clínica.

3.2.1 Avaliação

Após passar pela anamnese e identificar os objetivos da paciente, foi conduzida uma avaliação através da ficha de avaliação utilizada na clínica-escola, apresentada à seguir, na Tabela 2.

Tabela 2 - Ficha de avaliação (Continua)

Itens avaliados	Dados coletados
Diagnóstico clínico	Gestante de 32 semanas
Queixa principal	Dor na região glútea e lombar
História obstétrica	Primípara
GPA	G1P0A0
DUM	19 de janeiro de 2024
DPP	18 de outubro de 2024
SUG	Relata aumento da frequência urinária diurna após a gestação, mas não soube relatar a quantidade de vezes. À noite costuma ir 1 vez ao banheiro. Não apresenta desconforto na região genital e infecção urinária.
SD	Não apresenta azia, queimação, refluxo ou outra queixa.
SR	Não relatou dispneia, cansaço ou outra doença respiratória.
SCV	Edema em membros inferiores e superiores, especialmente em pés e mãos.
SME	Dor na região glútea e lombar.
Teste de Phalen	Negativo
Teste de Slump	Negativo
Teste Piriforme	Positivo, com exacerbação ao lado direito.
Mamas	Mamas e mamilos normais
Atividade sexual	Ativa
Medicação em uso	Vitaminas da gestação
Urgência miccional	Não
Perda de urina	Não
Enurese noturna	Não
Frequência micção	Não soube informar
Sintomas de obstrução urinária	Não
Adia a micção	Sim
Ato miccional	Conforto
Corrimento vaginal	Sim, às vezes
Ardência vaginal	Não
Obstrução evacuatória	Não
Escala de Bristol	2
Pelve	Anteversão
Curvatura lombar	Aumentada
Piriforme	Dor
Diástase - M1 (Subxifoidal)	Distância de um dedo
M2 - (Epigástrica)	Distância de um dedo
M3 - (Umbilical)	Distância de um dedo
M4 - (Infraumbilical)	Distância de um dedo e meio
M5 - (Suprapúbica)	Não apresenta

Tabela 2 - Ficha de avaliação (Conclusão)

Itens avaliados	Dados coletados
Inspeção	Grandes lábios com quantidade ideal de pelos e pigmentação fisiológica da gestação. Uretra se encontra mais baixa. Sem sinal de hemorroida e flacidez. Teste da tosse sem sinal de prolapso e perda urinária.
Palpação	Grandes lábios com tônus normal. Parede esquerda, parede direita e estreito inferior com EVAD 3. Uretra se encontra mais baixa. Presença de pequena fibrose de tensão no introito inferior. Boa quantidade de colágeno. Diâmetro normal. Profundidade normal. Sem presença de distopia. Reflexo da tosse presente.
Distopias	Ausentes
Sensibilidade	Desconforto nas paredes direita e esquerda e estreito inferior.
Profundidade	Normal
Diâmetro	Normal
Laceração perineal	Ausente
Reflexos	Presentes
Contração perineal	Presente
AFA	2
P	2
E	2
R	4
F	3
E	Presente
C	Presente, compensação de adutores
T	Presente
Perineômetro	Coluna A, força 6. Suportou 4 insufladas.
Mantido	2
Compressão dos exercícios perineais	Regular
Musculatura acessória	Adutores: grau 4 Abdutores: grau 5 Glúteo: grau 5 Abdominais: grau 5

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

3.2.2 Condutas e intervenções

Baseado na avaliação realizada e nos objetivos da paciente, foram planejadas intervenções voltadas a facilitar o parto vaginal e prevenir possíveis disfunções. A seguir serão apresentadas imagens, previamente autorizadas pela paciente, das

intervenções e recursos aplicados, embasados em evidências científicas e no conteúdo abordado nas disciplinas ministradas durante a graduação.

À seguir, a Figura 6 demonstra uma simulação da fase expulsiva do parto, no momento em que o expansor perineal insuflado é expelido pela paciente.

Figura 6 - Preparação para a fase expulsiva



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

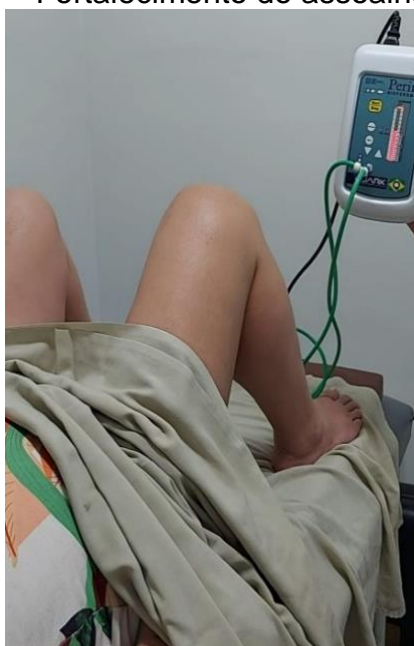
A Figura 6 ilustra a utilização do expansor perineal para simulação da fase expulsiva do parto. O expansor perineal foi utilizado com o objetivo de alongar a musculatura do assoalho pélvico e simular o período expulsivo do bebê, permitindo a prática da respiração, do relaxamento e do esforço adequado necessário durante essa fase. Dessa forma, preparando a gestante para o trabalho de parto.

O alongamento perineal assistido por dispositivo envolve a inserção de um expansor perineal protegido com preservativo e lubrificado no introito vaginal. A paciente é instruída a manter os músculos do assoalho pélvico relaxados. O dispositivo é gradualmente inflado até o limite de tolerância da paciente, repetindo-se o procedimento após intervalos de um minuto. Após, a paciente é orientada a expelir o expansor enquanto expira (Cabral *et al.*, 2022).

As mulheres que utilizaram o dispositivo EPI-NO na preparação para o parto, simulando a fase de expulsão com o balão do equipamento, desenvolveram maior confiança e consciência corporal, além de conseguirem lidar melhor com a intensidade das sensações durante o trabalho de parto (Dreher; Calgaro, 2021).

A Figura 7 ilustra a paciente realizando exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico com o auxílio do aparelho de *biofeedback*.

Figura 7 - Fortalecimento do assoalho pélvico



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A Figura 7 demonstra a utilização do aparelho de *biofeedback* usado para o fortalecimento do assoalho pélvico que permite a determinação e leitura da intensidade e da duração da contração, auxiliando a execução correta da contração e, assim, um treinamento mais eficaz. Foram realizadas 3 séries de 8 a 12 contrações máximas, segundo recomendações de Dieb *et al.* (2020). Além disso, segundo os autores, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, durante a gestação, pode neutralizar os efeitos do aumento da pressão intra-abdominal provocado pelo crescimento fetal, da redução da pressão uretral mediada por hormônios e do aumento da frouxidão dos tecidos conjuntivos na região pélvica. Músculos bem treinados são menos suscetíveis a lesões e apresentam melhor capacidade de cicatrização após danos.

A força dos músculos do exercício pélvico tende a diminuir durante a gestação e no período pós-parto devido às adaptações fisiológicas da gravidez, o que pode favorecer o surgimento de alterações musculoesqueléticas. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é uma estratégia eficaz para prevenir disfunções pélvicas ao longo da gestação e após o parto. Além disso, estudos indicam que o TMAP contribui para a redução da duração da segunda etapa do trabalho de parto (Schreiner *et al.*, 2018).

Para manter os músculos do assoalho pélvico em condições adequadas, recomenda-se exercitá-los regularmente, utilizando técnicas como a contração semelhante à interrupção do jato urinário durante a micção. O fortalecimento desses músculos pode ser potencializado pelo *biofeedback*, que registra e visualiza a atividade muscular, otimizando a interação entre o sistema nervoso central e a musculatura. Além disso, o *biofeedback* permite a ativação precisa do grupo muscular correto, o controle da intensidade e duração das contrações ou relaxamentos e o monitoramento objetivo do progresso do treinamento, aumentando assim a eficácia dos exercícios e promovendo maior bem-estar e motivação contínua (Bludnicka; Piernicka; Szumilewicz, 2019).

Figura 8 - Fortalecimento de glúteos



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Em cada sessão, alguns minutos foram dedicados aos exercícios físicos para a gestante, considerando seus diversos benefícios. A Figura 8 demonstra a execução do exercício conhecido no Pilates como "ponte", voltado para o fortalecimento dos músculos glúteos, isquiotibiais e assoalho pélvico.

A prática regular de exercícios durante a gestação é essencial, pois o trabalho de parto exige grande esforço físico. Além disso, estudos indicam que a atividade física pode melhorar a contratilidade uterina, aumentar os níveis de ocitocina e diminuir a necessidade de indução e o prolongamento do trabalho de parto. Em

contrapartida, a inatividade materna pode estar relacionada a um trabalho de parto mais longo, o que reforça as recomendações de exercícios regulares durante a gravidez (Gill *et al.*, 2023).

Entre os exercícios recomendados, o método Pilates tem se mostrado eficaz na preparação para o trabalho de parto. Sua prática fortalece a musculatura pélvica e melhora sua função estrutural. Além disso, contribui para a prevenção do prolongamento do segundo estágio do parto e exerce um efeito positivo na intensidade da dor e na duração da fase ativa, influenciando de forma favorável a satisfação materna com a experiência do parto (Ghandali *et al.*, 2021).

Além disso, o fortalecimento dos músculos glúteos é especialmente relevante na gestação. Segundo Baracho (2018), a ativação insuficiente dessa musculatura é comum nesse período, o que pode gerar tensão no músculo piriforme e causar dores na região lateral da pelve e dos quadris. A autora ressalta que o glúteo máximo, em conjunto com outros músculos, é fundamental na estabilização da região lombopélvica. Portanto, a inclusão de exercícios para a ativação dessa musculatura é recomendada durante o período gestacional.

Figura 9 – Alívio da dor lombar



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A Figura 9 apresenta exercícios recomendados para gestantes, considerando-se as alterações musculoesqueléticas comuns nesse período, as quais frequentemente resultam em dor lombar. O primeiro exercício (A) corresponde ao alongamento do músculo iliopsoas, um flexor de quadril, enquanto o segundo (B) enfatiza o fortalecimento da musculatura abdominal. Ao todo, foram realizadas 14 sessões, incluindo exercícios focados na prevenção de disfunções musculoesqueléticas, demonstrando efeitos no alívio da dor lombar e contribuindo para uma gestação mais tranquila e com menos desconfortos.

Estudos indicam que cerca de 50% das mulheres relatam dores lombares durante a gestação, com intensificação conforme o progresso da gravidez. Fatores como o aumento de peso, alterações posturais e variações hormonais podem ocasionar mudanças biomecânicas nos músculos responsáveis pela estabilidade lombopélvica, devido à redução na ativação e força muscular. A relaxina, por exemplo, é um hormônio secretado pela placenta, especialmente nas fases finais da gestação, que promove o relaxamento dos ligamentos pélvicos e dos ligamentos que sustentam a coluna vertebral. Contudo, esse relaxamento excessivo pode desencadear dores lombares, sendo as disfunções musculoesqueléticas frequentes durante a gravidez (Sonmezer; Özkoslu; Yosmaoglu, 2021).

Além disso, a dor lombar em gestantes tem sido associada a um aumento na lordose, decorrente do enfraquecimento dos músculos abdominais. Esse enfraquecimento pode ser causado pelos altos níveis de relaxina e progesterona, que relaxam a musculatura, e pelo alongamento excessivo dos músculos abdominais em resposta ao crescimento do útero. Como consequência, há uma maior inclinação anterior da pelve, que, por sua vez, afeta a postura lombar. Dado que a pelve se conecta à coluna lombar por meio dos flexores do quadril, essa inclinação anterior encurta esses músculos e acentua a hiperlordose lombar, especialmente durante o terceiro trimestre, quando o alongamento dos abdominais é mais significativo (Conder; Zamani; Akrami, 2019).

Em razão dessas mudanças hormonais e anatômicas, muitas gestantes experimentam uma sobrecarga na coluna, resultando em lombalgia. Para aliviar esses efeitos, a prática de exercícios físicos regulares é recomendada. Exercícios resistidos ajudam a melhorar o tônus, a força e a resistência muscular, facilitando a adaptação às alterações posturais, diminuindo as dores musculoesqueléticas, além de aumentar

a resistência lombar. Já os alongamentos suaves contribuem para o relaxamento muscular, melhora postural e alívio das dores lombares e pélvicas (Campos *et al.*, 2021).

Figura 10 - Cartilha de orientações



TRABALHO DE PARTO

ORIENTAÇÕES

- 1 Respire de maneira lenta e profunda
- 2 Aproveite um banho morno para se relaxar
- 3 Faça pequenas caminhadas conforme sua tolerância
- 4 Procure diferentes posições que façam você se sentir mais confortável. Veja algumas abaixo:



- 5 Aproveite as diferentes posições e peça ao acompanhante para fazer massagens na região lombossacra.



Você é forte e já demonstra o amor de uma incrível mãe!
Que este parto marque o início de uma fase repleta de amor, alegria e memórias preciosas.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A Figura 10 apresenta uma cartilha elaborada especialmente para essa paciente, contendo orientações sobre recursos não farmacológicos que visam facilitar o processo do parto, proporcionar alívio e bem-estar e contribuir para que esse momento seja vivenciado de forma tranquila e positiva. Ela foi entregue à gestante para que ela pudesse colocar em prática as dicas no momento do trabalho de parto.

O trabalho de parto envolve uma combinação de eventos mecânicos e hormonais responsáveis por desencadear as contrações uterinas necessárias para a expulsão do feto. Nesse contexto, a preparação física e emocional da gestante, aliada a cuidados respeitosos e intervenções baseadas em evidências, é essencial para facilitar o parto vaginal. Estudos indicam que recursos não farmacológicos (NPRs),

como caminhada, posições maternas eretas e banho de chuveiro, são seguros, não invasivos e eficazes para o alívio da dor. Essas práticas também contribuem para a redução da duração do trabalho de parto, atrasam a necessidade de analgesia farmacológica, diminuem o uso de doses adicionais de analgésicos e reduzem as taxas de distocia, sem comprometer a saúde da mãe ou do bebê (Santana *et al.*, 2022).

Entre as estratégias recomendadas estão as posições eretas, que incluem sentar, ficar de pé, caminhar, ajoelhar, agachar e adotar a posição em quatro apoios. Essas posições são benéficas, pois utilizam a gravidade para auxiliar a descida da cabeça fetal em direção à pelve. Por isso, recomenda-se que mulheres em trabalho de parto de baixo risco sejam informadas sobre essas vantagens e incentivadas a adotar a posição em que se sintam mais confortáveis (Lawrence *et al.*, 2013).

Outra técnica importante é a respiração controlada, que é simples de aplicar e auxilia as gestantes a gerenciarem melhor o desconforto durante o trabalho de parto. A prática de respiração consciente ajuda a manter a atenção e o foco, facilitando o manejo da dor e do processo em geral. Quando combinada com outros recursos não farmacológicos, essa técnica pode aumentar a satisfação materna, reduzir o desconforto, diminuir a ansiedade e encurtar a duração do trabalho de parto. Além disso, a respiração controlada tem efeitos benéficos na prevenção de traumas perineais e na promoção do bem-estar da parturiente, sendo a técnica de respiração profunda e lenta a mais eficaz, tanto no primeiro quanto no segundo estágio do parto (Heim; Makuch, 2023).

Por fim, recomenda-se a realização de massagem durante o trabalho de parto, aplicada nos membros superiores e inferiores, na coluna e nos ombros entre as contrações, e na região lombossacra durante as contrações, momento em que a dor é mais intensa e essa área correspondente à inervação do útero (T10-L2). As massagens destacam-se como um recurso de fácil aplicação e segurança, proporcionando benefícios como a redução da dor e o intervalo de sintomas relacionados ao estresse. Além disso, diminui a frequência cardíaca, a pressão arterial e os níveis de cortisol, enquanto aumenta o fluxo sanguíneo em áreas específicas associadas ao controle do estresse e à depressão, devido à estimulação dos barorreceptores (Baracho, 2018).

3.3 Contextualização da aluna Vitória Luísa Carvalho Oliveira

Paciente S. M. C. P., sexo feminino, 71 anos, aposentada. Buscou atendimento em fisioterapia pélvica na Clínica Escola de Fisioterapia Risoleta Neves, após encaminhamento médico da Dra. Juliane, ginecologista, com diagnóstico médico de prolapso de bexiga e de útero. A paciente possuía o diagnóstico desde 2021, quando também foi diagnosticada com câncer de mama, e começou a perceber a perda de urina, saída da bexiga e aumento da frequência urinária, que afetavam sua qualidade de vida, autoestima, sono, emoções e também lhe causavam limitação social. Em 2023 realizou tratamento fisioterapêutico pélvico na Clínica de Fisioterapia do Unilavras e tratamento particular com a fisioterapeuta pélvica Débora Galdino. No final do mesmo ano, realizou a colocação do pessário (modelo pessário uterino) com membrana nº 04, da marca CPL Medicals, com sua ginecologista Dra. Juliane. Quando chegou à clínica, em 2023, possuía diagnóstico fisioterapêutico de prolapso de útero de grau 2 e cistocele de grau 4. Após tratamento fisioterapêutico no ano de 2024 e colocação do pessário, chegou para meu primeiro atendimento, em março de 2024, com diagnóstico fisioterapêutico de cistocele e prolapso uterino de grau 2.

3.3.1 Avaliação

Após obter a história da paciente e identificar suas queixas, uma avaliação minuciosa foi conduzida utilizando-se a ficha de avaliação utilizada na clínica-escola, com as variáveis investigadas apresentadas a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3 - Ficha de avaliação (Continua)

Itens avaliados	Dados Coletados
Diagnóstico clínico	Prolapso de bexiga e de útero
Diagnóstico fisioterapêutico	Cistocele e prolapso uterino de grau 2
Queixa principal	Incômodo pela saída da bexiga para fora do introito vaginal e fraqueza da musculatura do assoalho pélvico
Limitação da queixa principal	1
História obstétrica	Multípara
GPA	G3P3A0

Tabela 3 - Ficha de avaliação (Conclusão)

Itens avaliados	Dados Coletados
Mama	Cicatriz na mama direita (quadrante 3) devido a quadrantectomia e linfadenectomia.
Menopausa	Sim
Início da menopausa	Aos 53 anos
Peso na vagina	Não
Volume vaginal	Não
Atividade sexual	Ativa 1x ao mês
Patologias associadas	Diabetes Mellitus tipo II, marcapasso, três pontes de safena
Medicação em uso	Puran 50 mg, Concardio 10 mg, Vasopril 5 mg, Anastrozol, Somalgin, Trezor, Xigduo
Perda de urina aos esforços	Não
Urgência miccional	Não
Enurese noturna	Não
Frequência micção	6x ao dia / 0 a noite
Uso de forro	Não
Adia a micção	Sim
Corrimento vaginal	Sim
Pelve	Retroversão
Curvatura lombar	Retificada
Piriforme	Normotônico
Inspeção	Uretra baixa, pequena quantidade de pelos com coloração branca, hipotonia dos grandes lábios
Palpação	Flacidez dos grandes lábios e hipotonia da parede intravaginal
Sensibilidade	Normal
Profundidade	Normal
Diâmetro	Aumentado
Reflexos	Tosse - presente / Anal - presente / Clitoriano – ausente
Contração perineal	Presente
Perineômetro	Coluna B, força 14. Suportou 2 insufladas
Mantido	3 segundos
Compreensão dos exercícios perineais	Boa

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

3.3.2 Condutas e intervenções

Com base nos achados da avaliação realizada através da ficha previamente disponibilizada e do exame físico e nas queixas da paciente, foi elaborado, com base

nos objetivos, o plano de tratamento individualizado, buscando melhorar a força muscular do assoalho pélvico e reduzir o grau do prolapso.

À seguir serão apresentadas imagens, previamente autorizadas pela paciente, do seu prolapso, recursos e intervenções utilizadas, com o objetivo de obter melhorias no controle do prolapso, ganho de força e resistência da musculatura do assoalho pélvico.

Importante ressaltar que várias disciplinas durante o curso de Fisioterapia foram cruciais para traçar o tratamento eficaz e seguro. Dentre elas estão a Ginecologia e Obstetrícia, que estuda as prevenções e os tratamentos das condições relacionadas ao sistema reprodutor feminino e acompanhamento da gestação, parto e puerpério; a Anatomia, que é fundamental e básico, especialmente o aprendizado detalhado da anatomia dos sistemas urinário e reprodutor e do assoalho pélvico, o que inclui músculos, nervos, ligamentos e ossos da pelve; a Cinesioterapia, que embasa o movimento como forma terapêutica, com foco em como os músculos e articulações da região pélvica funcionam, crucial para a reabilitação e fortalecimento dessa área; e a Prática Baseada em Evidências, que nos prepara para elaboração e questionamentos dos tratamentos fisioterapêuticos com base na ciência disponível.

A seguir estão as condutas realizadas durante o tratamento.

Figura 11 - Prolapso



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Na Figura 11 pode-se observar o prolapso da paciente em repouso, sendo realizada apenas a abertura dos lábios vaginais.

O prolapso é uma condição em que os órgãos pélvicos, como a bexiga, útero e reto, deslocam-se de sua posição normal e descem em direção à vagina devido ao enfraquecimento dos músculos e tecidos do assoalho pélvico. Esse problema pode ser causado por fatores como gravidez, parto, envelhecimento, esforço físico intenso e condições de saúde, como DPOC, asma e tosse, que aumentam a pressão intra-abdominal. Os sintomas do prolapso podem incluir sensação de peso na pelve, incontinência urinária, dificuldade para evacuar, dor durante as relações sexuais e diminuição da qualidade de vida por causar uma limitação física e social. O tratamento pode variar de exercícios para fortalecimento muscular, como a fisioterapia pélvica, até intervenções cirúrgicas em casos mais graves (Raju; Linder, 2021).

Os tipos de prolapso existentes são vários, dentre eles o prolapso uterino, que ocorre quando o útero desce em direção à vagina, sendo o tipo mais comum de prolapso; a cistocele, que ocorre quando a bexiga desce para a parede frontal da vagina; e a retocele, que ocorre quando o reto se projeta para a parede posterior da vagina (Kilpratck, 2022).

Em relação aos graus de prolapso uterino, no grau 1, o útero desce até o terço inferior da vagina quando uma força é realizada, como durante a tosse, mas não passa pela abertura vaginal; no grau 2, o útero desce até o introito vaginal quando uma força é realizada, como durante a tosse; no grau 3, a parede vaginal ultrapassa o introito vaginal durante um esforço; e no 4 grau exterioriza-se mesmo em repouso (Hagen *et al.*, 2016).

Figura 12 - FES vaginal



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Na Figura 12 pode-se observar o aparelho FES invasivo intravaginal, em que foi utilizado o eletrodo vaginal com parâmetros de frequência 50 Hz, largura de pulso de 200 ms e duração de 20 minutos durante cada sessão. A intensidade da corrente era ajustada conforme acomodava e de acordo com a tolerância da paciente, com o objetivo de aumentar o grau de força da MAP, que aumentaria a consciência da região, ativando o músculo detrussor e o controle da bexiga, evitando a saída indesejada da urina e fazendo com que o prolapso não saísse pelo introito vaginal (Antônio *et al.*, 2018).

O FES é uma eletroestimulação intravaginal que aumenta as contrações voluntárias da MAP. Há evidências e recomendações de que o treinamento da MAP deve ser o tratamento de primeira linha no tratamento da incontinência urinária de esforço feminino e no prolapso, sendo a cirurgia reservada para casos mais graves. O uso de *biofeedback* diminui a gravidade da incontinência urinária (IU) e melhora a qualidade de vida dessas pacientes (Antônio *et al.*, 2018).

O treinamento da MAP é frequentemente recomendado para o tratamento do prolapso para prevenir sua progressão e piora dos sintomas e também para o tratamento da IU. Os resultados de ganho de força muscular em pacientes com prolapso grau 2 são maiores do que em pacientes com graus 3 e 4 (Hagen *et al.*, 2016).

Após partos vaginais, a força e a resistência da MAP ficam reduzidas. O FES melhora a força muscular, a resistência e os sintomas em pacientes com grau de força 0 ou 1 medida por palpação vaginal através da Escala de Oxford Modificada com adesão ao tratamento (Braekken; Villumstad; Evensen, 2024).

Figura 13 - Pessário



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Na figura 13 mostra a embalagem do pessário que a paciente utiliza. A paciente realizou a colocação com sua ginecologista Dra. Juliany com o objetivo de sustentar seu prolapso. O pessário vaginal é um dispositivo geralmente feito de silicone ou borracha, que é posicionado atrás da sínfise púbica. Ele é utilizado como uma alternativa não cirúrgica em situações como prolapso uterino, cistocele e retocele, cuja função é dar apoio e sustentação aos órgãos. A escolha do pessário adequado para cada paciente é feita pelo médico ginecologista que fará sua colocação, após o toque vaginal, levando em consideração a anatomia individual, preferências pessoais e condições de saúde da paciente (Mendonça *et al.*, 2022). Há vários tipos de pessário, sendo o anel o mais comum, que são divididos em: de suporte e oclusivo. Os de suporte permitem a sustentação dos órgãos pélvicos sem bloquear completamente a vagina, o que os torna populares entre as mulheres, já que podem ser mantidos durante a relação sexual. Por outro lado, os pessários oclusivos bloqueiam totalmente a vagina, sendo necessário removê-los antes na hora da relação sexual (Cavalcanti *et al.*, 2024). O pessário não apresenta desempenho inferior à cirurgia, reduzindo os sintomas e melhorando a qualidade de vida das pacientes, mesmo em estágios mais avançados de prolapso, como nos graus 3 ou 4, sendo uma boa alternativa para pacientes que não podem ou não querem realizar a cirurgia. As complicações mais frequentes são desconforto vaginal, sangramento e infecção urinária (Barros *et al.*, 2018).

Figura 14 - Perina



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

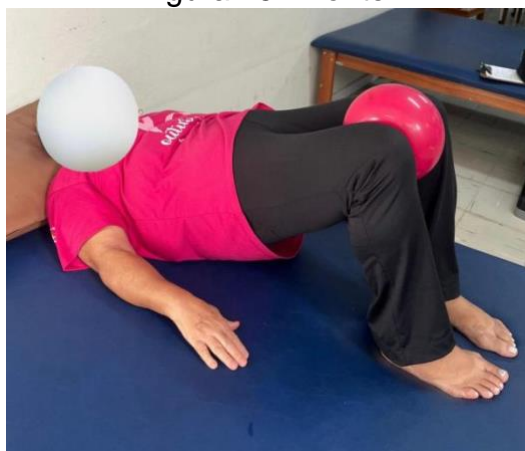
Na figura 14 mostra o aparelho *biofeedback* Perina que era utilizado com a paciente. No início do tratamento, o Perina era utilizado com a paciente deitada,

quando eram solicitadas contrações voluntárias, e como evolução era utilizado em pé, colocado e insuflado na paciente deitada, logo ela levantava e realizava atividades em pé realizando o treinamento da MAP associado com atividades de vida diária, como tossir, subir escadas, agachar-se e dar pulos (Dumoulin *et al.*, 2018).

Os músculos profundos do assoalho pélvico incluem os músculos coccígeos, levantador do ânus, puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo. A ativação desses músculos pode inibir a contração da bexiga, que diminui a perda urinária em pacientes com IU. Esse *biofeedback* usa um sensor de pressão vaginal que fornece um sinal visual e a paciente consegue visualizar como está o seu grau de força e resistência muscular (Wallace; Miller; Mishra, 2019).

O Perina tem a capacidade de aumentar a força muscular da MAP, aumentando sua capacidade de contração, diminuir a perda urinária e melhorar a qualidade de vida das pacientes (Alouini; Memic; Couillandre, 2022).

Figura 15 - Ponte



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A Figura 15 mostra a execução do exercício conhecido como “ponte”, com o objetivo de fortalecer a MAP, glúteos e isquiossurais. Foram solicitadas contrações isométricas mantidas por 6 segundos, 2 séries de 10 repetições (Knorst *et al.*, 2012).

A IU e o prolapso estão ligados à fraqueza ou disfunção da MAP, o que pode causar infecções urinárias, impactar a qualidade da vida sexual e comprometer a saúde das mulheres, sendo também uma questão de saúde pública. O fortalecimento e melhoria das funções da MAP são eficazes no tratamento de IU e prolapso por

aumentar a força, a resistência e a coordenação dos músculos pélvicos (França; Livramento, 2023).

Mesmo em pacientes mais idosas, o fortalecimento pélvico e o treinamento dos músculos do esfíncter urinário podem trazer muitos benefícios, levando a uma melhora da continência, do prolapso e da qualidade de vida (Méndez *et al.*, 2022).

4 AUTOAVALIAÇÃO

4.1 Análise crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Iara de Oliveira Vieira

A experiência do estágio supervisionado foi de grande aprendizado e crescimento, tanto no âmbito acadêmico quanto pessoal. Nesse processo, enfrentei diversos desafios que contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento, como insegurança, medo, ansiedade e a aplicação prática dos conceitos adquiridos ao longo do curso. Ao longo do tratamento, estabelecer uma aliança entre terapeuta e paciente foi fundamental para aumentar a adesão às intervenções e garantir o sucesso da reabilitação. Esse processo me permitiu refinar minhas habilidades e oferecer um tratamento mais eficaz e personalizado, sempre buscando respeitar as preferências e os objetivos individuais da minha paciente. Assim, pretendo prosseguir com todo o meu conhecimento adquirido e buscando constantemente aperfeiçoá-lo, proporcionando uma experiência terapêutica mais satisfatória e humanizada.

4.2 Análise crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Maria Isabel Avelar Ribeiro

O estágio supervisionado proporcionou amadurecimento pessoal e acadêmico, além de ampliar a compreensão prática da fisioterapia na saúde da mulher, especialmente no período gestacional, evidenciando sua importância para uma gestação mais tranquila e com menos desconfortos. A experiência destacou a relevância de uma abordagem baseada em evidências e centrada nas necessidades e objetivos individuais de cada paciente, o que torna o atendimento mais humanizado e eficaz. Embora essa área esteja crescendo, é essencial aumentar a divulgação sobre seus benefícios para a população, além de incentivar a formação de novos profissionais para atender a essa demanda crescente e proporcionar uma melhor qualidade de vida para as mulheres.

4.3 Análise crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Vitória Luísa Carvalho Oliveira

Durante o estágio supervisionado, enfrentei diversos desafios que despertaram insegurança e medo em relação à prática clínica. Contudo, essas situações foram fundamentais para estimular meu interesse em aprofundar os conhecimentos e integrá-los de maneira eficaz à prática clínica. Cada experiência vivenciada reforçou a importância de estabelecer uma sólida aliança terapêutica com a paciente, o que é crucial para o sucesso da fisioterapia e para promover a adesão ao tratamento. A elaboração deste portfólio me permitiu aprofundar os conhecimentos na área de Ginecologia e Obstetrícia, possibilitando uma análise detalhada da condição de saúde da paciente e suas particularidades. Sempre busquei apoiar minha prática clínica nas melhores evidências científicas disponíveis, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Para o futuro, pretendo aplicar todo o conhecimento adquirido em meus atendimentos, valorizando as particularidades de cada paciente e proporcionando um tratamento acolhedor, humano e eficaz. Cada novo desafio que surgir será uma oportunidade para adquirir novas perspectivas e continuar a evoluir na prática clínica.

5 CONCLUSÃO

5.1 Iara de Oliveira Vieira

Conclui-se que, por meio de uma avaliação específica e detalhada, é possível garantir um tratamento fisioterapêutico eficaz e seguro. Além disso, considerar as preferências da paciente junto com uma abordagem baseada em evidências traz uma melhor qualidade ao atendimento.

5.2 Maria Isabel Avelar Ribeiro

Uma avaliação detalhada e individualizada possibilita a elaboração de condutas terapêuticas que atendam aos objetivos, desejos e necessidades específicas de cada paciente. Quando essas condutas são alinhadas com as evidências científicas mais recentes, assegura-se um atendimento fisioterapêutico eficaz, seguro e de qualidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

5.3 Vitória Luísa Carvalho Oliveira

Para garantir um atendimento eficaz e seguro na fisioterapia pélvica, é essencial realizar uma avaliação individualizada e específica de cada paciente. Além disso, todo o tratamento deve ser fundamentado nos princípios da fisioterapia baseada em evidências, o que fortalece a prática clínica e contribui para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das pacientes.

REFERÊNCIAS

ABDELHAKIM, Ahmed Mohamed *et al.* Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **International Urogynecology Journal**, [England], v. 31, n. 9, p. 1735-1745, Sept. 2020.

AKTAN, Berrin; KAYIKÇIOĞLU, Fulya; AKBAYRAK, Türkan. The comparison of the effects of clinical Pilates exercises with and without childbirth training on pregnancy and birth results. **International Journal of Clinical Practice**, [England], v. 75, n. 10, Oct. 2021.

ALOUINI, Souhail; MEMIC, Sejla; COUILLANDRE, Annabelle. Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [Switzerland], v. 19, n. 5, Feb. 2022.

ANTÔNIO, Flávia Ignácio *et al.* Pelvic floor muscle training increases pelvic floor muscle strength more in post-menopausal women who are not using hormone therapy than in women who are using hormone therapy: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**, [Austrália], v. 64, n. 3, p. 166–171, July 2018.

ASSIS, Gisela Maria; SILVA, Camilla Pinheiro Cristaldi da; MARTINS, Gisele. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 55, p. 1–9, Jan. 2021.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARROS, Cristiane Regina *et al.* Tratamento conservador de prolapso de órgão pélvico com pessário: revisão de literatura. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 97, n. 2, jun. 2018.

BERLEZI, Evelise Moraes; MARTINS, Marília; DREHER, Daniela Zeni. Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 232-238, 2013.

BLUDNICKA, Monika; PIERNICKA, Magdalena; SZUMILEWICZ, Anna. The characteristics of biofeedback techniques used in pelvic floor muscle training for healthy pregnant women. A narrative review. **Baltic Journal of Health and Physical Activity**, [Poland], v. 11, n. 4, p. 87-95, Dec. 2019.

BRAEKKEN, Ingeborg Hoff; VILLUMSTAD, Tove K. L. S.; EVENSEN, Natalie Michelle. Ensaio piloto controlado randomizado para avaliar o efeito da estimulação elétrica em músculos fracos do assoalho pélvico. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [Germany], v. 309, n. 6, p. 2921–2929, June 2024.

BRITO, Luiz Gustavo Oliveira *et al.* Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. **International Urogynecology Journal**, [London], v. 26, n. 10, p. 1429-1436, Oct. 2015.

CABRAL, Alana Leandro *et al.* Are Perineal Massage and Instrument-Assisted Perineal Stretching With Short Protocol Effective for Increasing Pelvic Floor Muscle Extensibility? A Randomized Controlled Trial. **Physical Therapy**, [United States], v. 102, n. 3, p. 1–8, Mar. 2022.

CAMPOS, Milena dos Santos Barros *et al.* Position Statement on Exercise During Pregnancy and the Post-Partum Period-2021. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 117, n. 1, p. 160–180, Jan. 2021.

CAVALCANTI, Celli Veloso *et al.* Uso de pessários como alternativa ao tratamento cirúrgico de prolapso genitais. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 1-15, mar./abr. 2024.

CONDER, Rebeca; ZAMANI, Reza; AKRAMI, Mohammad. The Biomechanics of Pregnancy: A Systematic Review. **Journal of Functional Morphology and Kinesiology**, [Switzerland], v. 4, n. 4, p. 72, Dec. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **FISIOTERAPIA na saúde da mulher - crefito-15**. CREFITO, 2018. Disponível em: <<https://www.crefito15.org.br/fisioterapia-na-saude-da-mulher/>>. Acesso em: 1 nov. 2024.

DELGADO, Alexandre *et al.* Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [Livingstone], v. 35, p. 92-101, May, 2019.

DIEB, Amira S. *et al.* Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. **International Urogynecology Journal**, [England], v. 31, n. 3, p. 613–619, Mar. 2020.

DREHER, Daniela Zeni; CALGARO, Gabriela Lorenzon. Dispositivo epi-no na prevenção do trauma perineal: revisão integrativa. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE, 8., 20121, Unijuí. **Anais...** Unihuí, 2021.

DUMOULIN, Chantale; CACCIARI, Licia P; HAY-SMITH, E. Jean C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [England], v. 10, n. 10, Oct. 2018.

FRANÇA, Italo Diego Magalhães; LIVRAMENTO, Rosileide Alves. Assoalho Pélvico e Sua Relação com a Incontinência Urinária: Causa e Tratamento Fisioterapêutico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Amapá, v. 5, n. 5, p. 4023–4034, nov. 2023.

GHANDALI, Nasmin Yousefi *et al.* The effectiveness of a Pilates exercise program during pregnancy on childbirth outcomes: a randomised controlled clinical trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 1–11, Dec. 2021.

GILL, Prabhcharan *et al.* Abnormal Labor. **Obstetrics for Anaesthetists**, [s.l.], p. 40–51, June 2023.

GLUPPE, Sandra L. *et al.* Effect of a Postpartum Training Program on the Prevalence of Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial. **Physical Therapy**, [United States], v. 98, n. 4, p. 260–268, Apr. 2018.

GRENVIK, Jéssica M. *et al.* Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, [s.l.], v. 35, n. 25, p. 5184–5193, Dec. 2022.

HAGEN, Suzanne *et al.* Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial. **Lancet**, [London], v. 6736, n. 16, p. 393–402, Jan. 2016.

HEIM, Maria Augusta; MAKUCH, Maria Yolanda. Breathing Techniques During Labor: A Multinational Narrative Review of Efficacy. **The Journal of Perinatal Education**, [s.l.], v. 32, n. 1, p. 23, Jan. 2023.

HICKS, Brandon L.; LAM, Jason C.; VARACALLO, Matthew. Piriformis Syndrome. **StatPearls**, [s.l.], Aug. 2023.

JESSEN, Majken Lyhne; ÖBERG, Satina; ROSENBERG, Jacob. Treatment Options for Abdominal Rectus Diastasis. **Frontiers in Surgery**, [Switzerland], v. 6, n. 65, Nov. 2019.

KESKIN, Yasar *et al.* Effectiveness of home exercise in pregnant women with carpal tunnel syndrome: Randomized Control Trial. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association**, [Pakistan], v. 70, n. 2, p. 202–207, Feb. 2020.

KILPATRICK, Charles. **Prolapso de órgãos pélvicos (POP)**: (distúrbios do assoalho pélvico). (Distúrbios do assoalho pélvico). Manual MSD, 2022. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/prolapso-de-%C3%B3rg%C3%A3os-p%C3%A9lvicos-pop/prolapso-de-%C3%B3rg%C3%A3os-p%C3%A9lvicos-pop>>. Acesso em: 4 nov. 2024.

KNORST, Mara R. *et al.* Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 102–107, abr. 2012.

LAWRENCE, Annemarie *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [England], v. 129, n. 5, p. 361–362, Aug. 2013.

LAYCOCK, J.; JERWOOD, D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. **Physiotherapy**, [England], v. 87, n. 12, p. 631–642, Dec. 2001.

LEUTENEGGER, Vanessa *et al.* The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [England], v. 22, n. 1, Dec. 2022.

LO, Theresa; CANDIDO, Giulio; JANSSEN, Patrícia. Diastasis of the recti abdominis in pregnancy: risk factors and treatment. **Physiotherapy**, Canadá, p. 32-37, Jan. 1999.

MAIA, Maria Eduarda do Nascimento; FREITAS, Fabiana Góes Barbosa de. Atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto vaginal: uma revisão de literatura. **Diálogos em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 1, out. 2022.

MAKVANDI, Somayeh *et al.* Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, [Australia], v. 41, n. 11, Nov. 2015.

MÉNDEZ, Luísa María Gómez *et al.* Terapia comportamental no tratamento da incontinência urinária: qualidade de vida e gravidade. **Fisioterapia em Movimento**, São Paulo, v. 35, set. 2022.

MENDONÇA, Taynara Nunes Cavalcante de *et al.* A eficácia dos pessários vaginais no tratamento de distopias genitais: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 37, fev. 2022.

MERIWETHER, Kate V. *et al.* Perineal body stretch during labor does not predict perineal laceration, postpartum incontinence, or postpartum sexual function: a cohort study. **International Urogynecology Journal**, [England], v. 27, n. 8, p. 1193–1200, Aug. 2016.

MESQUITA, Luciana Aparecida; MACHADO, Antônio Vieira; ANDRADE, Angela Viegas. Fisioterapia para redução da diástase dos músculos retos abdominais no pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 267–272, jun. 1999.

MIRANDA, Isabel Hahn; RAYMUNDO, José Luiz Pozo; KLEIN, Kevin Maahs. Sensitivity of Laségue Sign and Slump Test in Hernia and Disc Bulging Diagnoses Compared with Magnetic Resonance Imaging. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 761–765, Dec. 2021.

NAKAMURA, Mary Uchiyama *et al.* Parturient perineal distensibility tolerance assessed by EPI-NO: an observational study. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 22–26, Jan./Mar. 2014.

OKTAVIANI, Ika. Pilates workouts can reduce pain in pregnant women.

Complementary Therapies in Clinical Practice, [Netherlands], v. 31, p. 349–351, May 2018.

PINHEIRO, Brenda de Figueiredo *et al.* Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 639–648, jul./set. 2012.

RAJU, Rubin; LINDER, Brian. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. **Mayo Clinic Proceedings**, [United States], v. 96, n. 12, p. 3122–3129, Dec. 2021.

RODRIGUES, Silvia *et al.* Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. **Midwifery**, [England], v. 124, Sept. 2023.

SANTANA, Licia Santos *et al.* Applying a physiotherapy protocol to women during the active phase of labor improves obstetrical outcomes: a randomized clinical trial. **AJOG Global Reports**, [United States], v. 2, n. 4, p. 100125, Nov. 2022.

SCHREINER, Lucas *et al.* Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. **International journal of gynaecology and obstetrics**: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, [s.l.], v. 143, n. 1, p. 10–18, Oct. 2018.

SILVA, Thauane Lima; FEITOZA, Rauany Barrêto; ALVES, Tonny Medeiros. Atuação da fisioterapia frente a dores nas disfunções sexuais. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências - RIEC**, Icó, v. 5, n. 2, p. 5-11, maio/ago. 2022.

SONMEZER, Emel; ÖZKÖSLÜ, Manolya Acar; YOSMAOĞLU, Hayri Baran. The effects of clinical pilates exercises on functional disability, pain, quality of life and lumbopelvic stabilization in pregnant women with low back pain: A randomized controlled study. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, [Netherlands], v. 34, n. 1, p. 69–76, Jan. 2021.

UGWU, Emmanuel Onyebuchi *et al.* Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, [Australia], v. 44, n. 7, p. 1252–1258, July 2018.

WALLACE, Shannon L.; MILLER, Lucia D.; MISHRA, Kavita. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 31, n. 6, p. 485–493, Dec. 2019.

ANEXOS

ANEXO A - Escala *Oxford* Modificada

GRAU DE FORÇA	ESCALA DE OXFORD MODIFICADA
0	Ausência de resposta muscular
1	Esboço de contração não-sustentada
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
3	Contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

Fonte: Laycock e Jerwood (2001).

ANEXO B - Escala *New Perfect*

RESUMÃO

Live 17/06

PARA GRAVAR

A utilização de uma padronização no momento da avaliação visa não só facilitar a comunicação interprofissionais, mas também nortear o processo de evolução durante o tratamento.

Coletando informações claras, você terá como traçar objetivos de maneira resoluta e detalhar o processo de evolução.

new PERFECT

P

Contração voluntária máxima, avaliada de acordo com a escala Orford modificada ou a escala da ICS.

Aqui, devemos solicitar a contração perineal máxima, observando se é executada corretamente e percebendo a graduação pelas escalas validadas. Anote, pois esse achado será referência para as demais observações a serem realizadas.

E

Tempo em que a paciente consegue manter o grau alcançado na avaliação de P.

Aqui, devemos solicitar a contração perineal máxima, observando se é executada corretamente e percebendo por quanto tempo será mantida com qualidade observada em P. Se em P foi 4, agora você irá perceber quanto tempo foi mantido em 4, sem cair pra 3 ou 2.

R

Número de repetições em que a mulher consegue manter o grau de contração voluntária máxima (P), durante os segundos registrados em E. Observar intervalo e relaxamento.

Aqui você irá quantificar o número de repetições que a paciente consegue executar, usando as informações coletadas em P e E. Ou seja, se P4 e E6, quantas repetições serão realizadas? Conseguiu realizar 2 e logo P reduziu? ou... Conseguiu realizar 5 e logo E reduziu? Observe e anote.


RESUMÃO

Live 17/06

new PERFECT


F

Contração vigorosa e rápida, com o grau de contração da etapa P. Registrar qual o número de repetições sem perda de função.

 Neste momento solicitaremos contrações rápidas, atingindo o achado de P, mas sem manutenção. Observe e anote quantas repetições são realizadas, mantendo o achado de P. Por exemplo, se P4, quantas vezes consegue repetir sequencialmente P4, observando sempre se o relaxamento entre as contrações ocorre de maneira satisfatória.


E

Elevação da parede vaginal posterior durante a contração máxima voluntária

 Você percebe durante a contração máxima voluntária, que ocorre a elevação da parede vaginal? Aqui, a observação é de presente ou ausente.


C

Cocontração os músculos abdominais inferiores durante a contração voluntária máxima

 Você percebe que durante a contração máxima voluntária, ocorre uma cocontração dos músculos abdominais? Aqui, a observação é de presente ou ausente.

T

Contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico durante tosse

 Você percebe que durante um aumento de pressão IA, ocorre uma contração involuntária do assoalho pélvico? Aqui, a observação é de presente ou ausente.

ANEXO C - Classificação da gravidade da diástase abdominal

Classificação	Descrição
Normal	Separação igual ou inferior a 2,5 cm sem distensão abdominal
Leve	Separação igual ou inferior a 2,5 cm com distensão abdominal ou 2,5 a 3,5 cm sem distensão abdominal
Moderada	qualquer separação acima de 3,5 cm ou inferior a 5 cm com ou sem distensão abdominal
Grave	Separação acima de 5 cm com ou sem distensão abdominal

Fonte: Lo, Candido e Janssen (1999).

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha de Avaliação em Urogineco Funcional e Obstétrica

Modelo de avaliação: Fisioterapia Pelvica

Diagnóstico clínico:

Diagnóstico Fisioterapêutico:

Início dos sintomas:

Queixa principal:

Limitação da queixa principal:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

HMA:

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

- Primípara
- Multípara

GPA

DUM

DPP

História das gestações anteriores e partos anteriores

Avaliação dos sistemas:

SUG

SD

SR

SCV

SME

Testes especiais (caso for gestante)

Mamas

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Cirurgia pélvica e/ou abdominais prévias:

- Sim
 Não

Menopausa:

- Sim
 Não

Início

TRH

- Sim
 Não

Peso na vagina

- Sim
 Não

Volume vaginal

- Sim
 Não

ATIVIDADE SEXUAL

- ativa
- Inativa
- dor
- anorgasmia
- IU
- flatus vaginais

Disfunção sexual:

- Sim
- Não

Qual:

Primeiro Contato sexual:

Desconforto em falar da vida sexual

- Sim
- Não

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

MEDICAÇÃO EM USO

FUNÇÃO URINÁRIA

PERDA DE URINA AOS ESFORÇOS

- Sim
- Não
- Tosse
- Espirro
- Pulo
- Risada
- Corrida
- Esporte
- Atividade sexual
- Mudança de decúbito
- contato com água

Urgência miccional

- Sim
- Não

Urgeincontinência

- Sim
- Não

Perda de urina

- jato

- gotas
- contínua

Enurese noturna

- Sim
- Não

Frequência

Ingestão de líquidos/_dia:

Frequência micção: _____/dia _____/noite

Uso de forro:

- Sim
- Não

Tipo:

Nº de trocas

Ato miccional:

- conforto
- dor
- ardor
- sensação de resíduo
- desejo pós-miccional

Sintomas de Obstrução Urinária

- Sim
- Não
- Esvaziamento incompleto
- Esforço para urinar
- Jato urinário fraco
- Gotejamento pós miccional

Adia a micção

- Sim
- Não

Ardência vaginal

- Sim
- Não

Corrimento vaginal

- Sim
- Não

Dor suprapúbica

- Sim

Não

FUNÇÃO EVACUATÓRIA

Obstrução evacuatória

Sim

Não

Esvaziamento evacuatório incompleto

Sim

Não

Esforço para evacuar

Sim

Não

Perda de fezes

Sim

Não

Perda de gases

Sim

Não

Corrimento anal

Sim

Não

Escala Bristol

1

2

3

4

5

6

7

Frequência evacuatória

EXAME FÍSICO

Pelve

Anteversão

Retroversão

Curvatura lombar

Fisiológica

Aumentada

Retificada

Piriforme

Normotônico

Hipotônico

Hipertônico

Dor

Avaliação da diástase abdominal

M1 (SUBXIFOIDAL)

M2 (EPIGÁSTRICA)

M3 (UMBILICAL)

M4 (INFRAUMBILICAL)

M5 (SUPRAPUBICA)

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO ASSOALHO PÉLVICO

Inspeção:

Palpação

Distopias

presente

ausente

cistocele

retocele

uretocele

prolapso uterino

Grau (0 a 4):

Sensibilidade:

Profundidade:

Diâmetro

Laceração perineal

Reflexos

Contração perineal

presente

ausente

AFA

0

1

2

3

4

5

P

E

R

F

E

C

T

Perinômetro

mantido

Compreensão dos exercícios perineais

ótima

boa

regular

ruim

Musculatura acessória:

adutores

abdutores

glúteo

abdominais

DADOS URODINÂMICOS

OBSERVAÇÕES

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA:

DIÁRIO MICCIONAL:

- Sim
 Não

Descrição

OBJETIVO DO TRATAMENTO

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES EXERCÍCIOS DOMICILIARES:

Profissional

APÊNDICE B - Ficha de Autorização em Urogineco Funcional e Obstétrica

Fundação Educacional UNILAVRAS

SETOR: CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
Telefone: 3694-8110

AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS E DIVULGAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

Paciente: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ RG.: _____ CPF: _____
Rua: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Tel.: _____
Nome do Responsável: _____
RG Responsável: _____ CPF: _____

Tratamento: _____

Por este instrumento particular, dou plena autorização e consentimento ao Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), através do Setor de Fisioterapia, para realizar procedimentos de Fisioterapia necessários ao tratamento de minha pessoa ou de minha responsabilidade, acima qualificados, de acordo com os conhecimentos enquadrados nestas especialidades.

Declaro que tenho conhecimento de que os locais onde são prestados os tratamentos de Fisioterapia no UNILAVRAS têm como principal objetivo a instrução e a demonstração de técnicas de tratamento para os estudantes e profissionais destas áreas de ensino e pesquisa e que estou plenamente de acordo com a orientação a ser seguida na prestação dos serviços, seja para finalidades didáticas, seja para tratamento de Fisioterapia.

Comprometo-me a apresentar todos os exames (clínicos, laboratoriais, radiológicos, etc.) que tiver realizado, assim como a fornecer histórico de antecedentes familiares e quaisquer outras informações solicitadas a fim de permitir o bom andamento do tratamento e do ensino ministrado aos alunos do UNILAVRAS.

Autorizo também a utilização de imagens e informações sobre o tratamento realizado, através de fotos, vídeos ou qualquer outro meio, desde que estas tenham finalidades de ensino ou pesquisa e sejam respeitados os respectivos códigos de ética.

Declaro que conheço as normas da Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS e aceito segui-las.

A presente autorização é feita em caráter gratuito, sem qualquer ônus para o UNILAVRAS.

Lavras, _____ de _____ de 20____

Ass. Paciente