

Tânia Sofia Correia Vieira

Relatório de Estágio
MoveOn Fisio

**Relatório elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador: Prof^a Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida, Fisioterapeuta

Coorientadora: Mestre Rafaela Soares de Sousa, Fisioterapeuta

Dezembro, 2023

Tânia Sofia Correia Vieira

Relatório de Estágio MoveOn Fisio

**Relatório elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador: Prof^ª Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida, Fisioterapeuta

Coorientadora: Mestre Rafaela Soares de Sousa, Fisioterapeuta

Júri:

Presidente: Professora Doutora Cristina dos Santos Cardoso, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Fisioterapeuta

Arguente: Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente, Professora Coordenadora da Egas Moniz *School of Health Science*, Fisioterapeuta

Vogal: Professora Doutora Patrícia Duarte Almeida, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Fisioterapeuta

Março, 2023

Resumo

Introdução: Este trabalho tem como objetivo a obtenção do título de Mestre em Fisioterapia, com especialização em Saúde da Mulher, no âmbito da disciplina de Estágio com Relatório. O estágio foi conduzido ao longo de 14 semanas na clínica particular *MoveOn Fisio*, focando-se no atendimento a pacientes com disfunções do pavimento pélvico. **Objetivos:** Este relatório tem como propósito analisar o modelo de gestão do local de estágio e promover uma abordagem prática fundamentada em evidências científicas. **Trabalho desenvolvido:** Numa primeira fase, elaborou-se uma descrição detalhada do ambiente de prática clínica, seguida por uma análise crítica com base nos padrões de prática e numa análise SWOT. Identificaram-se problemas e apresentou-se uma proposta de melhoria. Além disso, estabeleceu-se um contrato de aprendizagem alinhado com as necessidades identificadas, considerando a autoanálise e as competências a adquirir, conforme as diretrizes da instituição de ensino e do orientador. Na segunda secção, destaca-se um estudo de caso relacionado com o processo de fisioterapia numa paciente com incontinência urinária e disfunção sexual associada. Por fim, na terceira parte, são apresentadas reflexões abrangentes sobre as duas secções do relatório, concluindo em considerações finais. **Resultados:** Na primeira parte, a proposta de aprimoramento do local de prática enfatiza como benefícios o reduzido tempo de espera e a melhoria da qualidade do serviço. Estas melhorias são realizadas pelo aumento dos recursos humanos e a implementação da fisioterapia ao domicílio. Destaca-se um notável desenvolvimento pessoal e profissional, evidenciado pelo alcance da maioria dos objetivos estabelecidos. Na segunda secção, foi delineada a intervenção da fisioterapia numa paciente de 32 anos com incontinência urinária de esforço persistente por um ano e meio e disfunção sexual associada com oito meses. Após um período de 12 semanas, observou-se melhorias significativas na função do pavimento pélvico, na frequência de episódios de perda, na gravidade da incontinência e na percepção geral da qualidade de vida. **Conclusões:** Este trabalho foi crucial para aprimorar a capacidade de análise de modelos de gestão e compreender os padrões de qualidade em fisioterapia. Além disso, reconheceu-se um aumento significativo dos conhecimentos teóricos e das habilidades práticas no que diz respeito ao tratamento de disfunções do pavimento pélvico. Destacou-se ainda o desenvolvimento da capacidade crítica na análise de informações, fundamentando de maneira mais sólida o processo da fisioterapia.

Abstract

Introduction: This work aims to obtain the title of Master in Physiotherapy, with a specialization in Women's Health, within the scope of the Internship with Report discipline. The internship was conducted over 14 weeks at the private clinic MoveOn Physio, focusing on the care of patients with pelvic floor dysfunctions. **Objectives:** This report aims to analyze the management model of the internship location and promote a practical approach based on scientific evidence. **Work developed:** In the first phase, a detailed description of the clinical practice environment was elaborated, followed by a critical analysis based on practice standards and a SWOT analysis. Problems were identified, and an improvement proposal was presented. In addition, a learning contract aligned with the identified needs was established, considering self-analysis and the competencies to be acquired, according to the guidelines of the educational institution and the supervisor. In the second section, a case study related to the physiotherapy process in a patient with urinary incontinence and associated sexual dysfunction is highlighted. Finally, in the third part, comprehensive reflections on the two sections of the report are presented, concluding with final considerations. **Results:** In the first part, the improvement proposal for the practice location emphasizes benefits such as reduced waiting time and improved service quality. These improvements are achieved by increasing human resources and implementing home physiotherapy. There is notable personal and professional development, evidenced by the achievement of most established goals. In the second section, the physiotherapy intervention in a 32-year-old patient with persistent stress urinary incontinence for a year and a half and associated sexual dysfunction for eight months was outlined. After a 12-week period, significant improvements were observed in pelvic floor function, the frequency of loss episodes, the severity of incontinence, and the overall perception of quality of life. **Conclusions:** This work was crucial in enhancing the ability to analyze management models and understand quality standards in physiotherapy. Furthermore, there was a significant increase in theoretical knowledge, and practical skills were refined regarding the treatment of pelvic floor dysfunctions. The development of critical analysis skills in information evaluation was also highlighted, providing a more solid foundation for the physiotherapy process.

Lista de Abreviaturas

APFISIO – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

APU – Associação Portuguesa de Urologia

APNUG - Associação Portuguesa de Neuro-Uroginecologia

CAT – *Critically Appraisal Topic*

ECTS - *European Credit Transfer and Accumulation System*

ESSA – Escola Superior de Saúde do Alcoitão

FSFI - *Female Sexual Function Index*

IC - Incontinência Coital

ICS - *International Continence Society*

IMC – Índice de Massa Corporal

IU – Incontinência urinária

IUE - Incontinência urinária de esforço

IUGA - *International Urogynecological Association*

IUM – Incontinência urinária mista

KHQ – *King's Health Questionnaire*

MPP – Músculos do pavimento pélvico

NICE – *Nacional Institute for Health and Care Excellence*

NT – Não testado

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCT – *Randomized controlled Trial*

SNS – Serviço nacional de saúde

TMPP – Treino dos músculos do pavimento pélvico

WCPT - *World Confederation for Physical*

Índice

Parte I - Relatório de Desempenho em Estágio	8
1. Introdução.....	8
2. Caracterização da unidade de estágio	9
2.1. Posicionamento da unidade no plano nacional de saúde.....	9
2.2. Descrição do local	9
2.2.2. Missão, visão e valores.....	12
2.2.3. Serviço de fisioterapia em saúde da mulher	14
2.2.4. Circuito do utente	14
2.3. Análise do local tendo em conta os padrões de qualidade em fisioterapia	15
2.4. Análise SWOT do local.....	21
2.5. Análise da Concorrência	23
3. Caracterização do local de prática e utentes	24
3.1 Necessidades de saúde, no contexto da especialidade e as encontradas no seu local de prática	24
3.2 Descrição do papel do fisioterapeuta na especialidade e no local, segundo a prática baseada na evidência	28
3.3 Análise crítica da intervenção no local em função da melhor evidência disponível.....	30
4. Projeto de implementação de melhoria do local de prática	33
4.1. Apresentação de um plano de melhoria fundamentado na evidência	33
Passos necessários para a sua implementação, segundo os padrões de qualidade	34
5. Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional.....	40
5.1 Análise Swot de si próprio	40
5.2. Contrato de Aprendizagem.....	41
I – Apresentação das Competências a adquirir, definidas pela instituição de Ensino	41
II – Apresentação das Competências a adquirir, definidas pelo Orientador	42
III – Diagnóstico das Necessidades de aprendizagem, definidas pelo estudante	43
IV – Definição dos objetivos de aprendizagem, pelo estudante	43
V – Definição de estratégias de aprendizagem e recursos, a definir pelo aluno	45
VI – Cronograma.....	47

5.3. Reavaliações do contrato.....	48
5.5. Reflexão final do processo	49
Bibliografia.....	50
Apêndice 1 – Registo de casos clínicos.....	54
a) Registo 1 (Bexiga Hiperativa).....	54
b) Registo 2 (Prolapso pélvico- cistocelo)	76
c) Registo 3 (Incontinência urinária de esforço)	103
Apêndice 2 – Apresentação de 3 CAT	128
a) Critically Apraisal Topic 1	128
b) Critically Apraisal Topic 2.....	130
c) Critically Apraisal Topic 3.....	133
Apêndice 3 – Modelo de registo de avaliação	135
Anexo 2 – <i>Feedback</i> dos utentes.....	141
Parte II – Estudo de Caso	145
Introdução.....	149
Descrição do caso.....	152
História e exame subjetivo	153
Diagnóstico diferencial	154
Exame objetivo.....	154
Diagnóstico da Fisioterapia	162
Prognóstico funcional.....	162
Intervenção	165
Resultados	169
Discussão	172
Conclusão	178
Bibliografia	180
ANEXOS E APÊNDICES.....	191
Apêndice I– Registo Clínico	192
Apêndice II – Triagem	208
Anexo I – Consentimento Informado.....	212

Anexo II – Diário da Bexiga (15-16-17/12/2022).....	213
Anexo III – Diário da Bexiga (31.01–01-02/02/2022).....	215
Anexo IV – King’s Health Questionnaire (13.12.2022)	217
Anexo V – King’s Health Questionnaire (03.03.2023).....	220
Anexo VI – Female Sexual Function Index (FSFI)- avaliação (13.12.2022)	223
Anexo VII – Female Sexual Function Index (FSFI)- avaliação (03.03.2023).....	227
Anexo VIII- Escala de Oxford Modificada.....	231
<i>Parte III - Relatório de Desempenho em Estágio</i>	232
1. Relação entre as duas partes do relatório	232
2. Ganhos pessoais	233
3. Limitações pessoais	234
<i>Parte IV – Apêndices globais do relatório</i>	236
Apêndice 1 - Parecer Final do Orientador.....	237
Apêndice 2 - Curriculum Vitae do Estudante	238
Apêndice 3 - Declaração da entidade onde desenvolveu o estágio	240

Parte I - Relatório de Desempenho em Estágio

1. Introdução

No segundo ano da 13ª edição do Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), no âmbito da cadeira curricular Estágio com Relatório, foi realizado o presente relatório. O período de estágio ocorreu entre 11 de dezembro e 15 de março, totalizando 14 semanas. A peculiaridade deste estágio reside no fato de ter sido conduzido no próprio local de trabalho: clínica particular especializada em fisioterapia: *MoveOn* Fisio. Desta forma, os horários, já estavam definidos anteriormente ao início do estágio e permaneceram inalterados.

A supervisão do estágio foi realizada por uma fisioterapeuta do serviço, com mestrado na área da saúde da mulher e com experiência de cinco anos. Esta desempenhou o papel de tutora clínica, fornecendo orientações especializadas e compartilhando conhecimentos teóricos e práticos sobre a abordagem clínica na área de fisioterapia da saúde da mulher.

O objetivo principal do estágio passa por colocar em prática e aprofundar os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do mestrado. Essa aplicação não se limita apenas ao processo da fisioterapia, mas também engloba a análise da organização e gestão do local de prática.

O relatório de estágio compreende três partes distintas: o relatório de desempenho em estágio, o estudo de caso e as considerações finais.

Na primeira parte, o objetivo é caracterizar a clínica escolhida para o estágio, contextualizando o seu papel no plano nacional de saúde, descrição do local, dos serviços prestados, do modelo de gestão adotado e uma análise baseada nos padrões de qualidade em fisioterapia. Posteriormente, o aluno deve realizar uma análise SWOT da clínica, identificando as suas forças e fraquezas internas, bem como oportunidades e ameaças do ambiente externo. Além disso, é esperado que faça um enquadramento sobre as necessidades de saúde, descrevendo o papel do fisioterapeuta na especialidade e no contexto do local de prática, fundamentado com evidência científica. Nesta secção, também são apresentados registos dos utentes acompanhados, juntamente com a análise de três CAT (*Critically Appraised Topics*) de artigos científicos utilizados na pesquisa para a intervenção dos casos.

Com base nestas informações, o aluno deve realizar uma análise crítica da clínica, propondo um plano de melhoria fundamentado na melhor evidência disponível. Paralelamente à análise do local, o aluno deve realizar uma análise de si próprio. A partir dessa reflexão, deve desenvolver um contrato de aprendizagem, identificando as suas necessidades e propondo soluções para resolvê-las. Durante o estágio, este contrato é constantemente reavaliado e ajustado, se necessário.

Para garantir a aquisição de competências e um desenvolvimento efetivo, os alunos devem recolher feedbacks de diferentes pessoas, incluindo pacientes e tutor clínico.

Na segunda parte do relatório, deve ser realizado um estudo de caso. Aqui, o aluno deve familiarizar-se com diversos métodos de trabalho científico. Este processo tem como objetivo o desenvolvimento de competências na recolha e síntese de dados clínicos, promovendo, assim, uma reflexão crítica sobre a intervenção realizada num paciente. Além disso, esta secção deve desenvolver habilidades reflexivas e interpretativas em relação à informação científica. O intuito é fortalecer a capacidade do aluno de tomar decisões clínicas baseadas na evidência ao mesmo tempo que aprimora as suas competências em escrita científica.

A terceira e última parte do relatório abrange as considerações finais, onde se procura estabelecer uma ligação entre as duas partes anteriores. No final, o aluno é desafiado a refletir sobre os ganhos e limitações pessoais, bem como a apresentar propostas para o futuro desenvolvimento da profissão, abordando as dificuldades e oportunidades identificadas.

2. Caracterização da unidade de estágio

2.1. Posicionamento da unidade no plano nacional de saúde

A clínica de fisioterapia *MoveOn Fisio* não está inserida no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, apesar de ser uma clínica privada, não convencionada, tem parceria com algumas entidades oferecendo-lhes 12% de desconto no valor das sessões: Universidade de Lisboa, Estádio Universitário de Lisboa, *Groundforce*, Ordem dos Farmacêuticos, SISCOG, Associação Portuguesa de Doentes com Enxaqueca e Cefaleias, *Future Healthcare*, Instituto Universitário de Lisboa, Instituto dos Registos e Notário, Universidade Católica Portuguesa e Delta Cafés.

Na *MoveOn Fisio* o fisioterapeuta é um profissional de primeiro contato e, caso seja necessário, o utente é encaminhado para a especialidade médica mais adequada para a sua condição.

2.2. Descrição do local

A *MoveOn Fisio* destaca-se como uma clínica privada de referência, estabelecida em Lisboa há 8 anos. Ao longo deste período, tem-se comprometido em proporcionar serviços de fisioterapia de excelência, visando o bem-estar e a recuperação dos utentes. O serviço é constituído por duas fisioterapeutas coordenadoras (administração), oito fisioterapeutas e duas rececionistas.

1. Fisioterapeutas coordenadoras:

As fisioterapeutas coordenadoras são responsáveis pela organização e dinâmica da equipa de trabalho, pelo cumprimento da legislação e garantir a qualidade dos serviços prestados. As questões de *marketing*, divulgação de espaço, gestão de recursos humanos e materiais encontram-se também a seu cargo.

Funções específicas:

- Definem a missão e os objetivos da clínica;
- Implementam um plano de ação;
- Organizam as tarefas pela equipa;
- Marcam reuniões individuais para dar e receber *feedback* de cada elemento de equipa;
- Asseguram o recrutamento de profissionais, se necessário;
- Organizam o mapa de férias dos elementos da equipa;
- Realizam o plano anual e orçamento a utilizar pela equipa.

2. Fisioterapeutas (8 fisioterapeutas):

Os Fisioterapeutas são responsáveis pela prestação de cuidados de fisioterapia de acordo com os objetivos de cada utente e em função da sua avaliação, formação e condições do serviço.

Funções específicas:

- Realização de sessões de fisioterapia;
- Avaliar os utentes numa perspetiva biopsicossocial;
- Realizar registos clínicos específicos para cada utente;
- Elaborar uma estratégia de intervenção, traçando objetivos realistas em conjunto com o utente;
- Organizar previamente o material necessário para as consultas de fisioterapia;
- Aplicar corretamente as técnicas de fisioterapia;
- Ensinar e aconselhar estilos de vida saudáveis e produtos de apoio.

3. Rececionistas (duas rececionistas):

As rececionistas são responsáveis pela gestão de tarefas de rotina essenciais ao funcionamento da clínica.

Funções específicas:

- Receber e encaminhar os utentes para as sessões de Fisioterapia;
- Atender telefonemas e agendar marcações;

- Receber pagamentos e emitir faturas;
- Realizar as encomendas de material necessário;
- Arrumar, lavar e secar as toalhas utilizadas;
- Lavar, secar e preparar a farda dos fisioterapeutas.

4. Serviços de limpeza e higiene / Logística

O serviço de limpeza e higiene encontra-se ao cuidado de uma empresa de limpeza e tem como função manter o espaço limpo e cuidado.

5. Contabilista

A contabilista tem como função desempenhar tarefas contabilísticas inerentes ao correto funcionamento da organização.

Funções específicas:

- Elaborar o relatório financeiro sobre o ano anterior, cumprindo as disposições legais e administrativas da área financeira;
- Manter controlo da conta bancária da clínica, registando todos os movimentos contabilísticos;
- Assegurar a execução do orçamento anual.

A contabilidade encontra-se a cargo de uma empresa subcontratada.

No organograma (figura 1) está representado a estrutura orgânica da instituição.



Figura 1. Organograma do serviço da Clínica MoveOn Fisio

As instalações encontram-se dentro do centro médico do Estádio Universitário e são constituídas por:

- Seis gabinetes individuais;
- Um gabinete individual destinado às sessões de reeducação postural global;
- Dois ginásios: um que se destina essencialmente ao tratamento individual dos utentes e o outro com maiores dimensões para as sessões de pilates em grupo;
- Uma sala de trabalho/pessoal;
- Uma sala de coordenação e destinada a reuniões.

2.2.2. Missão, visão e valores

Visão da Instituição

Prestar cuidados de saúde e de bem-estar, preventivos, curativos, paliativos e de diagnóstico, atendendo maioritariamente utentes que careçam de cuidados, de modo a torná-los independentes ou a diminuir o seu grau de dependência em tempo oportuno.

Missão da Instituição

Somos um projeto empreendedor, inovador, experiente e dinâmico.

Caracterizamo-nos por ser um grupo heterogéneo, com um know-how que nos permite atuar nas mais variadas condições clínicas, e ao mesmo tempo homogéneo, onde impera o nosso sentido de entreajuda, união e complementaridade.

Consideramos que a nossa intervenção tem mudado nos últimos 20 anos, saindo dos gabinetes e marquesas para os campos desportivos, postos de trabalho e comunidade envolvente.

Estamos certos de que a Universidade de Lisboa enquanto ponto central das mais variadas áreas de ensino superior da cidade de Lisboa, representa um polo privilegiado e merecedor de uma unidade de Saúde, que trabalhe como nos propomos e acima de tudo respeitando os valores por vós instituídos:

Respeito | Integridade | Honestidade e Rigor | Ética | Inovação | Compromisso

Pretendemos ser reconhecidos, não como mais um espaço de saúde e bem-estar, mas, como MoveOn Fisio - A PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE no meio universitário.

É nossa pretensão ser uma organização de referência na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente na área da recuperação e reabilitação motora, bem como promover o mesmo de forma rápida garantindo a satisfação dos nossos clientes.

Queremos também investir continuamente nos recursos humanos com a finalidade de fornecer serviços com qualidade de excelência e novas terapias.

É nossa intenção investir tanto em formação, como em novos tipos de tratamento, que garantam a melhoria das terapias aplicadas, com vista à abertura de novos horizontes de forma a garantir uma maior diversificação da população com necessidade dos nossos serviços.

A MoveOn Fisio assume-se como uma instituição, que procura proporcionar cuidados modernos tendo em conta a melhor prática em termos internacionais, personalizados, diferenciados, num ambiente seguro, tranquilo e agradável, de forma a contribuir para a confiança e fidelização dos seus utilizadores e pretendendo posicionar-se no mercado como uma instituição de referência nacional e internacional, pela prestação de cuidados com Qualidade.

Valores

Com vista à prestação de cuidados de saúde e bem-estar:

Respeito pelos direitos dos clientes: zelar pelo conforto dos clientes, com particular atenção aos aspetos de higiene e segurança.

Qualidade: procurar assegurar a prestação dos melhores serviços e os mais adequados a cada circunstância a um custo justo, tendo em conta o bem-estar físico e psicológico dos clientes.

Competência e inovação: promover a articulação entre todos os nossos colaboradores e serviços prestados por forma a disponibilizar um “pacote completo” de soluções e manter as melhores práticas melhorando continuamente no serviço prestado.

Ética: garantir o cumprimento do código deontológico.

Recursos Humanos: promover a formação e atualização constante dos nossos colaboradores.

No desenvolvimento da sua atividade, a MoveOn Fisio rege-se, pelos seguintes princípios:

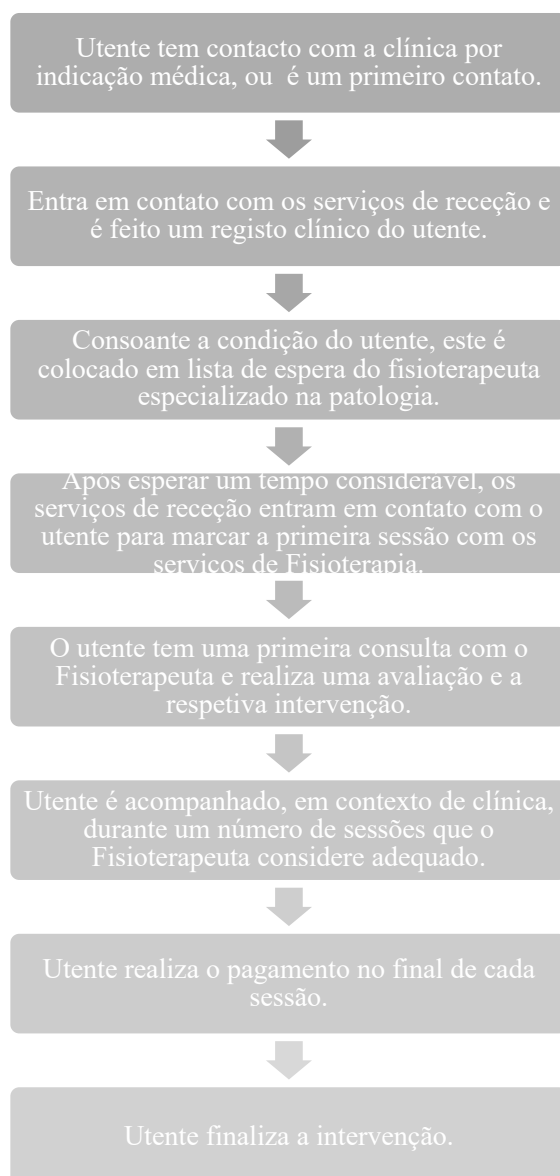
- Humanização e não discriminação;
- Formação científica e profissional;
- Sigilo profissional;
- Ética profissional;
- Respeito pela dignidade individual de cada utente;
- Promoção da saúde;
- Atualização face aos avanços da investigação, da ciência e da tecnologia;

- Excelência técnico-profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Holismo;
- Respeito pelo ambiente;
- Valorização do empenho e entrega profissional.

2.2.3. Serviço de fisioterapia em saúde da mulher

O serviço de fisioterapia dedicado à saúde da mulher na clínica *MoveOn* Fisio está integrado no serviço geral de fisioterapia e é composto por uma equipa de três fisioterapeutas. Este setor oferece serviços em regime ambulatorio, abrangendo a reeducação do pavimento pélvico, cuidados de senologia e preparação para o parto.

2.2.4. Circuito do utente



2.3. Análise do local tendo em conta os padrões de qualidade em fisioterapia

Realizou-se uma análise do local de prática, avaliando-o de acordo com os padrões de qualidade em fisioterapia. Na tabela 1, está apresentado cada padrão, indicando se o espaço cumpre ou não os critérios definidos, juntamente com observações pertinentes consideradas durante a avaliação (B. Rodrigues *et al.*, 2015).

Tabela 1. análise do local tendo em conta os padrões de qualidade de fisioterapia

	NC	C	Observações
PADRÃO 1 – GESTÃO EM FISIOTERAPIA			
1.1 A Unidade de Fisioterapia tem Declaração de Missão e descrição de Metas e Objetivos, que refletem as necessidades e interesses dos indivíduos que serve, assim como dos fisioterapeutas e colaboradores que trabalham na Unidade e na Comunidade		X	A declaração de Missão está descrita no plano organizacional e apresentada no site.
1.2 A Unidade de Fisioterapia tem políticas e procedimentos que refletem a sua operacionalidade e são consistentes com a Missão, Metas e Objetivos		X	Existe um plano organizacional, revisto regularmente.
1.3 O responsável pela Direção da Unidade é um fisioterapeuta		X	A direção é assegurada por duas responsáveis, ambas licenciadas em Fisioterapia.
1.4 A Unidade de Fisioterapia tem um plano organizacional escrito		X	Tem um plano escrito, que é enviado no início de cada ano, via e-mail, para os colaboradores.
1.5 A gestão e o planeamento contabilístico-financeiro das Unidades de Fisioterapia têm como base os princípios gerais de Contabilidade e Fiscalidade		X	A gestão e planeamento é realizada pela direção juntamente com a contabilidade.
PADRÃO 2 – AUTONOMIA E RESPONSABILIZAÇÃO			
2.1 Os fisioterapeutas trabalham no âmbito da sua profissão e do seu exercício		X	Os fisioterapeutas atuam no âmbito do seu exercício individual. Todos os fisioterapeutas têm seguro de responsabilidade civil.
2.2 Os fisioterapeutas demonstram comportamentos, competências (<i>skills</i>) e conhecimentos que correspondem às responsabilidades da sua atividade profissional;		X	Existem procedimentos que incluem a verificação da cédula profissional e arquivo dos processos individuais dos fisioterapeutas num local adequado. Todos os fisioterapeutas fazem uma reflexão crítica sobre a sua atividade e necessidade de aprendizagem, avaliado anualmente.
2.3 Os Fisioterapeutas cumprem o dever de prestar cuidados de Fisioterapia aos utentes/clientes;		X	Os fisioterapeutas assumem a responsabilidade de prestar cuidados éticos aos utentes do serviço, seguindo as normas estabelecidas.

2.4 Os Fisioterapeutas demonstram profissionalismo, em todas as circunstâncias.		X	Os fisioterapeutas cumprem um comportamento ético, em conformidade com a legislação em vigor, agindo de forma a promover confiança na profissão através das suas atitudes e ações.
PADRÃO 3 – PRESTAÇÃO DE UM SERVIÇO SEGURO E EFECTIVO			
3.1 Existem orientações planeadas e um programa de integração para todos os novos fisioterapeutas e/ou para os que iniciam trabalho em novas áreas;	X		Não existe um programa de acolhimento para novos fisioterapeutas ou fisioterapeutas que iniciam um trabalho em novas áreas.
3.2 A prestação de serviços é assegurada pelo número adequado de fisioterapeutas e uma multiplicidade de competências da equipa;	X		A prestação de serviços é realizada por profissionais qualificados em termos de formação, diversidade de competências e experiência profissional. No entanto, em relação ao número de fisioterapeutas, não está em conformidade com o critério de ter um número suficiente para a prestação adequada de serviços.
3.3 Os cuidados de Fisioterapia são prestados em ambiente seguro;		X	A clínica atua segundo as orientações de saúde e segurança.
3.4 Existe uma abordagem sistemática, proativa e responsável da gestão de risco em consonância com a estratégia de organização;		X	Existe uma abordagem da gestão de risco.
3.5 Todo o equipamento é seguro e adequado e é garantida a segurança do utente/cliente, equipa ou cuidador;		X	A clínica atende a todos os critérios estabelecidos. Todos os materiais e aparelhos são regularmente verificados, e qualquer dano é prontamente relatado. Anualmente, uma equipe de manutenção visita a clínica para garantir a segurança do equipamento.
3.6 Estão acautelados os riscos de trabalhar sozinho;	Não aplicável.		
PADRÃO 4 – APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO			
4.1 Os Fisioterapeutas estão ativamente comprometidos com o processo de desenvolvimento profissional contínuo (DPC) de forma a manterem e desenvolverem a sua competência para o exercício;		X	Anualmente é feita uma reflexão crítica juntamente com a direção sobre a atividade de cada um e respetivas necessidades de aprendizagem.
4.2 Os Fisioterapeutas procuram oportunidades de DPC que apoiam a aprendizagem e desenvolvimento de outros;		X	Os fisioterapeutas desempenham um papel crucial na promoção da saúde e bem-estar, estendendo a sua atuação para além da clínica. Frequentemente, participam de atividades de sensibilização em diversos locais, levando os seus conhecimentos diretamente à comunidade. Ainda, os fisioterapeutas exploram ativamente as redes sociais como uma ferramenta para disseminar informações relevantes para a população no geral.
4.3 Os Fisioterapeutas estão ativamente envolvidos na educação clínica e no desenvolvimento da socialização profissional dos alunos de Fisioterapia;		X	Os fisioterapeutas trabalham em colaboração com colegas, outros profissionais de saúde e Instituições de Ensino Superior (IES), para planear e providenciar mecanismos, recursos e atividades, com o objetivo de facilitar a aprendizagem dos alunos, como parte integrante da prestação de serviços e seu desenvolvimento.

4.4 Existem no local de trabalho estruturas, processos e recursos reconhecidos que apoiam a aprendizagem e o desenvolvimento, permitindo aos fisioterapeutas corresponder às exigências da sua função, profissão e formação profissional contínua obrigatória;		X	Todos os fisioterapeutas têm direito ao período de aprendizagem de acordo com a legislação. Para além disso, a clínica dispõe de uma área com uma variedade de livros, documentos e recursos educacionais à disposição de todos.
4.5 Estimular a frequência de formação que atribua ECTS (<i>European Credit Transfer and Accumulation System</i>);	X		É estimulada a formação de profissionais, mas não necessariamente em formações que atribuam ECTS.
PADRÃO 5 – CUIDADOS CENTRADOS NO UTENTE/CLIENTE			
5.1 Os serviços de Fisioterapia são concebidos, planeados e prestados com a finalidade de promover e melhorar a saúde da população em geral e da comunidade;		X	Os utentes e os cuidadores, estão envolvidos no planeamento, desenvolvimento e prestação de cuidados. No final das intervenções é dado um questionário acerca do grau de satisfação e aspetos a melhorar.
5.2 O utente/cliente é o enfoque da gestão dos serviços de Fisioterapia e da prestação de cuidados		X	O serviços cumpre todos os critérios referentes a este ponto: os utilizadores estão envolvidos no planeamento e avaliação dos serviços (inquéritos de satisfação); são informados do nome do fisioterapeuta responsável; respeita-se a privacidade e dignidade do utente; os fisioterapeutas demonstram interesse e empatia, são educados e atenciosos, têm em consideração o estilo de vida, crenças e práticas culturais.
5.3 É prestada toda a informação aos utentes/clientes da Unidade de Fisioterapia, que lhes permita participar ativamente nos seus cuidados		X	Todos os critérios deste ponto são cumpridos. Os pacientes recebem via email as normas da clínica com todas as informações. É dada a informação acerca dos serviços e intervenções, marcação do primeiro contacto, acesso aos serviços, custo dos cuidados, transportes e acesso, políticas relativamente às faltas de comparência, acesso ao processo, riscos associados à intervenção, planeamento da alta, formalização da informação e procedimentos sobre reclamações, elogios e sugestões.
PADRÃO 6 – CONSENTIMENTO			
6.1 O fisioterapeuta obtém e documenta o consentimento do utente antes de qualquer aconselhamento, avaliação, intervenção ou outro procedimento		X	O consentimento informado do utente é obtido e documentado antes de prestado aconselhamento ou avaliação e intervenção ou outro procedimento e encontram-se arquivados de acordo com a legislação. O consentimento informado inclui todos os critérios deste ponto.
6.2. É dada ao utente uma cópia do documento de consentimento informado e o original é conservado no processo clínico		X	
6.3 Quando o utente não se encontra capacitado para dar consentimento, deve proceder-se de acordo com a legislação em vigor		X	
6.4 Participação na investigação clínica ou ensaio clínico		X	Os utentes para participarem em investigação clínica assinam um consentimento informado escrito, onde são explicados todos os objetivos e procedimentos.
PADRÃO 7 – REGISTO E GOVERNAÇÃO DA INFORMAÇÃO			

7.1 Todos os utentes da Unidade de Fisioterapia têm um processo clínico de Fisioterapia adequado e circunstancial	X		Existe um processo clínico de Fisioterapia para cada utente. Conforme os critérios deste ponto, os registos são: iniciados no momento do primeiro contacto; realizados durante o contacto com o utente ou imediatamente após; são datados, referindo-se ao momento da intervenção; legíveis, factuais, consistentes e precisos; identificados pelo fisioterapeuta e por quem o preenche; constituem prova do planeamento da intervenção, das decisões tomadas, dos cuidados prestados e da informação partilhada; identificam os problemas surgidos e quais as medidas tomadas para os resolver. Contudo, não existe um processo padronizado para o registo clínico. Cada fisioterapeuta realiza o seu registo, não existindo controlo do mesmo.
7.2 Os processos clínicos são arquivados de acordo com a legislação em vigor		X	A conservação dos processos clínicos obedece à legislação, complementado com as restantes normas, para que não se criem lacunas de diretrizes.
7.3 Os sistemas de gestão documental em saúde devem respeitar as normas legais de preservação, conservação e segurança de dados, que possam conter todo e qualquer elemento pessoal		X	As políticas de preservação, conservação e segurança de dados são feitas em conformidade com as regras da Instituição. Os fisioterapeutas conhecem a responsabilidade de dever de sigilo perante a lei e seguem as normas locais de tecnologias de informação e comunicação. O processo clínico é guardado no sistema <i>Zappy</i> .
7.4. Deve existir comprovação de que as auditorias dos processos clínicos são planeadas e realizadas e que são implementadas ações em consequência disso	X		Não existem auditorias para o efeito.
PADRÃO 8 – COMUNICAÇÃO			
8.1 Existem mecanismos que garantem uma comunicação eficaz no interior e no exterior da Unidade de Fisioterapia		X	Cumprir todos os critérios deste ponto: tem um organograma disponível, tem políticas que asseguram a referência de utentes, avaliações multidisciplinares, transferências e o uso da comunicação eletrónica para assegurar a confidencialidade da informação.
8.2 Os fisioterapeutas comunicam eficazmente com os utentes/clientes da Unidade para garantir serviços efetivos e eficientes		X	Cumprir todos os critérios deste ponto: os fisioterapeutas comunicam de forma aberta e honesta com os utentes, tendo em consideração que estes têm o direito de não desejarem conhecer o diagnóstico; utilizam linguagem clara, inequívoca e modificada; avaliam a compreensão dos utentes; têm escuta ativa; informam o utente sobre o papel de outros profissionais envolvidos nos seus cuidados; quando é dada informação escrita ao utente, arquivada uma cópia e, em caso de panfletos, carece da autorização da administração da clínica.
8.3 Os fisioterapeutas comunicam eficazmente com outros profissionais de saúde e entidades externas relevantes, para assegurar serviços efetivos e eficientes		X	Os fisioterapeutas comunicam de forma clara e prontamente as informações relevantes a outras organizações e profissionais de saúde envolvidos no cuidado do utente.

8.4 Os fisioterapeutas tratam toda a informação de forma estritamente confidencial		X	Cumprir todos os critérios deste ponto: os fisioterapeutas asseguram que existe privacidade, a informação que identifica o utente é transmitida de forma segura, informam o utente quando a confidencialidade não pode ser garantida, concedem acesso ao processo de fisioterapia a outros profissionais caso seja necessário. Além disso, existem políticas que asseguram a confidencialidade dos dados dos utentes, são protegidos de outros profissionais e são mantidos ou transmitidos em formato eletrónico.
PADRÃO 9 – INTERVENÇÃO CLÍNICA EM FISIOTERAPIA			
9.1 O acesso à Unidade de Fisioterapia é justo e equitativo em função das necessidades do utente/ cliente		X	Cumprir todos os critérios deste ponto: existe evidência de que existe informação sobre a referenciação, acesso e admissão; a gestão de lista de espera é feita através de protocolos éticos e transparentes; existe apoio administrativo, marcações, acolhimento e atendimento do utente; cumprimento do tempo máximo de resposta; protocolos que asseguram planos de alta efetivos e adequados.
9.2 Existe um sistema que assegura que os cuidados de Fisioterapia são baseados na melhor evidência de efetividade disponível		X	Os fisioterapeutas estão ativamente envolvidos num exercício baseado na evidência científica, avaliando criticamente a melhor evidência disponível e têm acesso a informação e fontes de pesquisa.
9.3 Deve ser recolhida informação sobre o utente/cliente e o seu problema atual	X		Não são utilizadas fichas padronizadas, cada fisioterapeuta tem o seu modelo de registo e não é incluído o prognóstico funcional.
9.4 O plano de intervenção deverá ser formulado em função da consulta de Fisioterapia e baseado na melhor evidência disponível		X	Cumprir todos os critérios deste ponto. O plano de intervenção tem por base um processo de raciocínio clínico, formulado a partir da informação recolhida e identificação de problemas, sendo documentados e transmitidos e discutidos com o utente. Este raciocínio é feito com base na análise crítica da informação recolhida e da avaliação e, caso não se verifique indicação para fisioterapia, a informação é retransmitida. Além disso, são dadas informações acerca das opções de intervenção, com base na melhor evidência disponível.
9.5 Para a realização de uma intervenção efetiva as opções de tratamento apropriadas são identificadas, com base na melhor evidência disponível		X	Cumprir todos os critérios deste ponto. É feito um registo do raciocínio das abordagens aplicadas; é registada a aplicação de orientações clínicas; os objetivos são acordados com o utente; os fisioterapeutas contribuem para o desenvolvimento da evidência, através da recolha da informação obtida das intervenções, já tendo sido realizados vários estudos no serviço; o aconselhamento/informação dado ao utente é registado, assinado e datado, sendo autorizado pela administração; o utente é referenciado para outro profissional sempre que tal se justifique e são discutidos os respetivos motivos.
9.6 O plano de intervenção é avaliado sistematicamente, em função da evolução do estado de saúde do utente/cliente, de forma a assegurar a sua constante efetividade e relevância		X	Em cada sessão, procedemos à revisão cuidada do plano de intervenção, avaliando os dados subjetivos e objetivos. Todas as alterações efetuadas são devidamente registadas para assegurar uma abordagem consistente e adaptável. A medição dos resultados é

			realizada através de instrumentos validados, sendo os resultados compartilhados de forma transparente com o utente.
9.7 Após a conclusão do plano de intervenção, são realizadas notas e ou relatórios de alta ou de transferência	X		Não são realizadas notas de alta.
PADRÃO 10 – AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS E SERVIÇOS			
10.1 Existe um programa de melhoria da qualidade que se integra no plano de qualidade da organização		X	Todos os critérios deste ponto são seguidos. Os fisioterapeutas desempenham um papel importante nos processos de aprimoramento, sendo sua participação essencial para impulsionar a melhoria contínua da instituição, sujeita a revisão anual.
10.2 A existência de um programa de auditoria assegura o processo de melhoria contínua da qualidade clínica, existindo mecanismos que permitem a monitorização e implementação da mudança		X	Os fisioterapeutas participam nos programas de auditoria clínica e estes programas têm em consideração as prioridades dos utentes, da organização e da unidade de fisioterapia. Os resultados e recomendações das auditorias são partilhados e as mesmas são implementadas, de forma a corrigir lacunas.
10.3 Existem procedimentos claros e facilitadores para a apresentação e gestão das reclamações		X	Todos os critérios deste ponto são cumpridos. Todos os fisioterapeutas têm conhecimento dos procedimentos de reclamações; os utentes têm acesso à informação acerca dos procedimentos de reclamação; as reclamações são geridas dentro dos prazos legais; as reclamações são monitorizadas e contribuem para o processo de melhoria contínua da Unidade.
10.4 É avaliado o efeito da intervenção em Fisioterapia e do plano de intervenção para assegurar que é efetivo e relevante para os objetivos da organização/unidade		X	Os instrumentos de medida que são aplicados são os mais adequados.
PADRÃO 11 – PROMOÇÃO, MARKETING E PUBLICIDADE DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA E PRODUTOS			
11.1 A informação fornecida pelos serviços reflete com exatidão aquilo que é prestado		X	A informação contida em qualquer mensagem publicitária é garantidamente verdadeira, completa, atempada e inteligível.
11.2 A informação fornecida sobre produtos reflete com exatidão as suas características		X	A informação reflete com precisão os produtos oferecidos.
11.3 Os produtos vendidos ou fornecidos aos utentes/clientes são os adequados para a prestação de cuidados efetivos	Não aplicável.		
11.4 O aconselhamento de um produto ou serviço é baseado no raciocínio clínico, a evidência e relação custo-qualidade	Não aplicável.		

Legenda: NC- Não Cumpre; C- Cumpre

2.4. Análise SWOT do local

Realizou-se uma avaliação SWOT do local, considerando o modelo de gestão da clínica e os padrões de qualidade estabelecidos para a fisioterapia, como apresentado na tabela 2.

A clínica em análise apresenta diversos pontos fortes que a distinguem no mercado. Conta com fisioterapeutas especializados em diferentes áreas, garantindo uma abordagem abrangente e especializada. O atendimento é personalizado e individualizado, proporcionando um tratamento centrado no paciente. Destaca-se também pela diversidade de oferta de intervenção, garantindo uma ampla gama de serviços. O investimento em *marketing* e publicidade reforça a visibilidade da clínica. Adicionalmente, o tratamento individualizado com o tempo necessário, destaca-se como um ponto positivo.

Contudo, existem também aspetos a merecer atenção devido a potenciais fragilidades. A falta de expansão da atividade, devido ao espaço de trabalho limitado aliado à falta de recursos humanos, representa uma limitação. Os valores praticados podem não ser acessíveis para toda a população, o que pode afetar a inclusividade. A inexistência de fichas padronizadas de registo clínico e a demora na resposta aos utentes em lista de espera são também alguns dos pontos fracos encontrados.

No que diz respeito às oportunidades, a clínica beneficia de uma certa ausência de concorrência na especialidade, destacando-se no mercado. A maior sensibilização da população para disfunções do pavimento pélvico abre portas para um aumento na procura. Protocolos estabelecidos com diversas entidades, como a Universidade de Lisboa, Estádio Universitário de Lisboa, e outras organizações, fortalecem a rede de parcerias. A comunicação direta com diversos médicos e a localização estratégica no centro médico da Cidade Universitária, em frente ao Hospital Santa Maria, contribuem para a visibilidade e acessibilidade. O estacionamento privado e gratuito para os pacientes reforça a comodidade.

Contudo, existem ameaças a considerar: a presença de outras unidades já implantadas, oferecendo serviços similares com menor tempo de espera, representa uma concorrência indireta. Ainda, a dificuldade de adesão por parte da população normalmente acompanhada em contexto hospitalar pode constituir um desafio a superar.

Tabela 2. Análise Swot do local

Pontos fortes (S)	-Fisioterapeutas especializados em diferentes áreas; -Atendimento personalizado e individualizado; -Diversidade de oferta de intervenção; -Investimento (<i>marketing</i> e publicidade); -Tratamento individualizado com tempo necessário.
Pontos fracos (W)	-Falta de expansão da atividade (espaço de trabalho limitado); -Insuficiência de recursos humanos; -Inexistência de fichas padronizadas de registo clínico; -Valores praticados não acessíveis para toda a população; -Inexistência de fichas padronizadas de registo clínico; -Ausência de resposta em tempo útil aos utentes em lista de espera.
Oportunidades (O)	-Pouca concorrência na especialidade; -Maior sensibilização da população para disfunções do pavimento pélvico; -Protocolo com a Universidade de Lisboa, Estádio Universitário de Lisboa, <i>Groundforce</i>, Ordem dos Farmacêuticos, SISCOG, Associação Portuguesa de Doentes com Enxaqueca e Cefaleias, <i>Future Healthcare</i>, Instituto Universitário de Lisboa, Instituto dos Registos e Notário, Universidade Católica Portuguesa e Delta Cafés; -Comunicação direta com diversos médicos; -Boa localização- centro médico da Cidade Universitária, em frente ao Hospital Santa Maria; -Boa acessibilidade- estacionamento privado e gratuito para os pacientes.
Ameaças (T)	-Outras unidades já implantadas que oferecem o mesmo serviço (concorrência indireta) com tempo de lista de espera inferior; -Dificuldade de adesão (população normalmente acompanhada em contexto hospitalar).

2.5. Análise da Concorrência

NOVOS ENTRANTES:

- Hospital de Santa Maria;
- Ana Santos Fisioterapia;
- Fisioconcept;
- Colunactiva;
- Aroeira Physio;
- Clinical Studio Pilates Lisboa;
- The Pilates Studio Portugal-Authentic Pilates Avenidas Novas;

CLIENTES:

- Mulheres com disfunção do pavimento pélvico;
- Mulheres grávidas;
- Mulheres no período de pós-parto;
- Pacientes com lesões desportivas;
- Pacientes com lesões musculoesqueléticas;
- Pediatría
- Geriatría.

CONCORRÊNCIA

FORNECEDORES:

- Fisioterapeutas;
- Médicos Ginecologistas/ Obstetras;
- Médicos Urologistas;
- Médicos Ortopedistas;
- Médicos de Clínica Geral.

PRODUTOS SUBSTITUTOS:

- Massagistas/ Esteticistas: drenagem linfática, drenagem pós cirúrgica, drenagem gestante, drenagem no pós-parto (Drenagem Lisboa/ Método Renata França Lisboa);
- Professores de Educação Física / Técnicos de exercício (Academia de Fitness- Estádio Universitário de Lisboa, Estúdio de Pilates Inélia Garcia)
- Enfermeiros: preparação para o nascimento (Hospital de Santa Maria/ Hospital da Luz/ Centro pré e pós-parto)
- Osteopatas: manipulação visceral, manipulação vertebral (*Kinetic*);
- Quiropatas: manipulações vertebrais, manipulações em grávidas; (Viver Quiroprático Lisboa)
- Profissionais de medicinas alternativas: massagens terapêuticas, fibrose pós-operatório, entre outros (SP Cllinic- Corpo e Mente);
- Profissionais de Medicina Tradicional Chinesa: acupuntura, terapia alimentar, moxobastão, entre outros (SAR- Medicina Tradicional Chinesa).

3. Caracterização do local de prática e utentes

3.1 Necessidades de saúde, no contexto da especialidade e as encontradas no seu local de prática

No decorrer do estágio, foi estabelecido contacto com utentes que realizaram reabilitação do pavimento pélvico, uma condição bastante comum nas atuais necessidades de saúde, para a qual a clínica oferece uma resposta especializada. Os registos clínicos de três utentes acompanhadas ao longo do estágio estão disponíveis no apêndice 1. Para a elaboração do plano de intervenção, a consulta foi baseada em evidência científica para fundamentar e orientar as decisões tomadas.

No apêndice 2 encontra-se a análise crítica de três artigos consultados para esta fundamentação, sob o formato de *Critical Appraisal Topic* para RCTs e Revisões Sistemáticas.

A incompetência e mau funcionamento das estruturas do pavimento pélvico, abrangendo músculos, ligamentos, tendões e órgãos pélvicos, podem desencadear várias formas de disfunções do pavimento pélvico, afetando a saúde e o bem-estar (Bo *et al.*, 2017).

As disfunções do pavimento pélvico englobam inúmeras condições clínicas: disfunções do trato urinário, disfunções anorretais, prolapso de órgãos pélvicos, dor pélvica crónica e disfunções sexuais (Haylen *et al.*, 2010).

A Organização Mundial de Saúde define literacia em saúde como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”. Em suma, indivíduos com alta literacia em saúde estão melhor preparados para adquirir e compreender informações sobre saúde, permitindo-lhes fazer escolhas informadas que impactam positivamente no seu bem-estar (Anger *et al.*, 2012).

Não surpreendentemente, a baixa literacia está ligada de forma direta e indireta a diversos desfechos de saúde desfavoráveis (Parker, 2000).

Conforme foi perceptível durante o estágio, o conhecimento das mulheres sobre as disfunções do pavimento pélvico é reduzido e o pouco conhecimento está associado a uma maior prevalência das mesmas (Bailón Queiruga *et al.*, 2022; Berzuk & Shay, 2015).

A pesquisa qualitativa de Buurma e Lagro-Janssen (2013) explorou as perceções das mulheres sobre as disfunções do pavimento pélvico e o seu comportamento na procura de ajuda. Várias mulheres expressaram o constrangimento como um impedimento para procurar ajuda relacionada à disfunção do pavimento pélvico.

A falta de conhecimento sobre as disfunções do pavimento pélvico pode resultar na incapacidade de compreender as opções de tratamento, na insatisfação com os cuidados prestados

ou até no medo de pedir uma segunda opinião (Anger et al., 2012). Dado que estas disfunções não são abordadas abertamente na comunidade, mesmo mulheres com elevado nível de instrução podem manter-se desinformadas acerca destas patologias.

Está fortemente descrito na literatura que a maioria das mulheres considera as disfunções do pavimento pélvico, tal como a incontinência urinária, uma parte normal de ser mulher e um processo natural do envelhecimento (Jácome, Oliveira, Marques, & Sá-Couto, 2011; Mahoney, Eric Heidel, & Olewinski, 2023; McMillan *et al.*, 2023). De igual forma, as mulheres que têm pequenas perdas ou com pouca frequência consideram que estas não constituem um problema para a sua vida, acabando a maioria por não receber tratamento para o seu problema (Anger *et al.*, 2012).

Diversos elementos são reconhecidos por influenciar a literacia em saúde. Ainda que a educação minimize a discrepância no conhecimento sobre o tema, os indivíduos mais velhos permanecem como o grupo mais suscetível a apresentar baixa literacia em saúde (Nutbeam, 2008).

Considerando o que foi mencionado anteriormente, é crucial empregar a educação como meio de impedir que as mulheres mais jovens aceitem os sintomas associados à disfunção do pavimento pélvico e, as incentive a procurar ajuda diferenciada o mais cedo possível, visando prevenir disfunções ou evitar a progressão delas.

A população está a passar por um processo de envelhecimento significativo! Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), estima-se que até 2050, 1,5 biliões de pessoas em todo o mundo terão 65 anos ou mais, o que corresponderá a 16% da população global. De acordo com as conclusões de Wu e colaboradores (2011), este envelhecimento populacional resultará num aumento do número de mulheres a lidar com disfunção do pavimento pélvico. Projetam que o número de cirurgias para prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária de esforço será 50% mais elevado em 2050, comparativamente a 2010.

Ainda neste contexto, num cenário em que observamos uma redução na taxa de natalidade e um aumento na esperança média de vida, juntamente com um estilo de vida mais sedentário, surge uma correlação direta com o surgimento e aumento de patologias crónicas.

Algumas patologias crónicas, como as relacionadas com o sistema respiratório ou a obesidade, sujeitam os indivíduos a uma pressão intra-abdominal persistente ao longo do tempo, tornando-se fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico (McMillan *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2022).

Durante o estágio, no âmbito das disfunções do pavimento pélvico, houve contacto com mulheres que apresentavam sintomas de incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, bexiga hiperativa e disfunções sexuais. Estes serão os pontos de maior destaque neste capítulo.

A incontinência urinária, caracterizada pela perda involuntária de urina, é uma patologia que afeta significativamente a qualidade de vida de várias mulheres. Estima-se que quase metade das mulheres adultas, em algum momento da vida, possam ter algum sintoma (Lukacz, Santiago-Lastra, Albo, & Brubaker, 2017).

Existem três tipos principais de incontinência urinária, cada um associado a diferentes circunstâncias e causas. A incontinência de esforço ocorre quando há perda de urina durante aumentos de pressão intra-abdominal. Por outro lado, a incontinência de urgência está relacionada a uma forte necessidade súbita e incontrolável de urinar, muitas vezes resultando em perda involuntária de urina. Por fim, a incontinência mista é uma combinação dos dois tipos mencionados, envolvendo tanto a perda de urina relacionada ao esforço quanto à urgência (Todhunter-Brown *et al.*, 2022).

A incontinência urinária de esforço emerge como o tipo mais prevalente, atingindo cerca de 10% a 39% dos indivíduos, seguida pela incontinência mista, que varia de 7,5% a 25%, enquanto que a de urgência é a menos comum, apresentando uma incidência entre 1% e 7%. Há também outras causas menos frequentes de incontinência, com uma prevalência que oscila entre 0,5% e 1%. Quanto à frequência das perdas, as mulheres relatam mais frequentemente episódios ocasionais (25% a 45%), em comparação com perdas semanais, mencionadas em cerca de 10% das mulheres. Tanto as perdas ocasionais quanto as semanais exercem um impacto negativo e significativo na qualidade de vida das mulheres (Altman, Lapitan, Nelson, Sillén, & Thom, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) define a disfunção sexual feminina como "as várias formas pelas quais uma pessoa não consegue participar num relacionamento sexual como desejaria".

Num estudo conduzido por Salonia e seus colaboradores (2004), foi reportado que 46% das utentes, que enfrentavam diferentes tipos de incontinência urinária ou sintomas no trato urinário inferior, manifestavam disfunção sexual feminina; avaliado através do Índice de Função Sexual Feminina.

As disfunções sexuais mais comuns são a dispareunia, o desejo sexual diminuído, o distúrbio de excitação sexual e a deficiência orgásmica (Bilgic & Kizilkaya Beji, 2020; Caruso *et al.*, 2017). A incontinência coital ou orgásmica representa uma preocupação significativa e uma fonte de

evicção para muitas mulheres, sendo citada como uma das principais causas de disfunção sexual feminina (Handa *et al.*, 2011).

A bexiga hiperativa é uma condição urológica caracterizada por sintomas de urgência urinária, podendo ou não estar associada à incontinência de urgência. No caso das mulheres que frequentemente apresentam essa sensação de urgência, o impacto pode ser moderado a alto, afetando diversos aspectos da vida quotidiana (Park *et al.*, 2023).

A prevalência desta condição varia entre 12 a 17%, sendo que está associada a uma diminuição significativa da qualidade de vida, bem como a uma redução na sensação de bem-estar e na produtividade no trabalho. Para muitas mulheres, a urgência constante de urinar vai além do desconforto físico, influenciando as atividades diárias e as interações sociais, e gerando um impacto negativo emocionalmente relevante (Altman *et al.*, 2017).

O prolapso dos órgãos pélvicos é uma patologia que tende a manifestar-se mais comumente em mulheres com mais de 40 anos, afetando aproximadamente entre 41% a 50% deste grupo etário (Wang *et al.*, 2022). Esta patologia ocorre quando os órgãos na região pélvica, incluindo a bexiga, o reto e o útero (ou a cúpula vaginal após uma histerectomia), descem para uma posição inferior à normal. É importante salientar que o prolapso pode ocorrer de forma assintomática, ou seja, sem causar desconforto perceptível. Contudo, quando os sintomas se manifestam, são frequentemente descritos como uma sensação de peso, pressão, ou mesmo como se houvesse uma bola na vagina. Estes sintomas podem ser agravados pela gravidade, tornando-se mais pronunciados após longos períodos em pé ou durante atividades físicas intensas (Schulten *et al.*, 2022).

Está comprovado que as disfunções do pavimento pélvico estão associadas a uma redução na qualidade de vida (Bilgic & Kizilkaya Beji, 2020; Curillo-Aguirre & Gea-Izquierdo, 2023; Manuelyan, Siomara Muñiz, & Stein, 2020; Verbeek & Hayward, 2019). Esta diminuição na percepção da qualidade de vida pode ser explicada pela vergonha associada aos sintomas, levando a alterações nos hábitos e estilos de vida, como o isolamento social. Tais mudanças podem contribuir como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade (Pizzol *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), a qualidade de vida refere-se à percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida. Este conceito é subjetivo e abstrato, sendo significativamente influenciado pelos valores individuais, crenças, relação com objetivos e expectativas, idade e vivências culturais (Kelleher, Cardozo, Khullar, & Salvatore, 1997). Neste contexto, explora-se como as disfunções do pavimento pélvico podem afetar diferentes dimensões

da vida, incluindo aspetos físicos, sociais, emocionais e cognitivos da pessoa (Rivalta, Sighinolfi, Micali, De Stefani, & Bianchi, 2010).

Observa-se uma correlação significativa entre a incontinência urinária, as disfunções sexuais, os prolapso dos órgãos pélvicos e a bexiga hiperativa. Esta correlação indica uma prevalência significativa de disfunções no pavimento pélvico, frequentemente ocorrendo em simultâneo (Knol-de Vries & Blanker, 2022).

Num contexto em que a interligação entre diversas disfunções do pavimento pélvico é evidente, torna-se crucial que os fisioterapeutas adotem uma abordagem abrangente durante a avaliação dos doentes. Mais do que simplesmente concentrarem-se no diagnóstico médico isolado, os fisioterapeutas desempenham um papel fundamental ao considerar a complexidade e as inter-relações das patologias, garantindo uma compreensão geral das necessidades do utente.

3.2 Descrição do papel do fisioterapeuta na especialidade e no local, segundo a prática baseada na evidência

De acordo com a *World Confederation for Physical Therapy* (2022) o fisioterapeuta atua no sentido de restaurar o máximo movimento e capacidade funcional ao longo da vida ao utente.

O fisioterapeuta, enquanto profissional de saúde imprescindível, desempenha um papel integral no cuidado das pessoas, visando maximizar a qualidade de vida através da consideração dos aspetos físicos, psicológicos, emocionais e sociais. A sua atuação abrange a promoção, prevenção e tratamento de disfunções.

No âmbito do processo da fisioterapia, a *World Confederation for Physical Therapy* (2022) esclarece que os fisioterapeutas são profissionais qualificados para assumir diversos tópicos:

- Realizar uma avaliação detalhada, envolvendo tanto a vertente subjetiva quanto a objetiva;
- Proceder a uma análise crítica dos resultados obtidos nessa avaliação e conduzir a um encaminhamento adequado para outros profissionais, caso necessário, reforçando uma abordagem multidisciplinar na área da saúde;
- A competência do fisioterapeuta estende-se à elaboração de um diagnóstico específico em fisioterapia, proporcionando uma compreensão aprofundada da patologia do utente;
- Com base nesse diagnóstico, estabelecer um prognóstico funcional, delineando as perspetivas de recuperação e as metas a serem alcançadas;
- O planeamento da intervenção é personalizado e ajustado de acordo com as necessidades específicas de cada utente;

- Para além da intervenção direta, o fisioterapeuta assume um papel educativo. Esta componente visa não apenas resolver as disfunções existentes, mas também prevenir o aparecimento de novas patologias ou recaídas e promover um estilo de vida saudável.

De acordo com a *World Confederation for Physical Therapy* (1999) citado por Kari Bo (2015), a fisioterapia consiste em "prestar serviços a pessoas e populações para desenvolver, manter e restaurar os movimentos máximos e a capacidade funcional ao longo de toda a vida". A principal área de atuação para os fisioterapeutas é a dor e disfunção musculoesquelética. No entanto, muitos fisioterapeutas também se especializam em outras áreas. Em todas as áreas, os fisioterapeutas visam melhorar a capacidade funcional e a capacidade dos utentes para manterem ou aumentarem os níveis de atividade física.

Apesar dos músculos do pavimento pélvico não serem responsáveis pelo movimento isoladamente, eles trabalham sinergicamente com outros músculos, portanto a sua disfunção pode contribuir negativamente no movimento e na capacidade de se manter fisicamente ativo (Bø, 2015).

O fisioterapeuta especialista na área da saúde da mulher e pavimento pélvico deve demonstrar competências como clínico, académico, gestor, líder, comunicador, colaborador e promotor do profissionalismo. Em todas as suas funções, o fisioterapeuta procura promover a saúde e prevenir doenças, intervindo em condições específicas ao longo das várias fases da vida. Isso inclui a abordagem da atividade física e do exercício, bem como a atenção à saúde sexual e reprodutiva, particularmente durante o período perinatal, abrangendo a preparação para o parto, o pós-parto, as disfunções do pavimento pélvico, e questões relacionadas com a senologia e a menopausa (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas *et al.*, 2021).

Neste sentido, o fisioterapeuta pélvico atua no sentido de maximizar a qualidade de vida nos utentes com disfunções do pavimento pélvico.

Para além das funções supracitadas no que diz respeito ao papel do fisioterapeuta, segundo Bo (2015), o papel do fisioterapeuta na abordagem das disfunções do pavimento pélvico passa por:

- Fisioterapeuta como membro de uma equipa multidisciplinar;
- Avaliação física completa, que inclua a avaliação da capacidade de contração, relaxamento e função dos músculos do pavimento pélvico;
- Fundamentação, se possível, em protocolos de RCTs com boa qualidade metodológica com resultados positivos;
- Aplicação da intervenção em contexto individual ou de grupo;
- Ensino de medidas de prevenção nas classes de pré e pós-parto;

- Domínio dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e fisiopatologia;
- Utilização de instrumentos de avaliação validados e fidedignos;
- Avaliação da efetividade da intervenção e possíveis efeitos adversos;
- Participação no desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação;
- Participação na elaboração de estudos científicos com boa qualidade metodológica, de forma a avaliar a efetividade das diferentes intervenções;
- Participação em ações de sensibilização para as disfunções do pavimento pélvico.

No local da prática clínica, constatou-se que os fisioterapeutas atuam em conformidade com as orientações estabelecidas. Os fisioterapeutas colaboram em equipas multidisciplinares com outros profissionais de saúde externos. Uma vez que não trabalham diretamente com médicos fisiatras, mantêm autonomia ao longo de todo o processo.

3.3 Análise crítica da intervenção no local em função da melhor evidência disponível

O acesso à fisioterapia no contexto de disfunções do pavimento pélvico no local de estágio pode ocorrer diretamente ou por encaminhamento médico. Os utentes podem ser referenciados pelo médico de família, assim como pelos médicos de ginecologia/obstetrícia, gastroenterologia, senologia e cirurgia geral.

Na clínica, o fisioterapeuta exerce autonomia na sua prática. Geralmente, as marcações para os utentes são realizadas semanalmente, em sessões privadas com uma duração de 45 minutos. O foco durante o estágio, como já mencionado, centrou-se principalmente na reabilitação de disfunções do pavimento pélvico.

De acordo com Almeida e seus colaboradores (2021), o fisioterapeuta deve ser um profissional autónomo e de primeiro contacto. Deve ter a capacidade de avaliar, estabelecer um diagnóstico diferencial e em fisioterapia, intervir, avaliar os resultados e dar alta ao paciente, sem depender de referência para outros profissionais de saúde.

Contudo, é essencial considerar as desvantagens económicas relacionadas com o modelo de acesso direto. Os custos associados às sessões e a eventual necessidade de consultas e exames adicionais podem constituir um obstáculo significativo para certas pessoas, restringindo o acesso aos benefícios da fisioterapia.

Do ponto de vista organizacional, o acesso direto elimina a necessidade de esperar por uma consulta específica. Esta abordagem permite que os utentes iniciem o processo de reabilitação de imediato, sem as demoras associadas à marcação de consultas prévias. No entanto, devido ao número reduzido de fisioterapeutas no serviço, isso não se confirma no local de estágio.

O fisioterapeuta na área da saúde da mulher, segundo a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2021), deve integrar no seu processo: exame subjetivo e objetivo, análise crítica dos resultados obtidos, encaminhamento, se necessário, para outros profissionais, estabelecimento de um diagnóstico específico em fisioterapia, prognóstico funcional, elaboração do plano de intervenção e definição de objetivos, aplicação da intervenção e fornecimento de recomendações para a autogestão da condição.

Verificou-se no local de prática existir uma falha no processo. No processo da fisioterapia não é incluído o prognóstico funcional, podendo comprometer a intervenção.

Indo de encontro aos padrões de qualidade em fisioterapia, no local de estágio, o fisioterapeuta solicita um consentimento informado por escrito para a avaliação dos músculos do pavimento pélvico sendo o mesmo arquivado em local adequado (Bø, 2015).

No que diz respeito à intervenção, a duração, a frequência e o tempo das sessões é bastante variável (Asnong et al., 2022; López-Liria, Varverde-Martínez, Padilla-Góngora, & Rocamora-Pérez, 2019; Risame Ueda da Mata *et al.*, 2021).

De acordo com as diretrizes das NICE *guidelines* (2021), a intervenção mínima recomendada é de 3 meses para casos de incontinência urinária e disfunção sexual, e de 4 meses para prolapso dos órgãos pélvicos. Este período é aplicado na prática clínica, mesmo quando os utentes relatam melhorias.

No local de estágio, diversas estratégias de intervenção são transversais para todos os utentes com condições patológicas do pavimento pélvico.

Primeiramente, a educação dos utentes no que diz respeito à localização, anatomia e função do pavimento pélvico é realizada através do auxílio de um modelo anatómico da pélvis e imagens anatómicas dos músculos do pavimento pélvico e do trato urinário inferior apresentados no computador / tablet pessoal de cada fisioterapeuta (Bø, Berghmans, Mørkved, & Kampen, 2016). Esta abordagem tem uma recomendação grau B e aumentou o conhecimento sobre o pavimento pélvico, diminuiu os sintomas de disfunção, impactando positivamente a qualidade de vida relacionada com disfunções do pavimento pélvico (Abrams *et al.*, 2018).

No ponto de vista de vários autores, as alterações comportamentais e de estilo de vida são cruciais para um bom resultado no tratamento das disfunções do pavimento pélvico (Bernards et al., 2011; Nambiar et al., 2018; Sussman, Syan, & Brucker, 2020). Além disso, as NICE *guidelines* (2021) recomendam a sensibilização dos utentes acerca dos fatores de risco e prevenção de disfunções do pavimento pélvico, promovendo a alteração comportamental. No local de estágio todos os utentes são incentivados a melhorar os seus hábitos e consequentemente o estilo de vida.

Atualmente, o treino dos músculos do pavimento pélvico é recomendado por todas as *guidelines* como a primeira linha de tratamento em todas as disfunções do pavimento pélvico (grau A de recomendação e nível 1 de evidência) (Bettez *et al.*, 2012; Burkhard *et al.*, 2020; Nambiar *et al.*, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Sussman *et al.*, 2020). Kari Bø (2004) descreveu que este tipo de treino consegue melhorar a função muscular em forma de força, endurance e coordenação promovendo o máximo suporte dos órgãos pélvicos (particularmente ao colo da bexiga e uretra).

No local de estágio, utiliza-se o esquema PERFECT para avaliar a função dos músculos do pavimento pélvico. Este, abrange a análise da força muscular, resistência e capacidade de recrutamento de fibras rápidas e lentas, conforme descrito por Silva e os seus colaboradores (2021). A prescrição do treino dos músculos do pavimento pélvico é elaborada considerando os parâmetros avaliados e os princípios fundamentais de treino. Este processo é altamente personalizado e adaptado a cada utente.

No que diz respeito ao treino da bexiga e em conjunto com estratégias de supressão de urgência (recomendação A), pretende ajustar os intervalos entre as micções, com o objetivo de melhorar o controlo sob a sensação de urgência. A intenção é aumentar a capacidade funcional total da bexiga, reduzir episódios de incontinência e fortalecer a confiança do utente no controlo sobre a função da bexiga, como referido por Booth e Bliss (2020).

Em caso de sintomas de bexiga hiperativa, associada a episódios de urgência miccional com ou sem perdas de urina, a abordagem recomendada é a associação da terapia comportamental à medicação (anti muscarínicos/ $\beta 3$ agonista) (recomendação grau A) (Abrams *et al.*, 2018; Cayir & Kizilkaya Beji, 2022). No entanto, no local de estágio, esta abordagem nem sempre é seguida, especialmente quando se trata de utentes que vieram até nós através de acesso direto, sem orientação médica. A coordenação da medicação não é possível nestas circunstâncias uma vez que muitos utentes manifestam relutância em procurar uma consulta médica apenas para obter medicação.

Assim, considera-se que no local de estágio existe, maioritariamente, uma prática cientificamente correta e alinhada com as diretrizes, existindo ainda assim, tópicos que podem ser sujeitos a melhorias no que concerne às boas praticas baseadas na evidência.

4. Projeto de implementação de melhoria do local de prática

4.1. Apresentação de um plano de melhoria fundamentado na evidência

Através dos padrões de qualidade em fisioterapia e de uma análise SWOT, realizou-se uma avaliação do local de prática, fundamentada no modelo de gestão da clínica e na análise dos referidos padrões de qualidade. Durante o processo de avaliação crítica, foram identificados alguns problemas, sendo que as tabelas 3 e 4 detalham as propostas de aprimoramento específicas para cada um desses problemas. Com base nessa análise abrangente, foi elaborada uma proposta de otimização do local de prática. A proposta visa aproveitar de forma mais eficaz as vantagens e a estrutura dos serviços propostos, como detalhado na tabela 5.

Com o objetivo de facilitar a integração de novos fisioterapeutas na clínica ou de fisioterapeutas que iniciem atividades em novas áreas, sugere-se a introdução de fichas de registo padronizadas. Além disso, propõe-se o estabelecimento de diretrizes internas na clínica, baseadas nas melhores evidências disponíveis, para orientar as práticas clínicas.

Quanto ao avanço profissional dos fisioterapeutas da clínica, recomenda-se a formulação de um plano de desenvolvimento individual. Este plano seria elaborado a partir da análise crítica da atividade dos profissionais, identificação das necessidades, propostas de melhorias e implementação destas propostas. Destaca-se também a estimulação contínua dos fisioterapeutas, com ênfase em programas de formação que atribuam créditos ECTS.

Conforme supracitado, sugere-se a introdução de um modelo de ficha de registo padronizada, abrangendo todas as componentes do processo da fisioterapia, inclusive a que foi identificada como ausente no local: prognóstico. O modelo proposto é o mesmo da ficha desenvolvida para o registo dos casos clínicos acompanhados durante o estágio, elaborada conforme as diretrizes da NICE (2021) e da EUA (2020) (apêndice 3).

Para assegurar a qualidade dos registos, considerando que o local não atende a esse critério proposto pela APFISIO (2015), propõe-se a realização de auditorias nos processos clínicos, com divulgação dos resultados e implementação de ações de melhoria com base nesses resultados. Acresce ainda a necessidade de incluir notas de alta para documentar de forma completa e precisa o histórico do paciente após o tratamento.

Além dos problemas anteriormente mencionados, foi identificada como maior fragilidade da clínica o longo tempo de espera.

Perante a existência de uma limitação no espaço da clínica, torna-se necessário explorar alternativas para responder à crescente procura. Uma das sugestões passa pela contratação de novos fisioterapeutas da área da saúde da mulher para implementar um serviço de atendimento ao

domicílio. Dado que o espaço físico disponível já atingiu a sua capacidade máxima em termos de infraestrutura e profissionais e tendo em consideração a impossibilidade de expandir fisicamente as instalações da clínica, a introdução do serviço de fisioterapia ao domicílio pode revelar-se uma solução eficaz para reduzir a lista de espera e proporcionar atendimento igualmente qualificado aos pacientes.

Embora não tenham sido encontrados estudos que comparem diretamente o tratamento domiciliário com o realizado em espaços clínicos para mulheres com disfunções do pavimento pélvico, a realização de sessões em casa dos pacientes não comprometeria a qualidade do tratamento. A replicação das condições de tratamento, incluindo o acesso aos mesmos materiais utilizados na clínica, seria assegurada, assim como seria garantida a eficácia do tratamento e a supervisão constante do fisioterapeuta. Diversos estudos destacam os excelentes resultados da reabilitação do pavimento pélvico sob a orientação de um profissional de fisioterapia qualificado (Leong & Mok, 2015; SJ *et al.*, 2020; Wallace, Miller, & Mishra, 2019).

Ao contratar novos fisioterapeutas dedicados ao serviço domiciliário, a clínica não apenas responderia às necessidades dos pacientes que aguardam tratamento, mas também ampliaria a oferta de serviços. Esta abordagem otimiza os recursos existentes e permite fornecer cuidados de saúde de forma acessível e conveniente.

Passos necessários para a sua implementação, segundo os padrões de qualidade

Após a aprovação do novo modelo de gestão por parte da administração:

1. Avaliar quantas pessoas da lista de espera adotariam as intervenções de fisioterapia em domicílio;
2. A partir do ponto número um, avaliar quantos Fisioterapeutas seriam necessários para dar resposta a estas intervenções;
3. Fazer um processo adequado de recrutamento e seleção:
 - 3.1 Assegurar a divulgação da proposta de emprego, em plataformas online de procura de emprego e no site da *MoveOn Fisio*;
 - 3.2 A proposta de emprego deve incluir os requisitos obrigatórios para o cargo pretendido, nomeadamente: licenciatura em fisioterapia; formação complementar na área da saúde da mulher; experiência clínica relevante em fisioterapia ao domicílio; carta de condução B1; veículo próprio e inscrição ativa na Ordem dos Fisioterapeutas. Será solicitado aos candidatos, uma anexação do *curriculum vitae*, assim como uma fotocópia da cédula profissional, certificado curricular da formação académica e dos diplomas dos cursos de formação;

- 3.3 As candidaturas devem ser enviadas para o correio eletrónico da clínica, disponibilizado para o efeito;
- 3.4 De seguida, as candidaturas serão sujeitas, numa primeira fase, a uma avaliação curricular, com caráter eliminatório para os sujeitos que não cumpram os requisitos pretendidos;
- 3.5 Posteriormente, numa segunda fase, os dez candidatos com a avaliação curricular mais elevada, serão sujeitos a uma entrevista;
- 3.6 Após isto, será calculada uma fórmula de classificação final e de ordenação, tendo a avaliação curricular uma ponderação de 60% e a entrevista de 40%;
- 3.7 Finalmente, serão selecionados os candidatos com as fórmulas de classificação mais elevada. O júri do processo de recrutamento, será constituído pela administração e por uma fisioterapeuta selecionada da *MoveOn Fisio*;
4. O documento com a lista dos candidatos, assim como a sua classificação e ordenação dos candidatos, será enviada por correio eletrónico para os mesmos. A clínica vai assegurar o número adequado de fisioterapeutas ao novo serviço;
5. Todos os colaboradores da *MoveOn Fisio*, aquando da entrada na instituição, serão educados e treinados para que exista um envolvimento eficaz e adequado dos doentes/utentes, público em geral e cuidadores, no processo de cuidados;
6. Deslocações:
 - 6.1 Cada profissional terá de usar o próprio carro para se mobilizar para os domicílios;
 - 6.2 Definição de um raio de distância de cerca de 20km a partir da clínica;
 - 6.3 Pagamento sob a forma de Km's;
 - 6.4 Cada Fisioterapeuta deve registar o percurso feito através do GPS;
 - 6.5 Criação de seguros de trabalho para cada um dos profissionais;
7. Realização de reuniões com os fornecedores de clientes para apresentar o projeto: médicos colaboradores, universidade de Lisboa, instituto universitário de lisboa, fisioterapeutas colaboradores;
8. Divulgar o serviço através do site, redes sociais e panfletos informativos. Projeção do serviço em ecrãs da Faculdade de Lisboa, e Instituto Universitário de Lisboa.
9. A lista de espera não deve beneficiar certos utentes, seguindo assim os protocolos de ética:
 - 9.1 Garantir uma gestão de admissão clínica eficaz e objetiva, sendo priorizado a inclusão de doentes com patologias de maior severidade e a data de entrada na lista de espera;
 - 9.2 Estará disponível um manual sobre a gestão da lista de espera e as suas prioridades, passível de consulta na *MoveOn Fisio*;

10. Após a conclusão da intervenção, serão realizadas notas de alta. O Fisioterapeuta que segue o utente no domicílio, será responsável pela criação de um plano de alta efetivo, que consiste num relatório breve acerca da avaliação inicial, objetivos de intervenção, técnicas de tratamento e resultados, assim como intercorrências e recomendações adequadas às necessidades do utente.

É então espectável, com estas medidas, uma melhoria a nível das condições de prestação de serviço, redução de tempos de espera, melhoria na eficiência do serviço e melhoria na satisfação do paciente, levando assim a acreditar que a implementação deste serviço seria vantajosa não só para a clínica, mas também para o utente.

Tabela 3. Proposta de melhoria para os problemas identificados na análise dos padrões de qualidade

Padrões de qualidade em fisioterapia	
Problema identificado	Proposta de melhoria
PADRÃO 3 – PRESTAÇÃO DE UM SERVIÇO SEGURO E EFECTIVO	
3.1 Não existe um programa de acolhimento para novos fisioterapeutas ou fisioterapeutas que iniciam um trabalho em novas áreas.	O plano de acolhimento deve constar no plano organizacional, com orientações a serem dadas pelos fisioterapeutas que já trabalham na mesma área de intervenção. Propõe-se a implementação de fichas de registo padronizadas e o estabelecimento de linhas orientadoras, essenciais para um acolhimento eficaz e para garantir a homogeneidade dos serviços prestados.
3.2 A prestação de serviços não está em conformidade com o critério de ter um número suficiente de fisioterapeutas para a prestação adequada de serviços – insuficiência de recursos humanos	Contratação de fisioterapeutas com formação específica na área da saúde da mulher e valência para integrar num projeto de fisioterapia ao domicílio.
PADRÃO 4 – APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO	
4.5 É estimulada a formação de profissionais, mas não necessariamente em formações que atribuam ECTS.	Assegurar a constante estimulação profissional dos colaboradores do serviço, através de formação que atribua créditos ECTS, privilegiando a formação contínua.
PADRÃO 7 – REGISTO E GOVERNAÇÃO DA INFORMAÇÃO	
7.1. não existe um processo padronizado para o registo clínico. Cada fisioterapeuta realiza o seu registo, não existindo controlo do mesmo.	Criação de fichas padronizadas.
7.4 Não existem auditorias dos processos clínicos	Realização de auditorias dos processos clínicos, com a divulgação dos resultados e implementação de medidas de melhoria com base nos resultados obtidos
PADRÃO 9 – INTERVENÇÃO CLÍNICA EM FISIOTERAPIA	
9.3 Não são utilizadas fichas padronizadas, cada fisioterapeuta tem o seu modelo de registo e não é incluído o prognóstico funcional.	Criação de fichas padronizadas, que incluam o ponto em falta no processo da fisioterapia identificado: prognóstico.
9.7 Não são realizadas notas de alta.	Realização de notas de alta.

Tabela 4. Proposta de melhoria para os pontos fracos e ameaças identificadas na análise SWOT do local

Análise Swot	
Problema identificado	Proposta de melhoria
Pontos Fracos	
Falta de expansão da atividade (espaço de trabalho limitado);	Contratação de fisioterapeutas com formação específica na área da saúde da mulher (em conformidade com a proposta de melhoria para o ponto 3.2. do padrão 3). Introdução do serviço de fisioterapia ao domicílio.
Insuficiência de recursos humanos	
Ausência de resposta em tempo útil aos utentes em lista de espera;	
Valores praticados não acessíveis para toda a população;	Permitir métodos de pagamento parcelados; obter mais parcerias.
Inexistência de fichas padronizadas de registo clínico;	Criação de fichas padronizadas de registo clínico (em conformidade com a proposta de melhoria dos pontos 7.1 e 9.3 dos padrões de qualidade)
Ameaças	
Outras unidades já implantadas que oferecem o mesmo serviço (concorrência indireta) com tempo de lista de espera inferior;	Para dar resposta a estes problemas identificados, sugere-se a redução do tempo de espera. Os detalhes sobre esta proposta de melhoria estão apresentados na tabela, na secção que aborda especificamente este ponto fraco.
Dificuldade de adesão (população normalmente acompanhada em contexto hospitalar).	

Tabela 5. Modelo CANVAS

Parcerias Chave - Médicos; - Enfermeiros; - Professores de Educação Física; - MoveOn Fisio.	Atividades Chave - Prevenção e tratamento de disfunções do pavimento pélvico (incontinência urinária, anal, prolapso dos órgãos pélvicos, disfunções anorretais, disfunção sexual); - Preparação para o nascimento; - Acompanhamento pós-parto; - Tratamento e manutenção de linfedema; - <u>Fisioterapia ao domicílio nas disfunções pélvicas e grávidas.</u>	Proposta de Valor -Reeducar maus hábitos da vida diária; - Prevenir e tratar lesões do pavimento pélvico; - Aumentar a qualidade de vida dos utentes; - Preparar o nascimento; - Satisfazer as necessidades da administração; - Aumentar a satisfação dos clientes; - Apoiar o marketing; - Especializar a clínica na área da Saúde da Mulher; - <u>Reduzir tempo de espera: criação do serviço domiciliar.</u>	Relacionamento - Confiança; - Atendimento empático; - Escuta ativa; - Linguagem assertiva; - Explicação de todo o processo; - Abordagem individualizada com o utente; - <u>Abordagem domiciliar.</u>	Segmento de clientes - População com maior poder de compra; - Utentes com disfunções do pavimento pélvico; - Grávidas; - Puerpérias; - Utentes com linfedema; - Pré e pós-operatório de colon e reto; - Pós-operatório de senologia; - Pós-operatório de cirurgia de urologia.
	Recursos Chave - Recursos humanos: 3 fisioterapeutas em ambiente clínico; <u>Fisioterapeutas para o serviço domiciliar</u> -Recursos materiais: Marquesas; luvas; gel lubrificante; <i>Biofeedback</i> ; papel de Marquesa; pressoterapia.		Canais - Telefone; - E-mail; - Site MoveOn Fisio; - Redes Sociais da MoveOn Fisio; - Recomendação por outros profissionais; - Boca a boca.	
Estrutura de Custos - Recursos humanos; - Tempo; - Formações; - Manutenção dos equipamentos e consumíveis; - <u>Carro</u> ; - <u>Combustível</u> ; - <u>Portagens.</u>			Fontes de Receita - Reconhecimento; - Feedback positivo; - Salário.	
Legenda: Já existe na clínica; <u>Proposta de melhoria</u>				

Tabela 6. Indicadores de bom desempenho

Objetivo	Indicador	Meta	Ação
Financeira			
Manter / aumentar o lucro em relação ao ano transato	$\frac{\text{lucro } 1^{\text{a}}\text{SEM } 2023}{\text{lucro } 1^{\text{a}}\text{SEM } 2022} \times 100$	Lucro igual ou superior a 1	Contratação de novos fisioterapeutas; Implementação de um novo serviço; Novos seguros de viagem; Angariar novos utentes.
Clientes			
Aumentar o nº de utentes	$\frac{\text{n}^{\text{o}} \text{ utentes } 1^{\text{a}}\text{SEM } 2023}{\text{n}^{\text{o}} \text{ utentes } 1^{\text{a}}\text{SEM } 2022} \times 100$	Aumentar o número de utentes em 20%	Criação de serviços ao domicílio; Serviços especializados em clínica
Processos internos			
Manter a satisfação dos Fisioterapeutas (FT)	$\frac{\text{n}^{\text{o}} \text{ de FT que responderam positivamente}}{\text{n}^{\text{o}} \text{ total de FT}} \times 100$	Igual ou superior a 50% dos Fisioterapeutas	Aplicar um questionário de satisfação dos fisioterapeutas
Manter a motivação dos Fisioterapeutas (FT)	$\frac{\text{n}^{\text{o}} \text{ de FT que responderam positivamente}}{\text{n}^{\text{o}} \text{ total de FT}} \times 100$	Igual ou superior a 50% dos Fisioterapeutas	Aplicar um questionário de motivação dos fisioterapeutas
Número de dias de lista de espera	$\frac{\text{n}^{\text{o}} \text{ de dias de lista de espera } 1^{\text{a}}\text{SEM } 2023}{\text{n}^{\text{o}} \text{ de dias de lista de espera } 1^{\text{a}}\text{SEM } 2022} \times 100$	Diminuir os dias de lista de espera em 20%	Criação de serviços ao domicílio
Aumentar a satisfação dos clientes	$\frac{\text{n}^{\text{o}} \text{ de utentes que responderam positivamente}}{\text{n}^{\text{o}} \text{ total de utentes}} \times 100$	85% dos utentes satisfeitos	Aplicar um questionário de satisfação dos utentes
Aprendizagem e inovação			
Horas de formação profissional	$\frac{\text{n}^{\text{o}} \text{ de funcionarios que fizeram as 30h}}{30h \times \text{n}^{\text{o}} \text{ total de FT}} \times 100$	No mínimo, 50% dos funcionários devem ter cumprido as 30h mensais	Disponibilizar horas para formação (30h em 6 meses)

5. Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional

5.1 Análise Swot de si próprio

Tabela 7. Análise SWOT de si próprio

Pontos fortes (S)	- Formação na área da saúde da mulher (formações de curta duração); - Mestranda em fisioterapia na saúde da mulher; - Formação na área do exercício clínico (Pilates Clínico <i>Matwork</i> e Aparelhos); - Interesse e experiência clínica na área do pilates clínico aplicado às diferentes fases de vida da mulher (gravidez, pós-parto e menopausa); - Interesse na área das disfunções do pavimento pélvico em todas as fases de vida da mulher; - Boa capacidade de adaptação a novos contextos; - Boa capacidade de comunicação; - Boa capacidade de aprendizagem; - Proativa.
Pontos fracos (W)	- Reduzida experiência profissional em intervenção nas disfunções do pavimento pélvico; - Reduzida experiência profissional em preparação para o nascimento; - Necessidade de aprofundar conhecimento teórico acerca da fisiologia e fisiopatologia das disfunções pélvicas; - Método de ensino da licenciatura diferente do método do mestrado.
Oportunidades (O)	- Maior sensibilização da população e maior recomendação médica para prevenção e tratamento de disfunções do pavimento pélvico; - Maior recomendação médica para prática de Pilates Clínico com fisioterapeutas; - Prática clínica em local com acesso direto aos serviços de fisioterapia; - Prática clínica em local com tempo necessário para um tratamento individual.

Ameaças (T)

- Desenvolvimento da área da fisioterapia na saúde da mulher e aumento do número de fisioterapeutas com especialização na área;
 - Crescente número de fisioterapeutas de saúde da mulher na região de Lisboa;
 - Disponibilidade financeira para investir em formação contínua;
 - Diminuição do poder de compra da população em contexto privado (local de prática);
-

5.2. Contrato de Aprendizagem

I – Apresentação das Competências a adquirir, definidas pela instituição de Ensino

Competências a adquirir ao nível do 2o ciclo (Descritores de Dublin):

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que:
 - baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.o ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - sejam capazes de desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação.
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;
- Desenvolver a autonomia profissional em direção ao profissional de primeiro contacto/acesso direto;
- Ganhar competências de liderança;
- Adquirir uma capacidade de desempenho profissional ao nível europeu;
- Obter uma maior facilidade de progressão na carreira em diferentes contextos de prática;

- Desenvolver uma abordagem baseada na evidência, que contribua para um raciocínio clínico adequado;
- Desenvolver a capacidade de identificar, analisar e interpretar a melhor evidência atual usando estratégias de avaliação e intervenção apropriadas;
- Desenvolvimento de competências avançadas:
 - O aprofundamento das competências na prescrição do exercício, no contexto da grávida, pós-parto e incontinência urinária;
 - Uma melhor compreensão do mecanismo de gravidez e parto, fatores de influência;
 - Aprofundamento dos mecanismos de análise biomecânica do movimento na grávida.
- Desenvolvimento de expertise na intervenção em:
 - Preparação para o parto, Cuidados pós-parto, Reeducação para a incontinência urinária e Cuidados ao recém-nascido;
 - Condições cirúrgicas na mulher.

II – Apresentação das Competências a adquirir, definidas pelo Orientador

- Apresentar-se no local de estágio devidamente fardada e pontualmente;
- Adequar a abordagem e atitude profissional relativamente ao contexto;
- Desenvolver uma prática clínica baseada na evidência;
- Aprofundar as competências de investigação científica através de pesquisas nas diferentes bases de dados;
- Aprofundar os conhecimentos na área da saúde da mulher, nomeadamente gravidez, pós-parto, incontinência urinária e disfunções de dor ou penetração génito pélvica (GPPPD);
- Aperfeiçoar as competências de recolha de dados clínicos relevantes;
- Aperfeiçoar as competências de palpação vaginal e reeducação do pavimento pélvico;
- Saber identificar e avaliar os resultados obtidos na intervenção bem como alterar o tratamento de acordo com os resultados encontrados;
- Aperfeiçoar o raciocínio clínico em Fisioterapia na Saúde da Mulher;
- Desenvolver competências de reflexão crítica.

III – Diagnóstico das Necessidades de aprendizagem, definidas pelo estudante

- Consolidar e aprofundar conceitos relacionados com a anatomia e fisiologia da mulher durante e após a gravidez;
- Revisão dos conceitos anatômicos e fisiológicos sobre as Disfunções do Pavimento Pélvico (Urinárias, Obstétricas e Sexuais);
- Aperfeiçoar o conhecimento sobre os fatores de risco para as disfunções do pavimento pélvico;
- Aumentar o conhecimento das estratégias de intervenção da fisioterapia para tratamento das disfunções do pavimento pélvico, baseadas na melhor evidência científica e clínica;
- Melhorar as competências de avaliação em uro ginecologia, tendo em consideração as necessidades físicas, psicológicas e culturais específicas de cada utente;
- Utilização eficaz e segura de métodos eletrofísicos, nomeadamente no uso de aparelhos de *biofeedback* e eletroestimulação;
- Aperfeiçoar a capacidade de estabelecer relação e comunicação na intervenção individual;
- Organizar informação pertinente para o processo de avaliação e intervenção que permita o raciocínio clínico adequado para a prática clínica diária;
- Melhorar a capacidade de avaliação no que diz respeito às alterações físicas e emocionais na mulher com condições específicas do pavimento pélvico;
- Adquirir competências profissionais através da prática em diferentes tipos de intervenção na área das disfunções do pavimento pélvico;
- Adequar e assegurar a intervenção, aplicando a metodologia mediante um processo de tomada de decisão por definição de objetivos;
- Desenvolver objetivos *SMART* em parceria com o utente.

IV – Definição dos objetivos de aprendizagem, pelo estudante

- Atualizar conceitos relacionados com a saúde da mulher, especificamente nas disfunções do pavimento pélvico, dentro de 4 semanas;
- Aumentar e consolidar o conhecimento de anatomia e fisiologia, de modo a ter um diagnóstico e intervenção mais seguros, dentro de 4 semanas;
- Adquirir e desenvolver competências na área da saúde da mulher, destacando três utentes elegíveis para iniciar e continuar o processo de intervenção, dentro de 9 semanas;

- Sustentar o raciocínio clínico através da consulta de evidência científica nas diferentes bases de dados, revistas científicas e livros, durante a todo o processo de avaliação e intervenção, dentro de 9 semanas;
- Efetuar uma análise crítica dos artigos, melhorando assim a seleção da informação retirada dos mesmos, dentro de 9 semanas;

V – Definição de estratégias de aprendizagem e recursos, a definir pelo aluno

Objetivo	Forma de aprendizagem	Critérios de sucesso da aprendizagem
Atualizar conceitos relacionados com a saúde da mulher, especificamente nas disfunções do pavimento pélvico, em 4 semanas.	Rever as aulas teóricas e práticas relacionadas com cada temática; Revisão da literatura e pesquisa de outras referências bibliográficas relacionadas com a temática.	Aquisição e melhoria de conhecimentos; <i>feedback</i> positivo da educadora clínica.
Aumentar e consolidar o conhecimento de anatomia e fisiologia, de modo a ter um diagnóstico e intervenção mais seguros, dentro de 4 semanas.	Rever as aulas teóricas e práticas relacionadas com cada temática; revisão da literatura e pesquisa de outras referências bibliográficas relacionadas com a temática.	Aquisição e melhoria de conhecimentos; <i>feedback</i> positivo da educadora clínica.
Adquirir e desenvolver competências na área da saúde da mulher, destacando três utentes elegíveis para iniciar e continuar o processo de intervenção, dentro de 9 semanas.	Através de pesquisa de literatura sobre os parâmetros mais adequados a cada caso, recurso a pares e <i>experts</i> , e da intervenção em 3 utentes.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte da educadora clínica; obter resultados satisfatórios e de acordo com as necessidades do utente.
Sustentar o raciocínio clínico através da consulta de evidência científica nas diferentes bases de dados, revistas científicas e livros, durante a todo o processo de avaliação e intervenção, dentro de 9 semanas.	Revisão da literatura e pesquisa de outras referências bibliográficas; consulta da evidência disponível, <i>experts</i> e pares.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte da educadora clínica quanto à qualidade e pertinência da minha avaliação, planeamento de sessão e intervenção.
Efetuar uma análise crítica dos artigos, melhorando assim a seleção da informação retirada dos mesmos, dentro de 9 semanas.	Efetuando a análise crítica dos artigos considerados pertinentes para a minha prática clínica.	Aquisição e melhoria de conhecimentos; <i>feedback</i> positivo por parte da educadora clínica.
Melhorar a escolha e utilização de métodos e instrumentos de avaliação (<i>Pad Test</i> , Diário Miccional, Diário Defecatório, Qualidade de Vida percecionada - <i>King's Health Questionnaire</i>), dentro de 3 semanas.	Estudar a literatura atual sobre a temática de forma a poder basear a minha prática na melhor evidência científica disponível; saber selecionar, com base na evidência científica, os melhores testes para avaliar a condição clínica em causa.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte da educadora clínica em relação à escolha e correta aplicação dos instrumentos de avaliação.
Estabelecer uma relação profissional, através da comunicação simples e assertiva, em contexto clínico, dentro de 9 semanas.	Estabelecer o diálogo e facilitar o processo de comunicação com cada utente.	Obter o <i>feedback</i> por parte do utente acerca da informação fornecida e sua compreensão.

Conseguir uma intervenção centrada no utente, sendo este participativo durante todo o processo de reabilitação, para uma recuperação eficaz, dentro de 9 semanas.	Estabelecer o diálogo.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte da educadora clínica quanto à qualidade da minha avaliação e intervenção.
Possuir conhecimentos e capacidade reflexiva aprofundada em Fisioterapia na Saúde da Mulher, dentro de 9 semanas.	Através da consulta da evidência disponível, <i>experts</i> e pares.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte de um colega da área e educadora clínica.
Construir o relatório de estágio, segundo as normas da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA) e com a monitorização da orientadora e da educadora clínica, dentro de 9 semanas	Rever atentamente as normas definidas pela ESSA; organizar a informação pertinente para a construção do relatório de estágio de forma continua e completa.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte da orientadora e restante júri presente no momento da discussão.

VI – Cronograma

Atividades	Semanas								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Definição do local de estágio e respetivo horário									
Construção e revisão do contrato de estágio de aprendizagem									
Rever os conhecimentos adquiridos nas aulas do mestrado, assim como artigos científicos, sobre abordagem do fisioterapeuta em disfunções do pavimento pélvico									
Realizar uma pesquisa bibliográfica acerca da avaliação e intervenção de utentes com disfunções do pavimento pélvico									
Discussão com educadora clínica e orientadora sobre possíveis dúvidas e evidência disponível da intervenção da Fisioterapia em Saúde da Mulher									
Iniciar o tratamento de utentes com disfunções do pavimento pélvico, avaliando e intervindo.									
Manusear de forma eficaz e segura as técnicas de terapia manual, <i>biofeedback</i> e electroestimulação									
Avaliação dos resultados obtidos nas diferentes intervenções;									
Obter o <i>feedback</i> da educadora clínica sobre o desenvolvimento do estágio e de aspetos a melhorar na prática profissional									
Desenvolver o estudo de caso									
Desenvolver o relatório de estágio									

5.3. Reavaliações do contrato

Os objetivos estabelecidos foram cuidadosamente definidos e não existiu necessidade de realizar quaisquer alterações ao longo do processo.

É pertinente destacar uma discrepância no cronograma, especificamente em relação ao relatório de estágio. Este, não alcançou a meta estipulada, uma vez que só foi concluído e entregue em dezembro, ultrapassando assim as nove semanas. A duração total do estágio foi de 14 semanas, em vez do período inicialmente previsto de nove semanas.

5.4 Feedbacks obtidos

No sentido de garantir o sucesso do desenvolvimento pessoal e profissional durante o decorrer do estágio, ademais da autoavaliação, outros intervenientes como a orientadora clínica e alguns utentes (anexos 1 e 2, respetivamente) participaram na avaliação da aluna.

Com base num questionário formulado pela mesma, foi averiguado o feedback dos pacientes no que diz respeito à clareza da informação transmitida durante todo o processo de avaliação e tratamento, profissionalismo demonstrado pela fisioterapeuta, satisfação no acompanhamento, esclarecimento de dúvidas e discussão dos objetivos com o utente.

Foi possível concluir um *feedback* positivo por parte de todos os utentes. No geral os utentes salientaram que a clareza da informação foi "muito boa", sentiram unanimemente que o profissionalismo esteve “sempre” presente e ficaram "muito satisfeitos" com a intervenção. “Concordaram totalmente” que as estratégias de intervenção foram apropriadas e discutidas de forma adequada ao longo do acompanhamento.

No sentido de valorizar o questionário, foi colocado um espaço de escrita livre, onde pudessem expressar de forma mais completa as suas opiniões. No geral, manteve-se o *feedback* muito positivo, onde foi bastante referida a “simpatia”, “boa capacidade de comunicação” e ainda a “satisfação total” com todo o processo e resultados.

No que toca ao *feedback* da tutora clínica, foi igualmente positivo em todos os aspetos avaliados. Foi ainda motivo de destaque, o bom profissionalismo e boa relação e comunicação com os utentes e equipa.

Conclui-se que o *feedback* final foi positivo. Depreende-se, assim, que as forças identificadas na análise SWOT, realizada no início do plano de desenvolvimento pessoal e profissional, vão de encontro à apreciação da tutora clínica e utentes.

5.5. Reflexão final do processo

Ao chegar ao final deste estágio, é importante refletir sobre os objetivos inicialmente propostos no contrato de aprendizagem realizado antes do estágio e avaliar os resultados de cada um.

Foi realizada uma pesquisa detalhada da anatomia, fisiologia e fisiopatologia, visando não só a uma avaliação e intervenção mais seguras, mas também a uma consolidação dos conhecimentos para aprimorar o raciocínio clínico permitindo uma explicação mais clara e eficaz aos utentes. Este ponto contribuiu de forma significativa para aumentar a literacia dos utentes em relação às suas disfunções.

No decorrer do estágio e na elaboração dos registos dos casos clínicos, surgiu a necessidade de procurar evidência científica e discutir estas questões com a educadora clínica. Este processo permitiu o desenvolvimento de competências na avaliação do utente, na escolha dos instrumentos de avaliação mais adequados para cada disfunção, no planeamento da intervenção e na melhoria das habilidades práticas no exame físico e tratamento dos músculos do pavimento pélvico. Simultaneamente, a pesquisa de informação para a elaboração do estudo de caso, bem como a análise crítica de três artigos, contribuíram para o desenvolvimento de competências na capacidade de selecionar informações relevantes, interpretar e criticar a informação científica disponível.

Adicionalmente, a análise do local de prática, tendo por base os conteúdos lecionados durante o primeiro ano do mestrado, proporcionou uma melhoria na capacidade de analisar criticamente a organização e gestão do local de estágio. Além disso, permitiu a elaboração de uma proposta de melhoria fundamentada na melhor evidência disponível.

Ao finalizar o período de estágio, considera-se que os objetivos estabelecidos inicialmente foram atingidos, e ainda foram identificados ganhos que não foram previamente definidos como metas. Este processo revelou-se uma jornada de desenvolvimento pessoal e profissional significativo. A necessidade constante de analisar criticamente os casos clínicos, aliada ao estabelecimento de objetivos claros, não só revelou as minhas forças, mas também forneceu ferramentas eficazes para abordar e superar as minhas fraquezas. A capacidade de refletir sobre as experiências, avaliar as práticas e ajustar estratégias de acordo com os desafios encontrados revelou-se crucial para o meu crescimento, consolidando não apenas o conhecimento profissional, mas também a consciência e confiança na minha própria capacidade de enfrentar futuros desafios.

Bibliografia

- Abrams, P., Andersson, K. E., Apostolidis, A., Birdier, L., Bliss, D., Brubaker, L., ... Wein, A. (2018). EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. *Neurourology and Urodynamics*, 37(7), 2271–2272.
- Almeida, P., Alves Lopes, A., Lopes, A. M. F., Pires, D., Martins, M. E., Santos, H., & Rosado, M. D. L. (2021). Acesso Direto em Fisioterapia: Um Serviço Inerente ao Profissional Autônomo. APPFISIO.
- Altman, D., Lapitan, M. ., Nelson, R., Sillén, U., & Thom, D. (2017). Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP), 256–312. Retrieved from http://www.ics.org/Publications/ICI_3/v1.pdf/chap5.pdf
- Anger, J. T., Lee, U., Mittal, B. M., Pollard, M., Tarnay, C., Maliski, S., & Rogers, R. G. (2012). Health Literacy and Disease Understanding among Aging Women with Pelvic Floor Disorders. *J Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 4(310), 1–15.
- Asnong, A., D'Hoore, A., van Kampen, M., Wolthuis, A., van Molhem, Y., van Geluwe, B., ... Geraerts, I. (2022). The role of pelvic floor muscle training on low anterior resection syndrome. *Annals of Surgery*, 276(5), 761–768.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, Vicente, S., Santos, P., Sancho, F., Sousa, M., & Valente, I. (2021). Competências do Fisioterapeuta com especialização em Saúde da Mulher e Pavimento Pélvico. *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*, 1–7.
- Bailón Queiruga, M., Delgado-Morell, A., Però Garcia, M., Coll Girona, S., Gich Saladich, I., & Porta Roda, O. (2022). What do female university students know about pelvic floor disorders? A cross-sectional survey. *International Urogynecology Journal*, 33(3), 659–664.
- Bernards, A. T. M., Berghmans, L. C. M., Heeswijk-Faase, I. C. Van, Westerik-Verschuuren, E. H. M. L., Ridder, I. de G., Groot, J. A. M., ... Hendriks, H. J. M. (2011). KNGF Guideline. *Journal of Physical Therapy*, 121(3), 1–28. Retrieved from https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/stroke_practice_guidelines_2014.pdf#page=32&zoom=auto,-214,561
- Berzuk, K., & Shay, B. (2015). Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 26(6), 837–844.
- Bettez, M., Tu, L. M., Carlson, K., Corcos, J., Gajewski, J., Jolivet, M., & Bailly, G. (2012). 2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. *Journal of the Canadian Urological Association*, 6(5), 354–363.
- Bilgic, D., & Kizilkaya Beji, N. (2020). How do urinary incontinence types affect sexual function and quality of life for Turkish women? *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 12(3), 253–259.
- Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal*, 15(2), 76–84.
- Bø, K. (2015). *Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice: Second Edition* (Second Edition). Elsevier Ltd.
- Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Kampen, M. Van. Evidence-based physical therapy for

- the pelvic floor: Bridging science and clinical practice, 20 *Physical Therapy in Sport* § (2016).
- Bo, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., ... Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 36(2), 221–244.
- Booth, J., & Bliss, D. (2020). Consensus statement on bladder training and bowel training. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), 1234–1254.
- Burkhard, F. C., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F., Lemack, G. E., Nambiar, A. K., Thiruchelvam, N., ... Schneider, M. . (2020). EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults (limited update March 2018). *European Association of Urology*. Retrieved from <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
- Buurman, M. B. R., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 406–413.
- Caruso, S., Brescia, R., Matarazzo, M. G., Giunta, G., Rapisarda, A. M. C., & Cianci, A. (2017). Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Women's Sexual Function and Quality of Life. *Urology*, 108, 59–64.
- Cayir, G., & Kizilkaya Beji, N. (2022). The effect of a counseling and training program on the treatment of women with overactive bladder. *Psychology, Health and Medicine*, 27(8), 1726–1738.
- Curillo-Aguirre, C. A., & Gea-Izquierdo, E. (2023). Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Lithuania)*, 59(6).
- da Silva, J. B., de Godoi Fernandes, J. G., Caracciolo, B. R., Zanello, S. C., de Oliveira Sato, T., & Driusso, P. (2021). Reliability of the PERFECT scheme assessed by unidigital and bidigital vaginal palpation. *International Urogynecology Journal*, 32(12), 3199–3207.
- Handa, V. L., Whitcomb, E., Weidner, A. C., Nygaard, I., Brubaker, L., Bradley, C. S., ... Richter, H. E. (2011). Sexual function before and after nonsurgical treatment of stress urinary incontinence. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, 17(1), 30–35.
- Haylen, B. T., Ridder, D. de, Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., ... Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 20(December 2009), 4–20.
- Health, W. O. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.
- Jácome, C., Oliveira, D., Marques, A., & Sá-Couto, P. (2011). Prevalence and impact of urinary incontinence among female athletes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 114(1), 60–63.
- Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(12), 1374–1379.
- Knol-de Vries, G. E., & Blanker, M. H. (2022). Prevalence of co-existing pelvic floor disorders: A scoping review in males and females. *Continence*, 2, 100028.

- Kowal, P., Chatterji, S., Naidoo, N., Biritwum, R., Fan, W., Ridauro, R. L., ... Newell, M. L. (2012). Data resource profile: The world health organization study on global ageing and adult health (SAGE). *International Journal of Epidemiology*, 41(6), 1639–1649.
- Leong, B. S., & Mok, N. W. (2015). Effectiveness of a new standardised Urinary continence Physiotherapy programme for Community-Dwelling older women in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 21(1), 30–37.
- López-Liria, R., Varverde-Martínez, M. D. L. Á., Padilla-Góngora, D., & Rocamora-Pérez, P. (2019). Effectiveness of physiotherapy treatment for urinary incontinence in women: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 28(4), 490–501.
- Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary incontinence in women a review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(16), 1592–1604.
- Mahoney, K., Eric Heidel, R., & Olewinski, L. (2023). Prevalence and Normalization of Stress Urinary Incontinence in Female Strength Athletes. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 37(9), 1877–1881.
- Manuelyan, Z., Siomara Muñiz, K., & Stein, E. (2020). Common Urinary and Bowel Disorders in the Geriatric Population. *Medical Clinics of North America*, 104(5), 827–842.
- McMillan, I., Hill, L., McCarthy, R., Haas-Eckersley, R., Russell, M., Wood, J., ... Iles-Smith, H. (2023). Urinary incontinence in women 55 years and older: A scoping review to understand prevalence, incidence, and mortality of urinary incontinence during secondary care admission. *Women's Health*, 19.
- Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., ... Burkhard, F. C. (2018). EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology*, 73(4), 596–609.
- National Institute for health and care excellence. (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non surgical management, (December 2021). Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng210
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*: © NICE (2019) *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*. *BJU international* (Vol. 123). <https://doi.org/10.1111/bju.14763>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Park, J., Lee, H., Kim, Y., Norton, C., Woodward, S., & Lee, S. (2023). Effectiveness of Fluid and Caffeine Modifications on Symptoms in Adults with Overactive Bladder: A Systematic Review. *International Neurourology Journal*, 27(1), 23–35.
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277–283.
- Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., ... Veronese, N. (2020). Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 25–35.
- Risame Ueda da Mata, K., Cristina Monica Costa, R., dos Santos Monteiro Carbone, É., Maria Gimenez, M., Augusta Tezelli Bortolini, M., Aquino Castro, R., & Faní Fitz, F. (2021). Telehealth in the rehabilitation of female pelvic floor dysfunction: a systematic literature review. *International Urogynecology Journal*, 32, 249–259.

- Rivalta, M., Sighinolfi, M. C., Micali, S., De Stefani, S., & Bianchi, G. (2010). Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (Biofeedback, Functional Electrical Stimulation, Pelvic Floor Muscles Exercises, and Vaginal Cones). *Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1200–1208.
- Rodrigues, B., Tomás, D. J., Silva, E., Guerra, I., Fonseca, J., Jorge, P., ... Marques, V. (2015). Qualidade em Fisioterapia. *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*, 1–56.
- Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R. E., Briganti, A., Dehò, F., Fabbri, F., ... Montorsi, F. (2004). Sexual Dysfunction is Common in Women with Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study. *European Urology*, 45(5), 642–648.
- Schulten, S. F. M., Claas-Quax, M. J., Weemhoff, M., van Eijndhoven, H. W., van Leijsen, S. A., Vergeldt, T. F., ... Kluivers, K. B. (2022). Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(2), 192–208.
- SJ, W., P, L., R, B., JD, C., S, M., A, K., & EJC, H.-S. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review).
- Sussman, R. D., Syan, R., & Brucker, B. M. (2020). Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. *BJU International*, 125(5), 638–655.
- Therapy, W. C. for P. (2022). World Physiotherapy. Retrieved from <https://world.physio/pt/resources/what-is-physiotherapy>
- Todhunter-Brown, A., Hazelton, C., Campbell, P., Elders, A., Hagen, S., & McClurg, D. (2022). Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(9).
- Verbeek, M., & Hayward, L. (2019). Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sexual Medicine Reviews*, 7(4), 559–564.
- Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 31(6), 485–493.
- Wang, B., Chen, Y., Zhu, X., Wang, T., Li, M., Huang, Y., ... Wu, M. (2022). Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: An observational trend study from 1990 to 2019. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Wu, J. M., Kawasaki, A., Hundley, A. F., & Alexis A. Dieter, Evan R. Myers, and V. W. S. (2011). Predicting the number of women who will undergo incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 205(3), 1–11.

Apêndice 1 – Registo de casos clínicos

a) Registo 1 (Bexiga Hiperativa)

REGISTO DE UTENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: A.R. B Idade: 29 anos Data de nascimento: 29/05/1994

Início da intervenção: 22/12/2022

IMC: 28 (Sobrepeso)

Médico assistente: sem Fisioterapeuta: Tânia Vieira

Diagnóstico: Bexiga Hiperativa

Motivo do Pedido de Intervenção: quadro de polaquiúria e urgência miccional

CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO

Profissão: Gestora

Residência: Reside em Lisboa com o namorado. Desloca-se para as sessões de fisioterapia através de transportes públicos.

EXAME SUJETIVO (22/12/2021)

História clínica atual

Queixas/ objetivos do utente

Utente com 29 anos que apresenta queixas de polaquiúria (13 micções), noctúria (entre 2 e 3 micções por noite) e urgência miccional. Não sabe especificar o início. Não realiza nenhum tipo de exercício físico e assume-se como sedentária.

Atualmente nulípara, contudo pretende engravidar entre o meio e o final do próximo ano e por isso também procurou ajuda, com receio de piorar a situação durante a gravidez.

Nega qualquer tipo de perdas involuntárias de urina: urgência, esforço e enurese noturna. Não relata disúria, dificuldade em urinar ou episódios recorrentes de infeções urinárias. Atualmente,

adotou o hábito de ingerir quantidades reduzidas de líquidos como uma estratégia para diminuir a sensação de urgência miccional.

Sem hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas (Berghmans, Bols, Sahlin, & Berner, 2014).

Neste momento, tem como principal problema o aumento da frequência urinária, sendo o objetivo principal a reversão da mesma.

Deslocou-se diretamente à fisioterapia e iniciou a intervenção a 22/12/2022. As sessões foram realizadas com intervalos de 15 dias por questões económicas.

A utente encontrava-se orientada e sem humor deprimido. A utente é colaborante, está motivada e tem apoio constante do companheiro, estes fatores são positivos para o processo de recuperação. Já a sua profissão, sedentarismo e os maus hábitos comportamentais são fatores que podem contribuir de forma negativa para o prognóstico.

Sintomas gastrointestinais

Incontinência para gases ou fezes: não

Frequência de dejeções: diária

Consistência das fezes: nega ter fezes duras ou irregulares, esforço defecatório, sensação de esvaziamento incompleto e utilização de laxantes

Sintomas ginecológicos

Sensação de peso na vagina: não

Sexualmente ativo: sim

Alteração da função sexual: não

Expectativa do utente: diminuir a urgência urinária e consequente diminuição da frequência urinária

História clínica anterior

Nulípara. Sem historial médico e pessoal importantes para o processo.

Medicação habitual

Sem

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

<i>Fatores Pessoais</i>	<i>Fatores Ambientais</i>
<i>Motivada (+)</i>	Trabalha e vive perto da clínica (+)
<i>Colaborante (+)</i>	Comportamentos adotados (-)
<i>Apoio do namorado (+)</i>	Sedentária (-)
<i>Idade (+)</i>	Trabalho (-)
<i>Vontade de engravidar (+)</i>	
<i>Cansaço por perturbação do sono (-)</i>	
<i>IMC (Sobrepeso) (-)</i>	

8. legenda: *Facilitadores (+); Barreiras (-)*

Limitações da atividade e restrições da participação referidas pelo utente:

A utente tem limitação em sair de casa por longos períodos devido ao receio de não encontrar facilmente uma casa de banho disponível, especialmente em situações como eventos sociais onde antecipa uma permanência prolongada.

Outros dados clínicos (exames complementares):

Sem exames realizados.

Revisão de sistemas e pesquisa de *red, yellow e orange flags*

Não apresenta alteração na revisão geral de sistemas e não se registaram *orange, yellow ou red flags* gerais e específicas.

EXAME OBJETIVO (22/12/2021)

Estado Geral:

Utente colaborante e orientada sem sinais de desanimo, ansiedade ou tristeza.

Observação da Postura

Postura ortostática e sentada

Plano	Observação
Anterior	Rotação interna dos ombros
Posterior	Ligeiro aumento da cifose dorsal
Lateral	Ligeira anteriorização da cervical

Parede abdominal:

Pele com sinais de desidratação, sem alterações morfológicas e /ou presença de massas.

Padrão Ventilatório

Costal superior. Abdominodiafragmática, a pedido, sem dificuldade.

Pavimento Pélvico:**Observação:**

Pele desidratada, mucosas poucos lubrificadas e sem deformidades. Vulva apresenta cor rosada e sem presença de cicatrizes. Introito vaginal fechado, não se observaram fissuras, hemorroidas ou prolapso dos órgãos pélvicos.

Exame físico:

- Exame neurológico: sem alteração da sensibilidade tátil, dolorosa e térmica
- Pontos dolorosos: sem dores na musculatura superficial e profunda
- Tônus muscular: sem alteração na musculatura superficial e profunda
- Consciência do movimento: eficaz, com consciência da contração e relaxamento da musculatura. Recrutamento exagerado da musculatura acessória (transverso do abdominal), corrigido ao comando
- Força muscular: Grau 5/5 na escala de *Oxford* modificada
- Endurance: 10/10
- Repetições: 10/10
- Número Máximo de contrações rápidas (um segundo): 10 contrações
- Teste da tosse (stress test): negativo na posição de decúbito dorsal
- Teste períneo descendente: negativo

Outros testes/escalas: diário da bexiga de 3 dias (*ICQ Bladder Diary*) e Questionário de Qualidade de Vida (KHQ).

Diário da bexiga (26-27-28/12/2022):

- Foi em média 14 vezes por dia à casa de banho por dia, onde, em mais de metade das vezes, apontou: "0- Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais""; "3- Urgência, mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina" e 2 vezes por noite;

- Ingeriu uma média de 0,9mL de líquidos por dia;
- Ingeriu 4 cafês por dia;
- Produção de urina: 75ml e 300ml;
- Não se registaram episódios de perdas de urina.

Questionários de Qualidade de vida:

King's Health Questionnaire

22/12/2021:

Dimensões avaliadas	Pontuação
Perceção geral de saúde	75
Impacto da incontinência	100
Limitações de atividades diárias	83,33
Limitações físicas	100
Limitações sociais	77,78
Relações pessoais	50
Emoções	100
Sono e disposição	83,33
Medidas de Gravidade	46,67

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA (incluindo códigos e qualificadores)

Principais Problemas	Restrição da Participação: d9205- Limitação na participação em encontros sociais
	Limitação da Atividade/ Funcional: Não aplicável
	Alterações de estrutura e função: b1343 – qualidade do sono b6201- Frequência miccional diurna e noturna aumentadas b630 – Sensação de urgência miccional
Problemas Potenciais: Isolamento social; Má ingestão hídrica; Agravamento da polaquiúria (frequência urinária aumentada); Fraqueza dos músculos do pavimento pélvico; Dificuldade no controlo involuntário dos músculos do pavimento pélvico; Hiper mobilidade uretral; Diminuição da qualidade de vida.	

Diagnóstico em Fisioterapia:

Utente do sexo feminino, 27 anos, com alterações significativas da vida social e pessoal por sensação de urgência urinária com consequente aumento da frequência urinária (polaquiúria). Sintomas associados à vontade súbita de urinar.

Prognóstico:

Solucionar as limitações nas atividades diárias e sociais, resultando numa melhoria significativa na perceção da qualidade de vida., através da redução da frequência urinária e urgência miccional, assim como das perdas de urina associadas, ao fim de um período de intervenção de 8 a 12 semanas (Burkhard *et al.*, 2020; National Institute for health and care excellence, 2021).

Realça-se como fator de bom prognóstico a motivação e colaboração da utente. Além disso, destaca-se o facto de não ter diabetes, doenças inflamatórias do intestino, alterações neurológicas e não ter outras queixas sugestivas de outras disfunções do pavimento pélvico (Camilleri, 2021; Shang *et al.*, 2023).

A profissão que a obriga a passar horas sentada, o sedentarismo, o IMC alterado e os maus hábitos comportamentais, podem afetar de modo negativo o prognóstico.

Assim, e tendo em conta os fatores pessoais e ambientais da utente, espera-se que ao fim de três meses (aproximadamente doze semanas), a utente deixe de ter queixas e recupere a função normal do seu pavimento pélvico.

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Curto Prazo (até às 4 semanas de intervenção):

- Em 1 semana ingerir, no mínimo, 1L de líquidos por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente;
- Em 2 semanas ingerir, no mínimo, 1,5L de líquidos por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente;
- Em uma semana diminuir a ingestão de café para um por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente;
- Em uma semana, iniciar exercício físico com caminhadas entre duas a três vezes por semana, com duração de 30 minutos, avaliado pelo *feedback* da utente;
- Em 3 semanas, realizar exercício físico diário com caminhadas de 30 minutos de duração, avaliado pelo *feedback* da utente;

- Em 2 semanas, diminuir a frequência urinária (cerca de 10 a 12 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente;

Médio Prazo (entre as 4 e as 8 semanas de intervenção):

- Em 4 semanas, diminuir a frequência urinária (cerca de 8 a 10 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente;
- Em 8 semanas, diminuir a frequência urinária (entre 7 a 8 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente;
- Diminuir a frequência urinária noturna, em 4 semanas, para 1 vez por noite, avaliado pelo *feedback* da paciente;

Longo Prazo:

É esperado que ao fim de 12 semanas:

- Manter a frequência urinária de 7 a 8 vezes por dia e 1 vez por noite, avaliado pelo diário da bexiga (IQIC);
- Ter como sensação da bexiga “1- vontade normal de urinar, sem perda de urina” em todas as micções, avaliado pelo diário da bexiga (IQIC);
- Diminuir a pontuação do *King’s Health Questionnaire* para 0 em todos os domínios.

PLANO DE TRATAMENTO

1. Educação: Explicação da anatomia dos músculos do pavimento pélvico e trato urinário inferior através de um modelo anatómico da pélvis e imagens anatómicas (Bø, Berghmans, Mørkved, & Kampen, 2016);
2. Respiração abdominodiafragmática: manter a postura ensinada no passo anterior e realizar respiração abdominodiafragmática (Hodges, Sapsford, & Pengel, 2007);
3. Interpretação dos resultados do diário da bexiga juntamente com a paciente e ensinamento e explicação de mudanças comportamentais a começar a adotar a partir do preciso momento:
 - i) Diminuição do consumo de cafeína (National Institute for Health and Care Excellence, 2019);
 - ii) Aumentar a ingestão de líquidos (Burkhard *et al.*, 2020);

- iii) Diminuir o excesso de peso através da diminuição do estilo de vida sedentário e da incorporação de atividade física (Burkhard *et al.*, 2020; Yazdany *et al.*, 2020);
- iv) Reduzir a frequência urinária: a hiperatividade do detrusor provoca urgência miccional que tem como consequência a o aumento da frequência urinária e redução da capacidade funcional da bexiga (Burkhard *et al.*, 2020; Sussman, Syan, & Brucker, 2020)

4. Treino de bexiga (Cayir & Kizilkaya Beji, 2022):

- 1. Através da avaliação do diário da bexiga ficou perceptível que, a partir das 20h, a utente apresentada um consumo hídrico maior: horário de jantar e ceia. Foi sugerido, na primeira sessão, que distribuisse a ingestão hídrica pelo dia e diminuísse a ingestão a partir das 18h, para diminuir a frequência urinária noturna;
- 2. Ensino de estratégias de supressão da urgência (Booth & Bliss, 2020):

Passo 1	Pare, fique quieta e sente-se se for possível
Passo 2	Realizar contrações rápidas dos músculos do pavimento pélvico (3 a 5 vezes) *. Repita se for necessário
Passo 3	Relaxe o seu corpo e respire profundamente
Passo 4	Concentre-se na sensação de supressão da urgência
Passo 5	Espere até que a sensação de urgência diminua
Passo 6	Caminhe até à casa de banho calmamente

* Contração voluntária dos MPP para inibir a atividade do músculo detrusor

- 3. Aumentar os intervalos de tempo entre as micções: sempre que se sinta confortável com os intervalos estabelecidos, aumentar mais 30 minutos.

REGISTO SOAP

05.01.2023	
<u>S</u>	Utente motivada. Refere ter conseguido implementar as alterações comportamentais conforme estabelecido. Tem feito caminhadas diárias e iniciou com acompanhamento nutricional. Afirma que a estratégia de supressão da urgência foi eficaz em algumas situações: conseguiu diminuir a frequência para 8 a 10 vezes (ultrapassou o objetivo proposto das 10 a 12 vezes por dia); diminuiu a frequência noturna para 1 vez (ultrapassou o objetivo definido para a frequência noturna).
<u>O</u>	Diminuição da frequência urinária diurna e noturna.
<u>A</u>	Comunicação com a utente. Diário miccional.
<u>P</u>	Esclarecimento de dúvidas acerca do treino da bexiga.
Realizar em casa: - Manter treino da bexiga; - Manter alterações comportamentais.	
19.01.2023	
<u>S</u>	Utente motivada e colaborante com o plano de intervenção. Afirma ter mantido todos os propósitos definidos. Desde a primeira sessão perdeu 2,5kg. Refere que ainda mantém episódios de urgência miccional, mas que tem utilizado a estratégia de supressão da bexiga com sucesso. Atualmente a frequência miccional diária é de 8 a 9 vezes. A frequência noturna mantém-se igual (1 vez/ noite).
<u>O</u>	Diminuição da frequência urinária diurna e noturna.
<u>A</u>	Comunicação com a utente.
<u>P</u>	Esclarecimento de dúvidas acerca do treino da bexiga.
Realizar em casa: - Manter treino da bexiga; - Manter alterações comportamentais.	
16.02.2023	
<u>S</u>	Utente colaborante e muito entusiasmada. A cada semana percebe uma melhoria significativa da sua condição. Afirma já ter perdido 5 kg desde a primeira sessão e mantém estilo de vida ativo. Iniciou a semana passada treino com PT. Frequência miccional diurna: 7 a 8 vezes. Nega episódios de urgência urinária. Há 4 dias que não tem perturbação do sono por vontade de urinar.
<u>O</u>	Diminuição da frequência urinária diurna e noturna.
<u>A</u>	Comunicação com a utente.
<u>P</u>	Esclarecimento de dúvidas acerca do treino da bexiga.
Realizar em casa: - Manter treino da bexiga; - Manter alterações comportamentais; - Realizar diário miccional de 3 dias e trazer na próxima sessão.	

03.03.2023 DESMARCOU (motivo: ficou retida numa reunião de trabalho)	
08.03.2023	
<u>S</u>	Nega episódios de urgência miccional. Atualmente sem queixas de perturbação de sono ou limitação da vida diária e social. Desde o início da intervenção perdeu 8kg. Mantém plano nutricional e atividade física diária.
<u>O</u>	Frequência urinária de 6 a 7 vezes/dia e uma a nenhuma por noite. Sem sensação de urgência miccional; <i>Kings Health Questionnaire: 0 pontos em todos os domínios.</i>
<u>A</u>	Comunicação com a utente. Diário Miccional. <i>Kings Health Questionnaire.</i>
<u>P</u>	Esclarecimento de dúvidas acerca do treino da bexiga
Realizar em casa: - Manter treino da bexiga; - Manter alterações comportamentais. Não foram agendadas mais sessões.	

REFLEXÃO

Objetivos a curto prazo:

- Em 1 semana ingerir, no mínimo, 1L de líquidos por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido;**
- Em 2 semanas ingerir, no mínimo, 1,5L de líquidos por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido;**
- Em uma semana diminuir a ingestão de café para um por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido;**
- Em uma semana, iniciar exercício físico com caminhadas entre duas a três vezes por semana, com duração de 30 minutos, avaliado pelo *feedback* da utente: **Atingido;**
- Em 3 semanas, realizar exercício físico diário com caminhadas de 30 minutos de duração, avaliado pelo *feedback* da utente: **Atingido: superou-se o objetivo: foi atingido às duas semanas;**
- Em 2 semanas, diminuir a frequência urinária (cerca de 10 a 12 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido: a utente ultrapassou o objetivo. Às duas semanas apresentava uma frequência urinária de 8 a 10 vezes por dia.**

Objetivos a médio prazo

- Em 4 semanas, diminuir a frequência urinária (cerca de 8 a 10 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido:** este objetivo foi atingido às 2 semanas. Às 4 semanas a utente já apresentava uma frequência de 7 a 8 vezes por dia;
- Em 8 semanas, diminuir a frequência urinária (entre 7 a 8 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido:** este objetivo foi atingido às 4 semanas;
- Diminuir a frequência urinária noturna, em 4 semanas, para 1 vez por noite, avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido:** ultrapassou o objetivo: foi atingido às 2 semanas de intervenção.

Objetivos a longo prazo

- Manter a frequência urinária de 7 a 8 vezes por dia e 1 vez por noite, avaliado pelo diário da bexiga (IQIC): **Atingido.** A frequência urinária noturna passou para 1 a nenhuma vez por noite;
- Ter como sensação da bexiga “1- vontade normal de urinar, sem perda de urina” em todas as micções, avaliado pelo diário miccional (IQIC): **Atingido.**
- Diminuir a pontuação do *King's Health Questionnaire* para 0 em todos os domínios: **Atingido.**

ESCALAS PREENCHIDAS

Diário da bexiga de 3 dias (ICQ Bladder Diary) (26-27-28/12/2022)

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: [REDACTED]

DIA 1 DATA: 26/12/2022

Por favor complete este diário da bexiga de 3 dias. À frente da Hora inscreva o que se segue em cada coluna. Pode mudar as horas especificadas se precisar. Na coluna das horas, por favor escreva "cama" quando se foi deitar e "acordei" quando acordou.

Bebidas Escreva a quantidade que bebeu e o tipo de bebida.

Produção de urina Inscreva a quantidade que urinou em mililitros (mls) na coluna da produção de urina, de dia e de noite. Qualquer jarro medidor serve. Se urinou mas não lhe foi possível medir, ponha um ✓ nesta coluna. Se teve uma incontinência de urina em algum momento escreva aqui PERDA.

Sensação da bexiga Escreva a descrição de como se sentiu da bexiga quando foi ao quarto de banho usando este código

- 0 – Se não teve qualquer sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais", por exemplo, mesmo antes de sair, ou incerto sobre onde era a próxima casa de banho.
- 1 – Se teve uma vontade normal de urinar e nenhuma urgência. A "Urgência" é diferente das sensações normais da bexiga, e é a vontade de urinar súbita, compulsiva, que é difícil de adiar, ou uma sensação repentina de que precisa urinar e de que se não o fizer vai ter um acidente.
- 2 – Se teve urgência mas já tinha passado antes de chegar à casa de banho.
- 3 – Se teve urgência mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina.
- 4 – Se teve urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Pensos/Fraldas Se puser ou mudar um penso/fralda ponha um ✓ na coluna dos pensos/fraldas.

Aqui está um exemplo de como preencher o diário:

Hora	Bebidas		Produção de urina	Sensação da bexiga	Pensos/Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00 Despertei			350ml	2	
7:00	300ml	chá			
8:00			✓	2	
9:00					
10:00	Copo	água	Perda	3	✓

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos /fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00 <i>acordei</i>			200ml	1	
8:00		1 café	70ml	0	
9:00	1 copo 150ml	chá			
10:00			150ml	1	
11:00					
Meio-dia			55ml	0	
13:00	um copo 1 copo	vinho café			
14:00			100ml	0	
15:00		1 café			
16:00			95ml	1	
17:00 <i>16h30</i>	um copo 150ml	chá			
18:00			170ml	1	
19:00					
20:00	1 copo	chá	30ml	0	
21:00	2 copos 1	sumo café	110ml	1	
22:00 <i>2h30</i>	um copo 150ml	chá			
23:00 <i>deitar</i>			155ml	1	
Meia-noite <i>desmai</i>			90ml	0	
01:00					
02:00			200ml	1	
03:00			35ml	1	
04:00					
05:00					

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: _____

DIA 2 DATA: 27.11.2022

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00			25ml	1	
8:00		café	30ml	0	
9:00			50ml	0	
10:00	um copo 150ml	chá			
11:00			85ml	0	
Meio-dia			30ml	0	
13:00	um copo 150ml	água			
14:00			90ml	3	
15:00	um copo 150ml	chá			
16:00			50ml	0	
17:00		café			
18:00			30ml	3	
19:00	1 copo	água			
20:00	2 copos 300ml	vinho			
21:00			80ml	3	
22:00	150ml	café			
23:00		chá	100ml	1	
Meia-noite			60ml	0	
01:00					
02:00			100ml	1	
03:00					
04:00			50ml	1	
05:00					

7h30

de tarde
durante

DIA 3 DATA: 28.11.2022

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00	1 copo 150ml	chá	30ml	1	
8:00		café	50ml		
9:00			50ml		
10:00	150ml	chá			
11:00			70ml	3	
Meio-dia			90ml	0	
13:00	um copo 150ml	vinho			
14:00			100ml	3	
15:00					
16:00			40ml	3	
17:00	um copo	chá			
18:00		café			
19:00			200ml	1	
20:00	2 copos 300ml	vinho	55ml	3	
21:00		café			
22:00	150ml	chá	85ml		
23:00			100ml		
Meia-noite			70ml		
01:00					
02:00					
03:00			50ml	1	
04:00					
05:00			75ml	1	

7h30

Código da sensação da bexiga

- 0 – Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"
- 1 – Vontade normal de urinar, sem urgência
- 2 – Urgência, mas passou antes de ir à casa de banho
- 3 – Urgência, mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina
- 4 – Urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Diário da bexiga de 3 dias (ICQ Bladder Diary) (03-04-05/03/2023)

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: [REDACTED]

DIA 1 DATA: 03/03/2023

Por favor complete este diário da bexiga de 3 dias. À frente da Hora inscreva o que se segue em cada coluna. Pode mudar as horas especificadas se precisar. Na coluna das horas, por favor escreva "cama" quando se foi deitar e "acordei" quando acordou.

Bebidas Escreva a quantidade que bebeu e o tipo de bebida.

Produção de urina Inscreva a quantidade que urinou em mililitros (mls) na coluna da produção de urina, de dia e de noite. Qualquer jarro medidor serve. Se urinou mas não lhe foi possível medir, ponha um ✓ nesta coluna. Se teve uma incontinência de urina em algum momento escreva aqui PERDA.

Sensação da bexiga Escreva a descrição de como se sentiu da bexiga quando foi ao quarto de banho usando este código

- 0 – Se não teve qualquer sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais", por exemplo, mesmo antes de sair, ou incerto sobre onde era a próxima casa de banho.
- 1 – Se teve uma vontade normal de urinar e nenhuma urgência. A "Urgência" é diferente das sensações normais da bexiga, e é a vontade de urinar súbita, compulsiva, que é difícil de adiar, ou uma sensação repentina de que precisa urinar e de que se não o fizer vai ter um acidente.
- 2 – Se teve urgência mas já tinha passado antes de chegar à casa de banho.
- 3 – Se teve urgência mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina.
- 4 – Se teve urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Pensos/Fraldas Se puser ou mudar um penso/fralda ponha um ✓ na coluna dos pensos/fraldas.

Aqui está um exemplo de como preencher o diário:

Hora	Bebidas		Produção de urina	Sensação da bexiga	Pensos/Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00 Despertei			350ml	2	
7:00	300ml	chá		2	
8:00			✓		
9:00					
10:00	Copo	água	Perda	3	✓

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos /fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00			300ml	1	
8:00		1 café			
9:00			120ml	1	
10:00	500ml	água			
11:00					
Meio-dia	2 copos	água			
13:00			230ml	1	
14:00					
15:00					
16:00			260ml	1	
17:00					
18:00			300ml	1	
18h40					
19:00					
20:00	1 copo	água			
21:00			230ml	1	
22:00					
23:00			240ml	1	
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: _____

DIA 2 DATA: 04/10/2023

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00		330	330ml	1	
8:00		1 copo			
9:00			200ml	1	
10:00					
11:00			240ml	1	
Meio-dia	2 copos	água			
13:00			300ml	1	
14:00					
15:00					
16:00			330ml	1	
17:00					
18:00					
19:00			290ml	1	
20:00			165ml	1	
21:00	1 copo	água			
22:00			240ml	1	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIA 3 DATA: 05/10/2023

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00			310ml	1	
8:00		1 copo			
9:00			240ml	1	
10:00					
11:00					
Meio-dia	2 copos	água			
13:00			250ml	1	
14:00					
15:00					
16:00			300ml	1	
17:00					
18:00					
19:00			320ml	1	
20:00	1 copo	água			
21:00			220ml	1	
22:00					
23:00			200ml	1	
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

Código da sensação da bexiga

- 0 – Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"
- 1 – Vontade normal de urinar, sem urgência
- 2 – Urgência, mas passou antes de ir à casa de banho
- 3 – Urgência, mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina
- 4 – Urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Avaliação King's Health Questionnaire (22/12/2022)

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

Percepção Geral de Saúde	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Muito Mau
1. Como descreveria o seu actual estado de saúde?				X	

Impacto da Incontinência	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
2. De que modo o seu problema de bexiga afecta a sua vida?				X

A seguir, estão enumeradas algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelo seu problema de bexiga. De que forma o seu problema de bexiga a afecta? Responda, por favor, cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

Limitações de Actividades Diárias	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc?			X	
3b. De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou suas actividades diárias fora de casa?				X

Limitações Físicas	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4a. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?				X
4b. O seu problema de bexiga afecta as suas viagens?				X

Limitações Sociais	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4c. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?				X
4d. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?			X	

Relações Pessoais	Não Aplicável	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
5a. O seu problema de bexiga afecta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?				X	
5b. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?			X		
5c. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?				X	

Emoções	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?				X

6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?				X
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?				X

Sono e Disposição	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7a. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?				X
7b. Sente-se esgotada ou cansada?			X	

Faz alguma das seguintes coisas? Se faz, com que frequência?

Medidas de Gravidade	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?		X		
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?				X
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?	X			
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?		X		
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?			X	

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

Avaliação King's Health Questionnaire (08.03.2023)

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

Percepção Geral de Saúde	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Muito Mau
1. Como descreveria o seu actual estado de saúde?	X				

Impacto da Incontinência	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
2. De que modo o seu problema de bexiga afecta a sua vida?	X			

A seguir, estão enumeradas algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelo seu problema de bexiga. De que forma o seu problema de bexiga a afecta? Responda, por favor, cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

Limitações de Actividades Diárias	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc?	X			
3b. De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou suas actividades diárias fora de casa?	X			

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

Percepção Geral de Saúde	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Muito Mau
1. Como descreveria o seu actual estado de saúde?	X				

Impacto da Incontinência	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
2. De que modo o seu problema de bexiga afecta a sua vida?	X			

A seguir, estão enumeradas algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelo seu problema de bexiga. De que forma o seu problema de bexiga a afecta? Responda, por favor, cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

Limitações de Actividades Diárias	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc?	X			
3b. De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou suas actividades diárias fora de casa?	X			

6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?	X			
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?	X			

Sono e Disposição	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7a. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?	X			
7b. Sente-se esgotada ou cansada?	X			

Faz alguma das seguintes coisas? Se faz, com que frequência?

Medidas de Gravidade	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?	X			
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?	X			
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?	X			
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?	X			
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?	X			

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Data: 22 / Dezembro / 20 22

Assinatura do utente:

O Fisioterapeuta:

Nome: Tânia Sofia Correia Vieira

Assinatura:



b) Registo 2 (Prolapso pélvico- cistocelo)

REGISTO DE UTENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: O. S Idade: 65 anos Data de nascimento: 28/08/1957

Início da intervenção: 15/12/2022

IMC: 23,8

Médico assistente: Dr. X Fisioterapeuta: Tânia Vieira

Diagnóstico Médico: Cistocelo grau 2

Motivo do Pedido de Intervenção: Reabilitação do pavimento pélvico por presença de cistocelo grau 2

CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO

Profissão: Professora reformada

Residência: Reside em Setúbal (50km da clínica).

EXAME SUJETIVO (13/12/2021)

História clínica atual

Utente do sexo feminino, com 65 anos, encaminhado pelo ginecologista. Queixas de sensação diária de peso na vagina, há cerca de 2 anos. Refere que a sintomatologia agrava na posição ortostática, quando realiza esforços (essencialmente quando fica a tomar conta da neta) e com sintomatologia aumentada ao final do dia.

Afirma fazer caminhadas diárias de cerca de uma hora.

Quando espirra ou tosse, sente agravamento do prolapso.

Nega necessidade de manobras manuais para redução do prolapso.

Nega incontinência e urgência urinária, enurese noturna, disúria, dificuldade em urinar, hematúria, infeções urinárias recorrentes e sensação de peso na bexiga.

Afirma não ser sexualmente ativa.

Iniciou a intervenção em fisioterapia a 15/12/2022. As sessões foram realizadas com intervalos de 15 dias, a pedido da utente, devido à deslocação.

A utente encontrava-se orientada e colaborante, fatores positivos para o processo de recuperação.

Sintomas urinários

Incontinência urinária: Não

Perdas: Não

Ingestão hídrica diária: 1,5L diários

Outros sintomas: sem queixas de noctúria, disúria, hematúria, dificuldade em urinar, infeções urinárias recorrentes, sensação de esvaziamento incompleto

Sintomas gastrointestinais

Incontinência para gases ou fezes: não

Frequência de defecções: diária

Consistência das fezes: nega ter fezes duras ou irregulares, esforço defecatório, sensação de esvaziamento incompleto e utilização de laxantes

Sintomas ginecológicos

Sensação de peso na vagina: sim

Sexualmente ativo: não

Alteração da função sexual: não aplicável

Expectativa do utente: diminuição do desconforto causado pela sensação de peso diária na vagina.

História clínica anterior

- Menopausa: 56 anos;
- Parto eutócico há 40 anos, sem intercorrências. Nega qualquer disfunção do pavimento pélvico até há 2 anos (quando começou com a sensação de peso na vagina).

Medicação habitual

Nada a registar

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

<i>Fatores Pessoais</i>	<i>Fatores Ambientais</i>
<i>Motivada (+)</i>	Atividade profissional antes da reforma: longos períodos na posição ortostática (-)
<i>Colaborante (+)</i>	Vive longe da clínica (-)
<i>Ativa (+)</i>	Cuidar da neta (-)
<i>IMC normal (+)</i>	
<i>Antecedentes obstétricos (-)</i>	
<i>Menopausa (-)</i>	
<i>Idade (-)</i>	

9. legenda: *Facilitadores (+); Barreiras (-)*

Limitações da atividade e restrições da participação referidas pelo utente:

Utente refere limitação em realizar as tarefas domésticas, pegar em objetos pesados como sacos de compras, em pegar a neta ao colo e limitação em permanecer na posição ortostática por longos períodos.

Outros dados clínicos (exames complementares):

Sem exames complementares dignos de registo.

EXAME OBJETIVO (15/12/2021)

Estado Geral:

Utente orientada e colaborante, sem humor deprimido.

Observação da Postura

Postura ortostática e sentada

Plano	Observação
Anterior	Rotação interna dos ombros
Posterior	Aumento da cifose dorsal;
Lateral	Ligeira retificação lombar e báscula posterior da pélvis

Parede abdominal:

Pele hidratada, sem alterações morfológicas e /ou presença de massas.

Padrão Ventilatório

Costal superior. Abdominodiafragmática, a pedido, sem dificuldade.

Pavimento Pélvico:

Observação:

Pele e mucosas hidratadas e sem deformidades, vulva apresenta cor rosada e sem presença de cicatrizes. Introito vaginal ligeiramente aberto, observando-se cistocelo. Não se observaram fissuras ou hemorroidas.

Exame físico:

- Exame neurológico: sem alteração da sensibilidade tátil, dolorosa e térmica
- Pontos dolorosos: sem dores na musculatura superficial e profunda
- Tônus muscular: ligeira hipotonia dos músculos superficiais e elevador do ânus (profundo)
- Consciência do movimento: eficaz, consciência da contração e relaxamento
- Força muscular: Grau 2+/5 na escala de Oxford modificada
- Endurance: 3/10 segundos
- Repetições: 10 repetições de 3 segundos
- Número Máximo de contrações rápidas (um segundo): Sem capacidade
- Teste da tosse (stress test): negativo para perda de urina na posição de decúbito dorsal.
Positivo para cistocelo: agravamento do prolapso, na posição de decúbito dorsal
- Teste períneo descendente: negativo

Outros testes/escalas: *prolapse quality of life questionnaire* (P-QoL) (Digesu, Khullar, Cardozo, Robinson, & Salvatore, 2005; Guerra *et al.*, 2021).

Questionários de Qualidade de vida:

***Prolapse quality of life questionnaire* (P-QoL) (15/12/2021):**

Limitações de Atividades Diárias: 83 pontos

Limitações Físicas / Sociais: 67 pontos

Relacionamento pessoal: 0 pontos

Emoções: 33 pontos

Sono / Energia: 0

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA (incluindo códigos e qualificadores)

Principais Problemas	Restrição da Participação: d640 e d620 – Limitação em realizar tarefas domésticas e aquisição de bens e serviços (compras e objetos pesados)
	Limitação da Atividade/ Funcional: d4300- Dificuldade em levantar objetos pesados; d40301– Levantar e transportar compras pesadas d6601 – Sensação de peso na vagina quando pega a neta ao colo d4154 – Limitação em permanecer por longos períodos em ortostatismo
	Alterações de estrutura e função: s6102 – Cistocelo grau 2 b7300- Diminuição da força muscular do músculo profundo elevador do ânus (puborectal, pubococcigeo, iliococcigeo) direito e esquerdo e dos músculos superficiais (bulboesponjoso, isquicavernoso e transverso do períneo) direito e esquerdo; b7350- Hipotonia dos músculos bulbocavernoso direito e esquerdo e elevador do ânus direito e esquerdo (puborectal, pubococcigeo, iliococcigeo). b7400 – Diminuição da resistência muscular (10 repetições de 5 segundos); b7401- Diminuição da capacidade de resistência dos músculos superficiais e profundos do pavimento pélvico.
Problemas Potenciais: Isolamento social; Aumentar a fraqueza dos músculos do pavimento pélvico; Hiper mobilidade uretral; Aparecimento de incontinência urinária; Agravamento do grau do prolapso.	

Diagnóstico em Fisioterapia:

Utente de sexo feminino, 65 anos, com limitações significativas na vida pessoal, com limitação em cuidar da neta, realizar tarefas domésticas, pegar objetos pesados, permanecer períodos longos de pé por prolapso dos órgãos pélvicos (cistocelo grau 2) e diminuição da força (2+) e resistência (10 repetições de 4 segundos).

Prognóstico:

Resolução da limitação da vida diária e da atividade profissional, em 16 semanas (National Institute for health and care excellence, 2021)

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Curto Prazo (até às 4 semanas de intervenção)

- Diminuir a sensação de peso na vagina em, pelo menos, 15%, avaliado pelo *feedback* da utente, em 4 semanas;
- Aumentar a força dos músculos do pavimento pélvico para grau 3, avaliado pela escala de *Oxford* Modificada, em 4 semanas;
- Aumentar a resistência dos músculos do pavimento pélvico de “10 repetições de 3 segundos” para “10 repetições de 5 segundos”, avaliado por palpação vaginal, em 4 semanas.;

Médio Prazo (12 semanas de intervenção)

- Aumentar a força dos músculos do pavimento pélvico para grau 4; avaliado pela palpação vaginal e escala de *Oxford* Modificada;
- Aumentar a resistência dos músculos do pavimento pélvico para “10 repetições de 8 segundos”; avaliado por palpação vaginal através do esquema PERFECT;
- Diminuir para pelo menos metade a pontuação nos domínios “Limitações de atividades diárias” e “Limitações Físicas / Sociais” para metade dos pontos; avaliado pelo *Prolapse quality of life questionnaire* (P-QoL).

Longo Prazo (16 semanas de intervenção)

- Aumentar a resistência dos músculos do pavimento pélvico para “10 repetições de 10 segundos”; avaliado por palpação vaginal através do esquema PERFECT;
- Diminuir a pontuação nos domínios “Limitações de atividades diárias” e “Limitações Físicas / Sociais” para 0 pontos; avaliado pelo *Prolapse quality of life questionnaire* (P-QoL).

PLANO DE TRATAMENTO

1. Educação: explicação da anatomia dos músculos do pavimento pélvico e trato urinário inferior através de um modelo anatómico da pélvis e imagens anatómicas (Bø, Berghmans, Mørkved, & Kampen, 2016);
2. Modificação de comportamentos / hábitos:
 - Precaução no carregamento de objetos pesados (National Institute for health and care excellence, 2021);
 - Prevenção da obstipação:
 - No sentido de minimizar a pressão sobre o pavimento pélvico foi aconselhado a adotar uma postura mais favorável durante a defecação: utilizar um degrau ou banco com cerca de 20 a 30 cm de altura. Os pés devem estar bem apoiados no banco, mantendo a largura das ancas, deve inclinar-se para a frente e apoiar os cotovelos sobre as coxas. Este método pode contribuir para uma posição mais natural e facilitar a evacuação (National Institute for health and care excellence, 2021);
 - Incentivo a manter uma dieta rica em fibras e uma ingestão adequada de líquidos (Turawa, Musekiwa, & Rohwer, 2020);
 - Explicar que deve evitar *straining* (esforço para defecar) e que deve sempre respeitar o desejo defecatório (National Institute for health and care excellence, 2021).
3. Ensino da correta contração dos músculos do pavimento pélvico primeiro na posição sentada (Bø *et al.*, 2016) e em seguida, deitada com as pernas abduzidas, joelhos e ancas fletidas e pés apoiados na marquesa. Dar *feedback* propriocetivo através do contato manual e comando verbal (Bø, 2014);
4. Treino da técnica “*Knack*”: na posição deitada, ensinar a pré ativação dos músculos do pavimento pélvico antes e durante os aumentos de pressão (por exemplo quando carrega objetos pesados ou pega na neta ao colo) para prevenir agravamento do prolapso (Fitz *et al.*, 2021);
5. Treino dos músculos do pavimento pélvico durante, pelo menos, 16 semanas (National Institute for health and care excellence, 2021).

Deve manter uma periodicidade diária, realizando em casa entre as sessões de fisioterapia. A progressão é feita através do esquema PERFECT, deve se adicionar mais segundos a cada contração. Quando conseguir realizar contrações de 10 segundos, adicionar no final de cada contração 4 contrações rápidas, seguidas de um relaxamento total da musculatura. O objetivo é aumentar a dificuldade até conseguir realizar 3 séries de 12 repetições de 10 segundos.

A descrição e adaptação do treino, para cada sessão, é apresentada com maiores detalhes no registo SOAP.

REGISTO SOAP

29.12.2023	
<u>S</u>	Mantém queixas diárias após muito tempo na posição ortostática. Refere melhoria das queixas quando faz mais esforços uma vez que associa à pré-ativação dos MPP ao esforço. Alterou hábitos defecatórios. Afirma ter realizado os exercícios em casa diariamente.
<u>O</u>	(P- Grau 2+; E- 3 segundos; R- 10 repetições; F- não aplicado)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições de 4 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições de 4 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
12.01.2023	
<u>S</u>	Utente mais motivada desde a última sessão. Refere que já tem maior consciência de como evitar o agravamento do prolapso com a pré-ativação. Afirma manter queixas, mas com menor impacto no seu dia a dia. Mantém hábitos defecatórios; Diz ter realizado os exercícios todos os dias.
<u>O</u>	(P- Grau 3; E- 5 segundos; R- 10 repetições; F- não aplicado)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições de 6 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições de 6 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
26.01.2023	
<u>S</u>	Utente desmotivada, pois, afirma não ter sentido evolução desde a última sessão. Teve um período de 4 dias de tosse que acredita que possa ter influenciado a não evoluir, contudo acredita não ter regredido; Mantém hábitos defecatórios; Afirma ter realizado os exercícios em casa, sem falhas.

<u>Q</u>	(P- Grau 3; E- 6 segundos; R- 10 repetições; F- não aplicado)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições de 7 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
09.01.2023	
<u>S</u>	Refere queixas ao final do dia, mas com menos impacto comparado com o início da intervenção. Mantém exercícios diários, sem dificuldade.
<u>Q</u>	(P- Grau 3+; E- 8 segundos; R- 10 repetições; F- não aplicado)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições de 8 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
23.01.2023	
<u>S</u>	Paciente motivada com o plano de intervenção; Refere diminuição da sintomatologia para metade das vezes; Afirma já conseguir pegar em objetos pesados e na neta, sem sensação de agravamento do prolapso. Tem feito os exercícios em casa diariamente.
<u>Q</u>	(P- Grau 4; E- 10 segundos; R- 10 repetições; F- não aplicado)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições de 10 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
09.02.2023	
<u>S</u>	Sintomatologia em menos de metade dos dias. Afirma já ter consciência dos músculos do pavimento pélvico capaz de eliminar a sintomatologia. Mantém exercícios diários, sem dificuldade.
<u>Q</u>	(P- Grau 4; E- 10 segundos; R- 10 repetições; F- não aplicado) <i>Prolapse quality of life questionnaire (P-QoL)</i> : Limitações de Atividades Diárias: 83 pontos Limitações Físicas / Sociais: 67 pontos Relacionamento pessoal: 0 pontos Emoções: 33 pontos Sono / Energia: 0
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> . Inspeção. <i>Stress Test</i> . <i>Prolapse quality of life questionnaire (P-QoL)</i> .

<u>P</u>	Treino dos MPP (3 séries de 10 repetições de 10 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
23.02.2023	
<u>S</u>	A utente nega sintomatologia quando pega em objetos pesados ou na neta. Contudo, no final de dias com mais esforços, sente uma ligeira sensação de peso na vagina;
<u>O</u>	(P- Grau 5; E- 10 segundos; R- 10 repetições; F- 4 contrações rápidas)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT.
<u>P</u>	Treino dos MPP (3 séries de 10 repetições de 10 segundos + 4 contrações rápidas no final da contração). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos + 4 contrações rápidas no final da contração; - Treino <i>Knack</i> .	
06.03.2023	
<u>S</u>	Utente nega sintomatologia desde a última sessão.
<u>O</u>	(P- Grau 5; E- 10 segundos; R- 10 repetições; F- 4 contrações) <i>Prolapse quality of life questionnaire</i> (P-QoL): 0 pontos.
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Inspeção. <i>Stress Test. Prolapse quality of life questionnaire</i> (P-QoL).
<u>P</u>	Treino dos MPP (3 séries de 10 repetições de 10 segundos + 4 contrações rápidas no final da contração). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos + 4 contrações rápidas no final da contração; - Treino <i>Knack</i> .	

REFLEXÃO

Objetivos a curto prazo

- Diminuir a sensação de peso na vagina em, pelo menos, 25%, avaliado pelo *feedback* da utente, em 4 semanas: **Atingido;**
- Aumentar a força dos músculos do pavimento pélvico para grau 3, avaliado pela escala de *Oxford* Modificada, em 4 semanas: **Atingido;**
- Aumentar a resistência dos músculos do pavimento pélvico de “10 repetições de 3 segundos” para “10 repetições de 5 segundos”, avaliado por palpação vaginal, em 4 semanas: **Atingido.**

Objetivos a médio prazo

- Aumentar a força dos músculos do pavimento pélvico para grau 4; avaliado pela palpação vaginal e escala de *Oxford* Modificada: **Atingido;** Este objetivo foi ultrapassado. A utente obteve o grau 4 às 11 semanas;
- Aumentar a resistência dos músculos do pavimento pélvico para “10 repetições de 8 segundos”; avaliado por palpação vaginal através do esquema PERFECT: **Atingido;** Este objetivo foi ultrapassado. A utente obteve a capacidade de resistência muscular de 10 segundos;
- Diminuir para pelo menos metade a pontuação nos domínios “Limitações de atividades diárias” e “Limitações Físicas / Sociais” para metade dos pontos; avaliado pelo *Prolapse quality of life questionnaire* (P-QoL): **Atingido.**

Objetivos a longo prazo

- Aumentar a resistência dos músculos do pavimento pélvico para “10 repetições de 10 segundos”; avaliado por palpação vaginal através do esquema PERFECT; **Atingido;** Este objetivo foi ultrapassado conforme referido acima;
- Diminuir a pontuação nos domínios “Limitações de atividades diárias” e “Limitações Físicas / Sociais” para 0 pontos; avaliado pelo *Prolapse quality of life questionnaire* (P-QoL): **Atingido.**

ESCALAS PREENCHIDAS

Prolapse quality of life questionnaire (P-QoL) (15.12.2022)

UM PROLAPSO É UMA "BOLA OU ABAULAMENTO" QUE DESCE PELA VAGINA CAUSANDO DESCONFRONTO

POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO

1. Como você descreveria sua saúde neste momento? Por favor marque uma resposta

1a. Muito boa ☐

1b. Boa ☐

1c. Regular ☒

1d. Ruim ☐

1e. Muito ruim ☐

2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? Por favor marque uma resposta

2a. Não afeta ☐

2b. Um pouco ☐

2c. Moderadamente ☒

2d. Muito ☐

3. Por favor anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
3a. Ir ao banheiro para urinar com muita frequência.	☐	☒	☐	☐	☐
3b. Urgência: desejo urgente de urinar	☐	☒	☐	☐	☐
3c. Incontinência por urgência: perda urinária associada a um forte desejo de urinar	☐	☒	☐	☐	☐
3d. Incontinência de esforço: perda urinária associada à tosse.	☐	☒	☐	☐	☐
3e. Sensação de um abaulamento/ bola saindo da vagina	☐	☐	☐	☐	☒
3f. Sensação de peso ou pressão na parte inferior do abdome (barriga) que aparece ou piora no decorrer do dia	☐	☐	☐	☒	☐
3g. Abaulamento na vagina interferindo no esvaziamento do intestino	☐	☒	☐	☐	☐
3h. Desconforto na vagina que piora quando está em pé e alivia quando se deita.	☐	☐	☐	☒	☐
3i. Jato urinário fraco	☐	☒	☐	☐	☐
3j. Esforço para esvaziar a bexiga	☐	☒	☐	☐	☐
3k. Gotejamento de urina após esvaziar a bexiga	☐	☒	☐	☐	☐

4. Por favor, anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
4a. Sensação de não ter esvaziado completamente o intestino após ter defecado	☐	☒	☐	☐	☐
4b. Constipação dificuldade em esvaziar o intestino	☐	☒	☐	☐	☐
4c. Esforço para defecar	☐	☒	☐	☐	☐
4d. Abaulamento na vagina que atrapalha o sexo	☒	☐	☐	☐	☐
4e. Dor lombar (na parte inferior das costas) que piora com o desconforto vaginal	☐	☒	☐	☐	☐
4f. Você ajuda a esvaziar o intestino com seus dedos?	☐	☒	☐	☐	☐
4g. Com que frequência você defeca	☐	☐	☐	☒	☐

Abaixo estão algumas atividades diárias que podem ser prejudicadas pelo seu problema de prolapso. Quanto o seu problema incomoda você?

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
5a. Quanto o seu prolapso afeta suas atividades domésticas (ex. limpeza, compras, etc.)	☐	☐	☐	☒
5b. Seu prolapso afeta seu trabalho ou suas atividades diárias normais fora de casa?	☐	☐	☒	☐

6. Limitações Físicas / Sociais

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
6a. Seu prolapso afeta suas atividades físicas (ex. caminhar, correr, praticar esportes, ginástica, etc...)	☐	☐	☒	☐
6b. O seu prolapso afeta sua capacidade de viajar?	☐	☐	☒	☐
6c. O seu prolapso limita sua vida social?	☐	☐	☒	☐
6d. O seu prolapso limita sua capacidade de ver/visitar amigos?	☐	☐	☒	☐

7. Relacionamento Pessoal

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. LIGEIRAMENTE	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
7a. O seu prolapso afeta o relacionamento com o seu parceiro	☒	☐	☐	☐	☐
7b. O seu prolapso afeta sua vida sexual?	☒	☐	☐	☐	☐
7c. O seu prolapso afeta sua vida familiar?	☒	☐	☐	☐	☐

8. Emoções

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
8a. O seu prolapso faz você se sentir deprimida?	☐	☒	☐	☐
8b. O seu prolapso faz você se sentir ansiosa ou nervosa?	☐	☒	☐	☐
8c. O seu prolapso faz você se sentir mal consigo mesma?	☐	☒	☐	☐

9. Sono / Energia

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
9a. O seu prolapso afeta seu sono?	☒	☐	☐	☐
9b. Você se sente exausta/cansada?	☒	☐	☐	☐

Você faz alguma das seguintes coisas para ajudar seu problema de prolapso?

10. Responda mesmo que você não sinta que tem prolapso. Se sim, quanto?

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
10a. Usa absorventes internos/externos ou calcinhas firmes?	☐	☒	☐	☐
10b. Você empurra o seu prolapso para cima?	☐	☒	☐	☐
10c. Dor ou desconforto devido ao prolapso?	☐	☐	☒	☐
10d. O prolapso impede você de ficar em pé?	☐	☐	☒	☐

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

Prolapse quality of life questionnaire (P-QoL) (09/02/2023)

UM PROLAPSO É UMA "BOLA OU ABAULAMENTO" QUE DESCE PELA VAGINA CAUSANDO DESCONFRONTO

POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO

1. Como você descreveria sua saúde neste momento? Por favor marque uma resposta

1a. Muito boa ☐

1b. Boa ☒

1c. Regular ☐

1d. Ruim ☐

1e. Muito ruim ☐

2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? Por favor marque uma resposta

2a. Não afeta ☐

2b. Um pouco ☒

2c. Moderadamente ☐

2d. Muito ☐

3. Por favor anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
3a. Ir ao banheiro para urinar com muita frequência.	☐	☒	☐	☐	☐
3b. Urgência: desejo urgente de urinar	☐	☒	☐	☐	☐
3c. Incontinência por urgência: perda urinária associada a um forte desejo de urinar	☐	☒	☐	☐	☐
3d. Incontinência de esforço: perda urinária associada à tosse.	☐	☒	☐	☐	☐
3e. Sensação de um abaulamento/bola saindo da vagina	☐	☐	☒	☐	☐
3f. Sensação de peso ou pressão na parte inferior do abdome (barriga) que aparece ou piora no decorrer do dia	☐	☒	☐	☐	☐
3g. Abaulamento na vagina interferindo no esvaziamento do intestino	☐	☒	☐	☐	☐
3h. Desconforto na vagina que piora quando está em pé e alivia quando se deita.	☐	☒	☐	☐	☐
3i. Jato urinário fraco	☐	☒	☐	☐	☐
3j. Esforço para esvaziar a bexiga	☐	☒	☐	☐	☐
3k. Gotejamento de urina após esvaziar a bexiga	☐	☒	☐	☐	☐

4. Por favor, anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
4a. Sensação de não ter esvaziado completamente o intestino após ter defecado	☐	☒	☐	☐	☐
4b. Constipação dificuldade em esvaziar o intestino	☐	☒	☐	☐	☐
4c. Esforço para defecar	☐	☒	☐	☐	☐
4d. Abaulamento na vagina que atrapalha o sexo	☒	☐	☐	☐	☐
4e. Dor lombar (na parte inferior das costas) que piora com o desconforto vaginal	☐	☒	☐	☐	☐
4f. Você ajuda a esvaziar o intestino com seus dedos?	☐	☒	☐	☐	☐
4g. Com que frequência você defeca	☐	☐	☐	☒	☐

Abaixo estão algumas atividades diárias que podem ser prejudicadas pelo seu problema de prolapso. Quanto o seu problema incomoda você?

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
5a. Quanto o seu prolapso afeta suas atividades domésticas (ex. limpeza, compras, etc.)	☐	☒	☐	☐
5b. Seu prolapso afeta seu trabalho ou suas atividades diárias normais fora de casa?	☐	☒	☐	☐

6. Limitações Físicas / Sociais

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
6a. Seu prolapso afeta suas atividades físicas (ex. caminhar, correr, praticar esportes, ginástica, etc....)	☐	☒	☐	☐
6b. O seu prolapso afeta sua capacidade de viajar?	☒	☐	☐	☐
6c. O seu prolapso limita sua vida social?	☐	☒	☐	☐
6d. O seu prolapso limita sua capacidade de ver/visitar amigos?	☒	☐	☐	☐

7. Relacionamento Pessoal

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. LIGEIRAMENTE	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
7a. O seu prolapso afeta o relacionamento com o seu parceiro	☒	☐	☐	☐	☐
7b. O seu prolapso afeta sua vida sexual?	☒	☐	☐	☐	☐
7c. O seu prolapso afeta sua vida familiar?	☒	☐	☐	☐	☐

8. Emoções

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
8a. O seu prolapso faz você se sentir deprimida?	☒	☐	☐	☐
8b. O seu prolapso faz você se sentir ansiosa ou nervosa?	☒	☐	☐	☐
8c. O seu prolapso faz você se sentir mal consigo mesma?	☐	☒	☐	☐

9. Sono / Energia

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
9a. O seu prolapso afeta seu sono?	☒	☐	☐	☐
9b. Você se sente exausta/cansada?	☒	☐	☐	☐

Você faz alguma das seguintes coisas para ajudar seu problema de prolapso?

10. Responda mesmo que você não sinta que tem prolapso. Se sim, quanto?

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
10a. Usa absorventes internos/externos ou calcinhas firmes?	☐	☒	☐	☐
10b. Você empurra o seu prolapso para cima?	☒	☐	☐	☐
10c. Dor ou desconforto devido ao prolapso?	☒	☐	☐	☐
10d. O prolapso impede você de ficar em pé?	☒	☐	☐	☐

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

Prolapse quality of life questionnaire (P-QoL) (06/03/2023)

1. Como você descreveria sua saúde neste momento?	Por favor marque uma resposta
1a. Muito boa	☒
1b. Boa	☐
1c. Regular	☐
1d. Ruim	☐
1e. Muito ruim	☐
2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida?	Por favor marque uma resposta
2a. Não afeta	☒
2b. Um pouco	☐
2c. Moderadamente	☐
2d. Muito	☐

3. Por favor anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
3a. Ir ao banheiro para urinar com muita frequência.	☐	☒	☐	☐	☐
3b. Urgência: desejo urgente de urinar	☐	☒	☐	☐	☐
3c. Incontinência por urgência: perda urinária associada a um forte desejo de urinar	☐	☒	☐	☐	☐
3d. Incontinência de esforço: perda urinária associada à tosse.	☐	☒	☐	☐	☐
3e. Sensação de um abaulamento/ bola saindo da vagina	☐	☒	☐	☐	☐
3f. Sensação de peso ou pressão na parte inferior do abdome (barriga) que aparece ou piora no decorrer do dia	☐	☒	☐	☐	☐
3g. Abaulamento na vagina interferindo no esvaziamento do intestino	☐	☒	☐	☐	☐
3h. Desconforto na vagina que piora quando está em pé e alivia quando se deita.	☐	☒	☐	☐	☐
3i. Jato urinário fraco	☐	☒	☐	☐	☐
3j. Esforço para esvaziar a bexiga	☐	☒	☐	☐	☐
3k. Gotejamento de urina após esvaziar a bexiga	☐	☒	☐	☐	☐

4. Por favor, anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
4a. Sensação de não ter esvaziado completamente o intestino após ter defecado	☐	☒	☐	☐	☐
4b. Constipação dificuldade em esvaziar o intestino	☐	☒	☐	☐	☐
4c. Esforço para defecar	☐	☒	☐	☐	☐
4d. Abaulamento na vagina que atrapalha o sexo	☒	☐	☐	☐	☐
4e. Dor lombar (na parte inferior das costas) que piora com o desconforto vaginal	☐	☒	☐	☐	☐
4f. Você ajuda a esvaziar o intestino com seus dedos?	☐	☒	☐	☐	☐
4g. Com que frequência você defeca	☐	☐	☐	☒	☐

Abaixo estão algumas atividades diárias que podem ser prejudicadas pelo seu problema de prolapso. Quanto o seu problema incomoda você?

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
5a. Quanto o seu prolapso afeta suas atividades domésticas (ex. limpeza, compras, etc.)	☒	☐	☐	☐
5b. Seu prolapso afeta seu trabalho ou suas atividades diárias normais fora de casa?	☒	☐	☐	☐

6. Limitações Físicas / Sociais

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
6a. Seu prolapso afeta suas atividades físicas (ex. caminhar, correr, praticar esportes, ginástica, etc...)	☒	☐	☐	☐
6b. O seu prolapso afeta sua capacidade de viajar?	☒	☐	☐	☐
6c. O seu prolapso limita sua vida social?	☒	☐	☐	☐
6d. O seu prolapso limita sua capacidade de ver/visitar amigos?	☒	☐	☐	☐

7. Relacionamento Pessoal

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. LIGEIRAMENTE	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
7a. O seu prolapso afeta o relacionamento com o seu parceiro	☒	☐	☐	☐	☐
7b. O seu prolapso afeta sua vida sexual?	☒	☐	☐	☐	☐
7c. O seu prolapso afeta sua vida familiar?	☒	☐	☐	☐	☐

8. Emoções

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
8a. O seu prolapso faz você se sentir deprimida?	☒	☐	☐	☐
8b. O seu prolapso faz você se sentir ansiosa ou nervosa?	☒	☐	☐	☐
8c. O seu prolapso faz você se sentir mal consigo mesma?	☒	☐	☐	☐

9. Sono / Energia

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
9a. O seu prolapso afeta seu sono?	☒	☐	☐	☐
9b. Você se sente exausta/cansada?	☒	☐	☐	☐

Você faz alguma das seguintes coisas para ajudar seu problema de prolapso?

10. Responda mesmo que você não sinta que tem prolapso. Se sim, quanto?

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
10a. Usa absorventes internos/externos ou calcinhas firmes?	☒	☐	☐	☐
10b. Você empurra o seu prolapso para cima?	☒	☐	☐	☐
10c. Dor ou desconforto devido ao prolapso?	☒	☐	☐	☐
10d. O prolapso impede você de ficar em pé?	☒	☐	☐	☐

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Data: 15 / _____ Dezembro / 2022

Assinatura do utente:



O Fisioterapeuta:

Nome: Tânia Sofia Correia Vieira

Assinatura:



c) Registo 3 (Incontinência urinária de esforço)

REGISTO DE UTENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: S. B Idade: 43 anos Data de nascimento: 23/09/1979

Início da intervenção: 20/12/2022

IMC: 26,7

Médico assistente: Dr.X Fisioterapeuta: Tânia Vieira

Diagnóstico Médico: Incontinência urinária de esforço

Motivo do Pedido de Intervenção: Perda involuntária de urina com esforço

CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO

Profissão: Investigadora

Residência: reside em Sintra com o marido e a filha. É o marido que trás a utente para as sessões de fisioterapia.

EXAME SUJETIVO (13/12/2021)

História clínica atual

Queixas/ objetivos do utente

Utente feminina com 43 anos com historial de pós-parto com 4 meses.

Há aproximadamente um mês começou com perdas involuntárias de urina (gotas) quando tossia, evoluindo progressivamente para perdas mais acentuadas do tipo jato quando fazia esforços.

Tendo conhecimento dos serviços oferecidos pela clínica através de publicidade nas redes sociais, compareceu diretamente, sem consulta prévia médica, à procura de uma avaliação pélvica.

Antes e durante a gravidez, a paciente manteve um estilo de vida sedentário. Não realizou avaliação ou acompanhamento pré-natal.

A utente quer frequentar o ginásio para retomar a sua forma física, mas tem medo de ter perdas durante a prática desportiva.

Perante o quadro, a utente começou a adotar hábitos pouco saudáveis: ingestão de poucos líquidos e ir à casa de banho com mais frequência mesmo não estando com vontade.

Outra queixa referida pela utente é a dor na região da cicatriz como consequência do parto (cesariana).

Nega disúria, enurese noturna, hematúria, dificuldade em urinar e infeções urinárias recorrentes.

Neste momento, tem como principal problema a perda de urina ao esforço, sendo o objetivo principal parar de ter episódios de perda de urina involuntária.

Iniciou a intervenção em fisioterapia a 20/12/2022, com perdas semanais.

A utente encontrava-se orientada, contudo emocionalmente abatida pela situação. A utente é colaborante e tem apoio constante do companheiro, estes fatores são positivos para o processo de recuperação. Já o sedentarismo e os maus hábitos comportamentais são fatores que podem contribuir de forma negativa para o prognóstico.

Sintomas gastrointestinais

Incontinência para gases ou fezes: não

Frequência de defeções: diária

Consistência das fezes: nega ter fezes duras ou irregulares, esforço defecatório, sensação de esvaziamento incompleto e utilização de laxantes

Sintomas ginecológicos

Sensação de peso na vagina: não

Sexualmente ativo: sim

Alteração da função sexual: não

Expectativa do utente: diminuir a frequência de perdas de urina.

História clínica anterior

No dia 10/08/2022, com 39 semanas de gestação, a utente entrou em trabalho de parto e deslocou-se ao hospital onde lhe foi administrada epidural. Após a utente atingir a dilatação completa, o médico obstetra optou por prosseguir com o parto normal. No entanto, devido às dificuldades encontradas, foi necessário recorrer à assistência de fórceps e ventosas. Apesar desses esforços, o

excesso de grau de assinclitismo (apresentação oblíqua da cabeça fetal) resultou em insucesso. Diante desse cenário, optou-se por realizar uma cesariana de urgência.

A bebé nasceu com 47cm e 3,230kg.

Como consequência do uso de instrumentos durante o parto, a recém-nascida precisou de ficar internada por 4 dias.

A utente relatou que no último trimestre da gravidez teve algumas perdas de urina (tipo pinga), em situações de aumento da pressão intra-abdominal como tossir ou rir muito, no entanto, desvalorizou por achar ser normal na gravidez. Contudo, no pós-parto, essas queixas agravaram. O pós-parto decorreu sem intercorrência. Atualmente as queixas da utente são consequentes da cesariana e agravamento das perdas de urina.

Sem historial médico, cirúrgico e familiar relevante.

Medicação habitual

Sem

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

<i>Fatores Pessoais</i>	<i>Fatores Ambientais</i>
<i>Colaborante (+)</i>	Trabalha e vive perto da clínica (+)
<i>Apoio do marido (+)</i>	Comportamentos adotados (-)
<i>Humor deprimido (-)</i>	Maus hábitos alimentares (-)
<i>IMC (sobrepeso) (-)</i>	Sem apoio familiar perto da área de residência (-)
<i>Cansaço (-)</i>	

10. legenda: *Facilitadores (+); Barreiras (-)*

Limitações da atividade referidas pelo utente:

A utente tem limitação em levantar objetos pesados por perda de urina, assim como a tossir, espirrar ou rir.

Restrições da Participação referidas pelo utente:

A utente evita encontros sociais e a prática de ginásio por medo de perda involuntária de urina.

Outros dados clínicos (exames complementares):

Sem exames complementares dignos de registo.

EXAME OBJETIVO (20/12/2021)

Estado Geral:

Utente visivelmente abatida, contudo, colaborante e orientada.

Observação da Postura

Postura ortostática e sentada

Plano	Observação
Anterior	Rotação interna dos ombros
Lateral	Ligeira interiorização da cabeça

Parede abdominal:

Pele hidratada, flacidez abdominal, sem presença de massas.

Cicatriz da cesariana:

- Coloração avermelhada;
- Formação de quelóide na região esquerda;
- Mobilidade da pele reduzida;
- Tecidos profundos com aderências por toda a extensão da cicatriz;
- Hipersensibilidade em toda a região, assim como, imediatamente acima e abaixo da mesma. Dor avaliada como um 8 em 10 pela escala visual analógica (EVA).

Diástase dos retos abdominais:

→ Repouso: 2 dedos acima do umbigo / 2 dedos abaixo do umbigo

→ Durante o exercício de *crunch*: 2 dedos acima do umbigo / 2 dedos abaixo do umbigo

Pavimento Pélvico:

Observação:

Pele e mucosas hidratadas e sem deformidades, vulva apresenta cor rosada e sem presença de cicatrizes. Introito vaginal fechado, não se observaram fissuras, hemorroidas ou prolapso dos órgãos pélvicos.

Exame físico:

- Exame neurológico: sem alteração da sensibilidade tátil, dolorosa e térmica
- Pontos dolorosos: sem dores na musculatura superficial e profunda
- Tônus muscular: hipotonia dos músculos superficiais e elevador do ânus (profundo)
- Consciência do movimento: eficaz. Capacidade de contração e relaxamento
- Força muscular: Grau 3/5 na escala de Oxford modificada
- Endurance: 6/10
- Repetições: 10/10
- Número Máximo de contrações rápidas (um segundo): 4
- Teste da tosse (stress test): positiva na posição de decúbito dorsal
- Teste períneo descendente: negativo

Outros testes/escalas: diário da bexiga de 3 dias (*ICQ Bladder Diary*), *Pad Test 1h* e questionário de qualidade de vida: *King's Health Questionnaire*.

Diário da bexiga (21-22-23/12/2021):

- Foi em média 9 vezes por dia à casa de banho, onde, em metade das vezes, apontou: "0- Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"";
- Ingeriu uma média de 700mL de líquidos por dia;
- No total dos 3 dias teve 2 perdas involuntárias de urina.

Pad Teste (20/12/2021):

Peso do penso no início do teste	Peso do penso no final do teste	Varição
1g	18g	17g (nível moderado)

Questionários de Qualidade de vida:

King's Health Questionnaire

20/12/2021:

Dimensões avaliadas	Pontuação
Perceção geral de saúde	75
Impacto da incontinência	100
Limitações de atividades diárias	83,33
Limitações físicas	83,33

Limitações sociais	88,89
Relações pessoais	66,67
Emoções	100
Sono e disposição	33,33
Medidas de gravidade	73,33

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA (incluindo códigos e qualificadores)

Principais Problemas	Restrição da Participação: d9201- Dificuldade na prática desportiva (ginásio) por perda involuntária de urina; d9205- Limitação na participação na vida social por perda involuntária de urina.
	Limitação da Atividade/ Funcional: d4300- Dificuldade em levantar objetos pesados, por perda involuntária de urina; d4552- Dificuldade em correr, por perda involuntária de urina; d4553- Dificuldade em saltar, por perda involuntária de urina.
	Alterações de estrutura e função: b28012- Dor sentida na cicatriz; b630- Sensação de bexiga cheia (polaquíuria); b6201- Frequência miccional aumentada, por medo de perda involuntária de urina; b6202- Incontinência urinária de esforço, por perdas quando existe um aumento da pressão intra-abdominal; b7300- Diminuição da força muscular dos músculos profundos elevador do ânus (puborectal, pubococcigeo, iliococcigeo) direito e esquerdo e dos músculos superficiais (bulboesponjoso, isquicavernoso e transverso do períneo) direito e esquerdo; b7350- Hipotonia dos músculos bulbocavernoso direito e esquerdo e elevador do ânus direito e esquerdo (puborectal, pubococcigeo, iliococcigeo).
Problemas Potenciais: Aumento da dor e sensibilidade da cicatriz; Isolamento social; Evitamento das relações sexuais; Má postura; Má ingestão hídrica; Agravamento da polaquíuria (frequência urinária aumentada); Agravamento da fraqueza dos músculos do pavimento pélvico; Maior dificuldade no controlo involuntário dos músculos do pavimento pélvico; Agravamento da hiper mobilidade uretral; Proplaso.	

Diagnóstico em Fisioterapia:

Utente do sexo feminino, 43 anos, com alteração da vida social e pessoal por incontinência urinária de esforço associada a uma hipotonia muscular do pavimento pélvico e comportamentos erróneos.

Prognóstico:

Segundo as *guidelines*, são necessários 3 meses de um programa de treino para que o pavimento pélvico regresse à sua função normal (Arnold T.M. Bernards *et al.*, 2014; Nambiar *et al.*, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Sussman, Syan, & Brucker, 2020). Leong e Mok (2015) demonstraram que um programa de Fisioterapia na incontinência urinária de esforço de 12 semanas é eficaz no tratamento das perdas de urina, demonstrando melhorias significativas a partir das 4 semanas de tratamento.

Realça-se como fator de bom prognóstico a motivação e colaboração da utente e o apoio constante do companheiro. Em contrapartida, a falta de apoios com quem deixar a filha (o companheiro trabalha) e os maus hábitos comportamentais, podem afetar de modo negativo o prognóstico.

Assim, e tendo em conta os fatores pessoais e ambientais da utente, espera-se que ao fim de três meses (aproximadamente doze semanas), a utente deixe de ter queixas e recupere a função normal do seu pavimento pélvico.

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO**Curto Prazo (até às 4 semanas de intervenção)**

- Apresentar uma cicatriz com melhor mobilidade e menos aderências, avaliado pela palpação, em 1 semana;
- Diminuir a dor na cicatriz de 8/10 EVA para 5/10 EVA, avaliado pela EVA, em 1 semana;
- Apresentar uma cicatriz móvel e com ligeiras aderências, avaliado pela palpação, em 4 semanas;
- Diminuir a dor na cicatriz de 8/10 EVA para 3/10, avaliado pela EVA, em 4 semanas;
- Ingerir, no mínimo, 1,5L de líquidos por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente, em 1 semana;
- Aumentar o intervalo das micções (entre 7 a 8 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente, em 2 semanas;
- Aumentar o tônus muscular dos músculos bulbocavernoso e elevador do ânus (puborectal, pubococigneo, iliococigneo), avaliados pela palpação, ao fim de 4 semanas;
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 3 para grau 4, avaliada pela escala de *Oxford* modificada, em 4 semanas;

- Aumento da resistência dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de seis segundos para oito segundos, em 4 semanas, avaliado por palpação vaginal (esquema PERFECT);
- Diminuição das perdas de urina para metade, avaliado pelo feedback da utente, em 4 semanas;

Médio Prazo (entre as 4 e as 8 semanas de intervenção)

- Apresentar uma cicatriz móvel e sem aderências, avaliado pela palpação, em 8 semanas;
- Não referir dor na cicatriz (0/10 avaliado pela EVA) em 8 semanas;
- Aumentar o tónus muscular dos músculos bulbocavernoso e elevador do ânus (puborectal, pubococigneo, iliococigneo), avaliados pela palpação, ao fim de 8 semanas;
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 4 para grau 5 avaliada pela escala de *Oxford* modificada, em 8 semanas;
- Aumento da resistência dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de oito segundos para dez segundos, em 8 semanas, avaliado por palpação vaginal (esquema PERFECT);
- Diminuição de perdas de urina para menos de metade das vezes, em 8 semanas, avaliado pelo feedback da utente.

Longo Prazo (centrados nas limitações da atividade e restrição da participação)

É esperado que ao fim de 12 semanas:

- Inicie a prática desportiva sem perda de urina, avaliado pelo *feedback* da utente;
- Volte a ter aumentos de pressão intra-abdominal sem perdas involuntárias de urina, avaliado pelo *pad test*, e diário da bexiga;
- Diminua o impacto na vida diária, avaliado pelo *King's health questionnaire*, obtendo um *score* de 0 pontos em todos os domínios.

PLANO DE TRATAMENTO

1. Explicação da anatomia dos músculos do pavimento pélvico e trato urinário inferior através de um modelo anatómico da pélvis e imagens anatómicas (Bø, Berghmans, Mørkved, & Kampen, 2016);
2. Ensino da correta contração dos músculos do pavimento pélvico primeiro na posição sentada (Bø *et al.*, 2016) e em seguida, deitada com as pernas abduzidas, joelhos e ancas fletidas e pés apoiados na marquesa. Dar feedback proprioceptivo através do contato manual e comando verbal (Bø, 2014);
3. Respiração abdominodiafragmática: manter a postura ensinada no passo anterior e realizar respiração abdominodiafragmática (Hodges, Sapsford, & Pengel, 2007);
4. Interpretação dos resultados do diário da bexiga juntamente com a paciente e ensinamento e explicação de mudanças comportamentais a começar a adotar a partir do preciso momento:
 - Aumentar a ingestão de líquidos (Burkhard *et al.*, 2020);
 - Diminuir a frequência urinária (Burkhard *et al.*, 2020);
 - Diminuir o excesso de peso através da diminuição do estilo de vida sedentário e da incorporação de atividade física (Burkhard *et al.*, 2020; Yazdany *et al.*, 2020).
5. Treino da técnica “Knack”: na posição deitada, ensinar a pré ativação dos músculos do pavimento pélvico antes e durante os aumentos de pressão (Fitz *et al.*, 2021);
6. Treino dos músculos do pavimento pélvico durante, pelo menos, 12 semanas. Deve manter uma periodicidade diária, realizando em casa entre as sessões de fisioterapia. A progressão é feita através do esquema PERFECT, deve se adicionar mais segundos a cada contração. Quando conseguir realizar contrações de 10 segundos, adicionar no final de cada contração 4 contrações rápidas, seguidas de um relaxamento total da musculatura. O objetivo é aumentar a dificuldade até conseguir realizar 3 séries de 12 repetições de 10 segundos.

A descrição e adaptação do treino, para cada sessão, é apresentada com maiores detalhes no apêndice 2;

7. A tensão acumulada na região abdominal relacionada à cicatriz pode ter impactos negativos no processo de reabilitação do pavimento pélvico. Assim, a massagem e a

mobilização da cicatriz desempenham um papel crucial na melhoria das propriedades viscoelásticas e na redução das dores associadas (Gilbert, Gaudreault, & Gaboury, 2022).

REGISTO SOAP

28.12.2023	
<u>S</u>	Mantém frequência de queixas. Conseguiu pôr em prática as alterações comportamentais propostas exceto o iniciar de exercício físico, por cansaço. Afirma não ter realizado os exercícios em casa todos os dias, por cansaço. Afirma ter realizado a massagem da cicatriz diariamente.
<u>O</u>	Cicatriz com menos aderência (esquerdo ++). Pele com melhor mobilidade. Hipersensibilidade diminuída. EVA 5/10. Mantém valores PERFECT da avaliação inicial (P- Grau 3; E- 6 segundos; R- 10 repetições)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> . Inspeção cicatriz.
<u>P</u>	Massagem cicatriz. Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 6 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 6 segundos; - Treino <i>Knack</i> ; - Massagem da cicatriz.	
04.01.2023	
<u>S</u>	Utente mais motivada desde a última sessão. Mantém o sedentarismo, contudo conseguiu realizar os exercícios em casa todos os dias. Afirma ter realizado a massagem da cicatriz diariamente.
<u>O</u>	Cicatriz com menos aderência (esquerdo ++). Pele com melhor mobilidade. Hipersensibilidade diminuída. EVA 3/10 P- Grau 3; E- 7 segundos; R- 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> . Inspeção cicatriz.
<u>P</u>	Massagem cicatriz. Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos; - Treino <i>Knack</i> ; - Massagem da cicatriz.	

11.01.2023	
<u>S</u>	Utente com humor deprimido. Afirma cansaço extremo que tem influenciado negativamente o processo de intervenção. Mantém a frequência de perdas de urina. Ainda sem iniciar atividade física e com alimentação desregulada. Afirma ter realizado os exercícios em casa, apenas em metade dos dias. Afirma ter realizado a massagem da cicatriz diariamente e estar muito mais tolerante à dor.
<u>O</u>	Cicatriz com menos aderência (esquerdo +). Pele com melhor mobilidade. Hipersensibilidade diminuída. EVA 1/10 P- Grau 3; E- 7 segundos; R- 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i>. Inspeção cicatriz.
<u>P</u>	Massagem cicatriz. Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos). Treino <i>Knack</i>.
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos; - Treino <i>Knack</i>; - Massagem da cicatriz. Foi explicado à utente que se não alterasse o seu estilo de vida, conforme explicado no início da intervenção, e não realizasse os exercícios propostos, as sessões de fisioterapia (1x por semana) não seriam suficientes para a evolução proposta. Foi instruída a regressar quando conseguisse realizar o plano de intervenção sem interrupção.	
18.01.2023 DESMARCOU (Motivo: não realizou o plano de intervenção)	
25.01.2023	
<u>S</u>	Refere que teve perdas de urina aumentadas desde a última sessão. Afirma que na última semana iniciou caminhadas 3 vezes por semana e que realizou os exercícios propostos, diariamente. Afirma ter realizado a massagem da cicatriz diariamente e já não ter alteração de sensibilidade / dor.
<u>O</u>	Cicatriz com ligeira aderência no quadrante esquerdo. Pele com boa mobilidade. Sem dor. P – Grau 3; E – 7 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i>. Inspeção cicatriz.
<u>P</u>	Massagem cicatriz. Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos). Treino <i>Knack</i>
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos; - Treino <i>Knack</i>; - Massagem da cicatriz.	
03.02.2023	
<u>S</u>	Desde a última sessão teve 3 episódios de perda de urina. Afirma manter as caminhadas. Ainda não procurou nutricionista por motivos económicos, mas afirma ter feito alterações positivas na sua alimentação. Afirma ter realizado os exercícios diariamente, assim como a massagem na cicatriz.

<u>O</u>	Cicatriz sem aderência. Pele com boa mobilidade. Sem dor. P – Grau 3+; E – 8 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. Stress test. Inspeção cicatriz.
<u>P</u>	Massagem cicatriz. Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 9 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos; - Treino <i>Knack</i> ; - Manter massagem da cicatriz.	
10.02.2023 NÃO COMPARECEU (Motivo: Doença da filha)	
16.02.2023	
<u>S</u>	Mantém episódios de perda de urina quando faz esforços, contudo afirma que a frequência é menor (ainda que não saiba quantificar o número de episódios ocorridos). Diz ter mais consciência de contração dos músculos do pavimento pélvico e já conseguir evitar perda em algumas situações de aumentos de pressão intra-abdominal. Nega a realização diária dos exercícios no período em que a filha este doente (cerca de 4 dias).
<u>O</u>	P – Grau 3+; E – 9 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> . Inspeção cicatriz.
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 9 segundos). Treino <i>Knack</i>
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 9 segundos; - Treino <i>Knack</i> ; - Manter massagem da cicatriz.	
23.02.2023	
<u>S</u>	Paciente motivada. Desde a última sessão teve um episódio de perda de urina. Afirma ter realizado os exercícios todos os dias. Mantém hábitos alimentares saudáveis e caminhadas (3 vezes por semana).
<u>O</u>	P – Grau 4; E – 10 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. Stress test.
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos). Treino <i>Knack</i>
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 9 segundos; - Treino <i>Knack</i> ; - Manter massagem da cicatriz.	
03.03.2023	
<u>S</u>	Nega perdas de urina desde a última sessão. Afirma manter hábitos de vida saudável e exercícios diários em casa.

<u>Q</u>	P – Grau 4; E – 10 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. PERFECT. Avaliação por palpação vaginal. Stress test.
<u>P</u>	Treino dos MPP (3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos). Treino <i>Knack</i> .
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos; - Treino <i>Knack</i> ; - Manter massagem da cicatriz. - Realizar o diário da bexiga para a próxima sessão.	
09.03.2023	
<u>S</u>	Desde a última sessão teve uma perda de urina. Afirma que esta semana foi mais cansativa uma vez que o marido este fora do país e, por esse motivo, não conseguiu realizar as caminhadas. Falhou os exercícios em 3 dias.
<u>Q</u>	P – Grau 4; E – 10 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test. Kings</i> . Diário da bexiga. <i>Pad Test</i> 1h.
<u>P</u>	Treino dos MPP (3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos). Treino <i>Knack</i>
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	

REFLEXÃO

Objetivos a curto prazo

- Apresentar uma cicatriz com melhor mobilidade e menos aderências, avaliado pela palpação, em 1 semana: **Atingido;**
- Diminuir a dor na cicatriz de 8/10 EVA para 5/10 EVA, avaliado pela EVA, em 1 semana: **Atingido;**
- Apresentar uma cicatriz móvel e com ligeiras aderências, avaliado pela palpação, em 4 semana: **Atingido;**
- Diminuir a dor na cicatriz de 8/10 EVA para 3/10, avaliado pela EVA, em 4 semanas: **Atingido.** Este objetivo foi superado. Às 4 semanas, a utente apresentava dor 1/10 (EVA).
- Ingerir, no mínimo, 1,5L de líquidos por dia, avaliado pelo *feedback* da paciente, em 1 semana: **Atingido;**

- Aumentar o intervalo das micções (entre 7 a 8 vezes por dia), avaliado pelo *feedback* da paciente, em 2 semanas: **Atingido;**
- Aumentar o tônus muscular dos músculos bulbocavernoso e elevador do ânus (puborectal, pubococigneo, iliococigneo), avaliados pela palpação, ao fim de 4 semanas: **Não Atingido;**
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 3 para grau 4, avaliada pela escala de *Oxford* modificada, em 4 semanas: **Não Atingido:** A utente apenas atingiu o grau 4 de força às 9 semanas de intervenção;
- Aumento da resistência dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de seis segundos para oito segundos, em 4 semanas, avaliado por palpação vaginal (esquema PERFECT): **Não Atingido:** este objetivo foi atingido às 7 semanas;
- Diminuição das perdas de urina para metade, avaliado pelo feedback da utente, em 4 semanas: **Não Atingido:** Às 4 semanas, a utente mantinha a frequência de perdas de urina do início da intervenção.

Objetivos a médio prazo

- Apresentar uma cicatriz móvel e sem aderências, avaliado pela palpação, em 8 semanas: **Atingido:** Este objetivo foi superado. A cicatriz apresentava-se sem aderências e com mobilidade da pele às 7 semanas;
- Não referir dor na cicatriz (0/10 avaliado pela EVA) em 8 semanas: **Atingido:** Este objetivo foi superado. Às 6 semanas a utente avaliava a dor: 0/10 EVA;
- Aumentar o tônus muscular dos músculos bulbocavernoso e elevador do ânus (puborectal, pubococigneo, iliococigneo), avaliados pela palpação, ao fim de 8 semanas: **Atingido;**
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 4 para grau 5 avaliada pela escala de *Oxford* modificada, em 8 semanas: **Não Atingido:** A utente não atingiu o grau 5 de força durante as 12 semanas de intervenção;
- Aumento da resistência dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de oito segundos para dez segundos, em 8 semanas, avaliado por palpação

vaginal (esquema PERFECT): **Não Atingido.** Este objetivo foi atingido às 9 semanas;

- Diminuição de perdas de urina para menos de metade das vezes, em 8 semanas, avaliado pelo feedback da utente: **Não Atingido.**

Objetivos a longo prazo

- Inicie a prática desportiva sem perda de urina, avaliado pelo *feedback* da utente: **Não Atingido:** A utente não iniciou a prática desportiva;
- Volte a ter aumentos de pressão intra-abdominal sem perdas involuntárias de urina, avaliado pelo *pad test*, e diário da bexiga: **Não Atingido:** Ainda que a quantidade de perda de urina tenha diminuído (*pad test*= 7g), a utente manteve perdas durante os aumentos de pressão;
- Diminua o impacto na vida diária, avaliado pelo *King's health questionnaire*, obtendo um *score* de 0 pontos em todos os domínios: **Não Atingido;** O impacto na qualidade de vida diminuiu, contudo, não de forma significativa conforme o esperado.

Ao avaliar os resultados da presente intervenção, é imperativo reconhecer que não foram alcançados os objetivos propostos. A falta de adesão aos exercícios para casa e a ausência das alterações comportamentais necessárias podem ter sido fatores preponderantes para este desfecho. Conforme as diretrizes da NICE (2021), é recomendado manter um regime de treino com a dose apropriada, envolvendo pelo menos oito contrações isoladas da musculatura, realizado três vezes ao dia, por um período mínimo de três meses. A inatividade pode resultar na reversão da musculatura ao estado anterior à intervenção, levando ao reaparecimento dos sintomas (Berghmans, Bols, Sahlin, & Berner, 2014; National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Por sua vez, as alterações comportamentais e de estilo de vida são cruciais para um bom resultado no tratamento da incontinência urinária (A.T.M. Bernards *et al.*, 2011; Nambiar *et al.*, 2018; Sussman *et al.*, 2020).

Assim, torna-se essencial reavaliar a abordagem, considerando estratégias para promover uma maior adesão por parte da utente. A comunicação eficaz sobre a importância dos exercícios domiciliares e das alterações comportamentais, bem como a identificação e resolução de potenciais obstáculos à sua implementação, podem ser passos cruciais na otimização do tratamento.

ESCALAS PREENCHIDAS

Diário da bexiga de 3 dias (*ICQ Bladder Diary*) (21-22-23/12/2022)

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: _____

Por favor complete este diário da bexiga de 3 dias. À frente da Hora inscreva o que se segue em cada coluna. Pode mudar as horas especificadas se precisar. Na coluna das horas, por favor escreva "cama" quando se foi deitar e "acordei" quando acordou.

Bebidas Escreva a quantidade que bebeu e o tipo de bebida.

Produção de urina Inscreva a quantidade que urinou em mililitros (mls) na coluna da produção de urina, de dia e de noite. Qualquer jarro medidor serve. Se urinou mas não lhe foi possível medir, ponha um ✓ resta coluna. Se teve uma incontinência de urina em algum momento escreva aqui PERDA.

Sensação da bexiga Escreva a descrição de como se sentiu da bexiga quando foi ao quarto de banho usando este código

- 0 – Se não teve qualquer sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais", por exemplo, mesmo antes de sair, ou incerto sobre onde era a próxima casa de banho.
- 1 – Se teve uma vontade normal de urinar e nenhuma urgência. A "Urgência" é diferente das sensações normais da bexiga, e é a vontade de urinar súbita, compulsiva, que é difícil de adiar, ou uma sensação repentina de que precisa urinar e de que se não o fizer vai ter um acidente.
- 2 – Se teve urgência mas já tinha passado antes de chegar à casa de banho.
- 3 – Se teve urgência mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina.
- 4 – Se teve urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Pensos/Fraldas Se puser ou mudar um penso/fralda ponha um ✓ na coluna dos pensos/fraldas.

Aqui está um exemplo de como preencher o diário:

Hora	Bebidas		Produção de urina	Sensação da bexiga	Pensos/Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00 Despertei			350ml	2	
7:00	300ml	chá			
8:00			✓	2	
9:00					
10:00	Copo	água	Perda	3	✓

DIA 1 DATA: 21/12/2022

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos /fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00					
8:00 acordei			250ml	1	✓
9:00	150ml	leite	60ml	0	
10:00			40ml	0	
10:30					
11:00					
Meio-dia	300ml	água			
13:00			150ml	1	
12h40					
14:00			95ml	0	
14h30					
15:00	150ml	água			
16:00			Perda (Espreço)		✓
17:00			50ml	0	
16h15					
18:00			100ml	0	
19:00					
20:00	150ml	água	200ml	1	
20h30					
21:00	150ml	chá			
22:00 dormir			150ml	1	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: _____

DIA 2 DATA: 22 / 12 / 2022

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00			250ml	1	
7h30	150ml	leite			
8:00			90ml	0	✓
9:00			40ml	0	
10:00			110ml	1	
11:00					
Meio-dia	150ml	água			
13:00			50ml	0	
14:00					
15:00			75ml	0	
16:00	150ml	chá			
17:00			50ml	0	
18:00			98ml	0	
19:00	100ml	água			
20:00	100ml	chá			
21:00			130ml	1	
22:00					
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

dormir

DIA 3 DATA: 23 / 12 / 2022

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00					
8:00			220ml	1	
9:00	200ml	leite			
10:00			55ml	0	✓
11:00					
Meio-dia	200ml	água			
13:00			100ml	1	
14:00					
15:00			Perda (B.R.)		✓
16:00			60ml	0	
17:00			45ml	0	
18:00					
19:00			100ml	1	
20:00	100ml	água			
21:00	100ml	chá	30ml	0	
22:00			90ml	0	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

Código da sensação da bexiga

- 0 - Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"
- 1 - Vontade normal de urinar, sem urgência
- 2 - Urgência, mas passou antes de ir à casa de banho
- 3 - Urgência, mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina
- 4 - Urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Diário da bexiga de 3 dias (ICQ Bladder Diary) (06-07-08/03/2023)

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: S. [REDACTED]

Por favor complete este diário da bexiga de 3 dias. À frente da Hora inscreva o que se segue em cada coluna. Pode mudar as horas especificadas se precisar. Na coluna das horas, por favor escreva "cama" quando se foi deitar e "acordei" quando acordou.

Bebidas Escreva a quantidade que bebeu e o tipo de bebida.

Produção de urina Inscreva a quantidade que urinou em mililitros (mls) na coluna da produção de urina, de dia e de noite. Qualquer jarro medidor serve. Se urinou mas não lhe foi possível medir, ponha um ✓ resta coluna. Se teve uma incontinência de urina em algum momento escreva aqui PERDA.

Sensação da bexiga Escreva a descrição de como se sentiu da bexiga quando foi ao quarto de banho usando este código

0 – Se não teve qualquer sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais", por exemplo, mesmo antes de sair, ou incerto sobre onde era a próxima casa de banho.

1 – Se teve uma vontade normal de urinar e nenhuma urgência. A "Urgência" é diferente das sensações normais da bexiga, e é a vontade de urinar súbita, compulsiva, que é difícil de adiar, ou uma sensação repentina de que precisa urinar e de que se não o fizer vai ter um acidente.

2 – Se teve urgência mas já tinha passado antes de chegar à casa de banho.

3 – Se teve urgência mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina.

4 – Se teve urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Pensos/Fraldas Se puser ou mudar um penso/fralda ponha um ✓ na coluna dos pensos/fraldas.

Aqui está um exemplo de como preencher o diário:

Hora	Bebidas		Produção de urina	Sensação da bexiga	Pensos/Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00	Despertei		350ml	2	
7:00	300ml	chá			
8:00			✓	2	
9:00					
10:00	Copo	água	Perda	3	✓

DIA 1 DATA: 06/03/2023

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos /fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00					
8:00					
8:00	acordei		250ml	1	✓
9:00	100ml	água			
9:00	200ml	água			
10:00			100ml	1	
11:00	150ml	água			
Meio-dia	250ml	água			
13:00			250ml	1	
14:00					
15:00	150ml	água			
16:00			130ml	1	
17:00	300ml	água			
18:00			70ml	0	
19:00			240ml	1	
20:00	150ml	água			
21:00	21430	200ml	chá	110ml	1
22:00			280ml	1	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: _____

DIA 2 DATA: 07/03/2023

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00					
8:00			310ml	1	
9:00					
9:30	200ml	leite	70ml	0	
10:00	1150ml	água			
11:00			170ml	1	
Meio-dia	250ml	água			
13:00			240ml	1	
14:00	150ml	chá			
15:00			Perda (RIZ)		✓
16:00			50ml	0	
17:00					
18:00			180ml	1	
19:00	400ml	água			
20:00			200ml	1	
21:00	150ml	chá			
22:00			230ml	1	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIA 3 DATA: 08/03/2023

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00					
7:00					
8:00			300ml	1	
9:00	100ml	água			
10:00	200ml	leite			
11:00			220ml	1	
Meio-dia	300ml	água			
13:00					
14:00	150ml	água	310ml	1	
15:00	150ml	água			
16:00	150ml	água			
17:00			230ml	1	
18:00					
19:00			197ml	1	
20:00	200ml	água			
20:30	150ml	chá			
21:00			125ml	1	
21:30					
22:00					
23:00			210ml	1	
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

Código da sensação da bexiga

- 0 – Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"
- 1 – Vontade normal de urinar, sem urgência
- 2 – Urgência, mas passou antes de ir à casa de banho
- 3 – Urgência, mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina
- 4 – Urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Avaliação King's Health Questionnaire (20/12/2023)

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

Percepção Geral de Saúde	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Muito Mau
1. Como descreveria o seu actual estado de saúde?				X	

Impacto da Incontinência	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
2. De que modo o seu problema de bexiga afecta a sua vida?				X

A seguir, estão enumeradas algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelo seu problema de bexiga. De que forma o seu problema de bexiga a afecta? Responda, por favor, cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

Limitações de Actividades Diárias	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc?				X
3b. De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou suas actividades diárias fora de casa?			X	

Limitações Físicas	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4a. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?				X
4b. O seu problema de bexiga afecta as suas viagens?			X	

Limitações Sociais	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4c. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?				X
4d. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?				X

Relações Pessoais	Não Aplicável	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
5a. O seu problema de bexiga afecta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?				X	
5b. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?				X	
5c. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?				X	

Emoções	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?				X

6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?				X
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?				X

Sono e Disposição	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7a. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?	X			
7b. Sente-se esgotada ou cansada?			X	

Faz alguma das seguintes coisas? Se faz, com que frequência?

Medidas de Gravidade	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?			X	
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?				X
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?			X	
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?			X	
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?			X	

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

Avaliação King's Health Questionnaire (09/03/2022)

Limitações Físicas	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4a. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?			X	
4b. O seu problema de bexiga afecta as suas viagens?		X		

Limitações Sociais	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4c. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?		X		
4d. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?		X		

Relações Pessoais	Não Aplicável	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
5a. O seu problema de bexiga afecta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?			X		
5b. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?			X		
5c. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?			X		

Emoções	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?			X	

6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?			X	
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?			X	

Sono e Disposição	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7a. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?	X			
7b. Sente-se esgotada ou cansada?		X		

Faz alguma das seguintes coisas? Se faz, com que frequência?

Medidas de Gravidade	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?		X		
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?			X	
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?		X		
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?		X		
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?		X		

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Data: 20 / Dezembro / 20 22

Assinatura do utente:

O Fisioterapeuta:

Nome: Tânia Sofia Correia Vieira

Assinatura:



Apêndice 2 – Apresentação de 3 CAT

a) Critically Appraisal Topic 1

Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019 Nov;30(11):1849-1855. doi: 10.1007/s00192-019-04019-3. Epub 2019 Jul 8. PMID: 31286158; PMCID: PMC6834927.

Link de acesso ao artigo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31286158/>

Os resultados têm validade interna?

Qual a questão clínica?

Patients (P) – Mulheres com dispareunia

Intervention (I) – Reabilitação do pavimento pélvico

Comparison (C) – Realização ou não de reabilitação.

Outcome(s) (O) – Melhoria da dispareunia

1a. R- Houve alocação aleatória dos utentes?

No artigo: Sim

Comentário: A distribuição das participantes pelos dois grupos foi feita de forma aleatória, através do “*random allocation software (RAS)*” (página 2, coluna 2, capítulo “*Materials and methods*”, parágrafo 6, linhas 1-4).

1b. R- Os grupos eram semelhantes no início do estudo?

No artigo: Sim

Comentário: É referido no corpo do texto que não existem diferenças significativas entre os grupos para as variáveis sociodemográficas, referindo ainda assim três exceções nomeadamente severidade da dor, *endurance* e força dos músculos do pavimento pélvico (página 4, coluna 1, capítulo “*results*”, parágrafo 2, linhas 1 a 4). Completada pela tabela 1, onde são apresentadas as características dos participantes e o respetivo teste aplicado.

2a. A - À parte do tratamento em estudo, os grupos foram tratados de forma igual?

No artigo: Sim

Comentário: Neste estudo randomizado os grupos foram tratados de forma igual. Um exame estruturado da função vaginal que incluía palpação vaginal digital para qualificar contrações e relaxamento dos músculos do pavimento pélvico. A força e resistência foram medidas através da escala de *Oxford*. A gravidade da dor foi quantificada pela *Visual Analog Scale (VAS)*. O *Female*

Sexual Function Index (FSFI) foi também realizado. Estas ferramentas foram aplicadas a todas as doentes de forma igual previamente ao início do estudo, imediatamente após o término do mesmo e 3 meses após o final. (página 2, capítulo “*Materials and methods*”, coluna 2; parágrafo 9, linhas 6-10); página 3, capítulo “*Materials and methods*”, coluna 1; parágrafo 1, linhas 1-6); (parágrafo 2, linhas 1-6; parágrafo 3, linhas 1-2; 6-10).

2b. A – Todos os utentes que participaram no estudo foram considerados? E todos foram analisados dentro do grupo em que foram alocados?

No artigo: Sim

Comentário: Foram elegíveis 84 participantes no estudo, onde 20 foram excluídas. Foram então randomizadas 64 doentes em dois grupos (grupo experimental, n=32; grupo controlo, n=32). A alocação, *follow up* e análise foram realizadas sem haver perda ou exclusão de doentes. Posto isto, todas as participantes randomizadas no início do estudo foram consideradas. Esta informação pode ser encontrada no corpo do texto e, de forma resumida, na página 3, figura 1.

3. M - As medidas foram objetivas e/ou foram os utentes e fisioterapeutas cegos relativamente ao tratamento recebido?

No artigo: Não

Comentário: Os resultados a avaliar são subjetivos (perceção de sintomas, interpretação através de feedback digital, e avaliações usando escalas de dor e função). O estatístico e o fisioterapeuta responsáveis pelos exames foram mantidos "cegos". Contrariamente, os restantes participantes, incluindo as doentes e os fisioterapeutas encarregados da intervenção, não foram mantidos "cegos", uma vez que tal não se justificava pela natureza específica da distribuição dos participantes. Importa salientar que o grupo de controlo aguardava em "lista de espera" a realização do tratamento. (página 2, capítulo “*Materials and methods*”, coluna 2; parágrafo 7, linhas 1-3; parágrafo 8, linhas 6-8)

Quais foram os resultados?

1. Qual o tamanho do efeito do tratamento?

No primeiro momento de avaliação, previamente ao início do estudo, ambos os grupos tinham resultados semelhantes nas oito variáveis avaliadas. No segundo momento de avaliação, 12 semanas após o início do tratamento houve resultados estatisticamente significativos $p < 0.05$ no: FSFI (em desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e ausência de dor), força MPP, resistência MPP e VAS. No terceiro momento, 3 meses após o final do estudo observou-se ainda

uma melhoria no VAS, desta vez sem significado estatisticamente significativo quando comparada com o final do tratamento. Página 5 Tabela 2

2. Quão precisa foi a estimativa de efeito do tratamento?

Tendo em conta a pequena amostra que temos no presente estudo apenas é possível estimar o real efeito do tratamento (estimativa pontual). Apesar disso todos os resultados apresentam um intervalo de confiança de 95% com um $p < 0.05$ o que nos permite extrapolar os resultados como precisos para a população geral.

Os resultados ajudam na tomada de decisão de tratamento do meu utente? (Validade Externa)

O presente estudo foi aplicado em mulheres que foram referenciadas por um uroginecologista por sintomas de disfunção do pavimento pélvico, onde todas elas apresentavam sintomas importantes e com efeitos deletérios na qualidade de vida. Dado o impacto significativo da intervenção nesta população, torna-se pertinente englobar este tipo de abordagem em todas as mulheres que procuram cuidados de saúde, e sensibilizar através da informação e educação outras mulheres que sofram destas patologias ou que possam um dia vir a sofrer. Conclui-se assim que uma educação global sobre as funções do pavimento pélvico é urgente e teria um impacto substancial como foi comprovado em todos os casos clínicos acompanhados durante o estágio, onde se verificou a melhoria e/ou reversão dos sintomas de uma ou mais disfunções do pavimento pélvico já em fases bastante avançadas das mesmas.

b) Critically Appraisal Topic 2

Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Mar;19(3):401-6. doi: 10.1007/s00192-007-0452-3. Epub 2007 Sep 18. PMID: 17876491.

Link de acesso ao artigo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17876491/>

Os resultados têm validade interna?

Qual a questão clínica?

Patients (P) – Mulheres com diagnóstico urodinâmico de incontinência urinária de esforço (IUE)

Intervention (I) – Reabilitação do pavimento pélvico

Comparison (C) – Não realizada

Outcome(s) (O) – Melhoria da IUE e da disfunção sexual

1. A amostra representativa das doentes escolhidas foi definida com um ponto comum no decorrer da sua doença?

No artigo: Não

Comentário: Neste estudo prospetivo, a amostra foi selecionada com base em critérios específicos: idade superior a 21 anos, mulheres sexualmente ativas com relações conjugais estáveis, que estiveram sexualmente ativas nas últimas quatro semanas, com diagnóstico urodinâmico de incontinência urinária de esforço e motivação para um período de 12 meses de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico. Foi decidido excluir mulheres com patologia psicológica/psiquiátrica, mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos superior ao estadio I, antecedentes cirúrgicos pélvicos, doenças neurológicas ou infeções do trato urinário recorrentes. No entanto, é importante ressaltar que, dado que um estudo prospetivo perquire uma amostra homogênea numa fase inicial da patologia, este estudo apresenta limitações em relação à homogeneidade da amostra, pois contempla mulheres em todos os estadios evolutivos da doença. Os critérios de exclusão aplicados neste estudo podem influenciar a representatividade da amostra, limitando a generalização dos resultados para um público mais diversificado. Estas considerações devem ser tidas em conta na interpretação e aplicação deste estudo. (página 2, coluna 1, capítulo “*Materials and methods*”, parágrafo 1,2 e 3).

2. O acompanhamento das doentes foi suficientemente longo e completo?

No artigo: Sim

Comentário: O acompanhamento das doentes neste estudo foi realizado ao longo de 12 meses, sendo que todos as participantes cumpriram de forma igual o tempo de seguimento. Considerando que os objetivos do estudo foram cumpridos e ter havido tempo para se objetivar mudanças significativas nos testes considera-se que o acompanhamento foi suficientemente longo e completo. (página 3, coluna 2, capítulo “*Results*”, parágrafo 2).

3. Os critérios dos resultados foram objetivos e/ou aplicados de forma "cega"?

No artigo: Sim, de forma objetiva, mas não cega

Comentário: Para avaliar de forma objetiva a incontinência urinária de esforço foi utilizado o *pad test* de acordo com as recomendações da *Internacional Continence Society* com valor final quantitativo e um delta para comparação. Para avaliação das repercussões da patologia a nível sexual foi utilizada a escala *Female Sexual Function Index* (FSFI) que apesar de ser validada, avalia critérios subjetivos e consequentemente variáveis. O treino dos músculos do pavimento

pélvico foi avaliado através de exames de *biofeedback*, diários miccionais mensais e visitas semanais ao laboratório onde eram realizadas medições de forma objetiva da força dos músculos do pavimento pélvico com recurso a um “piranómetro”. (página 2, capítulo “*Materials and methods*”, coluna 2; parágrafo 9, linhas 6-10); página 2 e 3, capítulo “*Materials and methods*”, coluna 2; parágrafo 5); (parágrafo 3; parágrafo 1,2,3 e 4).

4. Se forem identificados subgrupos com prognósticos diferentes, ocorreu um ajuste de fatores prognósticos importantes?

No artigo: Não

Comentário: Dado que não foram estabelecidos subgrupos e as variáveis foram avaliadas seguindo os mesmos critérios, não foi necessário realizar ajustes prognósticos neste estudo. (página 3, capítulo “*Results*”).

Qual a probabilidade dos desfechos no decorrer do tempo?

Quão precisas são as estimativas prognósticas?

Tendo em conta que o desenho do estudo tem apenas resultados binómios, antes e após 12 meses de tratamento, e que há variações positivas e estatisticamente significativas em todas as componentes/variáveis, considera-se que a probabilidade destes desfechos é >95%. As estimativas prognósticas são bastante confiáveis tendo em conta que todos eles são >95%, e a grande maioria dos intervalos de confiança é >99%. (página 3, capítulo “*Results*”).

Posso aplicar esta evidência prognóstica válida e importante às minhas doentes? (Aplicabilidade Externas)

O presente estudo foi aplicado em mulheres que recorreram ao centro uroginecológico dos autores, por sintomas de incontinência urinária de esforço e repercussão negativa na experiência sexual, resultando num decréscimo da qualidade de vida. Dado o impacto significativamente positivo do treino dos músculos do pavimento pélvico nesta população, torna-se pertinente englobar este tipo de abordagem em todas as mulheres que procuram cuidados de saúde por sintomas de incontinência urinária de esforço com ou sem repercussão na vida sexual das mesmas.

Além das melhorias marcadas demonstradas por este estudo e outros que abordam temas parciais pode-se também concluir que a fisioterapia pélvica é uma estratégia de tratamento conservador de baixo custo, fácil aplicabilidade e sem efeitos adversos.

c) Critically Appraisal Topic 3

de Mattos Lourenco TR, Matsuoka PK, Baracat EC, Haddad JM. Urinary incontinence in female athletes: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2018 Dec;29(12):1757-1763. doi: 10.1007/s00192-018-3629-z. Epub 2018 Mar 19. PMID: 29552736.

Link de acesso ao artigo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29552736/>

Que questão pico foi abordada?

No artigo: Sim

Comentário: é possível encontrar essa informação de forma clara no artigo, no *abstract* e no final da introdução

P - Mulheres que praticam qualquer tipo de desporto associado a sintomas de incontinência urinária

I - Prevalência da incontinência urinária em diferentes atividades desportivas

C - Comparar a relação do impacto ao solo com a prevalência de incontinência urinária

O - Evidência adicional e de qualidade associando o desporto à prevalência de incontinência urinária

É improvável que falem estudos relevantes e importantes?

No artigo: Sim

Comentário: É referido no capítulo "*Materials and Methods*" que a revisão sistemática teve em consideração os critérios PRISMA. Tendo sido utilizadas as plataformas *PubMed*, *Cochrane Library* e LILACS até ao final de Janeiro de 2017. Foram permitidos sinónimos durante a pesquisa e sem restrições de linguagem.

É apresentada na figura 1 do trabalho o esquema PRISMA para a seleção dos trabalhos a incluir na revisão.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos eram adequados?

No artigo: Sim

Comentário: Como demonstrado no capítulo "*Materials and Methods*" os critérios de inclusão englobam "*cohorts*", "*ecological studies*" e séries de casos. Com o objetivo de estudar grupos ao longo do tempo, populações como um todo para identificação de padrões e séries de casos numa tentativa de homogeneizar os resultados. Os principais critérios de inclusão foram mulheres que praticam desporto de qualquer tipo de intensidade associado à prevalência de incontinência urinária.

Os estudos incluídos eram suficientemente válidos para o tipo de questão PICO?

No artigo: Sim

Comentário: Os autores fazem referência à avaliação da qualidade dos estudos no capítulo "*Materials and Methods*" e "*Results*" fazendo referência aos fatores que foram tidos em conta: limitações no desenho metodológico dado que os dados avaliados eram diferentes nos artigos selecionados e muitos destes não tinham grupo de controlo e viés de imprecisão dada a heterogeneidade não havendo distinção nas mulheres múltiparas (numero de gravidezes), fumadoras, sob terapêutica hormonal de substituição, menopausa e incongruência na definição de atleta. *Results*, coluna 2, paragrafo 2.

Os resultados eram semelhantes entre estudos?

No artigo: Sim

Comentário: Os resultados foram homogêneos mostrando que quanto maior a intensidade/impacto do desporto maior a probabilidade de a mulher ter incontinência urinaria. Apresentam ainda a tabela 4 onde demonstram esta probabilidade por grupo de intensidade/impacto.

Quais foram os resultados?**Como são apresentados os resultados?**

Os resultados do estudo indicam uma ligação direta entre a prática de exercício físico por mulheres e a ocorrência de incontinência urinária de esforço. Essa correlação é mais evidente em atividades de maior intensidade, que provocam um aumento sustentado da pressão intra-abdominal. Ficou demonstrado que não é apenas o impacto ao solo que contribui para a disfunção do pavimento pélvico e, consequentemente, para a incontinência urinária de esforço. As mulheres que praticam natação durante períodos prolongados, sem impacto, apresentam uma probabilidade de cerca de 15% de desenvolver incontinência urinária. Ao associar o aumento da pressão intra-abdominal ao impacto repetitivo, sobretudo em desportistas como ginastas, incluindo mulheres nulíparas, a probabilidade de manifestar sintomas de incontinência urinária é significativamente elevada, atingindo cerca de 61%. Todos os desportos que envolvem saltos são considerados de alto risco para o desenvolvimento de sintomas de incontinência urinária.

Apêndice 3 – Modelo de registo de avaliação

REGISTO DE UTENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Idade: Data de nascimento:

Início da intervenção:

IMC:

Médico assistente:

Fisioterapeuta:

Diagnóstico Médico:

Motivo do Pedido de Intervenção:

CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO

Profissão:

Residência:

EXAME SUJETIVO

História clínica atual

Queixas/ objetivos do utente

Sintomas urinários

Incontinência urinária: Sim Não

Perdas: Tossir; Espirrar; Rir; Pegar em pesos, Agachar; Associada a urgência; outra:

Quantidade das perdas: Gotas; Jato

Início das queixas:

Frequência das queixas:

Frequência urinária:

Ingestão hídrica diária:

Outros sintomas: Noctúria; Disúria; Hematúria; Dificuldade em urinar; Infecções urinárias recorrentes; Sensação de esvaziamento incompleto

Sintomas ginecológicos

Sensação de peso na vagina: Sim; Não

Necessidade de manobras manuais para redução do prolapso: Sim; Não

Sexualmente ativo: Sim; Não

Razão para não ser sexualmente ativo:

Alterações da relação sexual: Dor/desconforto; Diminuição da Lubrificação; Perda de urina durante as Relações;

Sintomas gastrointestinais

Incontinência para fezes: Sim; Não

Tipo de incontinência: Passiva; Urgência

Início das queixas:

Proteção utilizada:

Frequência das dejeções:

Tipo de fezes:

Incontinência para gases: Sim; Não.

Frequência das queixas:

Frequência da troca de proteção:

Obstipação (2 ou mais sintomas)

(colocar a negrito os sintomas referidos pelo utente)

Esforço defecatório mais do que 25% das dejeções;

Fezes duras ou irregulares mais do que 25% das dejeções;

Sensação de esvaziamento incompleto mais do que 25% das dejeções;

Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal mais do que 25% das dejeções;

Necessidade de manobras manuais para facilitar a defecação mais do que 25% das dejeções (ex: utilização do dedo, suporte dos músculos do pavimento pélvico);

Menos de 3 dejeções por semana.

História clínica anterior

Medicação habitual

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

Fatores Pessoais

Fatores Ambientais

legenda: Facilitadores (+); Barreiras (-)

Limitações da atividade referidas pelo utente:

Restrições da Participação referidas pelo utente:

Outros dados clínicos (exames complementares):

EXAME OBJETIVO

Estado Geral:

Observação da Postura

Plano	Observação
Anterior	
Posterior	
Lateral	

Parede abdominal:

Pavimento Pélvico:

Observação:

Exame físico:

- Exame neurológico:
- Pontos dolorosos:
- Tónus muscular: musculatura superficial: musculatura profunda:
- Consciência do movimento:
- Força muscular: musculatura superficial: musculatura profunda:
- Endurance: ____/10 segundos
- Repetições: ____/10 repetições de ____/10 segundos
- Número Máximo de contrações rápidas (um segundo): ____/10 contrações rápidas
- Teste da tosse (stress test):
- Teste períneo descendente:

Outros testes/escalas:

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA (incluindo códigos e qualificadores)

Principais Problemas	Restrição da Participação:
	Limitação da Atividade/ Funcional:
	Alterações de estrutura e função:
Problemas Potenciais:	

Diagnóstico em Fisioterapia:

Prognóstico:

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Objetivos a Curto Prazo

Objetivos a Médio Prazo

Objetivos a Longo Prazo

PLANO DE TRATAMENTO

Intervenção:

Material:

Instruções dadas ao utente:

REGISTO SOAP

DATA	
<u>S</u>	
<u>O</u>	
<u>A</u>	
<u>P</u>	
Realizar em casa:	
DATA	
<u>S</u>	
<u>O</u>	
<u>A</u>	
<u>P</u>	
Realizar em casa:	

REFLEXÃO

Cumprimento dos objetivos

Reflexão final

Anexo 1– Feedback da tutora clínica

O estágio curricular da aluna de mestrado Tânia Vieira, decorreu na clínica privada *MoveOn* Fisio entre dezembro de 2022 e março de 2023. Durante este período a Tânia foi sempre pontual e interessada pelos casos que lhe foram aparecendo. Foi notória a evolução da Tânia ao longo deste período onde apresentou sempre um grande profissionalismo e amor pela área de Saúde da Mulher, mais especificamente Saúde Pélvica. Durante este período a Tânia foi também capaz de desenvolver competência específicas que são essências para a sua prática clínica diária:

- Mostrou boa relação com todos os profissionais da clínica e utentes;
- Desenvolveu o seu raciocínio clínico na área da Saúde Pélvica;
- Capacidade de avaliar, formular objetivos realista em conjunto com cada utente e delinear o plano de intervenção mais adequado, tendo como base a Prática Informada pela Evidência;
- Aprofundou conhecimentos na área de Saúde Pélvica de modo a melhorar a sua prática clínica;
- Melhorou a sua capacidade de pesquisa.

Lisboa, março 2023

Rafaela Sousa

Anexo 2 – Feedback dos utentes

No âmbito do relatório de estágio que estou a realizar para obtenção do grau de Mestre, na Especialidade de Saúde da Mulher, a sua opinião acerca do meu desempenho é fundamental. O seu *feedback* tem um papel crucial no aperfeiçoamento do meu desempenho, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

1. Como foi a clareza da informação prestada (esclarecimento de dúvidas)?
☐ Fraca
☐ Indiferente
☐ Suficiente
☐ Boa
☒ Muito boa
2. Como classifica o grau de profissionalismo durante o processo?
☐ Mau
☐ Médio
☐ Indiferente
☐ Bom
☒ Muito Bom
3. Qual o grau de satisfação que sentiu com o meu acompanhamento até ao momento?
☐ Muito insatisfeita
☐ Insatisfeita
☐ Indiferente
☐ Satisfeito
☒ Muito satisfeita
4. Considera que o tratamento foi adequado e discutido de acordo com os objetivos?
☐ Discordo totalmente
☐ Discordo
☐ Indiferente
☐ Concordo
☒ Concordo totalmente

Outros comentários:

*Considero que o meu acompanhamento foi
inicial, e que é bastante me ajudou
em várias vertentes. Estou imensamente grata!*

Muito obrigada pela sua colaboração!
Tânia Vieira

No âmbito do relatório de estágio que estou a realizar para obtenção do grau de Mestre, na Especialidade de Saúde da Mulher, a sua opinião acerca do meu desempenho é fundamental. O seu *feedback* tem um papel crucial no aperfeiçoamento do meu desempenho, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

1. Como foi a clareza da informação prestada (esclarecimento de dúvidas)?

- ☐ Fraca
- ☐ Indiferente
- ☐ Suficiente
- ☐ Boa
- ☒ Muito boa

2. Como classifica o grau de profissionalismo durante o processo?

- ☐ Mau
- ☐ Médio
- ☐ Indiferente
- ☐ Bom
- ☒ Muito Bom

3. Qual o grau de satisfação que sentiu com o meu acompanhamento até ao momento?

- ☐ Muito insatisfeita
- ☐ Insatisfeita
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito
- ☒ Muito satisfeita

4. Considera que o tratamento foi adequado e discutido de acordo com os objetivos?

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Indiferente
- ☐ Concordo
- ☒ Concordo totalmente

Outros comentários:

A fisioterapeuta Tânia é muito simpática e
sempre demonstrou muito profissionalismo e
empenho em melhorar a minha condição.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Tânia Vieira

No âmbito do relatório de estágio que estou a realizar para obtenção do grau de Mestre, na Especialidade de Saúde da Mulher, a sua opinião acerca do meu desempenho é fundamental. O seu *feedback* tem um papel crucial no aperfeiçoamento do meu desempenho, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

1. Como foi a clareza da informação prestada (esclarecimento de dúvidas)?

- ☐ Fraca
☐ Indiferente
☐ Suficiente
☐ Boa
☒ Muito boa

2. Como classifica o grau de profissionalismo durante o processo?

- ☐ Mau
☐ Médio
☐ Indiferente
☐ Bom
☒ Muito Bom

3. Qual o grau de satisfação que sentiu com o meu acompanhamento até ao momento?

- ☐ Muito insatisfeita
☐ Insatisfeita
☐ Indiferente
☐ Satisfeito
☒ Muito satisfeita

4. Considera que o tratamento foi adequado e discutido de acordo com os objetivos?

- ☐ Discordo totalmente
☐ Discordo
☐ Indiferente
☐ Concordo
☒ Concordo totalmente

Outros comentários:

*Boa profissional, muito querida.
A Existente Tânia foi sempre disponível e
imensamente simpática. Recomendo.*

Muito obrigada pela sua colaboração!

Tânia Vieira

No âmbito do relatório de estágio que estou a realizar para obtenção do grau de Mestre, na Especialidade de Saúde da Mulher, a sua opinião acerca do meu desempenho é fundamental. O seu *feedback* tem um papel crucial no aperfeiçoamento do meu desempenho, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

1. Como foi a clareza da informação prestada (esclarecimento de dúvidas)?

- ☐ Fraca
- ☐ Indiferente
- ☐ Suficiente
- ☐ Boa
- ☒ Muito boa

2. Como classifica o grau de profissionalismo durante o processo?

- ☐ Mau
- ☐ Médio
- ☐ Indiferente
- ☐ Bom
- ☒ Muito Bom

3. Qual o grau de satisfação que sentiu com o meu acompanhamento até ao momento?

- ☐ Muito insatisfeita
- ☐ Insatisfeita
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito
- ☒ Muito satisfeita

4. Considera que o tratamento foi adequado e discutido de acordo com os objetivos?

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Indiferente
- ☐ Concordo
- ☒ Concordo totalmente

Outros comentários:

Profissional, empática, simpática e boa comunicação.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Tânia Vieira

Parte II – Estudo de Caso

Mestrado em Fisioterapia na Saúde da Mulher – 2o ano

Ano letivo: 2022-2023

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Intervenção da fisioterapia na incontinência urinária de esforço e
a sua influência na disfunção sexual: estudo de caso**

Responsável pela Unidade Curricular:

Patrícia Almeida PT, PhD

Discente:

Tânia Sofia Correia Vieira

Alcoitão, dezembro 2023

Abstract

Introduction: Urinary incontinence affects approximately 200 million people worldwide and has a negative impact on quality of life and sexual activity. Physiotherapy in pelvic floor rehabilitation is the first-line treatment for stress urinary incontinence and may be a therapeutic option for sexual dysfunction. **Objective:** To clarify whether a physiotherapy intervention plan has beneficial effects on sexual function in women with stress urinary incontinence. **Case Description:** A 32-year-old female Crossfit enthusiast diagnosed with stress urinary incontinence. Her main difficulties, due to involuntary urine loss, include engaging in activities that increase intra-abdominal pressure. Her primary concern is the impact of incontinence on her sexual function. **Results:** The physiotherapy intervention plan is associated with the cure of stress urinary incontinence and a consequent improvement in sexual function. There was an improvement in sexual function assessment scores after treatment. **Discussion:** Sexual function should be evaluated in addressing this condition, and standardization of assessment is crucial in characterizing the clinical picture. Further studies are needed to assess the role of pelvic floor rehabilitation in sexual dysfunction in women with urinary incontinence. **Conclusion:** Pelvic floor rehabilitation improves sexual function in women with stress urinary incontinence by reducing episodes of urine loss and strengthening pelvic floor muscles.

Keywords: Urinary incontinence, stress urinary incontinence, sexual dysfunction, pelvic floor, pelvic floor muscles, pelvic floor muscle training, physiotherapy.

Resumo

Introdução: a incontinência urinária afeta cerca de 200 milhões de pessoas mundialmente e tem impacto negativo na qualidade de vida e na atividade sexual. A fisioterapia na reabilitação do pavimento pélvico é a primeira linha de tratamento na incontinência urinária de esforço e pode ser uma opção terapêutica na disfunção sexual.

Objetivo: esclarecer se um plano de intervenção em fisioterapia apresenta efeitos benéficos na função sexual em mulheres com incontinência urinária de esforço.

Descrição do caso: Utente de 32 anos do sexo feminino, praticante de *Crossfit*, com diagnóstico médico de incontinência urinária de esforço. As suas principais dificuldades, devido à perda involuntária de urina, são realizar atividades onde existe o aumento da pressão intra-abdominal. A sua maior preocupação é o impacto que a incontinência tem na função sexual da mesma. **Resultados:** O plano de intervenção de fisioterapia está associado à cura da incontinência urinária de esforço e consequente melhoria da função sexual. Verificou-se uma melhoria nas pontuações de avaliação da função sexual após tratamento. **Discussão:** A função sexual deve ser avaliada na abordagem desta patologia e a sua padronização é fundamental na caracterização do quadro clínico. São necessários mais estudos para avaliar o papel da reabilitação do pavimento pélvico na disfunção sexual de mulheres com incontinência urinária.

Conclusão: A reabilitação do pavimento pélvico melhora a função sexual nas mulheres com incontinência urinária de esforço, pela diminuição de episódios de perda de urina e pelo fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico.

Palavras-chaves: incontinência urinária, incontinência urinária de esforço, disfunção sexual, pavimento pélvico, músculos do pavimento pélvico, treino dos músculos do pavimento pélvico, fisioterapia.

Introdução

O presente estudo de caso desenvolvido no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio retrata a intervenção realizada em contexto clínico privado a uma utente do sexo feminino com 32 anos, praticante assídua da modalidade de *CrossFit* e diagnóstico médico de incontinência urinária de esforço. Com efeito, a utente reporta queixas de perda involuntária de urina com aumentos de pressão intra-abdominal. A maior preocupação da utente passa pela disfunção sexual, fruto da incontinência, que apresenta atualmente.

De acordo com a *International Continence Society* (ICS) e a *International Urogynecological Association* (IUGA), a incontinência urinária é caracterizada por qualquer perda involuntária de urina e pode ser categorizada em três tipos distintos, dependendo da sua sintomatologia: incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista (Haylen *et al.*, 2010).

A incontinência urinária é uma condição comum que afeta aproximadamente 200 milhões de pessoas em todo o mundo. É mais prevalente nas mulheres, e a incidência aumenta com o avançar da idade (Manuelyan, Siomara Muñiz, & Stein, 2020; Parpio, Minaz, & Haider, 2022). Em Portugal, embora haja uma escassez de dados epidemiológicos abrangentes, um estudo conduzido em 2008 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em colaboração com a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Associação Portuguesa de Neuro-Uroginecologia (APNUG), revelou que a incontinência urinária afeta 15,1% da população em geral, atingindo 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens em adultos com mais de 40 anos (Correia, Dinis, Rolo, & Lunet, 2009).

O pavimento pélvico inclui o músculo profundo elevador do ânus composto pelo puborectal, pubococcigeo e iliococcigeo, os músculos superficiais que incluem o bulboesponjoso, isquiocavernoso, músculos transversos superficiais e profundos, camadas fasciais e os esfíncteres uretrais. Estas estruturas, fornecem tônus muscular quase constante ao pavimento pélvico, mantendo o suporte necessário para que exista continência urinária (Wallace, Miller, & Mishra, 2019). No entanto, diversos fatores concorrem para que a musculatura que assegura um correto esvaziamento vesical, se torne menos eficaz originando hipermobilidade uretral e, consequentemente, dificuldades em manter a continência urinária (Vaughan & Markland, 2020).

Elementos como: obesidade, tosse crônica, fumar, envelhecimento, esclerose múltipla, gravidez, parto vaginal e o desporto de alta intensidade, são identificados como alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária (Doumouchtsis, Loganathan, & Pergialiotis, 2022; Pires, Pires, Moreira, & Viana, 2020; Verbeek & Hayward, 2019).

A prática regular de modalidades desportivas é amplamente reconhecida pelos seus benefícios para a saúde, contribuindo para a boa forma física e o bem-estar geral. No entanto, é importante reconhecer que algumas modalidades desportivas podem estar associadas ao desenvolvimento de incontinência urinária (Shaw & Nygaard, 2016). É possível encontrar na literatura diferentes revisões que avaliam a relação entre a atividade física e a incontinência urinária nas mulheres (Culleton-Quinn *et al.*, 2022; Haylen *et al.*, 2010; Pires *et al.*, 2020), assim como, o impacto que a prática frequente de atividades de alta intensidade, movimentos de elevado impacto e o excesso de cargas apresentam a nível do pavimento pélvico (Kari Bø & Nygaard, 2020; Shaw & Nygaard, 2016, 2017). Atividades físicas intensas e de elevado impacto aumentam as taxas de incontinência urinária de esforço em mulheres (Mahoney, Eric Heidel, & Olewinski, 2023).

O *CrossFit* é reconhecido como um dos modos de treino funcional de alta intensidade mais praticado. Neste tipo de treino, exercícios de alta intensidade são executados rapidamente, repetidamente e com pouco ou nenhum tempo de recuperação entre as séries, levando o corpo continuamente à fadiga neuromuscular (Álvarez-García & Doğanay, 2022). Além disso, outras características de treino comuns em praticantes de *CrossFit*, como o volume de prática semanal ou a realização de exercícios de levantamento de pesos elevados, também podem ser consideradas fatores predisponentes para a incontinência urinária (Pires *et al.*, 2020).

Esta combinação de aumento da pressão intra-abdominal, fadiga neuromuscular e sobrecarga da musculatura do pavimento pélvico pode resultar em perdas involuntárias de urina, ou seja, incontinência urinária (Huebner, Ma, & Harding, 2022).

Inquéritos realizados com mulheres envolvidas em desportos como atletismo, basquetebol, futsal e levantamento de peso revelaram que muitas mulheres acreditavam que a incontinência urinária de esforço era uma parte normal das suas atividades desportivas (Jácome, Oliveira, Marques, & Sá-Couto, 2011).

Outro aspeto a considerar como abordagem na incontinência urinária é o impacto na vida sexual. Mulheres com incontinência urinária de esforço, que, segundo a ICS, se

define como a queixa de perda involuntária de urina com esforço ou atividade física (Haylen *et al.*, 2010), reportam: perda de urina com a penetração, redução da capacidade de atingir orgasmos, menor frequência de atividade sexual, desejo, excitação, lubrificação e satisfação (Bilgic & Kizilkaya Beji, 2020).

O pavimento pélvico desempenha um papel fundamental na função sexual, entre eles nos processos associados ao orgasmo. Os músculos do pavimento pélvico, especialmente o músculo pubococcígeo e o ileococcígeo, são responsáveis pelas contrações rítmicas involuntárias durante o orgasmo (Lowenstein, Gruenwald, Gartman, & Vardi, 2010). Os autores do estudo anteriormente citado, demonstraram que mulheres com uma força moderada ou máxima de contração dos músculos do pavimento pélvico apresentaram pontuações mais elevadas nas dimensões orgasmo e excitação no questionário *Female Sexual Function Index* em comparação com mulheres com fraca força de contração desses músculos.

O tônus, a força e a capacidade de contração dos músculos do pavimento pélvico são fatores importantes para a função sexual e alguns estudos mostram que a otimização destes fatores está associada a melhores respostas em termos de excitação, orgasmo, lubrificação para além de melhoria da sensibilidade vaginal (Martinez, Ferreira, Castro, & Gomide, 2014; Sartori *et al.*, 2021; Schütze *et al.*, 2022).

Num estudo italiano de 2015, 34 mulheres com incontinência urinária de esforço participaram num programa de tratamento de reeducação do pavimento pélvico com a duração de três meses. As participantes responderam ao questionário FSFI antes e três meses após o tratamento para avaliar a função sexual. Os resultados mostraram uma melhoria nas pontuações de todas as dimensões do questionário FSFI e na pontuação total após o tratamento (12,5 vs. 29,7), destacando os efeitos promissores da reeducação do pavimento pélvico na função sexual de mulheres com incontinência de esforço (Rivalta, Sighinolfi, Micali, De Stefani, & Bianchi, 2010).

A Incontinência coital (IC) é um dos fatores mais significativos que contribui para alterações na sexualidade feminina. Está associada à redução da atividade sexual e, consequentemente, do desejo sexual. A IC pode gerar sentimentos de humilhação e impotência, impactando negativamente a experiência psicológica e emocional da mulher (Çetinkaya, Seval, Varlı, & Dökmeci, 2023).

A ocorrência de incontinência à penetração revelou uma associação forte com a incontinência urinária de esforço. Por sua vez, a incontinência durante a fase de orgasmo

apesar de mais comumente associada à síndrome de bexiga hiperativa, também pode estar presente em mulheres com incontinência urinária de esforço (Handa *et al.*, 2011).

Os autores Saiki & Meize-Grochowski (2019) defendem a importância de manter um laço físico de intimidade entre os casais. Desta forma, e tendo em conta todas as alterações existentes na mulher com incontinência urinária durante a prática sexual, a intimidade entre a mulher e o seu companheiro é comprometida, refletindo-se na qualidade da relação entre os dois.

Assim sendo, é importante perceber que a abordagem da disfunção sexual associada à incontinência urinária não deve ser desvalorizada e é fundamental para melhorar a qualidade de vida da mulher (Kari Bø, 2020; Preda & Moreira, 2019).

Existe um nível de recomendação forte por todas as *guidelines* do tratamento conservador como primeira linha de tratamento ao invés das terapias invasivas (Sussman, Syan, & Brucker, 2020). De acordo com a *Guidence* (2019), o tratamento conservador através da fisioterapia pélvica diminui os riscos associados ao tratamento invasivo, e consegue ser igualmente efetivo em grande parte das mulheres.

De acordo com a *The World Health Organization* (2019), a fisioterapia é considerada como a primeira linha de tratamento conservador para a reabilitação do pavimento pélvico.

López-Liria *et al.* (2019) e Wallace, Miller & Mishra (2019) afirmam que a fisioterapia do pavimento pélvico, passa por diferentes áreas de intervenção: a terapia manual, o treino da bexiga, o treino de força e relaxamento dos músculos do pavimento pélvico, a reeducação, a alteração de comportamentos e estilo de vida e a criação de um programa de exercícios para casa.

Assim, o objetivo deste estudo passa por avaliar qual a influência que um programa de intervenção de fisioterapia, na incontinência urinária de esforço, pode exercer na função sexual da paciente.

Descrição do caso

Para a realização do presente trabalho, no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio, obteve-se primeiramente o consentimento informado (anexo I) por parte da utente, onde foram omitidos os seus dados de modo a manter o anonimato.

A escolha deste caso foi influenciada não só pelo interesse particular da aluna na temática. Além disso, apesar da incontinência urinária ser um tema amplamente estudado e abordado na literatura, a associação entre a incontinência e a disfunção sexual é uma área de investigação que requer uma análise mais aprofundada. A interligação entre estes dois aspetos da saúde é evidente e merece ser destacada.

Este estudo, analisa a intervenção de uma utente com 32 anos, instrutora de *CrossFit*, com diagnóstico médico de incontinência urinária de esforço. Foi realizado em contexto clínico com duração de doze semanas, onde foi realizada uma sessão por semana (45 minutos cada).

Foi realizado um registo clínico completo da utente, e o registo SOAP (apêndice I).

O SOAP é um acrónimo, sendo que a letra S corresponde ao *subject* (subjeto), O *objective* (objetivo), A *assessment* (avaliação) e P *plan* (planeamento). É um registo simples e estruturado, útil para o raciocínio clínico do fisioterapeuta e que permite ao profissional de saúde escrever os resultados da evolução do utente de sessão para sessão. A organização dos dados usando estas «4 letras» em posições fixas e sequenciais, em que o mesmo tipo de dados é sempre registado na mesma posição relativa, facilita a legibilidade e a procura retrospectiva de um dado específico. Estes registos permitem passar informação acerca da evolução e planeamento de intervenção a outros colegas (Queiroz, 2009).

História e exame subjetivo

Paciente com 32 anos que há cerca de um ano e meio começou com queixas de perdas involuntárias de gotas de urina quando saltava, evoluindo progressivamente para perdas do tipo jato quando fazia qualquer tipo de esforço. Há cerca de oito meses começou também a ter perdas de urina durante a atividade sexual, evoluindo com diminuição no desejo, excitação, sensibilidade vaginal, lubrificação e dificuldade em atingir o orgasmo. Por este motivo, deslocou-se ao médico ginecologista que diagnosticou incontinência urinária de esforço e reencaminhou para a Fisioterapia Pélvica.

A paciente pratica *Crossfit* desde os seus 26 anos. Atualmente, continua na sua prática desportiva, ainda que com perdas durante a mesma.

A utente relata que já normalizou a perda de urina, durante o exercício, uma vez que é comum acontecer com várias colegas. No entanto, no que diz respeito aos encontros sociais, por vergonha associada ao receio de perdas, a utente tende ao isolamento social.

Nega urgência urinária, enurese noturna, disúria, dificuldade em urinar, hematúria, infecções urinárias recorrentes e sensação de peso na bexiga.

Neste momento, devido às perdas, a utente adotou o hábito de ir à casa de banho com mais frequência mesmo não estando com vontade de urinar e a diminuição da ingestão diária de líquidos.

O seu principal problema é a disfunção sexual uma vez que tem um impacto negativo na sua vida e na relação com o companheiro. Deste modo, o principal objetivo da utente é a reversão da mesma.

Iniciou intervenção em fisioterapia a 13/12/2022, com perdas semanais.

A utente encontrava-se orientada, contudo emocionalmente abatida pela situação com o companheiro uma vez que perdeu a vontade/desejo de ter relações. A utente é colaborante, está motivada e tem apoio constante do companheiro, sendo estes fatores positivos para o processo de recuperação. Já a sua profissão, atividade desportiva e os maus hábitos comportamentais de ir à casa de banho com mais frequência mesmo não estando com vontade de urinar e a diminuição da ingestão diária de líquidos, são fatores que podem contribuir de forma negativa para o prognóstico.

Não apresenta antecedentes pessoais dignos de registo.

Diagnóstico diferencial

A paciente foi encaminhada para a fisioterapia por um médico ginecologista devido ao seu estado de saúde. No primeiro encontro, apesar da referenciação, procedeu-se a uma revisão abrangente dos sistemas. O registo de triagem (apêndice III) foi preenchido, e não foram identificadas alterações nos sistemas.

Com base nessa avaliação, determinou-se que o caso era elegível para fisioterapia, avançando assim para o exame objetivo.

Exame objetivo

O planeamento do exame objetivo foi fundamentado nas informações obtidas durante o exame subjetivo, e seguiu as diretrizes das *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidance* (2021) para mulheres com incontinência urinária de esforço, bem como às recomendações da *European Association of Urology (EUA)* (2020) para adultos com incontinência urinária. Assim, a abordagem garante uma avaliação alinhada com as melhores práticas e protocolos.

O processo começou com a avaliação do estado geral, no qual a paciente demonstrou cooperação, orientação, total autonomia e um humor ligeiramente deprimido.

Com o objetivo de descartar possíveis causas neurológicas subjacentes às queixas, foi realizada uma avaliação da integridade do sistema nervoso, incluindo um exame neurológico. Ficou excluída a lesão do nervo pudendo como uma potencial causa da incontinência. No que diz respeito à avaliação da região abdominal, foi realizada uma inspeção, destacando-se que a pele apresentava um aspeto hidratado, sem alterações na morfologia ou presença de massas (Burkhard *et al.*, 2020).

Através do *Pad Test 1h*, foi possível classificar a perda de urina da paciente como moderada (27g). O *Pad Test* é um método não invasivo, indicado pelas *European Association of Urology (EAU) guideline* (grau C de recomendação), que permite qualificar a presença ou não de incontinência e quantificar a perda de urina com uma sensibilidade 34-83% e especificidade de 65%-89% (Gajewski *et al.*, 2019; Syan & Brucker, 2016).

Diversos testes de duração têm sido reportados pela literatura uma vez que é possível realizar o teste em diferentes períodos de tempo: entre 20 minutos a duas horas e de 12 horas a 72 horas, correspondendo ao *Pad Test* de curta duração e ao *Pad Test* de longa duração, respetivamente (Kurimura *et al.*, 2020).

Apesar de estudos demonstrarem uma maior reprodutibilidade do *Pad Test* de longa duração, em termos de aplicação clínica (Price & Noblett, 2011), o teste com a forma curta, oferece mais vantagens em relação ao longo uma vez que é mais fácil, rápido e fornece informação imediata. Para além disso, a participação do paciente pode ser monitorizada diretamente e possíveis erros podem ser detetados e eliminados no momento (Ryhammer, Djurhuus, & Laurberg, 1999). O *1h Pad Test* (tabela 1), atualmente, é a única ferramenta com um protocolo padronizado, estabelecido pela ICS (Gajewski *et al.*, 2019). Para a realização do teste, é recomendado encher a bexiga a 50%-75% da sua capacidade máxima.

Tabela 11- instruções do 1h *Pad Test* segundo a *Internacional Continence Society*

-
1. O penso utilizado é pesado antes de iniciar o teste;
 2. a paciente ingere 500ml de líquidos durante um curto período de tempo (máximo de 15 minutos), depois senta e repousa;
 3. entre 15 e 45 minutos do teste, a paciente deve caminhar e subir e descer escadas;
 4. nos 45 – 60 minutos finais, a paciente deve realizar as seguintes atividades:
 - Levantar e sentar, 10 vezes;
 - Tossir vigorosamente, 10 vezes;
 - Correr no sítio durante um minuto;
 - Dobrar-se para apanhar algum objeto do chão, cinco vezes;
 - Lavar as mãos em água a correr durante um minuto.
 5. No final do teste de 1 hora, o penso é removido e pesado.
-

Os resultados são interpretados segundo a comparação do peso do penso antes do exame e depois da realização do mesmo. A incontinência, através do *1h Pad Test*, pode ser definida em “leve” (2g-10g), “moderada” (11g-50g) e “severa” (valores maiores que 50g) (O’Sullivan, Karantanis, Stevermuer, Allen, & Moore, 2004).

O Diário da Bexiga é considerado o instrumento mais comumente utilizado para documentar a frequência de micção, volume urinário, episódios de incontinência em pacientes com sintomas de urgência e incontinência urinária. Existe um nível de recomendação A da literatura para a utilização do mesmo (National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Syan & Brucker, 2016).

Atualmente, em Portugal, são vários os modelos de Diário da Bexiga usados com critérios de construção e conteúdos diferentes, não padronizados, potencialmente ineficazes na avaliação clínica do doente (Esteves, 2016). O *International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) group* tem um diário miccional validado (Bright, Cotterill, Drake, & Abrams, 2014,2012) – o *ICIQ Bladder Diary*.

O *ICQ Bladder Diary*, foi traduzido e validado para a população português europeu, seguindo o protocolo oficial de validação psicométrica do grupo ICIQ. Apesar de o Diário da Bexiga ter preenchido apenas dois dos três critérios primários considerados obrigatórios pelo grupo ICIQ, o autor Esteves e colaboradores (2016), consideraram que o Diário da Bexiga foi validado positivamente na língua português europeu. No entanto, os autores realçam a importância de, no futuro, serem preenchidos os critérios em falta do protocolo, para oferecer mais estabilidade à ferramenta.

Este instrumento fornece um *feedback* imediato aos pacientes das suas funções urinárias e, assim, pode servir de incentivo para que estes participem de forma ativa na gestão da patologia (Dmochowski, Sanders, Appell, Nitti, & Davila, 2005).

Através do Diário da Bexiga da utente (anexo II) foi possível apurar que a mesma foi em média 10 vezes por dia à casa de banho, onde, em mais de metade das vezes, apontou que: “não teve qualquer sensação de necessidade, mas urinou por razões sociais”. Ingeriu uma média de 0,6L de líquidos por dia e ingeriu três cafés. Por fim, no total dos três dias teve quatro episódios de perdas involuntárias de urina: três durante a prática de *Crossfit* e um num momento de tosse.

A qualidade de vida da utente, foi avaliada através do *Kings Health Questionnaire (KHQ)* (anexo IV). O *Kings Health Questionnaire (KHQ)* (Kelleher, Cardozo, Khullar, & Salvatore, 1997) é um questionário simples, validado para diversas línguas, incluindo o português europeu, desenvolvido especificamente para avaliar o impacto que a incontinência urinária assume na qualidade de vida dos indivíduos (S. F. N. M. Rodrigues, 2011).

Rodrigues (2011), constatou ainda que a versão para o português europeu do *KHQ*, apresentou resultados que demonstram estarmos perante uma escala fiável e válida para avaliar a qualidade de vida no contexto específico da incontinência urinária de esforço.

Este instrumento explora oito componentes da qualidade de vida (tabela 2): a percepção geral de saúde, o impacto da incontinência, as limitações de atividades diárias, as limitações físicas, as limitações sociais, as relações familiares, as emoções e o sono e a disposição. Por último, inclui uma subescala, independente das restantes, cujo objetivo é avaliar a gravidade da incontinência urinária, que se denomina medidas de gravidade. Os resultados são calculados através de um sistema de fórmulas que resulta em valores que variam entre zero e 100. Quanto maior o valor, maior o impacto na qualidade de vida da pessoa (Luz, Pereira, Henriques, Ribeirinho, & Valentim-Lourenço, 2016). Foi possível observar que o “Impacto da incontinência”, as “Limitações de atividade diárias” e as “Relações pessoais” foram os domínios considerados mais afetados pela utente, atingindo a pontuação total negativa.

Tabela 12- Pontuação Kings Health Questionnaire

Componentes avaliadas	Pontuação
Perceção geral de saúde	75
Impacto da incontinência	100
Limitações de atividades diárias	100
Limitações físicas	83,33
Limitações sociais	77,78
Relações pessoais	100
Emoções	66,67
Sono e disposição	16,67
Medidas de gravidade	80

O principal motivo que fez a utente procurar ajuda, foi a degradação da atividade sexual com o seu companheiro. Neste sentido, foi aplicado um questionário de avaliação da função sexual da utente.

Vários questionários têm sido desenvolvidos na avaliação da disfunção sexual feminina. De entre os mais comuns, encontra-se o *Female Sexual Function Index (FSFI)* (anexo VI) (Rosen *et al.*, 2000), validado para a população português europeu em 2009 (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009).

O *FSFI* tem uma boa consistência interna e a precisão teste-reteste ou estabilidade temporal (de duas a quatro semanas) foi relativamente alta para todas as dimensões e para a escala total. O *FSFI* foi também testado em termos de validade divergente. A validade discriminante do *FSFI* foi testada comparando amostras clínicas (mulheres com disfunções sexuais clinicamente diagnosticadas) com amostras não clínicas relativamente a cada dimensão e a itens individuais dentro de cada dimensão. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e na pontuação total da escala (Meston, 2003).

É um instrumento multidimensional constituído por 19 itens, que permite avaliar seis dimensões da função sexual na mulher. Cada dimensão é constituída por vários itens e para obter a pontuação total deste questionário soma-se a pontuação das várias dimensões. A pontuação máxima de cada dimensão é 6.

A pontuação de cada dimensão individual é obtida pela soma das pontuações dos itens que constituem esse domínio e pela posterior multiplicação desse resultado por um valor específico de ponderação atribuído a cada dimensão (fator dominante) fornecido pelos autores.

A pontuação final do *FSFI* varia entre dois e 36 e é obtida pela soma das pontuações de todas as dimensões. Pontuações mais elevadas indicam melhor função. Considera-se disfunção sexual pontuações iguais ou inferiores a 26,55 no *FSFI* (Pechorro *et al.*, 2009).

O desejo, o orgasmo e a satisfação demonstraram ser as dimensões mais afetadas na atividade sexual da paciente, no entanto, todas, exceto a dor, apresentaram valores muito baixos (tabela 3).

A pontuação final do questionário foi 12,3 (tabela 3), o que indica a presença de disfunção sexual.

Tabela 13- Pontuação Female Sexual Function Index (FSFI)

Dimensões avaliadas	Pontuação
Desejo	1,2
Excitação	1,2
Lubrificação	1,5
Orgasmo	1,2
Satisfação	1,2
Dor	6
Total	12,3

Para avaliar o pavimento pélvico, a utente recebeu a orientação para despir as roupas inferiores e deitar-se na marquês com as ancas e joelhos fletidos e afastados à largura dos ombros. A região pélvica da utente foi protegida com uma toalha (Kari Bø, 2014). O tónus muscular define-se como a tensão existente na musculatura relaxada, ou a resistência sentida pelo examinador durante a ativação passiva quando os músculos estão em repouso (Ganguly, Kulshreshtha, Almotiri, & Jog, 2021).

A examinação vaginal, por palpação, permite descrever possíveis problemas anatómicos e perceber como se encontram os músculos do pavimento pélvico (Abrams *et al.*, 2003).

Assim, foi importante avaliar o tónus dos músculos do pavimento pélvico da paciente, através da palpação vaginal com os músculos em repouso. Foi detetada uma hipertonía nos músculos bulbocavernoso (superficial) e no elevador do ânus profundo (puborectal, pubococígeo e iliococígeo).

Para avaliar a função do pavimento pélvico, optou-se pelo sistema de avaliação *PERFECT*, desenvolvido por Laycock & Jerwood (2001). Este sistema é projetado para avaliar tanto a força quanto a capacidade de recrutamento de fibras lentas e rápidas nos músculos do pavimento pélvico. *PERFECT* é um acrónimo, sendo que P significa *power*;

E – *endurance*; R – *repetition*; F – *fast contractions* e ECT – *every contractions timed*. Este método de avaliação demonstra uma fiabilidade intra-avaliador substancial para o parâmetro P, uma fiabilidade moderada para os parâmetros E e F, e uma fiabilidade fraca para o parâmetro R. Quanto à fiabilidade inter-avaliador, observa-se uma fiabilidade moderada para os parâmetros P, E e F, enquanto que a fiabilidade é considerada fraca para o parâmetro R (da Silva *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao primeiro parâmetro, a força de contração muscular do pavimento pélvico, é uma propriedade difícil e subjetiva de quantificar. A eletromiografia intravaginal e intraanal permite medir a atividade muscular do pavimento pélvico e assim determinar a força de contração, mas o custo e o processo associado à sua realização são uma barreira a que esta se torne o exame padrão para avaliação da força muscular. Assim, a palpação intravaginal é o método considerado mais sensível para avaliar a força e tónus dos músculos do pavimento pélvico (Rosenbaum, 2007).

O sistema de classificação da força de contração dos músculos do pavimento pélvico mais utilizado é a escala de *Oxford* modificada (anexo VIII) (Da Roza, Mascarenhas, Araujo, Trindade, & Jorge, 2013; K. Bø & Finckenhagen, 2001). Esta escala classifica a força de contração dos músculos do pavimento pélvico de zero a cinco, onde zero representa a ausência de resposta muscular e cinco a força máxima de contração. Para a avaliação foram pedidas três contrações, com dez segundos de intervalo entre os esforços e foi registada a melhor das três contrações. Não devem ser realizados quaisquer movimentos da pélvis, nem contrações dos músculos glúteos ou adutores. Uma suave ativação do músculo transverso do abdómen durante a contração dos músculos do pavimento pélvico é considerada aceitável (Kari Bø, 2014).

O grau final de força dado à paciente foi o grau 1: “esboço de contração, não sustentada”.

Os demais parâmetros do esquema *PERFECT* não foram avaliados inicialmente, dado que exigiam contrações consecutivas dos músculos do pavimento pélvico (MPP) e não foi observado um relaxamento total da musculatura após uma contração voluntária. Assim, esses parâmetros específicos foram testados somente quando houve uma confirmação de relaxamento total da musculatura, conforme descrito no Apêndice II.

A avaliação da *endurance* deve ser realizada através de contrações mantidas, com um valor de referência estabelecido em 10 repetições de 10 segundos. Após um intervalo de

dois minutos de repouso entre os testes, deve-se proceder à avaliação da capacidade de recrutamento de fibras rápidas, estabelecendo como valor de referência a realização de 10 contrações rápidas, cada uma com a duração de 1 segundo.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) fornece uma terminologia unificada e padronizada para descrever o funcionamento de um indivíduo e como este pode ser influenciado por uma condição de saúde, fatores ambientais e fatores pessoais. A CIF (quadro 1) faz um levantamento dos problemas ao nível da participação, onde se abordam as restrições sentidas pelo utente no seu dia a dia; ao nível da atividade, sendo que se registam as dificuldades sentidas numa determinada atividade; e ao nível da estrutura e função, onde se colocam os problemas/alterações anatómicas e fisiológicas. São também apontados fatores pessoais e ambientais, que possam interferir, como o ambiente físico e social (Wildeboer, Stallinga, & Roodbol, 2022). Assim, procedeu-se ao levantamento e organização de problemas apresentados pela utente segundo a CIF com o intuito de facilitar o diagnóstico em fisioterapia.

Quadro 1: Quadro CIF

Problemas encontrados	Correspondência e Codificação CIF
Participação	
Dificuldade na prática desportiva (<i>crossfit</i>) por perda involuntária de urina.	d9201- Desportos
Dificuldade em manter um relacionamento de natureza sexual com o conjugue por perda involuntária de urina e diminuição do desejo sexual.	d7702 - Relacionamentos sexuais
Limitação na participação em encontros com outros por perda involuntária de urina.	d9205 - Socialização
Atividade	
Dificuldade em levantar objetos pesados, por perda involuntária de urina.	d4300 – Levantar
Dificuldade em correr, por perda involuntária de urina	d4552 - Correr
Dificuldade em saltar, por perda involuntária de urina	d4553 - Saltar
Estrutura/Função	
Frequência miccional aumentada, por medo de perda involuntária de urina	b6201- Frequência miccional
Incontinência urinária de esforço, por perdas quando existe um aumento da pressão intra-abdominal	b6202- Continência urinária
Diminuição da libido e excitação sexual	b6400 – Funções da fase de excitação sexual
Dificuldade em atingir o orgasmo	b6402- Funções da fase orgásmica
Diminuição da força muscular do músculo profundo elevador do ânus (puborectal,	b7300- Força de músculos isolados e grupos musculares

pubococcigeo, iliococcigeo) direito e esquerdo e dos músculos superficiais (bulboesponjoso, isquicavernoso e transverso do períneo) direito e esquerdo	
Hipertonia dos músculos bulbocavernoso direito e esquerdo e elevador do ânus direito e esquerdo (puboretal, pubococcigeo, iliococcigeo)	b7350- Tônus de músculos isolados e de grupos musculares
Diminuição da capacidade de resistência dos músculos superficiais e profundos do pavimento pélvico	b7401- Resistência de grupos musculares
Problemas potenciais	
Isolamento social;	
Evitar relações sexuais;	
Má ingestão hídrica;	
Polaquíuria (Frequência urinária aumentada);	
Aumentar a fraqueza dos músculos do pavimento pélvico;	
Alteração no controlo involuntário dos músculos do pavimento pélvico;	
Hiper mobilidade uretral.	
Fatores pessoais/ambientais	
Motivada (+)	
Colaborante (+)	
Apoio do namorado (+)	
Idade (+)	
IMC normal (+)	
Trabalha e vive perto da clínica (+)	
Profissão (-)	
Prática da modalidade de <i>CrossFit</i> (-)	
Comportamentos adotados (-)	

Diagnóstico da Fisioterapia

Utente com alterações na função sexual, incluindo diminuição da excitação, libido e lubrificação, dificuldade em atingir o orgasmo e incontinência coital com limitações significativas na vida pessoal e social por incontinência urinária de esforço associada à hipertonia e redução da força muscular do pavimento pélvico.

Prognóstico funcional

Segundo as *guidelines*, são necessárias 12 semanas de um programa de treino para que o pavimento pélvico regresse à sua função normal (National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Sussman *et al.*, 2020). Leong e Mok (2015) demonstraram que um programa de fisioterapia na incontinência urinária de 12 semanas é eficaz no tratamento

das perdas de urina, apresentando melhorias significativas a partir das quatro semanas de tratamento.

Realça-se como fator de bom prognóstico a motivação e colaboração da utente e o apoio constante do companheiro. Além disso, destaca-se o facto de não ter excesso de peso, diabetes, doenças inflamatórias do intestino, alterações neurológicas e não ter outras queixas sugestivas de outras disfunções do pavimento pélvico (Camilleri, 2021; Shang *et al.*, 2023). Em contrapartida, a profissão (instrutora de *CrossFit*), a prática de *CrossFit* diária e os maus hábitos comportamentais, podem afetar de modo negativo o prognóstico.

Assim, e tendo em conta os fatores pessoais e ambientais da utente, espera-se que ao fim de 12 semanas, a utente deixe de ter queixas e recupere a função normal do seu pavimento pélvico.

Objetivos

Os objetivos a curto, a médio e a longo prazo foram delineados de forma *SMART* (específicos, mensuráveis, atingíveis, realísticos e tempo de aquisição).

1. Curto Prazo (até às 4 semanas de intervenção)

- Em 1 semana, aumentar o intervalo das micções (entre 7 a 8 vezes por dia); avaliado pelo *feedback* da paciente;
- Diminuir o consumo de cafeína de 3 para 1 café por dia, em 1 semana; avaliado pelo *feedback* da utente;
- Em 2 semanas, ingerir 1,5L de líquidos por dia; avaliado pelo *feedback* da utente;
- Diminuição da tensão do bulbocavernoso e elevador do ânus (puborectal, pubococigneo, iliococigneo) ao fim de 2 semanas; avaliado pela palpação vaginal;
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 1 para grau 2, em 3 semanas; avaliada através da palpação vaginal e Escala de *Oxford* modificada;
- Diminuição das perdas de urina de diárias para 4 vezes por semana, em 3 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente;
- Em 4 semanas, urinar apenas quando surgir o reflexo da micção; avaliado pelo *feedback* da utente.

2. Médio Prazo (entre as 4 e as 8 semanas de intervenção)

- Capacidade de relaxamento total da musculatura do pavimento pélvico após uma contração máxima, ao fim de 4 semanas; avaliado pela palpação vaginal;
- Diminuição das perdas de urina de 4 para 2 vezes por semana, em 4 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente;

Tendo em conta que não foi possível realizar a avaliação objetiva completa por dificuldade no relaxamento total dos MPP, estabeleceu-se o seguinte objetivo:

- Testar a resistência muscular e capacidade de realizar contrações rápidas de 1 segundo, em 4 semanas; avaliado por palpação vaginal (esquema *PERFECT*);
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 2 para grau 3, em 6 semanas; avaliada pela palpação vaginal e Escala de *Oxford* modificada;
- Melhoria da função sexual, ao fim de 6 semanas; avaliado pelo *feedback* da utente;
- Diminuição das perdas de urina de “semanais” para “mensais”, em 8 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente;
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 3 para grau 4, em 9 semanas; avaliada pela palpação vaginal e Escala de *Oxford* modificada.

3. Longo Prazo

É esperado que ao fim de 12 semanas:

- A pontuação do *King's Health Questionnaire* atinja zero em todos os domínios;
- O índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) apresente um valor superior a 26,55, significando assim a ausência de disfunção sexual;

- A força dos músculos do pavimento pélvico passe para grau 5, avaliado pela palpação vaginal e Escala de *Oxford* Modificada;
- Atinja os valores máximos de resistência muscular e capacidade de realizar contrações rápidas de 1 segundo; avaliado por palpação vaginal (esquema *PERFECT*);
- Não existam perdas de urina durante os aumentos de pressão intra-abdominal; avaliado pelo *Pad Test* 1h, diário da bexiga e pelo *feedback* da utente.

Intervenção

O plano de intervenção realizado foi baseado no levantamento de problemas da utente e nos objetivos estabelecidos. A intervenção teve uma duração de 12 semanas, com uma sessão por semana, o que corresponde à frequência normalmente utilizada na prática clínica neste tipo de intervenções (Liebergall-Wischnitzer *et al.*, 2012). Cada sessão teve a duração de 45 minutos. A utente mostrou motivação e apenas não compareceu a duas sessões por motivos de doença, perfazendo assim 10 sessões no total. Além da intervenção realizada em contexto clínico, foram ensinados exercícios de treino dos músculos do pavimento pélvico para realizar em casa com o intuito de potenciar o tratamento. Segundo as *Dutch Guidelines*, os exercícios realizados em casa aliados ao tratamento em contexto clínico, têm maior efetividade nos resultados finais (Arnold T.M. Bernards *et al.*, 2014).

Com o intuito de potenciar o tratamento, foi ensinado à paciente a localização dos músculos do pavimento pélvico e a sua funcionalidade, assim como a explicação da fisiologia do trato urinário inferior e as conexões entre ambos. Assim, a intervenção realizada consistiu numa fase inicial, na demonstração de um modelo anatómico da pélvis e imagens anatómicas dos músculos do pavimento pélvico e do trato urinário inferior à utente (Kari Bø, Berghmans, Mørkved, & Kampen, 2016). Existe recomendação grau B para a educação do utente (Abrams *et al.*, 2018) sendo que esta, aumenta o conhecimento, consciência acerca dos músculos do pavimento pélvico e causas para a sua disfunção.

No ponto de vista de vários autores, as alterações comportamentais e de estilo de vida são cruciais para um bom resultado no tratamento da incontinência urinária (A.T.M. Bernards *et al.*, 2011; Nambiar *et al.*, 2018; Sussman *et al.*, 2020). Aspetos como a

diminuição de cafeína, a ingestão de líquidos, o treino da bexiga e a diminuição da prática de exercício de alta intensidade foram explicados à paciente e incentivados à mudança também numa primeira abordagem:

1. Apesar de notarem que a redução da cafeína não melhora a incontinência urinária (nível 2 de evidência), as *Guidence* (2019), suportam uma recomendação forte na diminuição da cafeína por parte dos pacientes com incontinência urinária, uma vez que a ingestão aumentada da mesma pode intensificar a urgência e a frequência urinária;
2. Pacientes com incontinência urinária manipulam a ingestão de líquidos com o intuito de prevenir as perdas de urina. As *EUA Guidelines* (2020) afirmam um nível 2 de evidência na relação entre a alteração de ingestão de líquidos e a progressão da patologia. Do ponto de vista geral da saúde, a paciente foi alertada que a ingestão de líquidos deve ser suficiente para evitar a sede e que a produção de urina de 24 horas não deve ser reduzida, uma vez que pode levar a uma diminuição da capacidade da bexiga. A hidratação é também muito importante para a prevenção de obstipação: fator prejudicial para a incontinência (Burkhard *et al.*, 2020; Turawa, Musekiwa, & Rohwer, 2020);
3. O treino da bexiga, apesar de ser altamente referenciado pela literatura para o tratamento da incontinência urinária de urgência e para a bexiga hiperativa, é também recomendado como tratamento para a incontinência urinária de esforço (Moore *et al.*, 2013, citado por Kari Bø *et al.*, 2016).

Burkhard e colaboradores (2020) apoiam um regime miccional programado com intervalos miccionais gradualmente ajustados no tratamento da incontinência. Os objetivos específicos são corrigir padrões e hábitos defeituosos de micção frequente, prolongar os intervalos miccionais, aumentar a capacidade da bexiga, reduzir episódios de incontinência e restaurar a confiança da paciente no controle da função da bexiga. Este treino deve ser aplicado, no mínimo, seis semanas. As *guidelines* concordam que o nível de recomendação no que diz respeito à utilização do treino da bexiga para tratamento de incontinência urinária é forte (A.T.M. Bernards *et al.*, 2011; Burkhard *et al.*, 2020; Sussman *et al.*, 2020);

4. A combinação do aumento da pressão intra-abdominal, fadiga neuromuscular e sobrecarga da musculatura do pavimento pélvico pode resultar em perdas

involuntárias de urina, ou seja, incontinência urinária (Huebner *et al.*, 2022). O treino funcional de alta intensidade, com um volume de prática semanal elevado ou a realização de exercícios de levantamento de pesos elevados, como é recorrente na prática de *CrossFit*, podem ser consideradas fatores predisponentes para a incontinência urinária (Pires *et al.*, 2020). A paciente foi aconselhada a diminuir as cargas, a intensidade de treino e a frequência semanal. A co-contração do pavimento pélvico também deve ser aplicada durante a prática de *CrossFit*.

Antes de iniciar um programa de treino e após identificar os músculos do pavimento pélvico, é imprescindível que a paciente aprenda a contrair e relaxar a musculatura de forma correta. Uma correta contração dos músculos do pavimento pélvico pressupõe duas componentes: apertar o introito vaginal e succionar (elevação cefálica) o mesmo (Kegel, 1952, citado por Kari Bø *et al.*, 2016).

O ensinamento da correta contração e relaxamento foi iniciado na posição de sentada. Na perspetiva de Kari Bø e seus colaboradores (2016), uma posição eficaz para ensinar a correta contração / relaxamento é sentada, uma vez que, a paciente recebe estímulo proprioceptivo no pavimento pélvico. As instruções verbais, baseadas na função dos músculos, funcionam também como um bom indicador para aprender a correta contração.

De seguida, em decúbito dorsal foi novamente testada a ativação muscular da utente através da palpação vaginal e estímulos verbais (“aperte e eleve o meu dedo e de seguida largue-o deixando-o descer e voltar à posição inicial”). Diversos autores descrevem ainda que a palpação vaginal é um método eficaz para avaliar e ajudar os pacientes a ter melhor perceção da correta performance da contração e relaxamento dos músculos do pavimento pélvico (Lemes *et al.*, 2017; Kegel 1952, citado por Kari Bø *et al.*, 2016).

Kegel (1948) foi o primeiro a descrever o método de treino dos músculos do pavimento pélvico. Atualmente, o treino dos músculo do pavimento pélvico é recomendado por todas as *guidelines* como a primeira linha de tratamento na incontinência urinária de esforço (grau A de recomendação e nível 1 de evidência) (Burkhard *et al.*, 2020; Sussman *et al.*, 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Nambiar *et al.*, 2018; Bettez *et al.*, 2012). Kari Bø (2004) descreveu que este tipo de treino consegue melhorar a função muscular em forma de força, *endurance* e coordenação promovendo o máximo

suporte dos órgãos pélvicos (particularmente ao colo da bexiga e uretra) antes e durante o aumento da pressão intra-abdominal de forma a prevenir a perda involuntária de urina.

O treino dos músculos do pavimento pélvico deve ser estruturado de acordo com os princípios fundamentais de treino, incorporando uma avaliação objetiva. Isto implica trabalhar o desenvolvimento das várias fibras musculares, considerando que os MPP consistem em 70% de fibras tipo I (de contração lenta) e 30% de fibras tipo II (de contração rápida) (da Silva *et al.*, 2021).

A elaboração do programa de treino deve seguir os princípios fundamentais do treino, contemplando a estimulação das fibras musculares tanto rápidas quanto lentas. É essencial estabelecer uma dose apropriada de exercício, considerando a individualidade de cada pessoa e adaptando o treino de acordo com suas características específicas. Desta forma, cada sessão foi planeada e ajustada, seguindo os parâmetros do esquema *PERFECT*, cujos detalhes estão descritos no apêndice II.

Conforme as diretrizes da *NICE* (2021), é recomendado manter este regime com a dose apropriada de treino, envolvendo pelo menos oito contrações isoladas da musculatura, realizado três vezes ao dia, por um período mínimo de três meses. Além disso, como progressão, o treino deve ser adaptado a tarefas funcionais, incorporando o recrutamento de outros grupos musculares (Kari Bø, 2014).

No que diz respeito às posições adotadas durante o treino, deve existir uma progressão de acordo com a gravidade inferida ao pavimento pélvico: deitada, quatro apoios, sentada e em pé, progredindo para tarefas funcionais (Johannessen *et al.*, 2021; Dumoulin *et al.*, 2020; Sigurdardottir *et al.*, 2020).

Neste sentido, o treino teve início com o foco na contração isolada da musculatura, na posição deitada.

É conhecido que há uma diminuição de 5 a 10% da força muscular por semana após a interrupção do treino. Para manter os benefícios da intervenção, é crucial encorajar a paciente a continuar o treino após o término da intervenção. A inatividade pode resultar na reversão da musculatura ao estado anterior à intervenção, levando ao reaparecimento dos sintomas (Berghmans *et al.*, 2014; National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Berghmans *et al.*, 2014).

Durante todos os exercícios de treino de força, foi instruído à paciente que associasse a respiração diafragmática. Através da eletromiografia e de imagens de ultrassom,

Hodges, Sapsford, & Pengel (2007) confirmaram a sinergia direta entre os músculos do pavimento pélvico e o diafragma, durante a respiração. No momento da inspiração, o diafragma contrai e o pavimento pélvico relaxa na direção caudal. Contrariamente, na expiração, o pavimento pélvico contrai enquanto o diafragma relaxa.

Para além das intervenções já mencionadas, como a reeducação, alteração de comportamentos e exercícios focados na consciência da contração e relaxamento, destaca-se a importância de incorporar técnicas de massagem e libertação dos tecidos moles no sentido de otimizar a flexibilidade e elasticidade dos músculos do pavimento pélvico (van Reijn-Baggen *et al.*, 2021).

A combinação de massagem dos tecidos moles e alongamento dos músculos circundantes constitui uma estratégia abrangente para abordar a hipertonicidade muscular do pavimento pélvico (Hwang & Lee, 2023; Ghaderi, Bastani, Hajebrahimi, Jafarabadi, & Berghmans, 2019).

“*Knack*” é uma técnica descrita por Miller, Ashton-Miller & DeLancey (1998) que ensina os pacientes a contrair os músculos do pavimento pélvico antes e durante as atividades do dia a dia quando existe aumento da pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar, rir e durante a atividade desportiva, de forma a prevenir a perda de urina.

Evidência mais recente comprova a eficácia da pré contração dos músculos do pavimento pélvico (“*Knack*”) nas perdas involuntárias de urina (Fitz *et al.*, 2021; Sacomori *et al.*, 2020). Esta técnica permite a elevação cefálica do pavimento pélvico, com consequente fecho da uretra, vagina e reto, estabilizando o pavimento pélvico e evitando a perda involuntária de urina (Miller, Sampsel, Ashton-Miller, Hong, & DeLancey, 2008).

A *Royal Dutch Society for Physical Therapy Guideline* recomenda o uso do “*knack*” no tratamento da incontinência urinária de esforço (A.T.M. Bernards *et al.*, 2011)

No apêndice I é possível verificar a intervenção realizada em todas as sessões.

Resultados

Abaixo seguem os resultados obtidos nas datas de 12 de janeiro de 2023 e três de março de 2023, quatro e 12 semanas após a avaliação inicial, respetivamente. Foram

estabelecidas metas de curto e longo prazo, e agora serão destacadas as mudanças nos diferentes parâmetros.

- No que diz respeito ao *Pad Test* foi feita uma reavaliação 12 semanas após a avaliação inicial:

Tabela 14- *Pad Test*

Avaliação	Peso do penso no início do teste	Peso do penso no final do teste	Variação
13.12.2022	1g	28g	27g (nível moderado)
03.03.2023	1g	6g	5g (nível leve)

- Em relação ao Diário da bexiga (anexo VII), após 12 semanas, verificou-se:
 - Ausência de polaquiúria. Foi em média 7 vezes por dia à casa de banho, onde, em todas as micções “teve uma vontade normal de urinar”;
 - Hidratação diária adequada. Ingeriu uma média de 1,5L de líquidos por dia;
 - Diminuição dos níveis diários de cafeína. Tomou um café por dia;
 - No total dos três dias a paciente não teve perdas involuntárias de urina.

- No que concerne à qualidade de vida, todas as componentes avaliadas, às 12 semanas, tiveram alterações muito positivas (tabela 5). Apesar desta melhoria, o objetivo a longo prazo de atingir *score* de zero pontos em todos os domínios não foi cumprido.

Tabela 15- Pontuação Kings Health Questionnaire (anexo V)

Dimensões avaliadas	Pontuação (13.12.2022)	Pontuação (03.03.2023)
Perceção geral de saúde	75	25
Impacto da incontinência	100	33,33
Limitações de atividades diárias	100	16,67
Limitações físicas	83,33	0
Limitações sociais	77,78	0
Relações pessoais	100	16,67
Emoções	66,67	0
Sono e disposição	16,67	16,67
Medidas de gravidade	80	13,33

- Após 12 semanas, ao ser reavaliada, a paciente apresentou melhorias substanciais nos diferentes parâmetros da atividade sexual, resumindo-se num valor total superior a 26,55,

conforme o objetivo estabelecido, o que confirma a ausência de disfunção sexual (tabela 6).

Tabela 16- Pontuação *Female Sexual Function Index (FSFI)* (anexo VII)

Dimensões avaliadas	Pontuação (13.12.2022)	Pontuação (03.03.2023)
Desejo	1,2	4,2
Excitação	1,2	4,8
Lubrificação	1,5	5,4
Orgasmo	1,2	5,2
Satisfação	1,2	6
Dor	6	6
Total	12,3	31,6

- No que diz respeito à tensão muscular, verificou-se que, ao atingir as 4 semanas, conforme estabelecido inicialmente, já não havia tensão nos músculos bulbocavernoso e elevador do ânus. Foi possível observar um relaxamento total da musculatura após uma contração máxima.

- Para a avaliação da função do pavimento pélvico, utilizou-se o sistema de avaliação *PERFECT* (Laycock & Jerwood, 2001).

No que diz respeito ao parâmetro P, o objetivo inicial era atingir um grau de força muscular 2. No entanto, na primeira avaliação, a paciente superou essa meta, alcançando um grau 3 na Escala de *Oxford* Modificada.

No entanto, ao avaliar os resultados estabelecidos para as 12 semanas de intervenção, constatou-se que os objetivos não foram alcançados. A paciente atingiu apenas o grau 4 de força estabelecido pela Escala de *Oxford* Modificada, indicando que a progressão desejada não foi atingida dentro do prazo previsto.

Uma vez que na primeira avaliação realizada a 13 de dezembro de 2022, apenas foi possível avaliar o parâmetro P, referente à força muscular, estabeleceu-se como meta imediata a capacidade de avaliar os restantes parâmetros (E, R e F) em 4 semanas, e essa meta foi alcançada com sucesso.

Quanto ao objetivo a longo prazo de atingir os valores máximos para o parâmetro F, infelizmente, não foi possível atingir essa meta dentro do período estipulado. Todos resultados podem ser encontrados na tabela 7.

Tabela 17- Avaliação esquema *PERFECT*

	13.12.2022	12.01.2023	03.03.2023	Valores referência
P – Power (Oxford Modificada)	Grau 1	Grau 3	Grau 4	1 a 5
E - Endurance	NT	6	10	0-10 segundos
R - Repetition	NT	10	10	0-10 repetições
F – Fast contractions	NT	NT	4	0-10 contrações

NT: Não testado

Discussão

O presente estudo, conduzido numa clínica privada ao longo de 12 semanas, abrangendo um total de 10 sessões, detalha a intervenção de fisioterapia pélvica numa mulher de 32 anos com incontinência urinária de esforço persistente há 18 meses. A disfunção sexual associada à condição surgiu há cerca de oito meses, sendo o principal motivo pelo qual a utente decidiu procurar cuidados de saúde. Antes desse período, a perda de urina era normalizada pela mesma devido à prática intensa de atividade física e por perceber que diversas colegas sofriam da mesma condição (Mahoney *et al.*, 2023).

Observou-se uma melhoria notável na função do pavimento pélvico, redução do número de episódios de perdas de urina, diminuição da severidade da incontinência, bem como em diversos aspetos da saúde sexual, incluindo libido, excitação, lubrificação e capacidade para atingir o orgasmo. A perceção da qualidade de vida relacionada com a incontinência urinária e disfunção sexual sofreu também alterações positivas.

O objetivo deste estudo passa por avaliar a influência que um programa de intervenção de fisioterapia pélvica, na incontinência urinária de esforço, pode exercer na função sexual da paciente. O processo da fisioterapia foi baseado nas recomendações das *NICE guidelines* (2021) e *EUA* (2020).

A obtenção de uma história clínica cuidadosa é fundamental para o processo clínico. Existe um consenso universal de que a anamnese deve ser o primeiro passo na avaliação de qualquer pessoa com incontinência urinária (Burkhard *et al.*, 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Além disso, com base nas mesmas fontes, considerou-se relevante recolher informações relacionadas a outras disfunções, como sintomas associados à incontinência fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e disfunção sexual.

Conforme recomendado, foi conduzida uma avaliação física que englobou a inspeção visual da vulva, exame neurológico e avaliação da função dos músculos do pavimento pélvico.

Como limitação da avaliação no estudo, é notável a ausência da eletromiografia intravaginal para uma avaliação mais precisa. O custo e a complexidade associados a este procedimento representam uma barreira para que este se torne o exame padrão na avaliação da força muscular. Deste modo, a palpação vaginal foi o método escolhido, por ser considerado o método disponível mais sensível para a avaliação da força e tônus dos MPP (Rosenbaum, 2007).

A utilização de escalas e instrumentos de avaliação traduzidos e validados para a população português europeu é crucial para aferir a eficácia do plano de intervenção. A análise da literatura e dos instrumentos utilizados revelou a existência de uma extensa gama de ferramentas aplicáveis à incontinência urinária. No entanto, como sugestão para futuras recomendações no que concerne à avaliação, propõe-se que sejam preenchidos os critérios em falta no protocolo do diário da bexiga (*ICIQ*), visando conferir maior robustez a esta ferramenta específica.

No que diz respeito ao plano de intervenção, as vantagens da fisioterapia pélvica são amplamente reconhecidas na incontinência urinária, uma patologia extensivamente estudada (López-Liria *et al.*, 2019). No entanto continua a necessitar de uma atenção específica no que concerne à sua associação com a função sexual.

Embora as intervenções no pavimento pélvico demonstrem eficácia na reabilitação da incontinência urinária, é essencial reconhecer que disfunções neste complexo podem influenciar significativamente a função sexual (Preda & Moreira, 2019).

A relevância deste estudo prende-se com o facto de a relação entre a incontinência urinária e a função sexual ser uma área pouco explorada, não havendo evidência robusta acerca da temática.

Quanto à duração da intervenção optou-se realizar o estudo por 12 semanas, uma vez que existe um consenso geral de 12 semanas, conforme indicado por Sussman e colaboradores (2020) e pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (2019). Essa escolha foi também baseada na necessidade de garantir alterações estruturais, como hipertrofia, que geralmente requerem um treino mantido de pelo menos oito semanas (Asnong *et al.*, 2022).

Em relação à frequência das sessões com a fisioterapeuta, foi observada uma variação de intervalos de uma, duas a três semanas entre as sessões, de acordo com a literatura. As sessões programadas tinham como objetivo reavaliar e ajustar o plano de intervenção. Para assegurar adaptações neurais e estruturais, o treino em casa era crucial, sendo solicitado à utente que realizasse os exercícios entre as sessões agendadas (anexo I). A frequência recomendada era de pelo menos três vezes por dia, de duas a três vezes por semana (Kari Bø, 2020).

Desta forma, foi pedido à paciente que efetuasse os exercícios em casa entre as sessões programadas, sendo esta, sempre questionada no início de cada sessão se os tinha realizado. Inicialmente, a planificação incluía sessões semanais ao longo das 12 semanas, contudo, devido a razões de saúde não relacionadas à disfunção em análise, a paciente não esteve presente em duas sessões.

Não foram encontrados estudos experimentais que evidenciassem a eficácia do treino dos músculos do pavimento pélvico e da terapia manual para pavimentos hipertónicos em mulheres com incontinência urinária. Contudo, um ensaio clínico randomizado de três meses, em mulheres com dispareunia, orientado por Ghaderi e colaboradores (2019), conseguiu demonstrar que a maioria das utentes, assim como a utente analisada no presente estudo, apresentavam os músculos do pavimento pélvico hipertónicos e, ao mesmo tempo, fracos. Neste sentido, os autores confirmaram que os exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico e as técnicas manuais conseguiram contribuir positivamente para o fortalecimento do pavimento pélvico e, ao mesmo tempo, reduzir o tónus em repouso desta mesma musculatura.

Ainda, Naess e colegas (2018), realizaram um estudo em jovens mulheres nulíparas com vulvodinia e concluíram uma diminuição significativa do tónus muscular em repouso após a contração dos MPP. Formularam uma hipótese de que o treino dos MPP pode ser utilizado como uma técnica de relaxamento muscular. No entanto, assumiram ser necessária a realização de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade metodológica, aplicando esta técnica em mulheres diagnosticadas com hipertonidade, para explorar esta questão.

Na avaliação da função do pavimento pélvico, foi evidenciada uma melhoria significativa na força muscular, representada pelo parâmetro P do esquema *PERFECT*. Em três semanas, a força muscular progrediu de grau 1 para 3 (alcançando o objetivo mais cedo que o proposto: quatro semanas), atingindo posteriormente o grau 4 às 11

semanas (alcançando o objetivo mais tarde que o proposto: nove semanas). Conforme estabelecido como meta, não foi possível atingir o grau 5 de força muscular dentro do prazo das 12 semanas.

Em relação aos restantes parâmetros (E, R e F), a avaliação pôde ser realizada após quatro semanas, uma vez que a utente demonstrou um relaxamento total da musculatura após uma contração máxima como inicialmente proposto. Os valores alcançados foram de seis, 10 e zero, respetivamente. Uma vez que a utente não atingiu o máximo no parâmetro *endurance* (E), as contrações rápidas (F) não foram avaliadas. A longo prazo, não foi possível atingir os valores máximos estipulados para o parâmetro F, conforme inicialmente definido.

A não obtenção dos valores máximos no esquema *PERFECT* pode ser justificada pela presença de dois períodos de doença. Durante esses episódios, a pressão intra-abdominal foi aumentada devido à ocorrência frequente de tosse e espirros (Yang *et al.*, 2022; Capobianco *et al.*, 2018).

Por sua vez, os ganhos observados a curto prazo podem ser explicados pelas adaptações neurais desencadeadas pelo treino dos músculos do pavimento pélvico que conduzem a uma melhoria no controlo voluntário e na coordenação tanto inter como intramuscular. O treino dos músculos do pavimento pélvico parece ter uma influência direta na eficiência do sistema neuromuscular, contribuindo para os avanços notáveis observados num período mais imediato de intervenção (Curillo-Aguirre & Gea-Izquierdo, 2023). Desta forma, os ganhos de força muscular a curto prazo, assim como a capacidade de relaxamento após uma contração voluntária máxima, podem ser explicados pela maior consciência e controlo voluntário (Naess & Bø, 2018).

Embora a meta a longo prazo de eliminar totalmente as perdas de urina não tenha sido atingida, justificada também pela presença de períodos de doença com aumentos de pressão constante sob o pavimento pélvico (Yang *et al.*, 2022; Capobianco *et al.*, 2018), notou-se, após quatro semanas, uma redução para duas vezes por semana, conforme inicialmente planeado. Às 12 semanas, a paciente mantinha o resultado alcançado nas 10 semanas de intervenção, com dois a três episódios por mês de perdas de urina.

Não se atingiu um score de zero pontos no *King's Health Questionnaire* como proposto, mas verificou-se uma melhoria relevante na pontuação, traduzindo-se numa melhoria da qualidade de vida relacionada com a incontinência urinária levando a utente a realizar as suas atividades de vida diária e social sem receio de perdas (Luz *et al.*, 2016).

A diminuição do número de episódios de incontinência e a melhoria da qualidade de vida também podem ser justificadas pelas adaptações neurais e estruturais, em resposta ao treino dos músculos do pavimento pélvico. Através da hipertrofia da musculatura estriada, existe um aumento da pressão do encerramento da uretra em repouso e durante atividades que aumentem a pressão intra-abdominal (Wallace *et al.*, 2019).

No que diz respeito à disfunção sexual associada, conforme indicado pela pontuação na Escala de Funcionamento Sexual Feminino, a utente recuperou a função sexual.

Além dos resultados apresentados no estudo, analisando os registos intermédios (apêndice I), compreendeu-se que houve uma melhoria progressiva na função sexual da paciente. À quarta semana a utente já reconhecia alterações na excitação e satisfação sexual. Na sétima semana conseguiu atingir o orgasmo pela primeira vez, após mais de meio ano sem ter essa capacidade.

A revisão sistemática de Duralde & Rowen (2017) confirmou que qualquer perda involuntária de urina é associada à degradação sexual. Através da análise de diferentes estudos conseguiram perceber uma correlação direta entre as mulheres portadores de patologia do trato urinário inferior com incontinência e a função sexual alterada.

A implementação do processo de fisioterapia mostra-se relevante nestes casos, uma vez que maior parte dos estudos apenas abordam esse processo para o tratamento isolado da incontinência urinária ou da disfunção sexual. Portanto, este estudo ganha considerável pertinência ao detalhar o processo de fisioterapia numa utente que apresenta ambas as disfunções, evidenciando melhorias nos sintomas de ambas.

É importante realçar o impacto na função sexual dado que 26% das mulheres com incontinência urinária reconhecem consequências negativas na sexualidade (Preda & Moreira, 2019). Mulheres com incontinência urinária relatam perdas de urina durante a penetração, redução na capacidade de atingir orgasmo, menor frequência de atividade sexual, bem como menor desejo, excitação, lubrificação e satisfação (Gomes, Faber, Botta, Brito, & Juliato, 2020). Além dessas repercussões, o risco de secura vaginal, dispareunia e redução da libido é mais elevado nas mulheres com incontinência urinária, independentemente da raça, idade ou nível de formação académica (P Abrams *et al.*, 2010).

Na literatura, esta relação é justificada. A atividade sexual da mulher não é influenciada apenas pelos fatores biológicos. O medo de perder urina, a diminuição da libido, o medo de não ir de encontro às expectativas do parceiro, o constrangimento do

seu próprio corpo e a sensação de falta de atratividade, também podem ser fatores significativamente influenciados pela incontinência urinária (Burzyński *et al.*, 2021).

Além disso, considerando que a fase do orgasmo implica a contração dos músculos do pavimento pélvico, a correlação entre a força dos músculos do pavimento pélvico e a qualidade do orgasmo é reconhecida.

Há mais de 50 anos, Kegel foi o pioneiro ao reconhecer que a fragilidade dos músculos do pavimento pélvico pode contribuir para disfunções sexuais (Kegel AH (1952) citado por Lowenstein *et al.*, 2010). Foi sugerido que, durante o ato sexual, o prazer é intensificado pelas contrações dos músculos pubococcígeo e iliococcígeo.

É relevante notar que o treino dos músculos do pavimento pélvico também pode impactar a função sexual ao promover uma melhoria na circulação sanguínea para os órgãos genitais, especialmente para os músculos do pavimento pélvico, que desempenham um papel crucial no aumento do clítoris durante a fase de excitação.

À semelhança do presente estudo, Preda e os seus colaboradores (2019) verificaram uma ligação entre a força dos músculos do pavimento pélvico e a função sexual. Concretamente, observou-se que tanto as funções de orgasmo quanto de excitação estão correlacionadas com a robustez dos músculos do pavimento pélvico. Ferreira e a sua equipa (2023), também revelaram que a presença de incontinência era um fator predisponente para a disfunção sexual. Relataram uma redução do domínio sexual em mulheres com incontinência urinária, comparado com mulheres continentas, utilizando a escala *FSFI*.

Por sua vez, Hwang & Lee (2023) avaliaram o papel do treino dos músculos do pavimento pélvico na função sexual e concluíram que mulheres com incontinência urinária que receberam reabilitação do pavimento pélvico fortaleceram os músculos dessa região e, conseqüentemente, observaram um efeito positivo na sua vida sexual.

Um estudo realizado por Shafik (2000) avaliou o efeito direto do treino dos músculos do pavimento pélvico nos diferentes domínios da função sexual, demonstrando que o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico resultou numa melhoria do desejo sexual, desempenho durante o coito e atingimento do orgasmo.

Além disso, o estudo de Ghezzi e colaboradores veio reforçar a hipótese do presente estudo. Os autores defendem que não ocorre melhoria na função sexual após cirurgias para incontinência urinária ou prolapso (2006).

Contudo, embora seja amplamente aceite que as contrações dos músculos do pavimento pélvico desempenham um papel crucial no momento do orgasmo (Schütze *et al.*, 2022; Serati *et al.*, 2015; Zahariou, Karamouti, & Papaioannou, 2008), ainda não existem dados suficientes para sustentar totalmente a relação entre a força dos músculos do pavimento pélvico e a função sexual.

Quanto à substancial melhoria da lubrificação vaginal da utente, uma explicação plausível está na influência da perda de urina sobre o pH ácido natural da vagina. Este desequilíbrio pode afetar a flora vaginal, originando ressecamento vaginal e uma lubrificação disfuncional, traduzindo-se, assim, em complicações e desconforto durante a atividade sexual (Zahariou *et al.*, 2008). Com a diminuição das perdas de urina, a flora da vagina voltou a ficar estabilizada.

Segundo os resultados deste estudo, foi possível verificar uma ligação entre a força dos músculos do pavimento pélvico e a função sexual.

A função sexual deve ser alvo de avaliação na abordagem da mulher com incontinência urinária e deve ser valorizada como um aspeto fundamental da qualidade de vida da mulher, em conjunto com os sintomas urinários (Radoja & Degmečić, 2019).

Assim, e tendo em conta a escassa literatura, este estudo reveste-se de importância pelos resultados positivos na função sexual quando realizado um plano de intervenção de fisioterapia pélvica na incontinência urinária, agregando à literatura atual mais motivos para serem adicionados estudos neste âmbito.

Há uma necessidade urgente de ensaios clínicos projetados especificamente para investigar a força dos músculos do pavimento pélvico na função sexual feminina (Omodei *et al.*, 2019).

Conclusão

Com a realização deste estudo, alcançou-se o objetivo de descrever a intervenção de fisioterapia numa mulher com incontinência urinária e histórico de disfunção sexual. No entanto, destaca-se a necessidade contínua de investigação nesta área. É imperativo que futuras pesquisas possibilitem aos fisioterapeutas a prática baseada na evidência científica ao longo de todo o processo de intervenção.

Se é certo que a reabilitação do pavimento pélvico é crucial para a obtenção de uma resposta benéfica no tratamento da incontinência urinária de esforço e consequentemente na disfunção sexual, também é importante que os restantes profissionais de saúde se

foquem na importância de conhecer o pavimento pélvico e o seu funcionamento quando abordam o tópico da função sexual feminina e que referenciem os pacientes para fisioterapeutas especializados na reabilitação do pavimento pélvico. Recomenda-se a realização de estudos experimentais que incluam a intervenção em utentes, sem fatores de risco ginecológicos e/ou obstétricos associados, com sintomas de incontinência urinária e disfunção sexual.

De acordo com os resultados deste estudo, um plano de intervenção de fisioterapia na reabilitação do pavimento pélvico constitui atualmente um dos pilares terapêuticos para a incontinência urinária de esforço e pode ser considerada uma arma para a melhoria da função sexual nas mulheres com esta patologia.

Bibliografia

- Abrams, P., Andersson, K. E., Apostolidis, A., Birder, L., Bliss, D., Brubaker, L., ... Wein, A. (2018). EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. *Neurourology and Urodynamics*, 37(7), 2271–2272.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37–49.
- Álvarez-García, C., & Doğanay, M. (2022). The Prevalence of Urinary Incontinence in Female Crossfit Practitioners: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Archivos Espanoles de Urologia*, 75(1), 48–59.
- Asnong, A., D’Hoore, A., van Kampen, M., Wolthuis, A., van Molhem, Y., van Geluwe, B., ... Geraerts, I. (2022). The role of pelvic floor muscle training on low anterior resection syndrome. *Annals of Surgery*, 276(5), 761–768.
- Berghmans, B., Bols, E., Sahlin, Y., & Berner, E. (2014). Evidence-based physical therapy for pelvic floor dysfunctions affecting both women and men. *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice: Second Edition*, 315–318.
- Bernards, A. T. M., Berghmans, B. C. M., Slieker-ten Hove, M. C. P., Staal, J. B., De Bie, R. A., & Hendriks, E. J. M. (2014). Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: An update. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 25(2), 171–179.
- Bernards, A. T. M., Berghmans, L. C. M., Heeswijk-Faase, I. C. Van, Westerik-Verschuuren, E. H. M. L., Ridder, I. de G., Groot, J. A. M., ... Hendriks, H. J. M. (2011). KNGF Guideline. *Journal of Physical Therapy*, 121(3), 1–28. Retrieved from https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/stroke_practice_guidelines_2014.pdf#page=32&zoom=auto,-214,561
- Bettez, M., Tu, L. M., Carlson, K., Corcos, J., Gajewski, J., Jolivet, M., & Bailly, G. (2012). 2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus

document for the Canadian Urological Association. *Journal of the Canadian Urological Association*, 6(5), 354–363.

Bilgic, D., & Kizilkaya Beji, N. (2020). How do urinary incontinence types affect sexual function and quality of life for Turkish women? *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 12(3), 253–259.

Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal*, 15(2), 76–84.

Bø, K. (2014). Measurement of pelvic floor muscle function and strength, and pelvic organ prolapse: Visual observation and palpation. *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice: Second Edition*, 47–53.

Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 147–154.

Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Kampen, M. Van. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice, 20 Physical Therapy in Sport § (2016).

Bø, K., & Finckenhagen, H. B. (2001). Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: Inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal squeeze pressure. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(10), 883.

Bø, K., & Nygaard, I. E. (2020). Is Physical Activity Good or Bad for the Female Pelvic Floor? A Narrative Review. *Sports Medicine*, 50(3), 471–484.

Booth, J., & Bliss, D. (2020). Consensus statement on bladder training and bowel training. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), 1234–1254.

Bright, E., Cotterill, N., Drake, M., & Abrams, P. (2012). Developing a Validated Urinary Diary: Phase 1 Elizabeth. *Neurourology and Urodynamics*, (November 2011).

Bright, E., Cotterill, N., Drake, M., & Abrams, P. (2014). Developing and validating the international consultation on incontinence questionnaire bladder diary. *European Urology*, 66(2), 294–300.

Burkhard, F. C., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F., Lemack, G. E., Nambiar, A. K., Thiruchelvam, N., ... Schneider, M. . (2020). EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults (limited update March 2018). *European Association of Urology*. Retrieved

from <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>

Burzyński, B., Kwiatkowska, K., Sołtysiak-Gibała, Z., Bryniarski, P., Przymuszała, P., Właźlak, E., & Rzymiski, P. (2021). Impact of stress urinary incontinence on female sexual activity. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(2), 643–653.

Camilleri, M. (2021). Gastrointestinal motility disorders in neurologic disease. *Journal of Clinical Investigation*, 131(4), 1–13.

Capobianco, G., Madonia, M., Morelli, S., Dessole, F., De Vita, D., Cherchi, P. L., & Dessole, S. (2018). Management of female stress urinary incontinence: A care pathway and update. *Maturitas*, 109(December 2017), 32–38.

Cayir, G., & Kizilkaya Beji, N. (2022). The effect of a counseling and training program on the treatment of women with overactive bladder. *Psychology, Health and Medicine*, 27(8), 1726–1738.

Çetinkaya, Ş. E., Seval, M. M., Varlı, B., & Dökmeci, F. (2023). The association of coital incontinence with clinical factors and single voiding cycle ambulatory urodynamic monitoring findings in women. *Frontiers in Medicine*, 10(March), 1–7.

Correia, S., Dinis, P., Rolo, F., & Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 20(12), 1481–1489.

Culleton-Quinn, E., Bø, K., Fleming, N., Mockler, D., Cusack, C., & Daly, D. (2022). *Elite female athletes' experiences of symptoms of pelvic floor dysfunction: A systematic review*. *International Urogynecology Journal* (Vol. 33). Springer International Publishing.

Curillo-Aguirre, C. A., & Gea-Izquierdo, E. (2023). Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Lithuania)*, 59(6).

Da Roza, T., Mascarenhas, T., Araujo, M., Trindade, V., & Jorge, R. N. (2013). Oxford Grading Scale vs manometer for assessment of pelvic floor strength in nulliparous sports students. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 99(3), 207–211.

da Silva, J. B., de Godoi Fernandes, J. G., Caracciolo, B. R., Zanello, S. C., de Oliveira

- Sato, T., & Driusso, P. (2021). Reliability of the PERFECT scheme assessed by unidigital and bidigital vaginal palpation. *International Urogynecology Journal*, 32(12), 3199–3207.
- Digesu, G. A., Khullar, V., Cardozo, L., Robinson, D., & Salvatore, S. (2005). P-QOL: A validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *International Urogynecology Journal*, 16(3), 176–181.
- Dmochowski, R. R., Sanders, S. W., Appell, R. A., Nitti, V. W., & Davila, G. W. (2005). Bladder-health diaries: An assessment of 3-day vs 7-day entries. *BJU International*, 96(7), 1049–1054.
- Doumouchtsis, S. K., Loganathan, J., & Pergialiotis, V. (2022). The role of obesity on urinary incontinence and anal incontinence in women: a review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(1), 162–170.
- Dumoulin, C., Morin, M., Danieli, C., Cacciari, L., Mayrand, M. H., Tousignant, M., & Abrahamowicz, M. (2020). Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training to Treat Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 180(10), 1284–1293.
- Duralde, E. R., & Rowen, T. S. (2017). Urinary Incontinence and Associated Female Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine Reviews*, 5(4), 470–485.
- Esteves, A. J. C. D. F. (2016). Validação na língua portuguesa do diário da bexiga: tradução do international consultation on incontinence questionnaire bladder diary (icic bladder diary). Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/26074>
- Ferreira, C. R. G., Soares, W. M., da Costa Priante, C. H., de Souza Duarte, N., Soares, C. O., Bittencourt, K. C., ... Rodrigues, C. N. C. (2023). Strength and Bioelectrical Activity of the Pelvic Floor Muscles and Sexual Function in Women with and without Stress Urinary Incontinence: An Observational Cross-Sectional Study. *Healthcare (Switzerland)*, 11(2), 1–10.
- Fitz, F. F., Gimenez, M. M., de Azevedo Ferreira, L., Matias, M. M. P., Bortolini, M. A. T., & Castro, R. A. (2021). Effects of voluntary pre-contraction of the pelvic floor muscles (the Knack) on female stress urinary incontinence—a study protocol for a RCT. *Trials*, 22(1), 1–12.
- Gajewski, J. B., Averbek, M., Dickinson, T., Schurch, B., Sakakibara, R., Payne, C.

- K., ... Haylen, B. T. (2019). The 2019 compilation of the International Continence Society Standardisations, Consensus statements, Educational modules, Terminology and Fundamentals documents, with the International Consultation on Incontinence algorithms. *The ICS Standards*, 67–77.
- Ganguly, J., Kulshreshtha, D., Almotiri, M., & Jog, M. (2021). Muscle tone physiology and abnormalities. *Toxins*, 13(4).
- Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1849–1855.
- Ghezzi, F., Serati, M., Cromi, A., Uccella, S., Triacca, P., & Bolis, P. (2006). Impact of tension-free vaginal tape on sexual function: Results of a prospective study. *International Urogynecology Journal*, 17(1), 54–59.
- Gilbert, I., Gaudreault, N., & Gaboury, I. (2022). Exploring the Effects of Standardized Soft Tissue Mobilization on the Viscoelastic Properties, Pressure Pain Thresholds, and Tactile Pressure Thresholds of the Cesarean Section Scar. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 28(4), 355–362.
- Guerra, A., Henriques, A., Martins, A., Bello, A., Ribeirinho, A. L., Pereira, A. P., ... Fan, Y. (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. *Sociedade Portuguesa de Uroginecologia*, 1–331. Retrieved from <https://spginecologia.pt/consenso/11324/>
- Handa, V. L., Whitcomb, E., Weidner, A. C., Nygaard, I., Brubaker, L., Bradley, C. S., ... Richter, H. E. (2011). Sexual function before and after nonsurgical treatment of stress urinary incontinence. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, 17(1), 30–35.
- Haylen, B. T., Ridder, D. de, Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., ... Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 20(December 2009), 4–20.
- Hodges, P. W., Sapsford, R., & Pengel, L. H. M. (2007). Postural and Respiratory Functions of the Pelvic Floor Muscles P.W. *Neurourology and Urodynamics*, 371(February), 362–371.

- Huebner, M., Ma, W., & Harding, S. (2022). Sport-related risk factors for moderate or severe urinary incontinence in master female weightlifters: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 17(11 November), 1–13.
- Hwang, U. J., & Lee, M. S. (2023). Relationship between female sexual function, vaginal volume, vaginal resting tone, and pelvic floor muscle strength in women with stress urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology Science*, 66(4), 327–335.
- Jácome, C., Oliveira, D., Marques, A., & Sá-Couto, P. (2011). Prevalence and impact of urinary incontinence among female athletes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 114(1), 60–63.
- Johannessen, H. H., Frøshaug, B. E., Lysåker, P. J. G., Salvesen, K., Lukasse, M., Mørkved, S., & Stafne, S. N. (2021). Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum—Follow up of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(2), 294–301.
- Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 238–248.
- Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(12), 1374–1379.
- Kurimura, Y., Haga, N., Yanagida, T., Tanji, R., Onagi, A., Honda, R., ... Kojima, Y. (2020). The preoperative pad test as a predictor of urinary incontinence and quality of life after robot-assisted radical prostatectomy: a prospective, observational, clinical study. *International Urology and Nephrology*, 52(1), 67–76.
- Laycock, J., & Jerwood, D. (2001). Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631–642.
- Lemes, E. C., Mateus-Vasconcelos, Ribeiro, A. M., Antônio, F. I., Brito, L. G. de O., & Ferreira, C. H. J. (2017). Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(6), 420–432.
- Leong, B. S., & Mok, N. W. (2015). Effectiveness of a new standardised Urinary continence Physiotherapy programme for Community-Dwelling older women in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 21(1), 30–37.

- Liebergall-Wischnitzer, M., Paltiel, O., Hochner Celnikier, D., Lavy, Y., Manor, O., & Woloski Wruble, A. C. (2012). Sexual Function and Quality of Life of Women with Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial Comparing the Paula Method (Circular Muscle Exercises) to Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) Exercises. *Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1613–1623.
- López-Liria, R., Varverde-Martínez, M. D. L. Á., Padilla-Góngora, D., & Rocamora-Pérez, P. (2019). Effectiveness of physiotherapy treatment for urinary incontinence in women: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 28(4), 490–501.
- Lowenstein, L., Gruenwald, I., Gartman, I., & Vardi, Y. (2010). Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *International Urogynecology Journal*, 21(5), 553–556.
- Luz, R., Pereira, I., Henriques, A., Ribeirinho, A. L., & Valentim-Lourenço, A. (2016). King's Health Questionnaire to assess subjective outcomes after surgical treatment for urinary incontinence: can it be useful? *International Urogynecology Journal*, 28(1), 139–145.
- Mahoney, K., Eric Heidel, R., & Olewinski, L. (2023). Prevalence and Normalization of Stress Urinary Incontinence in Female Strength Athletes. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 37(9), 1877–1881.
- Manuelyan, Z., Siomara Muñiz, K., & Stein, E. (2020). Common Urinary and Bowel Disorders in the Geriatric Population. *Medical Clinics of North America*, 104(5), 827–842.
- Martinez, C. S., Ferreira, F. V., Castro, A. A. M., & Gomide, L. B. (2014). Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(5), 497–502.
- Meston, C. M. (2003). Validation of the female sexual function index (Fsfi) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(1), 39–46.
- Miller, J. M., Ashton-Miller, J. A., & DeLancey, J. O. L. (1998). A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 870–874.
- Miller, J. M., Sampselle, C., Ashton-Miller, J., Hong, G. R. S., & DeLancey, J. O. L.

(2008). Clarification and confirmation of the Knack maneuver: The effect of volitional pelvic floor muscle contraction to preempt expected stress incontinence. *International Urogynecology Journal*, 19(6), 773–782.

Naess, I., & Bø, K. (2018). Can maximal voluntary pelvic floor muscle contraction reduce vaginal resting pressure and resting EMG activity? *International Urogynecology Journal*, 29(11), 1623–1627.

Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., ... Burkhard, F. C. (2018). EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology*, 73(4), 596–609.

National Institute for health and care excellence. (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non surgical management, (December 2021). Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng210

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*: © NICE (2019) *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*. *BJU international* (Vol. 123). <https://doi.org/10.1111/bju.14763>

O'Sullivan, R., Karantanis, E., Stevermuer, T. L., Allen, W., & Moore, K. H. (2004). Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(8), 859–862.

Omodei, M. S., Marques Gomes Delmanto, L. R., Carvalho-Pessoa, E., Schmitt, E. B., Nahas, G. P., & Petri Nahas, E. A. (2019). Association Between Pelvic Floor Muscle Strength and Sexual Function in Postmenopausal Women. *Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 1938–1946.

Parpio, Y. N., Minaz, A., & Haider, S. I. (2022). Urinary Incontinence: Understanding the Silent Plight of Women. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 32(4), 519–521.

Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), 10(3), 113–120.

Pires, T., Pires, P., Moreira, H., & Viana, R. (2020). Prevalence of Urinary Incontinence in High-Impact Sport Athletes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Kinetics*, 73(1), 279–288.

- Preda, A., & Moreira, S. (2019). Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(11), 721.
- Price, D. M., & Noblett, K. (2011). Comparison of the cough stress test and 24-h pad test in the assessment of stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 23(4), 429–433.
- Queiroz, M. J. (2009). SOAP revisitado. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(2), 221–227.
- Radoja, I., & Degmečić, D. (2019). Quality of life and female sexual dysfunction in croatian women with stress-, urgency-and mixed urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Medicina (Lithuania)*, 55(6), 1–15.
- Rivalta, M., Sighinolfi, M. C., Micali, S., De Stefani, S., & Bianchi, G. (2010). Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (Biofeedback, Functional Electrical Stimulation, Pelvic Floor Muscles Exercises, and Vaginal Cones). *Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1200–1208.
- Rodrigues, S. F. N. M. (2011). Estudo de Adaptação e Validação do King ' s Health Questionnaire a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço, 169.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ...
D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191–205.
- Rosenbaum, T. Y. (2007). Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: A literature review. *Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 4–13.
- Ryhammer, A. M., Djurhuus, J. C., & Laurberg, S. (1999). Pad testing in incontinent women: A review. *International Urogynecology Journal*, 10(2), 111–115.
- Sacomori, C., Araya-Castro, P., Diaz-Guerrero, P., Ferrada, I. A., Martínez-Varas, A. C., & Zomkowski, K. (2020). Pre-rehabilitation of the pelvic floor before radiation therapy for cervical cancer: a pilot study. *International Urogynecology Journal*, 31(11), 2411–2418.

- Saiki, L. S., & Meize-Grochowski, R. (2019). Relationship Satisfaction of Intimate Partners of Persons Living with Urinary Incontinence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 46(3), 228–234.
- Sartori, D. V. B., Kawano, P. R., Yamamoto, H. A., Guerra, R., Pajolli, P. R., & Amaro, J. L. (2021). Pelvic floor muscle strength is correlated with sexual function. *Investigative and Clinical Urology*, 62(1), 79–84.
- Schütze, S., Heinloth, M., Uhde, M., Schütze, J., Hüner, B., Janni, W., & Deniz, M. (2022). The effect of pelvic floor muscle training on pelvic floor function and sexuality postpartum. A randomized study including 300 primiparous. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 306(3), 785–793.
- Serati, M., Braga, A., Di Dedda, M. C., Sorice, P., Peano, E., Birolì, A., ... Ghezzi, F. (2015). Benefit of Pelvic Floor Muscle Therapy in Improving Sexual Function in Women with Stress Urinary Incontinence: A Pretest-Posttest Intervention Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(3), 254–261.
- Shafik, A. (2000). The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*, 11(6), 361–376.
- Shang, X., Fu, Y., Jin, X., Wang, C., Wang, P., Guo, P., ... Yan, S. (2023). Association of overweight, obesity and risk of urinary incontinence in middle-aged and older women: a meta epidemiology study. *Frontiers in Endocrinology*, 14(October), 1–10.
- Shaw, J. M., & Nygaard, I. E. (2016). PHYSICAL ACTIVITY AND THE PELVIC FLOOR Ingrid. *Physiology & Behavior*, 176(1), 139–148.
- Shaw, J. M., & Nygaard, I. E. (2017). Role of chronic exercise on pelvic floor support and function Janet. *HHS Public Access*, 176(3), 139–148.
- Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Geirsson, R. T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T., & Bø, K. (2020). Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(3), 247.e1-247.e8.
- Sussman, R. D., Syan, R., & Brucker, B. M. (2020). Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. *BJU International*, 125(5), 638–655.
- Syan, R., & Brucker, B. M. (2016). Guideline of guidelines: Urinary incontinence. *BJU International*, 117(1), 20–33.

- Turawa, E. B., Musekiwa, A., & Rohwer, A. C. (2020). Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(8).
- van Reijn-Baggen, D. A., Han-Geurts, I. J. M., Voorham-van der Zalm, P. J., Pelger, R. C. M., Hagenaars-van Miert, C. H. A. C., & Laan, E. T. M. (2021). Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sexual Medicine Reviews*, 10(2), 209–230.
- Vaughan, C. P., & Markland, A. D. (2020). Urinary incontinence in women. *Annals of Internal Medicine*, 172(3), ITC17-ITC32.
- Verbeek, M., & Hayward, L. (2019). Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sexual Medicine Reviews*, 7(4), 559–564.
- Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 31(6), 485–493.
- Wildeboer, A. T., Stallinga, H. A., & Roodbol, P. F. (2022). Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for Diabetes Mellitus from nurses' perspective using the Delphi method. *Disability and Rehabilitation*, 44(2), 210–218.
- Yang, C., Feng, Z., Chen, Z., Xu, D., Li, Y., Lai, K., & Yi, F. (2022). The risk factors for urinary incontinence in female adults with chronic cough. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 1–9.
- Yazdany, T., Jakus-Waldman, S., Jeppson, P. C. ., Schimpf, M. O. ., Yurteri-Kaplan, L. A. ., Ferzandi, T. R. ., ... Ward, R. M. (2020). American Urogynecologic Society Systematic Review: The Impact of Weight Loss Intervention on Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 26(5), 287–298.
- Zahariou, A. G., Karamouti, M. V., & Papaioannou, P. D. (2008). Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 19(3), 401–406.

ANEXOS E APÊNDICES

Apêndice I– Registo Clínico

REGISTO DE UTENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: T. S Idade: 32 anos Data de nascimento: 15/04/1987

Início da intervenção: 13/12/2022

IMC: 24,2

Médico assistente: X

Fisioterapeuta: Tânia Vieira

Diagnóstico Médico: Incontinência urinária de esforço

Motivo do Pedido de Intervenção: Perda involuntária de urina durante atividade física e disfunção sexual.

CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO

Profissão: Instrutora de *CrossFit*

Residência: reside em Lisboa com o marido. Desloca-se para as sessões de fisioterapia com carro próprio.

EXAME SUJETIVO (13/12/2022)

História clínica atual

Queixas/ objetivos do utente

Paciente com 32 anos que há cerca de um ano e meio começou com queixas de perdas involuntárias de gotas de urina quando saltava, evoluindo progressivamente para perdas do tipo jato quando fazia qualquer tipo de esforço. Há cerca de oito meses começou também a ter perdas de urina durante a atividade sexual, evoluindo para alteração no desejo e excitação, dificuldade em atingir o orgasmo e alteração na lubrificação e sensibilidade vaginal. Por este motivo, deslocou-se ao médico ginecologista que diagnosticou com incontinência urinária de esforço e reencaminhou para a Fisioterapia Pélvica.

A paciente pratica *Crossfit* desde os seus 26 anos. Atualmente, continua na sua prática desportiva, ainda que com perdas constantes durante a mesma.

A utente relata que já normalizou a perda de urina, durante o exercício, uma vez que é comum acontecer com várias colegas, no entanto, no que diz respeito aos encontros sociais, a utente afirma isolamento social por vergonha associada ao receio de perdas. Nega urgência urinária, enurese noturna, disúria, dificuldade em urinar, hematúria, infeções urinárias recorrentes e sensação de peso na bexiga. Sem hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas (Berghmans *et al.*, 2014).

Neste momento, devido às perdas, a utente adotou o hábito de ir à casa de banho com mais frequência, mesmo não estando com vontade, e de diminuir a ingestão diária de líquidos.

Neste momento, tem como principal problema a disfunção sexual, sendo o objetivo principal a reversão da mesma. Explica que a disfunção sexual tem um impacto negativo na sua vida e na relação com o companheiro.

Iniciou a intervenção em fisioterapia a 13/12/2022, com perdas semanais.

A utente encontrava-se orientada, contudo emocionalmente abatida pela situação com o companheiro uma vez que perdeu a vontade/desejo de ter relações. A utente é colaborante, está motivada e tem apoio constante do companheiro, estes fatores são positivos para o processo de recuperação. Já a sua profissão, atividade desportiva e os maus hábitos comportamentais são fatores que podem contribuir de forma negativa para o prognóstico.

Não apresenta antecedentes pessoais dignos de registo.

Sintomas gastrointestinais

Incontinência para gases ou fezes: não

Frequência de dejeções: diária

Consistência das fezes: nega ter fezes duras ou irregulares, esforço defecatório, sensação de esvaziamento incompleto e utilização de laxantes

Sintomas ginecológicos

Sensação de peso na vagina: não

Sexualmente ativo: sim

Alteração da função sexual: sim. A paciente reportou que começou a ter perdas de urina durante o ato sexual e consequentemente começou a perder o desejo e excitação sexual e deparou-se com dificuldade extrema para atingir o orgasmo.

Expectativa do utente: diminuir a frequência de perdas de urina e reverter a disfunção sexual.

História clínica anterior

Sem historial médico e pessoal importantes para o processo.

Medicação habitual

Nega

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

<i>Fatores Pessoais</i>	<i>Fatores Ambientais</i>
<i>Motivada (+)</i>	Trabalha e vive perto da clínica (+)
<i>Colaborante (+)</i>	Comportamentos adotados (-)
<i>Apoio do namorado (+)</i>	Profissão (-)
<i>Idade (+)</i>	Prática da modalidade CrossFit (-)
<i>IMC normal (+)</i>	

legenda: Facilitadores (+); Barreiras (-)

Limitações da atividade referidas pelo utente:

A utente tem limitação em levantar objetos pesados por perda de urina, assim como a tossir, espirrar ou rir.

Restrições da Participação referidas pelo utente:

A utente tem perda involuntária de urina na sua prática desportiva (*CrossFit*) e durante as relações sexuais com o companheiro.

Outros dados clínicos (exames complementares):

Sem exames realizados.

EXAME OBJETIVO (13/12/2022)

Estado Geral:

Utente visivelmente abatida, contudo, colaborante e motivada. Sente-se deprimida pela situação com o companheiro pois percebe que isso está a prejudicar a relação.

Observação da Postura

Postura ortostática e sentada (13/12/2022)

Plano	Observação
Anterior	Rotação interna dos ombros
Posterior	Ligeiro aumento da cifose dorsal
Lateral	Ligeira retificação lombar e báscula posterior da pélvis

Parede abdominal:

Pele hidratada, sem alterações morfológicas e /ou presença de massas.

Pavimento Pélvico:

Observação:

Pele e mucosas hidratadas e sem deformidades, vulva apresenta cor rosada e sem presença de cicatrizes. Introito vaginal fechado, não se observaram fissuras, hemorroidas ou prolapso dos órgãos pélvicos.

Exame físico:

- Exame neurológico: sem alteração da sensibilidade tátil, dolorosa e térmica
- Pontos dolorosos: sem dores na musculatura superficial e profunda
- Tónus muscular: hipertonia dos músculos superficiais e elevador do ânus (profundo)
- Consciência do movimento: consciência da contração, contudo sem capacidade de relaxamento da musculatura
- Força muscular: grau 1/5 na escala de Oxford modificada (“esboço de contração, não sustentada”)
- Endurance: não testado por dificuldade no relaxamento após contração
- Repetições: não testado por dificuldade no relaxamento após contração

- Número Máximo de contrações rápidas (um segundo): não testado por dificuldade no relaxamento após contração
- Teste da tosse (stress test): positiva na posição de decúbito dorsal
- Teste períneo descendente: negativo

Outros testes/escalas: diário da bexiga de três dias (*ICQ Bladder Diary*), *Pad Test 1h*, questionários de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*), e questionário de avaliação da função sexual (*Female Sexual Function Index*).

Diário da bexiga (15-16-17/12/2022):

- Foi em média 10 vezes por dia à casa de banho, onde, em mais de metade das vezes, apontou: "0- Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"";
- Ingeriu uma média de 0,6mL de líquidos por dia;
- Ingeriu 3 cafés por dia;
- No total dos 3 dias teve 4 perdas involuntárias de urina.

Pad Teste (13/12/2022):

Peso do penso no início do teste	Peso do penso no final do teste	Variação
1g	28g	27g (nível moderado)

Questionários de Qualidade de vida:

***King's Health Questionnaire* 13/12/2022:**

Dimensões avaliadas	Pontuação
Perceção geral de saúde	75
Impacto da incontinência	100
Limitações de atividades diárias	66,66
Limitações físicas	83,33
Limitações sociais	66,66
Relações familiares	100
Emoções	100
Sono e disposição	33,33
Gravidade da incontinência urinária	93,33

Female Sexual Function Index (FSFI) 13/12/2021

Componentes avaliadas	Pontuação
Desejo	1.2
Excitação	1.8
Lubrificação	2.4
Orgasmo	1.2
Satisfação	1.2
Dor	6
Total	13.8

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA (incluindo códigos e qualificadores)

Principais Problemas	Restrição da Participação: d9201- Dificuldade na prática desportiva (CrossFit) por perda involuntária de urina; d7702- Dificuldade em manter um relacionamento de natureza sexual com o conjugue por perda involuntária de urina e diminuição do desejo sexual; d9205- Limitação na participação em encontros com outros por perda involuntária de urina.
	Limitação da Atividade/ Funcional: d4300- Dificuldade em levantar objetos pesados, por perda involuntária de urina; d4552- Dificuldade em correr, por perda involuntária de urina; d4553- Dificuldade em saltar, por perda involuntária de urina.
	Alterações de estrutura e função: b6201- Frequência miccional aumentada, por medo de perda involuntária de urina; b6202- Incontinência urinária de esforço, por perdas quando existe um aumento da pressão intra-abdominal; b6400- Diminuição da libido e excitação sexual; b6402- Dificuldade em atingir o orgasmo; b7300- Diminuição da força muscular do músculo profundo elevador do ânus (puborectal, pubococcigeo, iliococcigeo) direito e esquerdo e dos músculos superficiais (bulboesponjoso, isquicavernoso e transverso do períneo) direito e esquerdo; b7350- Hipertonía dos músculos bulbocavernoso direito e esquerdo e elevador do ânus direito e esquerdo (puborectal, pubococcigeo, iliococcigeo).
Problemas Potenciais: Isolamento social; Evitar relações sexuais; Má ingestão hídrica; Polaquíuria (Frequência urinária aumentada); Aumentar a fraqueza dos músculos do pavimento pélvico; Dificuldade no controlo involuntário dos músculos do pavimento pélvico; Hiper-mobilidade uretral;	

Diagnóstico em Fisioterapia:

Utente de 32 anos, sexo feminino, com limitações significativas na vida pessoal e social por incontinência urinária de esforço associada à hipertonia e redução da força muscular do pavimento pélvico. Além disso, manifesta alterações na função sexual, incluindo diminuição da excitação, libido e lubrificação, dificuldade em atingir o orgasmo e incontinência coital.

Prognóstico:

Segundo as *guidelines*, são necessários três meses de um programa de treino para que o pavimento pélvico regresse à sua função normal (Sussman *et al.*, 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Leong e Mok (2015) demonstraram que um programa de Fisioterapia na incontinência urinária de 12 semanas é eficaz no tratamento das perdas de urina, apresentando melhorias significativas a partir das quatro semanas de tratamento.

Realça-se como fator de bom prognóstico a motivação e colaboração da utente e o apoio constante do companheiro. Além disso, destaca-se o facto de não ter excesso de peso, diabetes, doenças inflamatórias do intestino, alterações neurológicas e não ter outras queixas sugestivas de outras disfunções do pavimento pélvico (Shang *et al.*, 2023; Camilleri, 2021). Em contrapartida, a profissão (instrutora de *CrossFit*), a prática de *CrossFit* diária e os maus hábitos comportamentais, podem afetar de modo negativo o prognóstico.

Assim, e tendo em conta os fatores pessoais e ambientais da utente, espera-se que ao fim de quatro semanas a três meses (aproximadamente doze semanas), a utente deixe de ter queixas e recupere a função normal do seu pavimento pélvico.

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Curto Prazo (até às 4 semanas de intervenção)

- Em 1 semana, aumentar o intervalo das micções (entre 7 a 8 vezes por dia); avaliado pelo *feedback* da paciente;
- Diminuir o consumo de cafeína de 3 para 1 café por dia, em 1 semana; avaliado pelo *feedback* da utente;

- Em 2 semanas, ingerir 1,5L de líquidos por dia; avaliado pelo *feedback* da utente;
- Diminuição da tensão do bulbocavernoso e elevador do ânus (puborectal, pubococigneo, iliococigneo) ao fim de 2 semanas; avaliado pela palpação vaginal;
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 1 para grau 2, em 3 semanas; avaliada através da palpação vaginal e Escala de *Oxford* modificada;
- Diminuição das perdas de urina de diárias para 4 vezes por semana, em 3 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente;
- Em 4 semanas, urinar apenas quando surgir o reflexo da micção; avaliado pelo *feedback* da utente.

Médio Prazo (entre as 4 e as 8 semanas de intervenção)

- Capacidade de relaxamento total da musculatura do pavimento pélvico após uma contração máxima, ao fim de 4 semanas; avaliado pela palpação vaginal;
- Diminuição das perdas de urina de 4 para 2 vezes por semana, em 4 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente;

Tendo em conta que não foi possível realizar a avaliação objetiva completa por dificuldade no relaxamento total dos MPP, estabeleceu-se o seguinte objetivo:

- Testar a resistência muscular e capacidade de realizar contrações rápidas de 1 segundo, em 4 semanas; avaliado por palpação vaginal (esquema *PERFECT*);
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 2 para grau 3, em 6 semanas; avaliada pela palpação vaginal e Escala de *Oxford* modificada;
- Melhoria da função sexual, ao fim de 6 semanas; avaliado pelo *feedback* da utente;
- Diminuição das perdas de urina de “semanais” para “mensais”, em 8 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente;

- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 3 para grau 4, em 9 semanas; avaliada pela palpação vaginal e Escala de Oxford modificada.

Longo Prazo

É esperado que ao fim de 12 semanas:

- A pontuação do *King's Health Questionnaire* atinja zero em todos os domínios;
- O índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) apresente um valor superior a 26,55, significando assim a ausência de disfunção sexual;
- A força dos músculos do pavimento pélvico passe para grau 5, avaliado pela palpação vaginal e Escala de *Oxford* Modificada;
- Atinja os valores máximos de resistência muscular e capacidade de realizar contrações rápidas de 1 segundo; avaliado por palpação vaginal (esquema *PERFECT*);
- Não existam perdas de urina durante os aumentos de pressão intra-abdominal; avaliado pelo *Pad Test* 1h, diário da bexiga e pelo *feedback* da utente.

PLANO DE TRATAMENTO

1. Explicação da anatomia dos músculos do pavimento pélvico e trato urinário inferior através de um modelo anatómico da pélvis e imagens anatómicas (Kari Bø *et al.*, 2016);
2. Ensino da correta contração dos músculos do pavimento pélvico primeiro na posição sentada (Kari Bø *et al.*, 2016) e em seguida, deitada com as pernas abduzidas, joelhos e ancas fletidas e pés apoiados na marquesa. Dar *feedback* proprioceptivo através do contato manual e comando verbal (Kari Bø, 2014);
3. Respiração abdominodiafragmática: manter a postura ensinada no passo anterior e realizar respiração abdominodiafragmática (Hodges *et al.*, 2007);
4. Interpretação dos resultados do diário da bexiga juntamente com a paciente e ensinamento e explicação de mudanças comportamentais a começar a adotar a partir do preciso momento:

- Diminuição do consumo de cafeína (National Institute for Health and Care Excellence, 2019);
 - Aumentar a ingestão de líquidos (Burkhard *et al.*, 2020);
 - Diminuir a frequência urinária (Burkhard *et al.*, 2020);
 - Diminuir a prática intensa de atividade física (Huebner *et al.*, 2022);
5. Massagem dos músculos do pavimento pélvico e alongamentos (van Reijn-Baggen *et al.*, 2021);
 6. Treino da técnica “*Knack*”: na posição deitada, ensinar a pré ativação dos músculos do pavimento pélvico antes e durante os aumentos de pressão (Fitz *et al.*, 2021);
 7. Treino dos músculos do pavimento pélvico durante, pelo menos, 12 semanas. Deve manter uma periodicidade diária, realizando em casa entre as sessões de fisioterapia.

A progressão é feita através do esquema *PERFECT*, deve se adicionar mais segundos a cada contração. Quando conseguir realizar contrações de 10 segundos, adicionar no final de cada contração quatro contrações rápidas, seguidas de um relaxamento total da musculatura. O objetivo é aumentar a dificuldade até conseguir realizar três séries de 12 repetições de 10 segundos.

A descrição e adaptação do treino, para cada sessão, é apresentada com maiores detalhes no registo SOAP.

REGISTO SOAP

21.12.2022	
<u>S</u>	Mantém queixas, com diminuição nas perdas desde a última sessão (não sabe quantificar). Refere que não teve relações sexuais por falta de libido e cansaço. Conseguiu pôr em prática todas as alterações comportamentais propostas (diminuiu as cargas e frequência de treino; foi à casa de banho em média 8 vezes por dia; consome 1 café por dia e 1,5L de água por dia). Afirma ter realizado os exercícios em casa diariamente.
<u>O</u>	Melhor consciência do relaxamento dos músculos do pavimento pélvico após uma contração máxima. Diminuição da tensão dos músculos do pavimento pélvico. P= grau 1
<u>A</u>	Comunicação com a utente. Escala de <i>Oxford</i> Modificada. Avaliação por palpação vaginal.

<u>P</u>	Reeducação dos MPP (treino da consciência do relaxamento após contração máxima), massagem para relaxamento da musculatura, esclarecimento de dúvidas
Realizar em casa: - Treino dos MPP: contração isolada da musculatura, seguida de um relaxamento total; - Exercícios de alongamento dos músculos adutores, isquiotibiais e glúteos.	
28.12.2022	
<u>S</u>	Utente mais motivada desde a última sessão. Teve 4 perdas de urina durante a semana. Diz estar com mais consciência de ativação dos músculos pélvicos. Afirma ter realizado os exercícios em casa diariamente. Teve relações sexuais 2 vezes na semana, mas manteve as queixas.
<u>O</u>	Melhor consciência do relaxamento dos músculos do pavimento pélvico após uma contração máxima. Diminuição da tensão dos músculos do pavimento pélvico. P= grau 3
<u>A</u>	Comunicação com a utente. Escala de <i>Oxford</i> Modificada. Avaliação por palpação vaginal.
<u>P</u>	Reeducação dos MPP (treino da consciência do relaxamento após contração máxima), Esclarecimento de dúvidas, massagem para diminuição da tensão.
Realizar em casa: -Treino dos MPP: contração isolada da musculatura, seguida de um relaxamento total; - Exercícios de alongamento dos músculos adutores, isquiotibiais e glúteos.	
06.01.2023	
<u>S</u>	Utente colaborante e muito entusiasmada. A cada semana percebe uma melhoria da sua condição. Desde a última sessão teve 2 episódios de perdas de urina. Já conseguiu ter relações sem perda de urina o que se traduziu numa maior satisfação e excitação durante o ato.
<u>O</u>	Controlo voluntário eficaz, com boa capacidade de contração e relaxamento. (P – Grau 3; E – 6 segundos; R - 10 repetições)
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> . Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress</i> test.
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos). Treino <i>Knack</i>
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
12.01.2023 DESMARCOU (Motivo: Doença)	
20.01.2023	
<u>S</u>	Refere que teve perdas de urina novamente aumentadas apenas associadas a tosse e espirros intensos por sintomas de gripe. Refere que nestes dias não conseguiu evitar as perdas, mesmo com pré-ativação dos MPP. Afirma ter falhado os exercícios em casa em metade dos dias. Não teve relações sexuais.
<u>O</u>	P – Grau 3; E – 7 segundos; R - 10 repetições

<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> . Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos). Treino <i>Knack</i> P= grau 3
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 7 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
26.01.2023	
<u>S</u>	Desde a última sessão teve um episódio de perda de urina. Afirma estar muito feliz com todo o processo tendo em conta que conseguiu, pela primeira vez, em mais de meio ano, atingir o orgasmo.
<u>O</u>	P – Grau 3; E – 8 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> . Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos). Treino <i>Knack</i> P= grau 3
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
03.02.2023 DESMARCOU (Motivo: Doença)	
09.02.2023	
<u>S</u>	Melhoria das queixas nos primeiros dias após a última sessão, sem perdas de urina. Teve uma recaída (gripe) e agravou os sintomas. Apesar de ter aumentado, novamente, os episódios de perda de urina, refere que nestes dias conseguiu evitar algumas perdas, com a pré-ativação dos MPP. Afirma ter realizado os exercícios em casa, mas com mais dificuldade. Não teve relações sexuais devido à gripe.
<u>O</u>	P – Grau 3; E – 8 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> . Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos). Treino <i>Knack</i> P= grau 3
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 8 segundos; - Treino <i>Knack</i> .	
15.02.2023	
<u>S</u>	Paciente motivada. Desde a última sessão não teve nenhum episódio de perda de urina. Afirma que as relações sexuais continuam a melhorar. Atingiu o orgasmo em 3 das 5 vezes que realizou relações sexuais.
<u>O</u>	P – Grau 3; E – 9 segundos; R - 10 repetições

<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> . Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 9 segundos). Treino <i>Knack</i> P= grau 3
Realizar em casa: - Treino dos MPP 2 séries de 10 repetições mantidas de 9 segundos; - Treino <i>Knack</i>	
23.02.2023	
<u>S</u>	Nega perdas de urina desde a última sessão. Afirma que as relações sexuais estão significativamente melhores. Atingiu o orgasmo em 4 de 5 vezes que realizou relações sexuais. E demonstrou libido e excitação na totalidade das vezes.
<u>O</u>	P – Grau 4; E – 10 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Comunicação com a utente. <i>PERFECT</i> . Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> .
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos). Treino <i>Knack</i> P= grau 4
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 2 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos; - Treino <i>Knack</i> : - Realizar diário da bexiga para trazer na próxima sessão	
03.03.2023	
<u>S</u>	Nega perdas desde a última sessão. Afirma que as relações sexuais continuam a melhorar.
<u>O</u>	P – Grau 4; E – 10 segundos; R - 10 repetições
<u>A</u>	Avaliação por palpação vaginal. <i>Stress test</i> . <i>Kings</i> . <i>FSFI</i> . Diário da bexiga. <i>Pad Test</i> 1h.
<u>P</u>	Treino dos MPP (2 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos). Treino dos MPP combinado com exercícios funcionais). Treino <i>Knack</i> P= grau 4
Realizar em casa: - Treino dos MPP: 3 séries de 10 repetições mantidas de 10 segundos; -Treino <i>Knack</i>	

REFLEXÃO

Objetivos a curto prazo

- Em 1 semana, aumentar o intervalo das micções (entre 7 a 8 vezes por dia); avaliado pelo *feedback* da paciente: **Atingido;**

- Em 4 semanas, urinar apenas quando surgir o reflexo da micção; avaliado pelo *feedback* da utente: **Atingido;**
- Em 2 semanas, ingerir 1,5L de líquidos por dia; avaliado pelo *feedback* da utente: **Atingido;**
- Diminuir o consumo de cafeína de 3 para 1 café por dia, em 1 semana; avaliado pelo *feedback* da utente **Atingido;**
- Diminuição da tensão do bulbocavernoso e elevador do ânus (puborectal, pubococigneo, iliococigneo) ao fim de 2 semanas; avaliado pela palpação vaginal: **Atingido;**
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 1 para grau 2, em 3 semanas; avaliada pela palpação vaginal e Escalda de Oxford Modificada: **Atingido. A utente ultrapassou o objetivo sendo que atingiu o grau 3;**
- Diminuição das perdas de urina de diárias para 4 vezes por semana, em 3 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente: **Atingido;**

Objetivos a médio prazo

- Capacidade de relaxamento total da musculatura do pavimento pélvico após uma contração máxima, ao fim de 4 semanas; avaliado pela palpação vaginal: **Atingido;**
- Tendo em conta que não foi possível realizar a avaliação objetiva completa por dificuldade no relaxamento total dos MPP, estabeleceu-se o seguinte objetivo: **Atingido;**
- Testar a resistência muscular e capacidade de realizar contrações rápidas de 1 segundo, em 4 semanas; avaliado por palpação vaginal (esquema *PERFECT*) **Atingido;**
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 2 para grau 3, em 6 semanas; avaliada pela palpação vaginal e Escalda de Oxford Modificada: **Atingido. Este objetivo foi atingido às 3 semanas;**
- Aumento da força dos músculos superficiais do pavimento pélvico e elevador do ânus de grau 3 para grau 4, em 9 semanas; avaliada pela

palpação vaginal e Escalda de Oxford Modificada: **Não Atingido.** Este objetivo foi atingido às 11 semanas;

- Diminuição das perdas de urina de 4 para 2 vezes por semana, em 4 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente: **Atingido**
- Diminuição das perdas de urina de “semanais” para “mensais”, em 8 semanas; avaliada pelo *feedback* da utente: **Não Atingido.** Este objetivo foi atingido às dez semanas;
- Melhoria da função sexual, ao fim de 6 semanas; avaliado pelo *feedback* da utente: **Atingido.** Às 4 semanas a utente já começou a perceber alterações na função sexual. À 7 semana conseguiu atingir pela primeira vez o orgasmo, depois de mais de meio ano.

Objetivos a longo prazo

- A pontuação do *King's Health Questionnaire* atinja zero em todos os domínios: **Não Atingido.** Verificou-se uma diminuição significativa em todos os domínios, no entanto, apenas em 5 dos 9 domínios foi atingido o valor proposto de zero: “limitações de atividade diárias”, “limitações sociais”, “emoções”, “sono e disposição” e “medidas de gravidade”;
- O índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) apresente um valor superior a 26,55, significando assim a ausência de disfunção sexual: **Atingido.** Foi alcançado uma pontuação de 26,7 o que confirma a ausência de disfunção sexual;
- A força dos músculos do pavimento pélvico passe para grau 5 avaliada pela palpação vaginal e Escalda de Oxford Modificada: **Não Atingido.** A utente atingiu o grau 4 às 11 semanas e assim se manteve até às 12 semanas;
- Atinja os valores máximos de resistência muscular e capacidade de realizar contrações rápidas de 1 segundo; avaliado por palpação vaginal (esquema *PERFECT*): **Não Atingido.** As contrações rápidas não chegaram a ser testadas uma vez que o parâmetro anterior (resistência muscular) só atingiu o seu máximo nas 12 semanas;
- Não existam perdas de urina durante os aumentos de pressão intra-abdominal; avaliado pelo *Pad Test* 1h, diário da bexiga e pelo *feedback* da

utente: **Não Atingido.** Apesar de significativamente reduzidas, os episódios de perdas de urina não foram totalmente eliminados.

A gripe, presente em dois períodos distintos, demonstrou-se como a variável que, negativamente, afetou os resultados devido aos espirros e tosse frequentes associados. Neste contexto, dado o aumento da pressão abdominal, ocorreu uma maior exigência sobre os músculos do pavimento pélvico, tornando mais difícil a sua pré-ativação, o que pode ter contribuído para agravar as queixas de incontinência urinária (National Institute for health and care excellence, 2021).

Apêndice II – Triagem

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome: Utente. Idade: 32 Sexo: Feminino X Masculino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):
Perdas involuntárias de urina ao esforço (tossir, espirrar, rir, pegar em objetos pesados, durante a prática desportiva e durante as atividades sexuais). Disfunção sexual.

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):
A paciente espera deixar de ter perdas de urina, sobretudo durante a prática sexual. E voltar a ter a função sexual normalizada.

☐ Acesso direto Referenciado pelo profissional: Dr. X

Fisioterapeuta responsável: Tânia Vieira Data: //2022

Contactos de outros profissionais a contactar (se aplicável):
Não aplicável.

DECISÃO APÓS REVISÃO DOS SISTEMAS / DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

✓ Caso elegível para a Fisioterapia diretamente

☐ Caso elegível para a Fisioterapia. Apresenta alterações de sistemas (ver indicações abaixo), mas já está a ser acompanhado pelo profissional adequado.

- Qual/Quais? _____

☐ Caso elegível para a Fisioterapia, pode avançar para exame físico, mas necessita de exames adicionais (ver indicações abaixo) – a referenciar para outro profissional:

- Qual/Quais? _____

☐ Caso elegível para a Fisioterapia, pode avançar para exame físico, mas necessita de acompanhamento de outro profissional devido a *Orange Flags* (ver indicações abaixo) – a referenciar para outro profissional:

- Qual/Quais? _____

☐ Caso elegível para a Fisioterapia, mas apresenta *Red flags*. Só avança no processo da Fisioterapia após exames adicionais (ver indicações abaixo) e discussão com outro profissional – a referenciar para outro profissional:

- Qual/Quais? _____

☐ Caso não elegível para a Fisioterapia - a referenciar para outro profissional

- Qual/Quais? _____

Necessário colaboração interprofissional?

☐ Sim – Qual/Quais? _____

☒ Não

Preenchimento: se não existirem alterações, coloque um ✓; se existirem alterações, indique os valores ou descritivo adequado.

REVISÃO GERAL DE SISTEMAS		
SINAL OU SINTOMA	SEM ALTERAÇÕES	COM ALTERAÇÕES
SISTEMA CARDIORESPIRATÓRIO E VASCULAR		
Pressão arterial	✓	
Frequência cardíaca	✓	
Frequência respiratória	✓	
Presença de edema	✓	
SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO		
Amplitudes articulares	✓	
Força muscular		
Simetria geral	✓	
Altura	✓	
Peso	✓	
SISTEMA NERVOSO		
Coordenação de movimentos	✓	
Alterações de sensibilidades nos membros	✓	
Perda de força inexplicada	✓	
Tonturas e enjoos	✓	
Alterações do equilíbrio ou visão	✓	
SISTEMA TEGUMENTÁRIO		
Integridade da pele	✓	
Cor da pele	✓	
Tecido cicatricial	✓	
RED FLAGS GERAIS		
Uso prolongado de cortico-esteroides (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
História de trauma (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor severa que não melhora (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor noturna (<i>Despiste de cancro, infecção, fraturas</i>)	✓	
Dor não relacionada com movimento (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Mal-estar geral (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Febre inexplicada (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Sudorese noturna (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Perda de peso inexplicado (>5kg em duas semanas) (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	
História de cancro (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	

Os elementos desta triagem, devem estar sempre presentes no processo de intervenção e serem reavaliados sempre que se verificarem sinais de alarme.

Em patologias específicas, será necessário despistar *Red Flags* específicos a adicionar a esta triagem.

REVISÃO DO MOVIMENTO					
A revisão do movimento (<i>movement screen</i>), é um instrumento designado a identificar alterações gerais do movimento, durante a realização de tarefas e atividades funcionais, que facilitam na decisão de que testes específicos devem ser feitos no exame objetivo. Este instrumento é aplicável a todas as populações e contextos de atuação do Fisioterapeuta. É requerido que todas as atividades abaixo sejam verificadas, de forma a não perder nenhum sinal relevante em sistemas não esperados. Uma vez que é uma revisão (e não um exame completo), não existem testes específicos. Quando observar as tarefas solicitadas, por favor use os seguintes indicadores:					
	Qualidade do Movimento	Descrição			
	Velocidade	Tempo para completar a tarefa			
	Quantidade	Amplitude, excursão e amplitude adequada à tarefa			
	Simetria	Assimetrias fora do normal da tarefa em análise			
	Controlo	Fluidez, coordenação, estabilidade, sequencia e tempo de iniciação			
	Comportamento protetor ou alterado	Postura ou padrão protetor, falta de ar, aumento da dor			
Se estiver normal, coloque um ✓ Sempre que encontrar alterações ou incapacidade para realizar apresente os indicadores alterados em função dos indicadores acima. Indique também o que provocou sintomas ou sinais. No caso de não haver provocação coloque um ✕					
Atividade	Instruções	Normal	Alterado	Incapaz de realizar	Provocação de sintomas ou sinais
Movimentos da cabeça					
	Com o utente sentado ou de pé, solicitar: • Olhar para o teto (extensão). • Olhar para o chão (flexão). • Olhar para os dois ombros (rotação). • Levar a orelha ao ombro bilateral (flexão lateral).	✓			
Mudar e manter a posição do corpo					
Rolar	Com o utente deitado em decúbito dorsal, solicitar para rolar para a direita, depois esquerda e por fim para decúbito ventral.	✓			
Deitado-sentar-deitar	Com o utente deitado em decúbito dorsal, solicitar para se levantar com os pés para fora da marquesa-cama e voltar a deitar.	✓			
Sentado-levantar-sentar	Com o utente sentado com os pés no chão, solicitar para se levantar e voltar a sentar.	✓			
Agachar	Com o utente em pé, solicitar para apanhar um objeto leve do chão.	✓			
Mobilidade					

Gatinhar Andar Correr Deambular a cadeira de rodas	Mediante a aplicabilidade, solicitar ao utente para: • Gatinhar para a frente. • Andar a uma velocidade confortável. • Correr a uma velocidade confortável. • Deslocar a cadeira de rodas sozinho.	✓			
Subir e descer um degrau	Com o utente em pé de frente para um degrau, solicitar para subir e descer com uma perna de cada vez.	✓			
Uso da mão e membro superior					
Alcançar	Com o utente sentado ou de pé, solicitar para: • Levantar os dois membros superiores acima da cabeça, como se fosse buscar um objeto numa prateleira alta. • Por as duas mãos atrás da cabeça. • Por as duas mãos atrás das costas.	✓			
Agarrar	Solicitar ao utente para agarrar e largar um objeto com uma mão de cada vez.	✓			
Manipular	Solicitar ao utente para agarrar um objeto e manuseá-lo na mão, usando uma mão de cada vez.	✓			

Anexo I – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Data: 20 / Dezembro / 2022

Assinatura do utente:

O Fisioterapeuta:

Nome: Tânia Sofia Correia Vieira

Assinatura:



Anexo II – Diário da Bexiga (15-16-17/12/2022)

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: [REDACTED]

DIA 1 DATA: 15/12/2022

Por favor complete este diário da bexiga de 3 dias. À frente da Hora inscreva o que se segue em cada coluna. Pode mudar as horas especificadas se precisar. Na coluna das horas, por favor escreva "cama" quando se foi deitar e "acordei" quando acordou.

Bebidas Escreva a quantidade que bebeu e o tipo de bebida.

Produção de urina Inscreva a quantidade que urinou em mililitros (mls) na coluna da produção de urina, de dia e de noite. Qualquer jarro medidor serve. Se urinou mas não lhe foi possível medir, ponha um ✓ resta coluna. Se teve uma incontinência de urina em algum momento escreva aqui PERDA.

Sensação da bexiga Escreva a descrição de como se sentiu da bexiga quando foi ao quarto de banho usando este código

- 0 – Se não teve qualquer sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais", por exemplo, mesmo antes de sair, ou incerto sobre onde era a próxima casa de banho.
- 1 – Se teve uma vontade normal de urinar e nenhuma urgência. A "Urgência" é diferente das sensações normais da bexiga, e é a vontade de urinar súbita, compulsiva, que é difícil de adiar, ou uma sensação repentina de que precisa urinar e de que se não o fizer vai ter um acidente.
- 2 – Se teve urgência mas já tinha passado antes de chegar à casa de banho.
- 3 – Se teve urgência mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina.
- 4 – Se teve urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Pensos/Fraldas Se puser ou mudar um penso/fralda ponha um ✓ na coluna dos pensos/fraldas.

Aqui está um exemplo de como preencher o diário:

Hora	Bebidas		Produção de urina	Sensação da bexiga	Pensos/Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00 Despertei			350ml	2	
7:00	300ml	chá			
8:00			✓	2	
9:00					
10:00	Copo	água	Perda	3	✓

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos /fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00	2630	1445	200ml	1	
7:00			60ml	0	
8:00					
9:00	150ml	água	130ml	0	
10:00			40ml	0	
11:00			30ml	0	
Meio-dia					
13:00	150ml	água			
14:00	146 45		40ml	0	
15:00	300ml	água	Perda (400ml)		✓
16:00			40ml	0	
17:00					
18:00			40ml	0	
19:00		1445			
20:00	150ml	água	200ml	4	
21:00					
22:00			80ml	0	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: [REDACTED]

DIA 2 DATA: 16/12/2022

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00			110ml	1	
6:45					
7:00			45ml	0	
7:30	1 copo				
8:00					
9:00			100ml	0	
10:00					
11:00			60ml	0	
Meio-dia			105ml	0	
13:00	150ml	água			
14:00			70ml	0	
14:45					
15:00	300ml	água	Perda (urina)		✓
16:00			55ml	0	
17:00					
18:00			60ml	0	
19:00	150ml	água			
20:00	150ml	água			
21:00					
22:00			105ml	0	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIA 3 DATA: 17/12/2022

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00			125ml	1	
6:45					
7:00			50ml	0	
7:30	1 copo				
8:00					
9:00			110ml	0	
10:00			Perda (urina)		✓
11:00			95ml	0	
Meio-dia			70ml	0	
13:00	150ml	água			
14:00			50ml	0	
14:45					
15:00	300ml	água	Perda (urina)		✓
16:00			80ml	0	
17:00					
18:00			30ml	0	
19:00	150ml	água			
20:00	100ml	água	90ml	0	
21:00					
22:00			100ml	0	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

Código da sensação da bexiga

- 0 - Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"
- 1 - Vontade normal de urinar, sem urgência
- 2 - Urgência, mas passou antes de ir à casa de banho
- 3 - Urgência, mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina
- 4 - Urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Anexo III – Diário da Bexiga (31.01–01-02/2022)

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: [REDACTED]

DIA 1 DATA: 31/01/2023

Por favor complete este diário da bexiga de 3 dias. À frente da Hora inscreva o que se segue em cada coluna. Pode mudar as horas especificadas se precisar. Na coluna das horas, por favor escreva "cama" quando se foi deitar e "acordei" quando acordou.

Bebidas Escreva a quantidade que bebeu e o tipo de bebida.

Produção de urina Inscreva a quantidade que urinou em mililitros (mls) na coluna da produção de urina, de dia e de noite. Qualquer jarro medidor serve. Se urinou mas não lhe foi possível medir, ponha um ✓ nesta coluna. Se teve uma incontinência de urina em algum momento escreva aqui PERDA.

Sensação da bexiga Escreva a descrição de como se sentiu da bexiga quando foi ao quarto de banho usando este código

- 0 – Se não teve qualquer sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais", por exemplo, mesmo antes de sair, ou incerto sobre onde era a próxima casa de banho.
- 1 – Se teve uma vontade normal de urinar e nenhuma urgência. A "Urgência" é diferente das sensações normais da bexiga, e é a vontade de urinar súbita, compulsiva, que é difícil de adiar, ou uma sensação repentina de que precisa urinar e de que se não o fizer vai ter um acidente.
- 2 – Se teve urgência mas já tinha passado antes de chegar à casa de banho.
- 3 – Se teve urgência mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina.
- 4 – Se teve urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Pensos/Fraldas Se puser ou mudar um penso/fralda ponha um ✓ na coluna dos pensos/fraldas.

Aqui está um exemplo de como preencher o diário:

Hora	Bebidas		Produção de urina	Sensação da bexiga	Pensos/Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00 Despertei			350ml	2	
7:00	300ml	chá			
8:00			✓	2	
9:00					
10:00	Copo	água	Perda	3	✓

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos /fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00	250ml	chá	200ml	1	
7:00	250ml	leite			
8:00	250ml		200ml	1	
9:00	500ml	água			
10:00			200ml	1	
11:00					
Meio-dia					
13:00	200ml	água	300ml	1	
14:00					
15:00	500ml	água	200ml	1	
16:00					
17:00			300ml	1	
18:00					
19:00					
20:00	200ml	água			
21:00	150ml	leite			
22:00			300ml	1	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIÁRIO DA BEXIGA

NOME: [REDACTED]

DIA 2 DATA: 01/02/2023

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00	645		220ml	1	
7:00	2430	leite			
8:00			280ml	1	
9:00					
10:00					
11:00			300ml	1	
Meio-dia	200ml	água			
13:00					
14:00			250ml	1	
15:00					
16:00	1645		295ml	1	
17:00					
18:00			320ml	1	
19:00					
20:00	200ml	água			
21:00	150ml	leite			
22:00	1600ml		300ml	1	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

DIA 3 DATA: 02/02/2023

Hora	Bebidas		Produção de urina (mls)	Sensação da bexiga	Pensos/ Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00	645		200ml	1	
7:00	2630	leite			
8:00					
9:00			250ml	1	
10:00					
11:00					
Meio-dia	200ml	água	350ml	1	
13:00	12030		260ml	1	
14:00					
15:00			275ml	1	
16:00					
17:00					
18:00			300ml	1	
19:00					
20:00	200ml	água	200ml	1	
21:00	150ml	leite			
22:00	1600ml		300ml	1	
23:00					
Meia-noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

Código da sensação da bexiga

- 0 – Sem sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais"
- 1 – Vontade normal de urinar, sem urgência
- 2 – Urgência, mas passou antes de ir à casa de banho
- 3 – Urgência, mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina
- 4 – Urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Anexo IV – King’s Health Questionnaire (13.12.2022)

***King’s Health Questionnaire* adaptado para Português (Europeu)**

Percepção Geral de Saúde	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Muito Mau
1. Como descreveria o seu actual estado de saúde?				X	

Impacto da Incontinência	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
2. De que modo o seu problema de bexiga afecta a sua vida?				X

A seguir, estão enumeradas algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelo seu problema de bexiga. De que forma o seu problema de bexiga a afecta? Responda, por favor, cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

Limitações de Actividades Diárias	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc?				X
3b. De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou suas actividades diárias fora de casa?			X	

Limitações Físicas	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4a. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?				X
4b. O seu problema de bexiga afecta as suas viagens?			X	

Limitações Sociais	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4c. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?				X
4d. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?				X

Relações Pessoais	Não Aplicável	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
5a. O seu problema de bexiga afecta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?				X	
5b. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?				X	
5c. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?				X	

Emoções	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?				X

6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?				X
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?				X

Sono e Disposição	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7a. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?	X			
7b. Sente-se esgotada ou cansada?			X	

Faz alguma das seguintes coisas? Se faz, com que frequência?

Medidas de Gravidade	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?			X	
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?				X
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?			X	
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?			X	
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?			X	

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

Anexo V – King's Health Questionnaire (03.03.2023)

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

Percepção Geral de Saúde	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Muito Mau
1. Como descreveria o seu actual estado de saúde?			X		

Impacto da Incontinência	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
2. De que modo o seu problema de bexiga afecta a sua vida?			X	

A seguir, estão enumeradas algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelo seu problema de bexiga. De que forma o seu problema de bexiga a afecta? Responda, por favor, cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

Limitações de Actividades Diárias	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc?			X	
3b. De que modo o seu problema de bexiga afecta o seu trabalho ou suas actividades diárias fora de casa?		X		

Limitações Físicas	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4a. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc?			X	
4b. O seu problema de bexiga afecta as suas viagens?		X		

Limitações Sociais	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
4c. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?		X		
4d. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?		X		

Relações Pessoais	Não Aplicável	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
5a. O seu problema de bexiga afecta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?			X		
5b. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?			X		
5c. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?			X		

Emoções	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?			X	

6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?			X	
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?			X	

Sono e Disposição	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7a. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?	X			
7b. Sente-se esgotada ou cansada?		X		

Faz alguma das seguintes coisas? Se faz, com que frequência?

Medidas de Gravidade	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?		X		
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?			X	
8c. Troca a sua roupa interior quando está molhada?		X		
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?		X		
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?		X		

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

Anexo VI – Female Sexual Function Index (FSFI)- avaliação (13.12.2022)

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

1. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desejo ou interesse sexual?

5 = Quase sempre / Sempre
4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
① = Quase nunca / Nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desejo ou interesse sexual?

5 = Muito alto
4 = Alto
3 = Moderado
2 = Baixo
① = Muito baixo / Nenhum

3. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
5 = Quase sempre / Sempre
4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
① = Quase nunca / Nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
5 = Muito alto
4 = Alto
3 = Moderado
2 = Baixo
① = Muito baixo / Nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua **confiança** em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
5 = Confiança muito alta
4 = Confiança alto
3 = Confiança moderada
2 = Confiança baixa
① = Confiança muito baixa / Confiança nenhuma

6. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
5 = Quase sempre / Sempre
4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
1 = Quase nunca / Nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** ficou lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
5 = Quase sempre / Sempre
4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
1 = Quase nunca / Nunca

8. Nas últimas 4 semanas, qual a **difficuldade** que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
1 = Extremamente difícil / Impossível
2 = Muito difícil
3 = Difícil
4 = Pouco difícil
5 = Nenhuma dificuldade

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência **manteve** a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
5 = Quase sempre / Sempre
4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
1 = Quase nunca / Nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual a **difficuldade** que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
1 = Extremamente difícil / Impossível
2 = Muito difícil

- 3 = Difícil
- 4 = Pouco difícil
- 5 = Nenhuma dificuldade

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que **frequência** atingiu o orgasmo (climax)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre / Sempre
- 4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
- 3 = Às vezes (metade das vezes)
- 2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☒ 1 = Quase nunca / Nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a **dificuldade** que teve para atingir o orgasmo (climax)?

- 0 = Sem atividade sexual
- ☒ 1 = Extremamente difícil / Impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Pouco difícil
- 5 = Nenhuma dificuldade

13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Satisfação moderada
- 3 = Nível igual de satisfação e insatisfação
- 2 = Insatisfação moderada
- ☒ 1 = Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Satisfação moderada
- 3 = Nível igual de satisfação e insatisfação
- 2 = Insatisfação moderada
- ☒ 1 = Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Satisfação moderada
- 3 = Nível igual de satisfação e insatisfação
- 2 = Insatisfação moderada
- ☒ 1 = Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua vida sexual em geral?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Satisfação moderada
- 3 = Nível igual de satisfação e insatisfação
- 2 = Insatisfação moderada
- ☒ 1 = Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Sem penetração vaginal
- 1 = Quase sempre / Sempre
- 2 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
- 3 = Às vezes (metade das vezes)
- 4 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☒ 5 = Quase nunca / Nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0 = Sem penetração vaginal
- 1 = Quase sempre / Sempre
- 2 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
- 3 = Às vezes (metade das vezes)
- 4 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☒ 5 = Quase nunca / Nunca

19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0 = Sem penetração vaginal
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- ☒ 5 = Muito baixo / Nenhum

PONTUAÇÃO FINAL: ____ / 36

Anexo VII – Female Sexual Function Index (FSFI)- avaliação (03.03.2023)

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

1. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desejo ou interesse sexual?

5 = Quase sempre / Sempre

☒ 4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)

3 = Às vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)

1 = Quase nunca / Nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desejo ou interesse sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

☒ 3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo / Nenhum

3. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre / Sempre

☒ 4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)

3 = Às vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)

1 = Quase nunca / Nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito alto

☒ 4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo / Nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua **confiança** em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Confiança muito alta

☒ 4 = Confiança alto

3 = Confiança moderada

2 = Confiança baixa

1 = Confiança muito baixa / Confiança nenhuma

6. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
5 = Quase sempre / Sempre
☒ 4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
1 = Quase nunca / Nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
☒ 5 = Quase sempre / Sempre
4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
1 = Quase nunca / Nunca

8. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
1 = Extremamente difícil / Impossível
2 = Muito difícil
3 = Difícil
☒ 4 = Pouco difícil
5 = Nenhuma dificuldade

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência **manteve** a sua lubrificação ("estar molhada") até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
☒ 5 = Quase sempre / Sempre
4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
3 = Às vezes (metade das vezes)
2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
1 = Quase nunca / Nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em manter a sua lubrificação ("estar molhada") até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?

0 = Sem atividade sexual
1 = Extremamente difícil / Impossível
2 = Muito difícil

3 = Difícil

☒ 4 = Pouco difícil

5 = Nenhuma dificuldade

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que **frequência** atingiu o orgasmo (climax)?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre / Sempre

☒ 4 = Várias vezes (mais de metade das vezes)

3 = Às vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)

1 = Quase nunca / Nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a **dificuldade** que teve para atingir o orgasmo (climax)?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil / Impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

☒ 4 = Pouco difícil

5 = Nenhuma dificuldade

13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

0 = Sem atividade sexual

☒ 5 = Muito satisfeita

4 = Satisfação moderada

3 = Nível igual de satisfação e insatisfação

2 = Insatisfação moderada

1 = Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

☒ 5 = Muito satisfeita

4 = Satisfação moderada

3 = Nível igual de satisfação e insatisfação

2 = Insatisfação moderada

1 = Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- 0 = Sem atividade sexual
- ☒ 5 = Muito satisfeita
- 4 = Satisfação moderada
- 3 = Nível igual de satisfação e insatisfação
- 2 = Insatisfação moderada
- 1 = Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua vida sexual em geral?

- 0 = Sem atividade sexual
- ☒ 5 = Muito satisfeita
- 4 = Satisfação moderada
- 3 = Nível igual de satisfação e insatisfação
- 2 = Insatisfação moderada
- 1 = Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Sem penetração vaginal
- 1 = Quase sempre / Sempre
- 2 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
- 3 = Às vezes (metade das vezes)
- 4 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☒ 5 = Quase nunca / Nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- 0 = Sem penetração vaginal
- 1 = Quase sempre / Sempre
- 2 = Várias vezes (mais de metade das vezes)
- 3 = Às vezes (metade das vezes)
- 4 = Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☒ 5 = Quase nunca / Nunca

19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0 = Sem penetração vaginal
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- ☒ 5 = Muito baixo / Nenhum

PONTUAÇÃO FINAL: ____ / 36

Anexo VIII- Escala de 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.

Parte III - Relatório de Desempenho em Estágio

1. Relação entre as duas partes do relatório

O estágio foi realizado em contexto privado sendo, o local, o mesmo da prática clínica habitual. Apesar de lidarmos com uma população específica, com condições socio económicas estabelecidas, este estágio permitiu aprofundar o meu desenvolvimento pessoal e profissional uma vez que apresentava as condições ideais de tratamento.

Através da prática clínica durante a realização do estágio, constatou-se que a incontinência urinária é uma das patologias mais comuns no ramo das disfunções do pavimento pélvico e que, apesar de, aparentemente, a patologia ser a mesma, cada uma das utentes apresenta necessidades individuais e específicas.

Verificou-se a existência de evidência científica atual e de qualidade no sentido de prevenir, orientar e reabilitar a condição supramencionada. Contudo, é de refletir a quantidade de mulheres e homens que, nos dias de hoje, ainda têm falta de conhecimento sobre a possibilidade do tratamento conservador através da fisioterapia pélvica. Apesar do alto nível de literatura e da fisioterapia, segundo diversas *Guidelines*, ser considerada a primeira linha de tratamento nestas disfunções, é imperativo que esta área de intervenção consiga alcançar mais pessoas, entre eles, profissionais de saúde.

Na segunda parte do relatório, foi reforçada a importância do processo da fisioterapia. A análise de gestão do local de estágio e a elaboração do estudo de caso demonstraram a necessidade do suporte científico.

A constante procura da melhor evidência para os casos clínicos e estudo de caso, ajudou a elaborar parte da proposta de melhoria, segundo os padrões de qualidade: implementação de serviços domiciliários e de fichas de registo padronizadas estendidas a todos os fisioterapeutas e aumento dos recursos humanos. Permitiu ainda atingir os objetivos propostos no plano de desenvolvimento pessoal e profissional: melhorar a escolha e utilização de métodos e instrumentos de avaliação; melhorar as competências de avaliação em uro ginecologia e aumentar o conhecimento das estratégias de intervenção da fisioterapia para tratamento das disfunções do pavimento pélvico.

Desta forma, através da aplicação de conhecimentos adquiridos no primeiro ano do mestrado e o desenvolvimento de novas competências, foi possível trabalhar esta reflexão e desenvolver-me pessoal e profissionalmente.

2. Ganhos pessoais

Durante o período de estágio e a elaboração do presente relatório, os ganhos pessoais tornaram-se significativos e abrangentes. A consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos e o desenvolvimento de novas competências, tanto em termos teóricos quanto práticos foi notória.

Apesar de me deparar frequentemente com patologias similares (patologia do trato urinário), ficou claro que diferentes manifestações dessa condição, apresentando diferentes sintomas e influenciadas por fatores e comportamentos distintos em cada pessoa, requerem abordagens individualizadas e específicas. Por esta razão, o meu estudo na área da disfunção do pavimento pélvico foi bastante aprofundado para garantir uma adaptação eficaz no tratamento de cada uma das utentes.

A anatomia, fisiologia e fisiopatologia, o entendimento de diversas abordagens e terapias relacionadas à disfunção do pavimento pélvico, a identificação de fatores de risco e *red flags*, tanto no exame subjetivo quanto no objetivo, juntamente com o diagnóstico em fisioterapia, prognóstico funcional e estratégias de intervenção, foram áreas minuciosamente exploradas.

No que diz respeito à realização do estágio no meu local de trabalho, revelou-se uma experiência enriquecedora. A familiaridade com o ambiente e a equipa proporcionou uma transição suave para as responsabilidades do estágio. Já conhecer os procedimentos internos, os sistemas administrativos e ter uma compreensão profunda do funcionamento da clínica permitiu um foco maior nas práticas clínicas desde o início. A troca constante de conhecimentos e a comunicação eficaz facilitaram a absorção de novas informações e a aplicação prática das técnicas aprendidas durante o primeiro ano do mestrado.

Além disso, a abordagem da gestão da clínica na elaboração do relatório, proporcionou uma visão mais abrangente do funcionamento da clínica. Participar ativamente da gestão, compreender desafios administrativos e contribuir para a eficiência operacional expandiu a minha perspetiva para além das competências clínicas.

Assim, é possível afirmar que os benefícios pessoais alcançados estiveram alinhados com as metas estabelecidas no plano de desenvolvimento pessoal e profissional, especialmente no que se refere aos avanços em conhecimentos teóricos, práticos e de gestão.

3. Limitações pessoais

A falta de experiência foi definida como a minha principal limitação pessoal. O início do estágio marcou-se pouco tempo depois de dar início ao trabalho na área da saúde da mulher e nesse sentido, o desenvolvimento prático na área ainda demonstrava ser reduzido.

Para além disso, a licenciatura ter sido realizada numa outra escola, demonstrou ser também uma limitação relevante no que diz respeito à construção do relatório. Tornaram-se evidentes as diferenças de ensino, ferramentas utilizadas e formatos de construção de trabalhos entre os ensinos, o que dificultou o processo de elaboração do mesmo.

Neste sentido, o apoio da tutora clínica e da orientadora foram cruciais para minimizar as limitações encontradas, através da ajuda constante em dúvidas relacionadas com a prática clínica e com a execução do relatório, assim como na construção do raciocínio clínico.

Ainda, o surgimento de problemas pessoais durante o decorrer do ano, contribuiu para que o trabalho não tivesse correspondido com o objetivo proposto inicialmente no plano de desenvolvimento pessoal e profissional: a entrega do relatório ser feita em julho.

No que diz respeito à abordagem de outras disfunções do pavimento pélvico, as limitações mantêm-se devido à falta de contato com essa população. Este cenário aponta para um desafio a ser superado em futuras práticas clínicas, estabelecendo-o como uma meta a ser alcançada no decorrer do desenvolvimento profissional.

4. Perspetiva futuras de desenvolvimento pessoal, apresentando dificuldades e oportunidades

Ao longo do estágio e durante a elaboração deste relatório, foi feita uma reflexão contínua à prática clínica e ao crescimento pessoal e profissional. Este processo reflexivo constante não apenas impulsionou um desenvolvimento positivo, mas também evidenciou áreas que requerem atenção e abordagem no futuro.

Após a realização do estágio foi possível concluir que muitas disfunções pélvicas estão intrinsecamente ligadas à escassez de informação e à adoção de comportamentos inadequados. A falta de compreensão sobre a anatomia e função da região pélvica frequentemente leva a práticas prejudiciais, contribuindo para uma série de problemas de saúde. Educar sobre hábitos saudáveis e a importância do cuidado preventivo torna-se fundamental para combater estas disfunções. Ao dissipar mitos e fornecer conhecimentos, é possível empoderar as pessoas a adotar um estilo de vida que promova a saúde pélvica, prevenindo disfunções e contribuindo para o bem-estar geral.

Neste sentido, a dedicação à educação preventiva na área da saúde pélvica tornou-se num objetivo pessoal.

Contudo, implementar práticas de educação preventiva na área da saúde pélvica pode ter desafios significativos. A quebra de tabus e a superação de construções sociais em torno do corpo e da saúde pélvica podem ser obstáculos. Além disso, a falta de consciencialização geral sobre questões pélvicas pode resultar em resistência à participação em programas educacionais. Superar a relutância em discutir abertamente estes temas e promover uma atmosfera de aceitação e compreensão é uma barreira a ser vencida.

Assim, reunir profissionais de diferentes campos, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e médicos, enriquece a compreensão e tratamento das questões pélvicas. A colaboração entre profissionais de diferentes áreas na abordagem da saúde pélvica é uma estratégia essencial a ser adotada para superar desafios, proporcionar cuidados abrangentes e promover uma mudança positiva na compreensão e práticas da saúde pélvica.

Ainda entre as dificuldades, destaca-se o constante desafio de me manter atualizada numa temática que evolui rapidamente. A necessidade de acompanhar as últimas pesquisas, tecnologias e práticas clínicas pode ser exigente, obrigando a um compromisso contínuo baseado na evidência.

No entanto, esses desafios também abrem portas para oportunidades de crescimento pessoal. A busca constante pelo conhecimento e a adaptação às mudanças, não apenas me manterão atualizada, mas cultivam uma mentalidade de aprendizagem contínua.

Por fim, uma outra dificuldade para o desenvolvimento pessoal depreende-se por exercer a minha atividade no setor privado. A acessibilidade aos serviços de fisioterapia pode ser limitada para aqueles que enfrentam restrições financeiras podendo levar à hesitação por parte dos pacientes em procurar tratamento, reduzindo a diversidade de condições que podem aparecer. Assim, esta redução na amplitude de casos clínicos pode impactar a minha experiência profissional.

Por outro lado, a maior liberdade para estabelecer a própria abordagem e estratégias de tratamento demonstram ser um aspeto positivo no contexto privado. Ainda, o facto de habitualmente o setor privado demonstrar ser um ambiente mais controlado e focado, com menos restrições de tempo, é possível dedicar atenção personalizada a cada utente, tornando o meu desenvolvimento pessoal e profissional mais enriquecedor.

Parte IV – Apêndices globais do relatório

Apêndice 1 - Parecer Final do Orientador



**Parecer favorável do(s) Orientador(es)
quanto à admissibilidade a provas públicas**

Patrícia Maria Duarte de Almeida com o grau académico de doutor obtido na Universidade Católica Portuguesa, na qualidade de orientador do estudante Tânia Sofia Correia Vieira inscrito no 3º semestre, da 14ª edição do Curso Mestrado em Fisioterapia, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, declara que aceita e aprova a versão do Relatório de Estágio apresentada para submissão a provas públicas.

15, dezembro, 2023

Apêndice 2 - Curriculum Vitae do Estudante



Tânia Vieira

Fisioterapeuta

+351 916 473 590
tsc.vieira@hotmail.com
Rua Miradouro do Sado n11 7esquerdo

Fisioterapeuta Pélvica

"O querer e o trabalho transformam
o sonho em realidade!"

Educação

Mestrado em Saúde da Mulher - Escola
Superior de Alcoitão, Alcabideche, Portugal

2021 - Presente

**Formação no Método Pilates Autêntico
(Aparelhos e Matwork)**, Curso de Instrutor,
Scoop Pilates Academy, Formação Ministrada por
Fabien Menegon e Miguel Silva, São João da
Madeira, Portugal

2017 - 2019

Licenciatura em Fisioterapia, CESPU -
Instituto Superior do Vale do Sousa, Paredes,
Portugal

2014 - 2018

Experiência

Janeiro 2022 - Presente

MoveOn Físio

Fisioterapeuta Pélvica e Instrutora de Pilates

Janeiro 2021 - Dezembro 2021

Sentir Saúde - Clínica Médica e Reabilitação

Fisioterapeuta e Instrutora de Pilates

Setembro 2018 - Outubro 2020

Clínica Particular de Cerveira

Fisioterapeuta Coordenadora

Setembro 2018 - Outubro 2020

Centro Pilates Cerveira

Instrutora de Pilates em Aparelhos e Matwork

Novembro 2019 - Maio 2020

Associação de Futebol de Viana do Castelo

Fisioterapeuta

Março 2019 - Março 2020

Centro Pilates Premium Porto,

Instrutora de Pilates em Aparelhos e Matwork

Julho 2018 - Agosto 2018

Gab. de Terapia Manual Patrícia Pereira

Fisioterapeuta

Julho 2018

Handball Cup 2018, CESPU

Fisioterapeuta

Educação Complementar

Cursos e Workshops

2021 - Formação Fisioterapia na Saúde da Mulher Mulher, Formaterapia, Porto, Portugal.

2020 - Reformer's Centralization, Workshop com Alfonso Carrilo, Authentic Pilates Experience, Lisboa, Portugal.

2020 - The Golden Chain: transitions are exercises, Workshop com Peter Fiasca, Authentic Pilates Experience, Lisboa, Portugal.

2020 - Playing with Rythm and Dynamics on the reformer, Workshop com MeJo Wiggins, Authentic Pilates Experience, Lisboa, Portugal.

2020 - Spine Corrector: an effective apparattus while working contrology, Work- shop com Inelia Garcia, Authentic Pilates Experience, Lisboa, Portugal.

2020 - Pre Pilates: build the body, Workshop com Inelia Garcia, Authentic Pilates Experience, Lisboa, Portugal.

2020 - Cadillac's proficiency, Workshop com Jerome Weinberg, Authentic Pilates Experience, Lisboa, Portugal.

2019 - Pilates, embarazo, post parto, incontinência urinária, Curso ministrado por Fabien Menegon, Centro Pilates Barcelona, Barcelona, Portugal.

2018 - Vacuoterapia: Introdução ao Método, Bwizer, Porto, Portugal.

2018 - Eletropuntura, Bwizer, Porto, Portugal.

2018 - Pilates y Escoliosis, Centre de Pilates Barcelona, Curso ministrado por Fabien Menegon, Barcelona, Espanha.

2017 - Treino Funcional: FT COACH, Bwizer, Curso ministrado por Gabriel Jorge, Braga, Portugal.

2016 - Workshop de Pilates Clínico, Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia, Figueira da Foz, Portugal.

2015 - Análise de Movimento: Relação entre Função e Sistema Nervoso, Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia, Workshop orientado pela Fisioterapeuta Rita Pinheiro, Figueira da Foz, Portugal.

2015 - Método Oficial de Kinesio Taping, Bwizer, Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia, Workshop orientado pelo Fisioterapeuta Ricardo Vidal, Figueira da Foz, Portugal.

Presença em Conferências, Seminários e Outras Atividades

2021 - Seminário de Posturologia, Seminário apresentado por Juan Santos, Porto, Portugal.

2020 - Authentic Pilates Experience, Convenção internacional, Lisboa, Portugal.

2018 - Open Day do Instituto Superior do Vale do Sousa (Julho), CESPU, Paredes, Portugal.
- Membro da comissão organizadora

2018 - Open Day do Instituto Superior do Vale do Sousa (Abril), CESPU, Paredes, Portugal.
- Membro da comissão organizadora

2017 - I Congresso de Fisioterapia do Instituto Politécnico de Saúde do Norte - CESPU, Asc. Empresarial de Penafiel, Penafiel, Portugal.

2016 - Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia, Figueira da Foz, Portugal.

2015 - Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia, Figueira da Foz, Portugal.

Outras competências

Carta de Condução - B

Curso de Mergulho - PADI Open Water Diver

Línguas:

Português, Língua Materna.

Inglês, Compreensão e Escrita: Nível Avançado;
Fala: Nível Médio.

Espanhol, Compreensão e Fala: Nível Avançado,
Escrita: Nível Médio.

Apêndice 3 - Declaração da entidade onde desenvolveu o estágio



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que Tânia Sofia Correia Vieira, realizou Estágio no âmbito do Mestrado em Fisioterapia, no período de Dezembro de 2022 a Março de 2023, na moveOn Fisio - Gabinete de Fisioterapia.

Por ser verdade e ter sido pedido, passamos a presente declaração que vai datada e assinada.

Lisboa, 10 de Dezembro de 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jara Telo', is positioned above the company name.

A Gerência
Figuras e Jornadas Lda

moveOn Estádio
Centro do Centro Médico do Estádio Universitário, Av. Prof. Egas Moniz,
1600-190 Lisboa
215 816 726 / 918 390 100

moveOn Bema
Rua Dr Silva Teles n°108, 1050-080 Lisboa
211 990 305 / 915 720 887