

Mestrado em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher

Ano Letivo 2024/2025

Relatório de Estágio

Hospital Beatriz Ângelo

Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Fisioterapia, Ramo de Especialidade em Saúde Pélvica e da Mulher

Carolina de Sousa Morais

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida, Fisioterapeuta

Coorientadora: Mestre Cláudia Clérigo de Abreu, Fisioterapeuta

Alcoitão, junho de 2025

Mestrado em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher
Ano Letivo 2024/2025

Relatório de Estágio

Hospital Beatriz Ângelo

Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Fisioterapia, Ramo de Especialidade em Saúde Pélvica e da Mulher

Carolina de Sousa Morais

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida, Fisioterapeuta

Coorientadora: Mestre Cláudia Clérigo de Abreu, Fisioterapeuta

Júri:

Presidente: Professora Doutora Inês Tello R. M. Rodrigues

Arguente: Professora Doutora Sónia Bárcia

Alcoitão, junho de 2025

Resumo

Introdução: Este relatório foi elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher. O estágio foi realizado no Hospital de Loures, com a duração de 300 horas. **Objetivos:** Realizar uma análise dos modelos de gestão e intervenção do local de prática, desenvolver um projeto de melhoria, um plano de desenvolvimento pessoal e pôr em prática o processo da fisioterapia, em função da melhor evidência científica. **Relatório:** A primeira parte contém a caracterização da unidade de estágio, o projeto de melhoria e o contrato de aprendizagem. Na segunda parte encontra-se descrito o estudo de caso de uma utente com dupla incontinência, na pós-menopausa, e a terceira parte consiste numa reflexão das duas primeiras. **Resultados:** A análise da amostra de utentes, acompanhados no hospital, possibilitou a caracterização da população existente durante o estágio. O projeto de melhoria revelou como proposta de valor o controlo dos valores da glicémia na diabetes gestacional, promovendo a diminuição do risco de complicações e tempos de internamento. O estudo de caso apresentou resultados positivos na função dos músculos do pavimento pélvico, gravidade dos sintomas e qualidade de vida. O estágio e o relatório possibilitaram um desenvolvimento pessoal e profissional significativo. **Conclusão:** A prática clínica orientada permitiu o desenvolvimento de competências de avaliação, intervenção e raciocínio clínico. A elaboração do relatório potenciou o desenvolvimento de competências na seleção e análise crítica da literatura, para fundamentar o processo da fisioterapia e consolidar a aprendizagem desenvolvida no primeiro ano do mestrado.

Palavras-chave: fisioterapia pélvica; disfunções do pavimento pélvico; projeto de implementação de melhoria; estudo de caso

Abstract

Introduction: This report aims to obtain a master's degree in physiotherapy in pelvic and women's health. The internship took place at Hospital de Loures and lasted 300 hours.

Objectives: To carry out an analysis of the management and intervention models at the place of practice, to develop an improvement project, a personal development plan and to put the physiotherapy process into practice, based on the best scientific evidence.

Report: The first part contains a description of the internship unit, the improvement project and the learning contract. The second part describes the case study of a postmenopausal patient with double incontinence, and the third part is a reflection of the first two.

Results: The analysis of the sample of patients seen at the hospital made it possible to characterize the population that existed during the internship. The improvement project's value proposition was the control of blood glucose levels in gestational diabetes, promoting a reduction in the risk of complications and hospitalization times. The case study showed positive results in terms of pelvic floor muscle function, symptom severity and quality of life. The internship and the report enabled significant personal and professional development. **Conclusion:** The guided clinical practice allowed the development of assessment, intervention and clinical reasoning skills. Writing the report enabled the development of skills in the selection and critical analysis of literature, to support the physiotherapy process, as well as consolidate learning skills developed in the first year of the master's degree.

Keywords: pelvic physiotherapy; pelvic floor dysfunctions; improvement implementation project; case study

Índice Abreviaturas

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

APFisio – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

AVD's – Atividades da Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DMG – Diabetes *Mellitus* Gestacional

FIQL – *Fecal Incontinence Quality of Life*

FSFI – Índice de Função Sexual Feminina

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

IA – Incontinência Anal

ICS – *International Continence Society*

IF – Incontinência Fecal

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

IMC – Índice de Massa Corporal

KHQ – *King's Health Questionnaire*

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MPP – Músculos do Pavimento Pélvico

POP – Prolapso dos Órgãos Pélvicos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TMPP – Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico

TVT-O – *Tension-free Vaginal Tape-Obturador*

ULS – Unidade Local de Saúde

Índice

Parte I – Desempenho em Estágio

1. Introdução	2
2. Caracterização da Unidade de Estágio.....	3
2.1. Posicionamento da Unidade no Plano Nacional de Saúde.....	3
2.2. Descrição do Local.....	3
2.2.1. Missão, Visão e Valores.....	3
2.2.2. Serviço de Medicina Física e Reabilitação	4
2.2.3. Serviço de Fisioterapia em Saúde da Mulher.....	5
2.2.3.1. Circuito do Utente	6
2.3. Análise do Local tendo em conta os Padrões de Qualidade em Fisioterapia 6	
2.4. Análise SWOT do Local	9
3. Caracterização dos Utentes e da Intervenção.....	10
3.1. Necessidades de Saúde, no Contexto da Especialidade e as encontradas no seu Local de Prática	10
3.2. Descrição do Papel do Fisioterapeuta na Especialidade e no Local, segundo a Prática Baseada na Evidência.....	14
3.3. Análise Crítica da Intervenção no Local em função da Melhor Evidência Disponível	16
3.4. Registos de Utentes.....	18
3.4.1. Registo Clínico 1 – Incontinência Urinária de Esforço e Urgência Urinária.....	18
3.4.2. Registo Clínico 2 – Incontinência Urinária de Urgência	25
3.4.3. Registo Clínico 3 – Dispareunia e Incontinência Urinária de Esforço	33
3.5. Apresentação de três <i>Critically Appraisal Topic's</i>	40
3.5.1. <i>Critically Appraisal Topic 1</i>	41
3.5.2. <i>Critically Appraisal Topic 2</i>	42
3.5.3. <i>Critically Appraisal Topic 3</i>	45
4. Projeto de Implementação de Melhoria do Local de Prática	47
4.1. Apresentação de um Plano de Melhoria Fundamentado na Evidência	47
5. Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional.....	57

5.1.	Análise SWOT pessoal	57
5.2.	Contrato de Aprendizagem	58
5.2.1.	Apresentação das Competências a Adquirir, definidas pela Instituição de Ensino.....	58
5.2.2.	Apresentação das Competências a Adquirir, definidas pelo Orientador ..	59
5.2.3.	Apresentação das Competências a Adquirir, definidas pelo Estudante....	60
5.2.4.	Definição dos Objetivos de Aprendizagem, pelo Estudante	60
5.2.5.	Definição das Estratégias de Aprendizagem e Recursos, a definir pelo Estudante	61
5.2.6.	Cronograma.....	62
5.2.7.	Revisão do Contrato	63
5.2.8.	Desenvolvimento do Processo de Aquisição de Competências	64
5.2.9.	Avaliação de Aprendizagem.....	64
5.2.9.1.	Apresentação dos <i>feedbacks</i> obtidos	64
5.3.	Reflexão final do processo	65
6.	Conclusão.....	65
7.	Referências Bibliográficas	66
8.	Anexos	74
8.1.	Anexo 1 – Folheto Recomendações Após Cirurgia da Mama	74
8.2.	Anexo 2 – Folheto Laceração pós-parto	76
8.3.	Anexo 3 – Análise da População do Local de Estágio.....	77
8.4.	Anexo 4 – Folheto Classe de Exercícios do Pavimento Pélvico.....	78
8.5.	Anexo 5 – Folheto Fisioterapia durante a Radioterapia.....	79
8.6.	Anexo 6 – Folheto Pavimento Pélvico no Cancro de Mama	80
8.7.	Anexo 7 – Estudo Urodinâmico (Registo clínico 1)	81
8.8.	Anexo 8 – Revisão Geral de Sistemas (Registo clínico 1)	84
8.9.	Anexo 9 – Avaliação Inicial Diário Miccional (Registo clínico 1)	86
8.10.	Anexo 10 – Avaliação Inicial KHQ (Registo clínico 1)	87
8.11.	Anexo 11 – Quadro SOAP (Registo clínico 1)	89
8.12.	Anexo 12 – Reavaliação Diário Miccional (Registo clínico 1)	90

8.13.	Anexo 13 – Reavaliação KHQ (Registo clínico 1)	91
8.14.	Anexo 14 – Revisão Geral de Sistemas (Registo clínico 2)	93
8.15.	Anexo 15 – Avaliação Inicial Diário Miccional (Registo clínico 2)	95
8.16.	Anexo 16 – Avaliação Inicial KHQ (Registo clínico 2)	96
8.17.	Anexo 17 – Quadro SOAP (Registo clínico 2)	98
8.18.	Anexo 18 – Reavaliação Diário Miccional (Registo clínico 2)	99
8.19.	Anexo 19 – Reavaliação KHQ (Registo clínico 2)	100
8.20.	Anexo 20 – Revisão Geral de Sistemas (Registo clínico 3)	102
8.21.	Anexo 21 – Avaliação Inicial Diário Miccional (Registo clínico 3)	104
8.22.	Anexo 22 – Avaliação FSFI (Registo clínico 3)	105
8.23.	Anexo 23 – Quadro SOAP (Registo clínico 3)	108
8.24.	Anexo 24 – Reavaliação Diário Miccional (Registo clínico 3)	109
8.25.	Anexo 25 – Ficha de Avaliação na grávida com diabetes	110
8.26.	Anexo 26 – Avaliações Periódicas na Classe de Exercício na diabetes gestacional.....	111
8.27.	Anexo 27 – <i>Feedback</i> da Orientadora.....	112
8.28.	Anexo 28 – <i>Feedback</i> dos Utentes.....	113
8.29.	Anexo 29 – <i>Feedback</i> da Classe de Exercícios do Pavimento Pélvico	115

Parte II – Estudo de Caso

1.	Introdução	122
2.	Descrição do Caso.....	125
2.1.	História e Exame Subjetivo.....	125
2.2.	Diagnóstico Diferencial	126
2.3.	Exame Objetivo.....	127
2.4.	Diagnóstico em Fisioterapia.....	130
2.5.	Prognóstico.....	131
3.	Intervenção.....	132
4.	Resultados	136

5. Discussão	138
6. Conclusão.....	143
7. Referências Bibliográficas	143
8. Anexos	150
8.1. Anexo 1 – Consentimento Informado	150
8.2. Anexo 2 – Ficha de Avaliação	151
8.3. Anexo 3 – Revisão Geral de Sistemas	158
8.4. Anexo 4 – Avaliação Inicial Diário Miccional	159
8.5. Anexo 5 – Avaliação Inicial Calendário Defecatório	161
8.6. Anexo 6 – Avaliação Inicial Escala de Wexner.....	162
8.7. Anexo 7 – Avaliação Inicial FIQL.....	163
8.8. Anexo 8 – Quadro CIF	166
8.9. Anexo 9 – Reavaliação Diário Miccional	167
8.10. Anexo 10 – Reavaliação Calendário Defecatório	168
8.11. Anexo 11 – Reavaliação Escala de Wexner.....	169
8.12. Anexo 12 – Reavaliação FIQL.....	170
8.13. Anexo 13 – Diário Miccional.....	173
 Parte III – Considerações Finais	
1. Relação entre as Duas Partes do Relatório	175
2. Ganhos Pessoais	176
3. Limitações Pessoais.....	177
4. Perspetivas Futuras de Desenvolvimento Pessoal, Apresentando Dificuldades e Oportunidades.....	177
5. Propostas Futuras de Desenvolvimento da Profissão, Apresentando Dificuldades e Oportunidades.....	178
5.1.Referências Bibliográficas.....	179
Parte IV – Parecer Final do Orientador	180
Parte V – <i>Curriculum Vitae</i> do Estudante.....	181
Parte VI – Declaração da Entidade onde Desenvolveu o Estágio	182

PARTE I – DESEMPENHO EM ESTÁGIO

1. Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio e Relatório, inserida no 2º ano do Mestrado em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher, da Escola Superior de Saúde de Alcoitão. O estágio, com a duração de 300 horas presenciais, decorreu no Hospital Beatriz Ângelo (HBA), de 25 de novembro de 2024 a 27 de março de 2025. A orientação no local foi feita por uma fisioterapeuta do serviço, com mestrado em fisioterapia na saúde da mulher, responsável pelas classes de exercício de pavimento pélvico, no hospital.

Os objetivos do estágio e do relatório passaram por aplicar os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do primeiro ano curricular, sintetizar os modelos de intervenção no local de prática, pôr em prática o processo de intervenção da fisioterapia, na área da saúde pélvica e da mulher, em função da melhor evidência científica.

Este relatório é composto por três partes: relatório de desempenho em estágio, estudo de caso e considerações finais.

Na primeira parte do relatório encontra-se a caracterização e contextualização do local de estágio, foi realizada uma análise SWOT do local e uma análise de qualidade, em função dos padrões de qualidade da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFisio), foram identificadas as necessidades de saúde, a função do fisioterapeuta e a intervenção no local, no contexto da especialidade. Com base nesta análise, foi desenvolvido um plano de melhoria para o local de estágio. Para além disso, foram apresentados três casos clínicos, acompanhados durante o estágio, e foi realizada a análise de três artigos científicos, correspondendo cada artigo a cada um dos registos clínicos anteriores. Encontra-se, ainda nesta primeira parte, uma análise SWOT pessoal, realizada pela aluna, e o contrato de aprendizagem, elaborado antes do início do estágio, com as respetivas reavaliações, realizadas posteriormente. Por fim, são apresentados os *feedbacks* obtidos relativamente à prestação no local do estágio, dados pela orientadora e alguns dos utentes acompanhados.

A segunda parte consiste num estudo de caso, em que foi contextualizada a condição clínica da utente, encontra-se descrito o processo da fisioterapia, fundamentado com base na evidência, e foi realizada uma reflexão crítica sobre todo o processo e resultados apresentados. Na terceira parte do relatório, foram relacionadas as duas partes anteriores, foram descritos os ganhos e limitações pessoais, assim como as perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal e da profissão, com as respetivas dificuldades e oportunidades.

2. Caracterização da Unidade de Estágio

O Hospital de Loures, Entidade Pública Empresarial, também conhecido por HBA, está em funcionamento desde 2012 e iniciou a sua atividade em regime de parceria público-privada. No dia 18 de janeiro de 2022, ocorreu a transição para entidade pública empresarial, sendo atualmente um hospital público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), integrado na Unidade Local de Saúde Loures-Odivelas (Hospital Beatriz Ângelo, 2025).

Esta Unidade Local de Saúde (ULS) serve uma população de cerca de 242 mil habitantes residentes nas freguesias abrangidas pelos centros de saúde de Loures-Odivelas (com exceção de Sacavém) e Pontinha. O HBA integra-se na área de competência territorial da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e assegura os cuidados de saúde à população que serve dos concelhos de: Loures - freguesias da Apelação, Bucelas, Camarate, Fanhões, Frielas, Loures, Lousa, Unhos, Santo António dos Cavaleiros, Santo Antão do Tojal e São Julião do Tojal; Odivelas - freguesias de Caneças, Famões, Odivelas, Olival de Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião e Ramada; Mafra - freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés, Venda do Pinheiro; Sobral de Monte Agraço - freguesias de Santo Quintino, Sapataria, Sobral de Monte Agraço (Hospital de Loures E.P.E., 2023).

2.1. Posicionamento da Unidade no Plano Nacional de Saúde

O HBA é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que integra o SNS. Rege-se pelo regime jurídico previsto no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, bem como pela demais legislação aplicável ao Setor Empresarial do Estado (Hospital de Loures E.P.E., 2023).

Em junho de 2022, o HBA foi incluído na lista de entidades públicas reclassificadas, publicada pelo Instituto Nacional de Estatística, passando a integrar o setor das administrações públicas, ficando sujeito ao cumprimento da Lei de Enquadramento Orçamental e demais disposições legais de natureza orçamental a partir dessa data (Hospital de Loures E.P.E., 2023).

O Conselho de Administração elaborou o seu primeiro Plano de Atividades e Orçamento para o ano de 2023, incluindo o Plano de Investimentos para 2023-2025, anual e plurianual, como empresa pública não financeira do Setor Empresarial do Estado (Hospital de Loures E.P.E., 2023).

2.2. Descrição do local

2.2.1 Missão, Visão e Valores

Missão: prestar cuidados de saúde a todos os que o procurem e, em particular, à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, baseando-se em princípios de eficácia, qualidade e eficiência, contribuindo para o desenvolvimento do ensino pré e pós-graduado de profissionais de saúde e também para a concretização e integração em projetos de investigação (Hospital Beatriz Ângelo, 2025).

Visão: O HBA é um hospital público que visa ser um modelo de referência na prestação de cuidados de saúde no SNS e também no ensino pré e pós-graduado e na investigação, contribuindo para a criação de valor para utentes e sociedade em geral (Hospital Beatriz Ângelo, 2025).

Valores: Cuidados de saúde centrados no doente; humanização dos cuidados no respeito pela individualidade; cultura de rigor, de reconhecimento do mérito e de melhoria contínua; competência e inovação; relação de proximidade com a comunidade; compromisso social, económico e ambiental (Hospital Beatriz Ângelo, 2025).

2.2.2. Serviço de Medicina Física e Reabilitação

A Medicina Física e Reabilitação (MFR) é a especialidade médica que se dedica ao diagnóstico e tratamento de deficiências e incapacidades funcionais, de modo a reduzir o seu impacto (Hospital Beatriz Ângelo, 2025). No HBA a diretora do serviço é uma médica fisiatra.

Localizado no piso 0 do hospital, as instalações são constituídas por: três gabinetes médicos, um gabinete da terapia ocupacional, dois gabinetes de terapia da fala, um ginásio de fisioterapia e uma sala de tratamentos, com um gabinete individual, uma sala destinada a classes de grupo, uma sala de intervenção em pediatria, uma sala de trabalho, um gabinete de coordenação, uma área administrativa e uma sala de pessoal, assim como dois vestuários e casas de banho.

Neste serviço trabalham 4 médicos fisiatras, 23 fisioterapeutas, 2 terapeutas da fala, 1 terapeuta ocupacional e 4 assistentes operacionais, organizados segundo o organograma apresentado na figura 1.

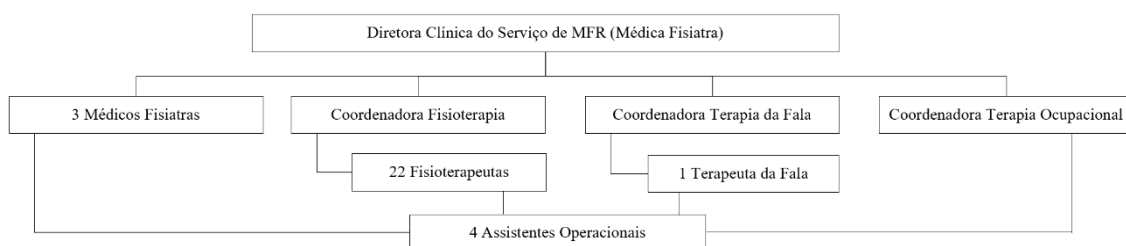


Figura 1 – Organograma do Serviço

2.2.3. Serviço de Fisioterapia em Saúde da Mulher

O serviço de fisioterapia em saúde da mulher é composto por oito fisioterapeutas, com formação específica na área da saúde pélvica. Cada terapeuta acompanha cerca de dois a três utentes, para reabilitação do pavimento pélvico, por semana. Em média, cada utente é acompanhado em sessões semanais, com a duração de 30 minutos cada.

No serviço de fisioterapia existe um gabinete direcionado para o atendimento de utentes de saúde pélvica. Equipado com uma marquesa, imagens afixadas na parede, destinadas ao ensino da anatomia e função dos músculos do pavimento pélvico (MPP), contém também um modelo anatómico da pélvis e outros artigos relacionados com a saúde íntima em exposição. Existe ainda um armário com uma máquina de electroestimulação, vibradores e um *kit* de dilatadores que podem ser utilizados em sessão, quando necessário.

Para além de utentes do pavimento pélvico são acompanhadas, por cinco fisioterapeutas, com formação especializada, utentes com linfedema ou outras complicações, decorrente de cirurgias oncológicas. Geralmente, estas utentes são seguidas três vezes por semana, em sessões de uma hora.

As fisioterapeutas do serviço também se dirigem às enfermarias, onde se encontram utentes internadas após cirurgias da mama ou mulheres com lacerações superiores a grau II, decorrentes do trabalho de parto. São realizados ensinamentos acerca dos cuidados a ter com a cicatriz e que exercícios devem realizar em casa, com a entrega de folhetos, que se encontram em anexo (Anexo 1 e 2). Após seis semanas, estas utentes são contactados pelas fisioterapeutas do serviço e, após consulta médica, são referenciados para sessões de fisioterapia em ambulatório, quando necessário.

Para além das sessões individuais, existe uma classe de exercícios do pavimento pélvico e duas classes para utentes com cancro de mama, uma de exercício, para mulheres a realizar quimioterapia, e outra com foco na mobilidade e fortalecimento do membro superior, afetado pela cirurgia. Cada classe tem a duração de uma hora, duas vezes por semana.

As fisioterapeutas deste serviço integram também o programa ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*). Este programa é constituído por uma equipa multidisciplinar e tem como objetivo diminuir as complicações e melhorar a recuperação cirúrgica (Hospital Beatriz Ângelo, 2025). A fisioterapeuta é responsável por realizar um ensino de exercícios a executar no pré-operatório e dos cuidados a ter no pós-operatório imediato. O HBA iniciou este programa em 2017, em doentes propostos para cirurgia colorretal e

do pâncreas, atualmente, é realizado em utentes com cirurgia colorretal, do pâncreas, do fígado, urológica e ginecológica.

2.2.3.1 Circuito do Utente

Os utentes chegam ao serviço de fisioterapia em saúde da mulher através do encaminhamento médico. Esta referenciação pode ser feita durante o internamento no HBA, pelos centros de saúde integrados na ULS ou em consultas de especialidade no hospital (ginecologia/obstetrícia, urologia, gastroenterologia e oncologia).

Após serem referenciados para o serviço de MFR aguardam consulta com a médica fisiatra e, após a consulta, entram para uma lista de espera e aguardam vaga para iniciar os tratamentos de fisioterapia. A gestão do horário é feita por duas fisioterapeutas, uma responsável pela saúde pélvica e outra pela oncologia, e após a alta, ou progressão para classe, de um dos utentes em atendimento, é contactado um novo utente.

A prescrição e frequência das sessões de fisioterapia são realizadas pela médica fisiatra, no entanto o fisioterapeuta realiza também a sua avaliação e tem autonomia durante o processo da fisioterapia. Após a realização dos tratamentos é realizada uma reavaliação pela fisioterapeuta, incluída nos registos periódicos, e uma nova consulta médica. Se necessário, são prescritas mais sessões ou existe progressão para as classes disponíveis, quando existe retorno à autonomia e função é dada alta.

2.3. Análise do local tendo em conta os Padrões de Qualidade em Fisioterapia

Foi realizada uma análise do local de estágio segundo os Padrões de Qualidade definidos pela APFisio como um referencial para a Avaliação da Qualidade de Unidades de Fisioterapia (APFisio, 2021a). Os critérios da qualidade deste referencial encontram-se organizados em seis capítulos e em cada capítulo são designados os requisitos para ser considerado cumprido o padrão de qualidade, como se pode verificar na Tabela I.

Tabela I - Análise do local segundo os Padrões de Qualidade em Fisioterapia

Padrão de Qualidade	Cumpre		Observações
	Sim	Não	
Gestão da Organização e Sistema da Qualidade			
Política e objetivos da qualidade no contexto em que a Unidade intervém;	x		Sendo um Hospital público, a política e objetivos de qualidade são definidos pelo SNS.
Compreensão das expectativas e necessidades dos utentes/clientes;	x		A equipa do serviço de MFR atua consoante as expectativas e necessidades dos utentes.
Determinações legais e regulamentares;	x		É entregue um regulamento na primeira vez em que o utente se dirige ao serviço de MFR, antes de realizar tratamentos.
Adoção de práticas organizacionais baseadas na abordagem por processos;	x		A gestão hospitalar é realizada por uma equipa específica, que determina uma política e uma estratégia para a

		organização e monitorização dos serviços prestados, para atingir os objetivos.
Definição de funções e da autoridade;	x	A diretora do serviço é uma médica fisiatra e existe uma fisioterapeuta coordenadora.
Procedimentos normalizados e/ou orientações validadas;	x	A intervenção é realizada, pela equipa de fisioterapia, mais especificamente na área da saúde pélvica e da mulher, de acordo com a evidência científica.
Controlo dos resultados dos serviços prestados;	x	O serviço de MFR entrega um inquérito de satisfação do utente, no final dos tratamentos, de forma a avaliar os serviços prestados. Para além disso, as altas hospitalares são também um indicador dos resultados dos serviços prestados.
Gestão da documentação e controlo de registos, entre outros.	x	O controlo dos registos é efetuado pela coordenadora da equipa de fisioterapia e a gestão da documentação é realizada pela equipa de gestão hospitalar, através dos registos efetuados no programa informático do hospital.
O Utente/Cliente e os seus Direitos		
Necessidades e direitos do utente/cliente;	x	Os direitos do utente encontram-se definidos no regulamento que é entregue antes de iniciarem tratamentos e as necessidades dos utentes são expressas e compreendidas pelos profissionais.
Qualidade do atendimento;	x	O Hospital estruturou uma avaliação de indicadores de qualidade, separados em várias dimensões, em que é referido ser uma prioridade manter uma relação sólida e transparente com todos os utentes.
Acessibilidade e continuidade de cuidados;	x	Sendo um hospital público, a acessibilidade ao serviço está garantida e a continuidade dos cuidados é assegurada pela equipa do serviço de MFR no HBA, ou quando necessário os utentes são encaminhados para a comunidade.
Dever de informação e participação direta do utente/cliente (ou seu representante legal) nos cuidados que lhe são prestados;	x	O dever é cumprido pelo consentimento informado.
Perceção da satisfação do utente/cliente e gestão das reclamações e sugestões.	x	Entre os indicadores de qualidade, estruturados pelo Hospital, existe a dimensão “escutar o doente” em que é avaliada a experiência no contacto com o hospital, procurando obter crescentes níveis de satisfação, através de um inquérito de satisfação.
Processo Clínico em Fisioterapia		
Gestão do processo de prestação de cuidados em fisioterapia;	x	A gestão do processo de prestação de cuidados em fisioterapia é realizada.
Protocolos de intervenção validados e normas de referência aplicáveis;	x	Existem vários programas de intervenção protocolados, que são seguidos pelos fisioterapeutas do serviço de MFR. No entanto, na área de saúde pélvica e da mulher, não existem protocolos de intervenção validados pela evidência.
Boa prática profissional baseada em evidência científica;	x	Nos indicadores de qualidade, estruturados pelo Hospital, está presente a dimensão “prestar os cuidados certos” onde é avaliada a concordância das práticas clínicas desenvolvidas com a melhor evidência científica disponível.
Registos em saúde;	x	São realizados registos diários, individualizados, pelos fisioterapeutas do serviço.
Monitorização da eficácia dos cuidados;	x	Não existe forma objetiva de avaliar a eficácia dos cuidados no HBA.

Transmissão da informação no âmbito da continuidade dos cuidados;	x	Toda a informação clínica dos doentes, assim como os registos clínicos, está incluída no processo clínico, acessível no programa informático, pelos vários profissionais de saúde do Hospital. São também realizadas reuniões multidisciplinares, em que a informação clínica relevante é partilhada, permitindo uma continuidade dos cuidados prestados.
Dever de notificação de efeitos adversos;	x	No sistema informático em que são realizados os registos, existe a possibilidade de reportar os efeitos adversos ao tratamento
Carteira de serviços;	x	A equipa do serviço de MFR detém uma vasta carteira de serviços.
Planos de contingência, entre outros	x	Estão definidos pelo HBA.
Gestão da Competência e Autonomia		
Qualificação profissional e existência e disponibilidade de recursos humanos possuidores de competências gerais e específicas para a prática da fisioterapia nas diferentes áreas de intervenção;	x	Existe uma diferenciação e distribuição dos profissionais consoante as suas áreas de intervenção e especialização. Mais especificamente em saúde da mulher, todas as fisioterapeutas que trabalham na área têm formação específica, seja na área de oncologia ou em saúde pélvica.
Identificação de necessidades de formação, manutenção e atualização das competências profissionais;	x	A identificação das necessidades é feita pela equipa do serviço e existe uma constante atualização das competências profissionais.
Necessidade de desenvolver competências na área da gestão do risco;	x	Dentro da equipa de fisioterapeutas existe uma fisioterapeuta responsável pelas quedas que ocorrem em ambiente hospitalar, realizando formação acerca do risco de queda, e outra para o controlo de infeção.
Organização dos processos dos fisioterapeutas.	x	É realizada pela direção do serviço de MFR
Instalações, Segurança, Manutenção e Equipamentos		
Sistemas e as tecnologias de informação e proteção de dados pessoais;	x	Os dados pessoais dos utentes e trabalhadores do Hospital são tratados por um programa informático, respeitando as normas de proteção de dados.
Segurança informática;	x	É assegurada pelo programa informático e pela equipa de informática do HBA.
Recursos e meios físicos existentes;	x	Os recursos estão dependentes do financiamento do sistema público.
Segurança das instalações, dos utentes/clientes e dos profissionais	x	A Unidade de Fisioterapia atua segundo as orientações de saúde e segurança.
Gestão dos equipamentos e das atividades de manutenção;	x	O equipamento para a prestação de cuidados é verificado e é reportado caso exista algum dano.
Gestão de fornecedores e controlo dos produtos e materiais utilizados;	x	A gestão de fornecedores e controlo dos produtos utilizados é realizada pela equipa de armazém.
Gestão do risco e existência de meios de socorro;	x	O HBA assegura todos os equipamentos e meios necessários para situações de risco.
Gestão de incidentes e eventos adversos.	x	O HBA assegura todos os equipamentos e meios necessários para situações de risco e eventos adversos.
Monitorização, Auditoria e Melhoria Contínua		
Avaliação interna e externa da qualidade e da conformidade dos critérios deste Referencial;	x	Existe um departamento de qualidade no HBA que se destina a garantir que todos os critérios são cumpridos.

Análise do desempenho e da eficácia do processo da fisioterapia;	x	Os fisioterapeutas do serviço de MFR do HBA realizam uma autoavaliação, garantindo a análise do desempenho e da eficácia do processo da fisioterapia.
Gestão das ações corretivas e das ações de melhoria e da sua eficácia pela Direção;	x	O HBA tem vários centros de gestão, o centro de gestão a que pertence a MFR é responsável pelas ações corretivas ou de melhoria que forem consideradas necessárias.
Análise e tratamento de desvios da qualidade para os clientes;	x	Realizada por um centro de gestão do HBA, de acordo com as avaliações realizadas aos serviços, pelos utentes.
Gestão das reclamações e sugestões, entre outros.	x	Realizada por um centro de gestão do HBA, de acordo com as avaliações realizadas aos serviços, pelos utentes.

Entre os seis padrões de qualidade: gestão da organização e sistema da qualidade; o utente/cliente e os seus direitos; processo clínico em fisioterapia; gestão da competência e autonomia; instalações, segurança, manutenção e equipamentos; monitorização, auditoria e melhoria contínua, o único onde não se encontram cumpridos todos os requisitos é no processo clínico em fisioterapia. Na área de fisioterapia em saúde pélvica e da mulher, não existem protocolos de intervenção validados e não é realizada uma monitorização da eficácia dos cuidados, de forma objetiva, no HBA.

2.4. Análise SWOT do local

Foi realizada uma análise SWOT do local de estágio, apresentada na Tabela II, considerando o modelo de gestão da unidade e os padrões de qualidade em fisioterapia. Foram identificados os fatores internos, considerando as forças e fraquezas. Como pontos fortes: o HBA está integrado no SNS, possui equipas multidisciplinares nas várias áreas de prestação de cuidados e valoriza o ensino e a formação dos seus colaboradores e estudantes. Possui uma equipa de MFR diferenciada, com vários fisioterapeutas com formação específica na área de saúde pélvica e da mulher, permitindo um acompanhamento global, tanto no internamento como em ambulatório, em sessões individuais ou de grupo. Sendo um hospital público, uma das fraquezas identificadas é a sua autonomia de gestão limitada, com escassez de meios e recursos humanos para diminuir os tempos de espera elevados. Atualmente, em específico na área de saúde pélvica e da mulher, não são realizadas sessões de preparação para o nascimento, ou exercício, para a população de grávidas seguidas no HBA, pela equipa de fisioterapia.

Relativamente aos fatores externos, foram identificadas como oportunidades o reforço da articulação com a comunidade envolvente e entidades do SNS, que permitam uma redistribuição dos cuidados de saúde, e o acesso aos novos meios de comunicação digital, para melhorar a comunicação com os utentes. Existe ainda a oportunidade de colmatar um dos pontos fracos, anteriormente identificado, visto a equipa de fisioterapia

em saúde pélvica e da mulher ser composta por profissionais competentes para acompanhar as grávidas seguidas no hospital. A única ameaça identificada foi a concorrência direta e desigual pelas instituições de saúde privadas.

Esta análise permitiu identificar os pontos fracos e oportunidades a serem exploradas, possibilitando o desenvolvimento de uma proposta de melhoria ajustada e benéfica para o melhor funcionamento do local.

Tabela II - Análise SWOT do local

Análise Interna	
<i>Strengths</i> / Pontos Fortes	<i>Weaknesses</i> / Pontos fracos
<ul style="list-style-type: none"> - Hospital público integrado no SNS; - Multidisciplinariedade e integração da prestação de cuidados; - Ensino e formação pré e pós-graduada; - Referenciação médica intra-hospitalar e nos centros de saúde, para o serviço de fisioterapia; - Vários profissionais com formação específica na área de saúde pélvica e da mulher; - Ensino e acompanhamento no internamento, dado pelas fisioterapeutas do serviço, para mulheres com lacerações no pós-parto imediato e utentes após cirurgia da mama; - Integração das pacientes em classes de exercício, após as sessões de fisioterapia; - Avaliação da satisfação dos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia de gestão limitada; - Tempo elevado de espera entre o primeiro contacto com o utente e o início da fisioterapia; - Escassez de meios e recursos humanos para diminuir as listas de espera; - Ausência de encaminhamento médico e recursos humanos para a realização do programa de preparação para o nascimento, desenvolvido pela equipa de fisioterapia em saúde pélvica e da mulher.
Análise Externa	
<i>Opportunities</i> / Oportunidades	<i>Threats</i> / Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a articulação com a comunidade envolvente e com as suas instituições; - Melhorar e intensificar a articulação com outras entidades do SNS; - Melhorar o acesso por via dos meios de comunicação com os doentes, com especial enfoque nos novos meios de comunicação digital; - Espaço e profissionais competentes para realizar classes de preparação para o nascimento ou classes de exercício na gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concorrência direta e desigual de instituições de saúde privadas.

3. Caracterização dos Utentes e da Intervenção

3.1. Necessidades de Saúde, no Contexto da Especialidade e as encontradas no seu Local de Prática

As disfunções do pavimento pélvico envolvem uma variedade de patologias, como a incontinência urinária e fecal, o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) e a dor pélvica. Peinado-Molina *et al.*, (2023) realizaram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência e os fatores associados ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Cerca de 40% das mulheres incluídas no estudo apresentaram pelo menos uma disfunção, 17% duas, 6% três e 2% quatro disfunções do pavimento pélvico, sendo a incontinência urinária (IU) o problema mais comum, seguido da dor pélvica, sintomas de

POP e, por último, a incontinência fecal (IF). Como fatores de risco, para o desenvolvimento destas disfunções, foram identificados o índice de massa corporal (IMC) elevado, a menopausa, o parto instrumentalizado e a paridade.

A *International Continence Society* (ICS) define IU como a queixa de perda involuntária de urina (D’Ancona et al., 2024). A prevalência da IU, em mulheres com idade superior a 20 anos, varia entre 25 e 45% (SPG, 2021). É considerado um problema vasto e possivelmente sub-diagnosticado, pois a perda de urina pode não ser percebida como um problema, pode ser considerada como parte do envelhecimento normal, ou ainda pelo estigma associado e vergonha de procurar ajuda (Ayeleke et al., 2015). Segundo Todhunter-Brown *et al.*, (2022), apenas cerca de 20% das mulheres com IU procuram ajuda de um profissional de saúde, sendo que esta percentagem aumenta com a idade e é maior quando existem outros problemas urogenitais.

A IU impacta a saúde física e psicológica das mulheres, interferindo com as atividades da vida diária (AVD’s) e social, reduzindo a qualidade de vida (Todhunter-Brown et al., 2022). Está associada a uma baixa percepção de saúde, diminuição do bem-estar psicológico e emocional, reduzindo as interações sociais e a prática de atividade física (Peinado-Molina et al., 2023).

A IF é menos comum que a IU, mas é particularmente angustiante, tanto psicológica quanto fisicamente (Woodley et al., 2020). Segundo a Sociedade Portuguesa Proctologia, a IF define-se pela incapacidade de conter gases ou fezes (Folgado, 2022). As causas mais frequentes são traumatismos obstétricos ou cirúrgicos, seguidas de causas neurológicas, pelo que a recolha da história clínica é fundamental. Importa também pesquisar antecedentes pessoais de obstipação e esforço defecatório persistente, pois estiramentos sucessivos do nervo pudendo, com conseqüente descida do períneo, podem causar uma deservação, ocorrendo uma mudança dos hábitos intestinais de obstipação para incontinência (Folgado, 2022).

Além da IF, podem ocorrer alterações defecatórias funcionais, como anismo, dissinergia do pavimento pélvico, contração paradoxal do pubo-rectal ou disquécia. Para além das queixas de obstipação, pode existir referência a esforço defecatório persistente, sensação de esvaziamento incompleto e fezes muito duras (Folgado, 2022).

O POP caracteriza-se pela descida de um ou mais órgãos pélvicos e é visível, em observação ginecológica, em cerca de 40 a 60% das mulheres que tiveram filhos (Haya et al., 2018). Até 20% das mulheres são submetidas a cirurgia para redução do prolapso, no entanto a taxa de recorrência após a cirurgia primária é alta (Nyhus et al., 2020). Os

sintomas geralmente incluem sensação de peso vaginal, sensação de uma bola ou protuberância à entrada da vagina e dor lombar, associados frequentemente a sintomas vesicais e à disfunção sexual. A origem dos POP é complexa e multifatorial, sendo os fatores de risco gravidez, parto, idade avançada, menopausa, histerectomia, deservação e fraqueza dos MPP e fatores associados ao aumento contínuo da pressão intra-abdominal, como o esforço defecatório persistente, associado à obstipação (Hagen & Stark, 2011; Haya et al., 2018).

Incluído nas necessidades de saúde, no contexto da especialidade de saúde da mulher, encontra-se a intervenção oncológica, nomeadamente no cancro de mama. É o cancro mais comum entre as mulheres e, até 2040, estima-se que 3,1 milhões serão diagnosticadas, um aumento de 47% em relação a 2018 (Gordon et al., 2020). Devido aos avanços nas técnicas de diagnóstico e tratamento nas últimas décadas, a taxa de sobrevivência, em 5 anos, ultrapassou os 85% (Ajmera et al., 2023). Ainda assim, as doenças oncológicas representam a segunda causa de mortalidade e a principal causa de perda de anos de vida, ajustados para a morbilidade, em Portugal (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2022).

A melhoria do prognóstico criou uma necessidade crescente de abordar os problemas de saúde únicos, enfrentados pelas sobreviventes, e de melhorar a qualidade de vida (Campbell et al., 2019; Gordon et al., 2020; Stout et al., 2021). Além disso, o comprometimento da função e a presença de incapacidade aumentam radicalmente a utilização dos cuidados de saúde (Cheville et al., 2017). A evidência científica demonstra efeitos benéficos da fisioterapia, incluindo programas de exercícios, focados na dor e amplitudes de movimento, funcionalidade, aptidão física, fadiga e qualidade de vida (Stuiver et al. 2019; Stout et al. 2021).

No local de estágio, a predominância de casos acompanhados foram utentes com disfunções do pavimento pélvico, como IU e IF, POP e dor pélvica. Foram também acompanhadas, na unidade de fisioterapia, mulheres com diagnóstico de cancro de mama.

De forma a expor as necessidades de saúde encontradas no local de prática, foi efetuada uma recolha de dados, que se encontra em anexo (Anexo 3), incluindo o género, idade, diagnóstico e fatores de risco associados às disfunções do pavimento pélvico, dos utentes acompanhados durante os quatro meses de estágio. Entre dezembro de 2024 e março de 2025, foram acompanhados 45 utentes, com idades compreendidas entre os 23 e os 75, numa média de 49 anos. Quatro destes utentes foram acompanhados pelo diagnóstico de cancro de mama e complicações associadas aos tratamentos, os restantes

41 apresentavam disfunções do pavimento pélvico, 88% mulheres e 12% homens. Os diagnósticos que levaram à necessidade de sessões de fisioterapia pélvica foram variados, sendo o mais prevalente a IU, presente em 85% dos casos. A incontinência urinária de esforço (IUE) representou 44% dos utentes, seguido pela incontinência urinária mista (IUM) em 29%, 15% dos utentes apresentaram queixas de IF e 12% tinham um diagnóstico de incontinência urinária de urgência (IUU). Entre as 36 mulheres, 14% apresentaram POP e 14% revelaram dispareunia. Entre os 5 homens acompanhados, 4 tinham sintomas de IU pós-prostatectomia, dois com diagnóstico de disfunção erétil. Dos 41 utentes, 32% apresentaram mais do que uma disfunção do pavimento pélvico, 27% dos utentes apresentaram duas e 5% três disfunções.

Em comparação com o estudo realizado por Peinado-Molina *et al.* (2023), mencionado no início deste capítulo, a percentagem de utentes com mais do que uma disfunção do pavimento pélvico é semelhante e a IU é também o problema mais comum. Na amostra recolhida no local de estágio, a IF é mais prevalente do que o POP pélvicos e a dor pélvica/dispareunia. No entanto, a dor pélvica/disfunção sexual pode estar sub-representada na amostra analisada, pois não foi avaliada em todos os utentes acompanhados.

Esta possível sub-representação da disfunção sexual é também um reflexo da prática clínica da fisioterapia. Num estudo realizado por Areskoug-Josefsson & Gard (2015) são identificadas várias possíveis razões para a falta de comunicação sobre saúde sexual por parte dos profissionais de saúde, seja pela sensibilidade do assunto, pela insegurança dos profissionais de saúde sobre como abordar o tema ou como apoiar os utentes. Podem também existir dificuldades mais práticas, como a falta de tempo, que dificultam a comunicação sobre saúde sexual, além disso, os utentes podem considerar que é da responsabilidade do profissional de saúde abordar o assunto ou podem não estar dispostos a discutir a sua saúde sexual. Como fisioterapeuta pélvica, a aluna considera que as questões acerca da saúde sexual deveriam ter estado presentes em todas as avaliações e não apenas quando existe uma queixa já referida pelo paciente, fatores de risco para o desenvolvimento de uma disfunção sexual ou um diagnóstico pré-existente. Deste modo, identifica-se como uma competência a desenvolver e melhorar no futuro a avaliação da saúde sexual, de forma a abordar todas as necessidades de saúde dos utentes, nesta especialidade.

Na análise realizada aos fatores de risco para desenvolver disfunções do pavimento pélvico, o fator mais prevalente foi a menopausa, presente em 44% das

mulheres. As mulheres na pós-menopausa sofrem frequentemente de IU devido à diminuição de produção de estrogénio, característica desta fase do ciclo de vida, que gera alterações atroficas no trato urogenital e nos tecidos vaginais e peri uretrais, e tem sido associada à perda involuntária de urina devido ao esforço e ao aumento da urgência e frequência urinárias (Pérez-López et al., 2021).

Entre os 41 utentes com disfunções do pavimento pélvico, 37% revelaram ter obstipação e 20% excesso de peso. Cerca de 42% das mulheres tiveram mais que 1 filho e 22% tiveram pelo menos um parto instrumentalizado, 19% apresentavam história anterior de cancro de mama e 16% já tinham realizado pelo menos uma cirurgia pélvica. Entre os homens, 80% tiveram um diagnóstico de cancro da próstata e realizaram uma cirurgia de prostatectomia, os 20% restantes representam um homem com IF e história anterior de obstipação e cirurgia para remoção de uma fistula anal.

Os fatores de risco mencionados estão de acordo com a evidência científica atual, para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

3.2. Descrição do Papel do Fisioterapeuta na Especialidade e no Local, segundo a Prática Baseada na Evidência

Segundo a APFisio, 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 todos estes papéis o fisioterapeuta visa a promoção da saúde e prevenção da doença, bem como a intervenção em condições específicas ao longo do ciclo de vida, nomeadamente no âmbito da atividade física e exercício, na saúde sexual e reprodutiva, na preparação para o nascimento e pós-parto, disfunções do pavimento pélvico, senologia e menopausa (APFisio, 2021b).

No domínio clínico, o fisioterapeuta utiliza uma prática centrada no utente e/ou familiares/cuidadores e intervém de forma global em questões relacionadas com a saúde, incluindo fatores físicos, emocionais, psicossociais e ambientais. Avalia o utente, estabelece o diagnóstico e o prognóstico, desenvolve, implementa, monitoriza e reavalia o seu plano de intervenção e planifica a alta. Para além disso, é da sua responsabilidade fazer recomendações e motivar o utente para a autogestão da condição de saúde, para os autocuidados e promover a literacia em saúde (APFisio, 2020).

Na sua prática, o fisioterapeuta utiliza uma abordagem suportada pela evidência e envolve-se na investigação educacional e clínica. Integra a autorreflexão e o *feedback* externo para melhorar a prática pessoal e mantém-se atualizado relativamente aos

desenvolvimentos relevantes para a sua área clínica. É também da sua competência desenvolver e utilizar estratégias efetivas de comunicação, para informar o utente e promover uma boa relação terapêutica e profissional (APFisio, 2020).

Segundo a APFisio (2021b), a posição da *International Organization of Physical Therapists in Pelvic and Women's Health* é que a prática clínica em fisioterapia na saúde da mulher e pavimento pélvico deve seguir as orientações da definição da Organização Mundial de Saúde e os critérios da *United States Department of Health and Human Services* que incluem:

- Avaliação, intervenção e educação/capacitação ao longo do ciclo de vida, com especial enfoque na mulher;
- Educação/Capacitação dos estudantes de fisioterapia, profissionais de saúde ou prestadores de cuidados e da comunidade em geral;
- Domínio do conhecimento para a prática da fisioterapia em saúde da mulher e pavimento pélvico;
- Promoção de trabalhos de investigação em saúde da mulher e pavimento pélvico e da fisioterapia na saúde da mulher e pavimento pélvico.

Bø et al., (2024) incluem no papel do fisioterapeuta pélvico a capacidade de:

- Trabalhar numa equipa multidisciplinar;
- Avaliar a função dos MPP, incluindo a capacidade de contração/relaxamento e a força muscular;
- Avaliar a condição clínica de cada utente e o grau de disfunção do pavimento pélvico;
- Estabelecer objetivos e um plano de tratamento, em conjunto com o paciente;
- Tratar as disfunções do pavimento pélvico em sessões individuais ou em classes de exercícios para o pavimento pélvico;
- Ensinar exercícios de prevenção de disfunções do pavimento pélvico, individualmente ou em classe, durante a gravidez e o pós-parto.

No HBA, as fisioterapeutas a trabalhar em saúde da mulher apresentam um domínio do conhecimento para a prática da fisioterapia em saúde pélvica e da mulher, de forma a avaliar a condição clínica de cada utente, nesta área. Intervêm segundo a prática baseada na evidência, centrada no utente, e desenvolvem, implementam, monitorizam e reavaliam o seu plano de intervenção, ao longo das sessões. Contudo, os fisioterapeutas do serviço, integrados na equipa de MFR, não exercem como profissionais de primeiro contacto, estando dependentes da referenciação e prescrição da médica fisiatra.

A APFisio (2018) acredita que, para o desenvolvimento de um SNS que procure melhorar a sua eficiência, importa reconhecer que cada uma das profissões da saúde que pode intervir na área da reabilitação tem uma diferenciação e competências próprias para desenvolver a sua atividade de forma autónoma, dando resposta às necessidades específicas do utente, não só no âmbito da reabilitação como para além dele.

3.3. Análise Crítica da Intervenção no Local em função da Melhor Evidência Disponível

O processo da fisioterapia inclui avaliação, diagnóstico em fisioterapia, planeamento/definição de objetivos, intervenção e reavaliação (WCPT, 2019). No local de estágio, os utentes são agendados para as sessões de fisioterapia pélvica com uma frequência semanal e cada sessão tem a duração de 30 minutos.

Geralmente, a primeira sessão de fisioterapia pélvica corresponde à recolha da história clínica e é quando decorrem os primeiros ensinamentos ao utente. A educação inclui a explicação da localização, anatomia e funções do pavimento pélvico, assim como a promoção de alterações no estilo de vida. No HBA, esta abordagem é aplicada em todos os utentes, independentemente da disfunção pélvica, e é feita através de imagens, que estão afixadas na parede do gabinete. Desta forma, a primeira sessão permite dar a conhecer a fisioterapia pélvica aos utentes que têm contacto pela primeira vez com esta área de intervenção. É também nesta sessão que as fisioterapeutas exemplificam como irá decorrer a avaliação pélvica e explicam como irão decorrer as sessões seguintes.

A avaliação do pavimento pélvico é realizada, geralmente, na segunda sessão de fisioterapia, através de observação visual, palpação vaginal e/ou anal e avaliação da função dos MPP (Bø et al., 2024). Após a avaliação, o fisioterapeuta desenvolve o diagnóstico em fisioterapia, resultado de um processo de raciocínio clínico em que se identificam os principais/potenciais problemas, limitações da atividade, restrições da participação e a influência dos fatores pessoais e ambientais. O diagnóstico permite orientar os fisioterapeutas na determinação do prognóstico funcional e das estratégias de intervenção mais adequadas a cada utente. Se durante este processo o fisioterapeuta identificar *red flags*, ou achados clínicos fora da sua área de competência, é da sua responsabilidade encaminhar para o profissional adequado (WCPT, 2019).

A intervenção da fisioterapia pélvica inicia logo na primeira sessão, através da educação e alterações no estilo de vida e inclui, posteriormente, a realização de técnicas manuais e o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP). O TMPP inclui o ensino acerca da correta contração e relaxamento dos músculos, aumento da consciência

corporal, coordenação motora, força e resistência muscular. Este treino pode ser realizado com ou sem recurso a eletroestimulação, cones vaginais, vibradores e dilatadores. A escolha acerca da intervenção a realizar deve ser baseada na melhor evidência científica disponível (Bø et al., 2024). O TMPP é recomendado como a abordagem de primeira linha em todas as disfunções do pavimento pélvico e deve ser supervisionado, adequado a cada utente e mantido ao longo do tempo (NICE, 2019).

No HBA, visto existir uma classe de exercícios do pavimento pélvico, em que se encontram mulheres com diferentes tipos e níveis de disfunção do pavimento pélvico (maioritariamente IU e POP), quando as utentes, em sessão individual, demonstram capacidade de executar o TMPP de forma correta, autónoma e com um grau de força dos MPP funcional, podem ser transferidas para a classe. A classe ocorre duas vezes por semana, com a duração de uma hora, e tem como principal objetivo potenciar o máximo da recuperação funcional, ao manter o TMPP em conjunto com exercícios de mobilidade e fortalecimento muscular global. Para além de permitir manter o acompanhamento prolongado no tempo, a classe também possibilita a partilha de dúvidas e experiências semelhantes, contribuindo para uma sensação de pertença e identificação, desmistificando algumas crenças em relação às disfunções do pavimento pélvico e potenciando uma melhoria na qualidade de vida destas utentes. De forma a promover a continuação do TMPP a longo prazo, mesmo após a alta hospitalar, foi desenvolvido um folheto (Anexo 4), durante o estágio, com alguns exemplos de exercícios, para ser entregue às utentes que terminam as sessões na classe.

Na área do cancro de mama, considerando o crescimento da literatura, que apoia a reabilitação oncológica e o seu potencial para mitigar ou prevenir alterações físicas e o declínio funcional, há uma necessidade urgente de considerar maneiras de atender às necessidades de reabilitação. Segundo o modelo de vigilância prospetiva, desenvolvido por Binkley, et al. (2012), a reabilitação oncológica começa no diagnóstico, com uma avaliação multidimensional e abrangente, geralmente realizada no pré-operatório, que é seguido por visitas de acompanhamento programadas e com um profissional especializado. Este modelo procura garantir que a integridade física e funcional são avaliadas e geridas de forma proativa e periódica, ao longo do curso do tratamento e sobrevivência (Binkley, et al., 2012). Paralelamente à trajetória médica, o modelo inclui as fases de diagnóstico e planeamento de tratamento, pós-operatório e vigilância contínua durante o tratamento adjuvante ou cuidados de sobrevivência (Binkley et al., 2012).

A implementação da fisioterapia deve enfatizar a liberdade do paciente para a prática de atividade física de forma regular e promover o acesso a programas de exercícios integrados na comunidade, durante e após o tratamento do cancro, de forma independente ou com acompanhamento profissional. A educação prepara os pacientes para reconhecer e agir de acordo com os sintomas, consistentes com os efeitos adversos ao longo da recuperação, permitindo a autogestão e monitorização de potenciais complicações (Binkley, et al., 2012).

No HBA o acompanhamento da fisioterapia nas utentes com diagnóstico de cancro de mama inicia mais frequentemente após a cirurgia, no pós-operatório imediato, com ensinamentos acerca dos cuidados a ter em cada fase da recuperação cirúrgica. Quando são realizadas terapias adjuvantes, como a quimioterapia, geralmente as mulheres são incluídas numa classe de exercício, de forma a manterem a melhor capacidade física possível, aumentarem a tolerância à fadiga e a mobilidade e fortalecimento do membro superior afetado. Caso surjam complicações decorrentes dos tratamentos oncológicos, sendo a mais prevalente o linfedema, as utentes são encaminhadas para sessões individuais de fisioterapia.

Com o objetivo de aumentar a literacia em saúde, nomeadamente nas áreas de oncologia e na sua relação com a saúde pélvica, durante o estágio, foram realizados pela aluna, dois folhetos, que se encontram em anexo: o anexo 5 pretende aumentar a adesão aos tratamentos de fisioterapia, individuais ou em grupo, pelas utentes que estão a realizar radioterapia, com o principal objetivo de melhorar a funcionalidade do membro superior durante e após os tratamentos; o anexo 6 tem como objetivo alertar para o impacto dos tratamentos oncológicos na saúde do pavimento pélvico.

Em suma, o acompanhamento prestado pela equipa de fisioterapia no HBA tenta abranger e incluir o máximo de utentes possível, com os recursos que detém. Ainda assim, segundo a melhor evidência disponível, sabe-se que a fisioterapia deveria iniciar no momento do diagnóstico e, idealmente, estas mulheres seriam incluídas, posteriormente à alta hospitalar, em programas de exercícios integrados na comunidade, de forma a manter a funcionalidade a longo prazo e melhorar a qualidade de vida.

3.4. Registos de Utentes

3.4.1. Registo Clínico 1 – Incontinência Urinária de Esforço e Urgência

Urinária

<u>Identificação e Dados Clínicos</u>	
Nome: XX	Início da Intervenção: 03/02/2025

Idade: 50 anos	Periodicidade: 1 vez por semana
Profissão: Administrativa	Consentimento informado: Verbal
Motivo do Pedido de Intervenção: Incontinência Urinária de Esforço e Urgência Urinária	
Como ficou a conhecer a fisioterapia pélvica: Encaminhada pela uroginecologia	

Exame Subjetivo

História clínica atual: Encaminhada pela uroginecologia (consulta no dia 26/12/2024) por IUE com urgência urinária associada, com vários anos de evolução. Refere sensação de urgência sempre que vai à casa de banho e perdas de urina associadas ao esforço, que agravam quando está constipada, por tossir ou espirrar com maior frequência. Os sintomas estão presentes há cerca de 7 anos, tendo existido um episódio de perda completa de urina, no ginásio a realizar exercícios de impacto, há 5 anos.

Antecedentes Pessoais: Artrite reumatoide, diagnosticada aos 22 anos.

Função Urinária

Tem perdas de urina? Sim.

Em que situações? Esforço (tosse, espirros, exercícios de impacto).

Que quantidade perde habitualmente? Gotas.

Com que frequência costuma ter perdas de urina? Diariamente.

Precisa de proteção? Que tipo e quantos por dia/noite? Três pensos diários por dia.

Não usa penso durante a noite.

Há quanto tempo estão presentes os sintomas? Há cerca de 7 anos.

Ato Miccional: Não se senta na sanita em casas de banho públicas. Inicia a micção sem esforço, jato contínuo e, por vezes, realiza esforço no final da micção para “sentir que esvaziou completamente a bexiga” (sic).

Ingestão de líquidos diária? 1,5L água por dia + 3 cafés.

Função Gastrointestinal

Perdas de gases e/ou fezes? Em que situações? Nega.

Hábitos defecatórios: Trânsito intestinal regular, sem esforço durante a defecação e utiliza um banco para apoiar os pés.

Frequência de dejeções: Dia sim/dia não.

Tipo de fezes: 3-4 segundo a escala de Bristol.

Tem hemorroidal? Já teve? Nega.

História Obstétrica/Ginecológica

Gestações: 1 gravidez, sem intercorrências, em 2003.

Tipo de Parto? Laceração/Episiotomia? Via vaginal, eutócico, com episiotomia.

Sintomas Ginecológicos/Vida Sexual

Sensação de peso na vagina: Nega.

Sexualmente ativo: Sim.

Alterações na relação sexual (Lubrificação/Presença de dor): Nega.

Hábitos e Estilo de Vida:

Hábitos Tabágicos/Consumo álcool? Nega.

Exercício Físico? Com que frequência? Caminhadas e exercícios em casa, sem impacto, quatro vezes por semana.

Limitações da atividade referidas pelo utente: Passar muito tempo longe de uma casa de banho e realizar exercícios de impacto. Deixou de frequentar o ginásio devido às perdas de urina.

Medicação habitual: Blaxi 5mg/dia (com melhoria dos sintomas de urgência urinária). Enbrel 25 mg (artrite reumatoide).

Exames complementares de diagnóstico: Num estudo urodinâmico, realizado a 19/12/2019, a utente apresenta uma sensação vesical normal, uma capacidade cistométrica de 350mL, sem evidência de hiperatividade do detrusor. Concluiu-se com este estudo, realizado há 5 anos, um diagnóstico de IUE (Anexo 7).

Expectativas face ao tratamento: Deixar de ter perdas de urina e poder voltar a realizar atividade física sem limitações.

Diagnóstico Diferencial

Revisão Geral De Sistemas: Sem alterações, elegível para a fisioterapia (Anexo 8).

Red Flags Específicas:

Episódios de **Infeção do Trato Urinário?** Não

Episódios de **Hematúria?** Não

Fez alguma **Cirurgia Pélvica?** Não

Fez alguma **Cirurgia Abdominal?** Não

Antecedentes Oncológicos? Não

Exame Objetivo

Estado Geral: Utente orientada, colaborante e motivada.

IMC: Normal (20,2) – peso: 55kg, altura: 165cm.

Avaliação do padrão ventilatório: Padrão ventilatório costal superior em repouso e abdominodiafragmático a pedido, sem dificuldade na sua realização.

Avaliação da parede abdominal: Pele hidratada e íntegra, sem alterações na morfologia.

Avaliação do Pavimento Pélvico

Observação Visual: Pele e mucosa hidratadas, ausência de cicatrizes visíveis.

Sensibilidade tátil: Normalizada.

Stress test / Efeito da tosse: Negativo.

Teste períneo descendente: Negativo.

Palpação interna: Tonicidade muscular normal, sem pontos dolorosos.

Capacidade voluntária de contração/relaxamento: Demonstra capacidade de contração, apesar da fraqueza muscular, e lentidão no relaxamento muscular.

Esquema PERFECT: (P) Força Muscular: 2/5 segundo a escala de oxford modificada. **(E) Resistência:** 4 segundos. **(R) Repetições das contrações:** 10 repetições. **(F) Número máximo de contrações rápidas (1 segundo):** NT por dificuldade no relaxamento após contração. **(ECT) – every contraction timed – monitorização**

Diário miccional: Realizou apenas durante dois dias. Foram identificadas entre duas a três perdas de urina por dia, em situações de esforço como tossir e espirrar. Frequência urinária regular (6-7 vezes por dia), com baixos volumes urinários (Anexo 9). Por ter sido considerada uma possível falha na medição dos volumes urinários, pelo instrumento de medida utilizado, foi pedido à utente para medir o volume da primeira urina da manhã, com um instrumento de medida diferente, durante a semana seguinte, estando os valores compreendidos entre 130-260mL.

Pad Test: Valor do penso pré-teste: 8g / Valor do penso pós-teste: 8g / Valor da perda: 0g / Volume miccional pós-teste: 120mL.

King's Health Questionnaire (KHQ): A escala é pontuada entre 0 (melhor qualidade de vida) e 100 (pior qualidade de vida), em cada um dos nove domínios (Viana et al., 2015). Perceção geral saúde: 25. Impacto incontinência: 100. Limitação AVD's: 33,3. Limitações físicas: 66,7. Limitações sociais: 44,4. Relações pessoais: 33,3. Emoções: 88,9. Sono/Energia: 33,3. Severidade: 46,7 (Anexo 10).

Diagnóstico em Fisioterapia

Quadro CIF

Estrutura e Função	
b6202 Continência urinária – incontinência urinária de esforço	
b630 Sensações associadas às funções urinárias – sensação de urgência urinária	
b7300 Força de músculos isolados e grupos musculares – fraqueza dos músculos do pavimento pélvico	
b7401 Resistência de grupos musculares – diminuição da resistência dos músculos do pavimento pélvico	
b7658 Funções dos movimentos involuntários – ausência de contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico, durante o aumento da pressão intra-abdominal	
Atividade	
d5300 Regulação da micção – incapacidade de manter a continência em atividades da vida diária	
Participação	
d9201 Desportos – deixou de ir ao ginásio e evita exercícios de impacto, por receio de ter perdas de urina	
d9205 Socialização – desconforto associado às perdas de urina em ambientes sociais	
Fatores Pessoais	Fatores Ambientais
Motivada e Colaborante (+)	Situação socioeconómica estável (+)
Idade (-)	Suporte familiar (+)
IMC normal (+)	
Atividade física regular (+)	

Legenda: (+) facilitadores (-) barreiras

Diagnóstico em Fisioterapia: Utente do sexo feminino, 50 anos, com diminuição da qualidade de vida e restrições na participação associadas à incapacidade de realizar atividades que exijam esforço, como exercícios de impacto, pelas perdas de urina e urgência urinária, que desencadeou um aumento da frequência urinária. Consequências da inexistência de pré-ativação dos MPP durante uma atividade que implique um aumento da pressão intra-abdominal, como a tosse, e da diminuição da força e resistência destes músculos.

Objetivos Da Intervenção

Objetivos a curto prazo

- Aumentar a força dos MPP para 2/5 para 3/5 segundo a escala de oxford modificada, avaliado por palpação vaginal, em 6 semanas. **(atingido)**
- Aumentar a resistência dos MPP de 4 para 8 segundos, avaliada por palpação vaginal, em 6 semanas. **(atingido)**
- Aumentar a ingestão hídrica sem aumentar a frequência urinária, aumentando o capacidade vesical para 300mL, em 6 semanas. **(não atingido)**

- Diminuir as perdas de urina durante o esforço, de 2-3 por dia para 1 por dia, avaliadas pelo diário miccional, em 6 semanas. (**atingido**)

- Aumentar a qualidade de vida, avaliada pelo KHQ. Diminuir a pontuação em pelo menos metade dos domínios, em 6 semanas. (**atingido**)

Objetivos a longo prazo

- Aumentar a força dos MPP para 5/5 segundo a escala de oxford modificada, avaliada por palpação vaginal, em 12 semanas.

- Aumentar a resistência dos MPP de 8 para 10 segundos, avaliada por palpação vaginal, em 12 semanas.

- Eliminar a existência de perdas de urina durante o esforço, avaliadas pelo diário miccional, em 12 semanas.

- Aumentar a qualidade de vida, avaliada pelo KHQ, para a pontuação máxima, em todos os domínios, em 12 semanas.

Plano De Intervenção

Educação: Ensino da anatomia, localização e função do pavimento pélvico, com recurso a imagens (Abrams et al., 2018; Berghmans et al., 2020; Bø et al., 2024)

Modificação de hábitos: Aconselhar a manter a ingestão de líquidos diária acima dos 1,5L. Reduzir a ingestão de cafés por dia, pelo seu possível impacto na hiperatividade do detrusor (Abrams et al., 2018; NICE, 2019).

Treino da bexiga: Programa educacional sobre o padrão da micção, que visa o aumento do intervalo entre micções, recorrendo à informação obtida através do diário miccional. Além disso, tem como objetivos específicos: corrigir os padrões incorretos de micção, diminuir a urgência, otimizar a *compliance* vesical e restaurar a confiança do utente sobre o controlo funcional da sua bexiga (European Association of Urology, 2023).

Ensino de estratégias de supressão da urgência: Indicação para realizar contrações voluntárias dos MPP para inibir a atividade muscular do detrusor (Bø, 2020; Wu et al., 2021)

Reeducação dos músculos do pavimento pélvico: Ensino da contração e relaxamento dos MPP, na posição de decúbito dorsal, com utilização de *feedback* tátil e verbal (Bø et al., 2024). Definir os parâmetros do TMPP, de acordo o esquema PERFECT, com aumento progressivo da dificuldade, até realizar 3 séries de 10 repetições de 10 segundos,

diariamente durante, pelo menos, 12 semanas (Dumoulin et al., 2018; García-Sánchez et al., 2019; Trapani et al., 2024; Woodley et al., 2020)

Ensino de estratégias de continência: Treino do “*knack*” – ensino da pré-ativação dos MPP antes do aumento da pressão intra-abdominal, incluindo momentos onde refere perdas de urina (Bø, 2020; Dumoulin et al., 2018).

Os registos diários, realizados durante as 7 sessões, encontram-se em anexo (Anexo 11).

Reavaliação

A reavaliação foi realizada 6 semanas após a avaliação inicial, correspondendo aos objetivos a curto prazo. Os itens do exame subjetivo e objetivo que não são referidos na reavaliação mantêm-se sobreponíveis à avaliação inicial.

Função Urinária

Com que frequência costuma ter perdas de urina? Uma por dia.

Precisa de proteção? Que tipo e quantos por dia/noite? Um penso diário por dia.

Ato Miccional: Inicia a micção sem esforço, jato contínuo e refere ter deixado de realizar esforço no final da micção.

Avaliação do Pavimento Pélvico

Capacidade voluntária de contração/relaxamento: Demonstra capacidade de contração e relaxar os MPP de forma correta.

Esquema PERFECT: A utente demonstrou um aumento da força e resistência dos MPP. Manteve o número de repetição das contrações e demonstrou capacidade de realizar oito contrações rápidas. Como se pode verificar na seguinte tabela.

Esquema PERFECT	Avaliação inicial 10/02/2025	Reavaliação 24/03/2025	Valores de referência (Laycock & Jerwood, 2001)
Força muscular (escala de oxford modificada)	2	4	Grau 1 - 5
Resistência muscular	4	10	0 - 10 segundos
Repetições das contrações	10	10	0 - 10 repetições
Nº contrações rápidas	NT	8	0 - 10 contrações

Legenda: NT – não testado

Diário miccional: Durante três dias verificaram-se três perdas de urina, uma cada dia, consequentes de espirros. Frequência urinária regular (cerca de 8x/dia), com baixos volumes urinários, entre 80 e 400mL, sendo mais frequente urinar um volume de 100-150mL, sem sensação de urgência associada (Anexo 12).

KHQ: A utente demonstrou uma melhoria na qualidade de vida nos domínios da perceção geral de saúde, impacto da incontinência, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono/energia e severidade, como é possível observar na tabela seguinte. A escala encontra-se preenchida no anexo 13.

KHQ	Avaliação inicial 10/02/2025	Reavaliação 24/03/2025	Valores de referência (Viana et al., 2015)
Perceção geral saúde	25	0	0 – 100
Impacto incontinência	100	33,3	0 – 100
Limitação AVD's	33,3	33,3	0 – 100
Limitações físicas	66,7	33,3	0 – 100
Limitações sociais	44,4	11,1	0 – 100
Relações pessoais	33,3	0	0 – 100
Emoções	88,9	33,3	0 – 100
Sono/Energia	33,3	16,7	0 – 100
Severidade	46,7	33,3	0 – 100

Após as 7 sessões, a utente foi encaminhada para a classe de exercícios do pavimento pélvico, pois já demonstrava um grau de força dos MPP funcional (grau 3, segundo a escala de oxford modificada) e autonomia na realização dos exercícios. Com o objetivo de potenciar o máximo da sua recuperação funcional, deixar de ter perdas de urina e manter o TMPP a longo prazo.

3.4.2. Registo Clínico 2 – Incontinência Urinária de Urgência

<u>Identificação e Dados Clínicos</u>	
Nome: XX	Início da Intervenção: 14/01/2025
Idade: 35 anos	Periodicidade: 1 vez por semana
Profissão: Recursos Humanos	Consentimento informado: Verbal
Motivo do Pedido de Intervenção/Diagnóstico Médico: Incontinência Urinária de Urgência	
Como ficou a conhecer a fisioterapia pélvica: Encaminhamento ginecológico	

Exame Subjetivo

História clínica atual: Parto distócico induzido, com uso de fórceps e laceração grau III, no HBA, a 01/08/2024. Recebeu as informações prestadas pela equipa de fisioterapia, antes da alta hospitalar, com ensinamentos acerca do pavimento pélvico, cuidados a ter no pós-parto e entrega do folheto de laceração. Seis semanas após o parto teve consulta de ginecologia, onde foi encaminhada para o serviço de MFR. Teve consulta com a fisiatra no dia 18/11/24 e ficou a aguardar vaga para realizar fisioterapia. À data da primeira sessão de fisioterapia, cinco meses após o parto, refere perdas de urina, associadas a uma

vontade súbita e inadiável de urinar, com início no pós-parto imediato. Refere também perda de gases, pouco frequente.

Antecedentes Pessoais: Cirurgia e radioterapia a um glioma anaplásico em 2008.

Função Urinária

Tem perdas de urina? Sim.

Em que situações? Urgência, principalmente a tomar banho.

Que quantidade perde habitualmente? Gotas.

Com que frequência costuma ter perdas de urina? 1-2 vezes por semana.

Precisa de proteção? Que tipo e quantos por dia/noite? Não.

Há quanto tempo estão presentes os sintomas? 5 meses.

Ato Miccional: Não se senta na sanita em casas de banho públicas. Inicia a micção sem esforço e por vezes com sensação de esvaziamento incompleto.

Ingestão de líquidos diária? Cerca de 1L de água por dia.

Função Gastrointestinal

Perdas de gases e/ou fezes? Em que situações? Gases, sem identificar o movimento ou situação que desencadeia a perda.

Frequência das perdas: Não sabe especificar, “pouco frequente” (sic).

Hábitos defecatórios: Trânsito intestinal irregular, com esforço durante a defecação.

Utiliza um banco para apoiar os pés.

Frequência de dejeções: Cerca de 2 a 3 vezes por semana.

Tipo de fezes: 2-3, segundo a escala de Bristol.

Obstipação? Sim. Apresenta dois ou mais dos seguintes sintomas:

- Esforço defecatório mais do que 25% das dejeções: sim
- Fezes duras ou irregulares mais do que 25% das dejeções: sim
- Sensação esvaziamento incompleto mais do que 25% das dejeções: sim
- Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal mais do que 25% das dejeções: não
- Necessidade de manobras manuais para facilitar a defecação mais do que 25% das dejeções: não
- Menos de 3 dejeções por semana: sim

Tem hemorroidal? Já teve? Sim.

História Obstétrica/Ginecológica

Gestações: 1 gravidez, sem intercorrências, parto às 40+2 semanas, peso do bebê: 3040g.

Tipo de Parto? Laceração/Episiotomia? Via vaginal, distócico induzido, com uso de fórceps e laceração grau III.

Sintomas Ginecológicos/Vida Sexual

Sensação de peso na vagina: Nega.

Sexualmente ativo: Ainda não retomou a atividade sexual desde o parto.

Alterações na relação sexual (Lubrificação/Presença de dor): Previamente ao parto, sem alterações. Atualmente, tem receio de retomar a atividade sexual pela presença da cicatriz e possível dor.

Hábitos e Estilo de Vida:

Hábitos Tabágicos/Consumo álcool? Nega.

Exercício Físico? Com que frequência? Caminhadas, ocasionalmente.

Limitações da atividade referidas pelo utente: Ter perdas de urina durante as AVD's, principalmente a tomar banho.

Medicação habitual: Não faz.

Exames complementares de diagnóstico: Sem relevância.

Expectativas face ao tratamento: Deixar de ter perdas de urina.

Diagnóstico Diferencial

Revisão Geral De Sistemas: Caso elegível para a fisioterapia diretamente. A utente foi encaminhada pela ginecologista. A revisão geral de sistemas encontra-se em anexo (Anexo 14).

Red Flags Específicas:

Episódios de **Infeção do Trato Urinário?** Não

Episódios de **Hematúria?** Não

Fez alguma **Cirurgia Pélvica?** Não

Fez alguma **Cirurgia Abdominal?** Não

Antecedentes Oncológicos? Sim

Exame Objetivo

Estado Geral: Utente orientada, colaborante e motivada.

IMC: Normal (25,15) – peso: 66kg, altura: 162cm.

Avaliação do padrão ventilatório: costal superior, em repouso.

Avaliação da parede abdominal: Pele hidratada e íntegra, sem presença de cicatrizes. Abdómen distendido e com pouca ativação, sem diástase abdominal significativa.

Avaliação do Pavimento Pélvico

Observação Visual: Sem alterações na região vulvar, apresenta o introito vaginal alargado, com presença de uma cicatriz mediana lateral à direita, da laceração, com extensão até à região perianal. Verifica-se ainda a presença de hemorroidas externas, sem sinais inflamatórios, na região anal.

Sensibilidade tátil: Diminuída do lado direito, em toda a extensão da cicatriz.

Stress test / Efeito da tosse: Negativo.

Teste períneo descendente: Negativo.

Palpação: Desconforto ao toque e diminuição da mobilidade da cicatriz, principalmente na região entre o introito vaginal e o centro do períneo, do lado direito. Palpação vaginal da musculatura superficial e profunda indolor, sem alteração da tonicidade muscular.

Capacidade voluntária de contração/relaxamento: Quando é pedida a contração dos MPP ativa musculatura acessória, com contração visível dos glúteos e adutores, bilateral. A contração dos MPP não é visível, é apenas percebida através de palpação.

Esquema PERFECT: (P) Força Muscular: grau 1, segundo a escala de oxford modificada; **(E) Resistência:** 1 segundo; **(R) Repetições das contrações:** NT por incapacidade de contrair isoladamente os MPP **(F) Número máximo de contrações rápidas (1 segundo):** NT por incapacidade de contrair isoladamente os MPP; **(ECT) – every contraction timed – monitorização.**

Diário miccional: Frequência urinária normal, com baixos volumes, entre 100-450mL, associados a uma ingestão de líquidos reduzida, de cerca de 1L de água por dia. Apresenta 1 perda de urina em 3 dias, a tomar banho e sensação de urgência urinária, sem perda associada, várias vezes por dia (Anexo 15).

KHQ: Percepção geral saúde: 50. Impacto incontinência: 33,3. Limitação AVD's: 0. Limitações físicas: 0. Limitações sociais: 0. Relações pessoais: 0. Emoções: 11,1. Sono/Energia: 0. Severidade: 26,7 (Anexo 16).

Diagnóstico em Fisioterapia

Quadro CIF

Estrutura e Função	
b2702 Sensibilidade à pressão – diminuição da sensibilidade na região da cicatriz	
b5254 Flatulência – incontinência de gases	
b6202 Continência urinária – incontinência urinária de urgência	
b630 Sensações associadas às funções urinárias – sensação de urgência e de esvaziamento incompleto da bexiga	
b7300 Força de músculos isolados e grupos musculares – fraqueza dos músculos do pavimento pélvico	
b7401 Resistência de grupos musculares – diminuição da resistência dos músculos do pavimento pélvico	
Atividade e Participação	
d5300 Regulação da micção – incapacidade de manter a continência em atividades da vida diária	
Fatores Pessoais	Fatores Ambientais
Motivada e Colaborante (+)	Situação socioeconómica estável (+)
Idade (+)	Suporte familiar (+)
IMC normal (+)	
Não pratica atividade física (-)	
História obstétrica (-)	

Legenda: (+) facilitadores (-) barreiras

Diagnóstico em Fisioterapia: Utente do sexo feminino, 35 anos, com diminuição da qualidade de vida associada às perdas de urina, que surgem associadas a uma vontade súbita e inadiável de urinar, frequentemente a tomar banho. Este compromisso funcional está associado a uma incapacidade de ativação dos MPP, com fraqueza muscular e diminuição da resistência destes músculos, que contribui também para a incontinência de gases. Na sequência de um parto distócico com laceração grau III, apresenta ainda diminuição da sensibilidade na região da cicatriz perineal.

Objetivos Da Intervenção

Objetivos a curto/médio prazo

- Demonstrar capacidade de contrair e descontrair os MPP de forma isolada, avaliada por palpação vaginal, em 8 semanas. **(atingido)**
- Aumentar a força dos MPP de 1/5 para 3/5, segundo a escala de oxford modificada, avaliada por palpação vaginal, em 8 semanas. **(não atingido)**
- Aumentar a resistência dos MPP de 1 para 5 segundos, avaliada por palpação vaginal, em 8 semanas. **(atingido)**

- Diminuir as perdas de urina de 1-2 vezes por semana para zero, avaliadas pelo diário miccional, em 8 semanas. (**atingido**)
- Aumentar a qualidade de vida, avaliada pelo KHQ. Diminuir a pontuação em quatro domínios da escala, em 8 semanas. (**não atingido** – houve uma diminuição da pontuação em todos os domínios exceto na severidade)

Objetivos a longo prazo

- Aumentar a força dos MPP para 4/5 segundo a escala de oxford modificada, avaliada por palpação vaginal, em 12 semanas.
- Aumentar a resistência dos MPP para 10 segundos, avaliada por palpação vaginal, em 12 semanas.
- Deixar de ter urgência urinária, avaliada pelo diário miccional, em 12 semanas.
- Aumentar a qualidade de vida, avaliada pelo KHQ, para a pontuação máxima, em todos os domínios, em 12 semanas.

Plano De Intervenção

Educação e modificação de hábitos: Ensino da anatomia, localização e função do pavimento pélvico, com recurso a imagens (Abrams et al., 2018; Berghmans et al., 2020; Bø et al., 2024). Foram também exemplificadas as posturas mais favoráveis para a micção e defecação, devido à sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, obstipação e presença de hemorroidas. Assim como para respeitar, sempre que possível, o reflexo gastrocólico e evitar realizar esforço defecatório (Todhunter-Brown et al., 2022).

Reeducação dos músculos do pavimento pélvico: Ensino da contração e relaxamento, na posição de decúbito dorsal, com utilização de *feedback* (Bø et al., 2024).

Eletroestimulação e TMPP: A estimulação elétrica realizada através de sonda intravaginal pode facilitar a contração dos MPP através da estimulação do nervo pudendo e dos seus ramos, produzindo uma contração reflexa (Brækken et al., 2024). Esta modalidade deve ser considerada quando a utente não demonstra capacidade de identificar e contrair ativamente os MPP, promovendo uma maior motivação e adesão ao tratamento (European Association of Urology, 2023; NICE, 2019). Foi utilizada uma corrente bifásica (tempo de contração *versus* tempo de repouso), a intensidade foi sendo ajustada à tolerância da utente e foi pedido que realizasse uma contração voluntária dos MPP quando sentisse a estimulação elétrica.

Ensino de estratégias de supressão da urgência: Indicação para realizar contrações voluntárias dos MPP para inibir a atividade muscular do detrusor (Bø, 2020; Wu et al., 2021).

Os registos diários, realizados durante as 9 sessões realizadas, encontram-se em anexo (Anexo 17).

Reavaliação

A reavaliação foi realizada 8 semanas após a avaliação inicial, correspondendo aos objetivos a curto prazo. Os itens do exame subjetivo e objetivo que não são referidos na reavaliação mantêm-se sobreponíveis à avaliação inicial.

Função Urinária

Tem perdas de urina? Não.

Ato Miccional: Já não refere sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

Ingestão de líquidos diária? Mantém a ingestão de 1L de água por dia.

Função Gastrointestinal

Perdas de gases e/ou fezes? Em que situações? Mantém a perda de gases, pouco frequente, sem identificar o movimento ou situação que desencadeia a perda.

Hábitos defecatórios: Trânsito intestinal regular, sem esforço durante a defecação.

Frequência de defeções: Diariamente.

Tipo de fezes: 3 e 4, segundo a escala de Bristol.

Obstipação? Não.

- Esforço defecatório mais do que 25% das defeções: não
- Fezes duras ou irregulares mais do que 25% das defeções: não
- Sensação esvaziamento incompleto mais do que 25% das defeções: não
- Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal mais do que 25% das defeções: não
- Necessidade de manobras manuais para facilitar a defecação mais do que 25% das defeções: não
- Menos de 3 defeções por semana: não

Avaliação do Pavimento Pélvico

Palpação: Toque e palpação interna indolor. Mantém diminuição da mobilidade da cicatriz, na região entre o introito vaginal e o centro do períneo, do lado direito.

Capacidade voluntária de contração/relaxamento: Demonstra capacidade de contração isolada dos MPP, seguida de um relaxamento completo.

Esquema PERFECT: A utente demonstrou uma ligeira melhoria da força muscular, uma melhoria muito acentuada na resistência dos MPP e capacidade de realizar contrações seguidas, mantidas e rápidas. A avaliação encontra-se detalhada na tabela seguinte.

Esquema PERFECT	Avaliação inicial 21/01/2025	Reavaliação 18/03/2025	Valores de referência (Laycock & Jerwood, 2001)
Força muscular (escala de oxford modificada)	1	2	Grau 1 - 5
Resistência muscular	1	8	0 - 10 segundos
Repetições das contrações	NT	5	0 - 10 repetições
Nº contrações rápidas	NT	10	0 - 10 contrações

Legenda: NT – não testado

Diário miccional: Mantém uma frequência urinária normal (cerca de 7 vezes por dia) com baixos volumes, entre 50 a 200mL. Aumentou a ingestão de líquidos para cerca de 1,5L por dia. Sem perdas nem sensação de urgência urinária durante os três dias de registo (Anexo 18).

KHQ: A utente demonstrou uma melhoria nos domínios da perceção geral de saúde e das emoções, manteve a pontuação no impacto da incontinência e aumentou a pontuação da severidade. A escala encontra-se preenchida em anexo (Anexo 19) e a comparação entre as pontuações da avaliação inicial e reavaliação encontra-se na tabela seguinte.

KHQ	Avaliação inicial 21/01/2025	Reavaliação 18/03/2025	Valores de referência (Viana et al., 2015)
Perceção geral saúde	50	25	0 – 100
Impacto incontinência	33,3	33,3	0 – 100
Limitação AVD's	0	0	0 – 100
Limitações físicas	0	0	0 – 100
Limitações sociais	0	0	0 – 100
Relações pessoais	0	0	0 – 100
Emoções	11,1	0	0 – 100
Sono/Energia	0	0	0 – 100
Severidade	26,7	33,3	0 – 100

A utente manteve as sessões de fisioterapia semanais, com a fisioterapeuta do HBA, responsável pelo caso clínico, que esteve presente em todas as sessões desde o início da intervenção. Com o objetivo de, após atingir um grau de força funcional, dos MPP (grau 3, segundo a escala de oxford modificada), integrar a classe de exercícios do pavimento pélvico e manter o TMPP a longo prazo, em conjunto com exercícios de mobilidade e fortalecimento muscular global.

3.4.3. Registo Clínico 3 – Dispareunia e Incontinência Urinária de Esforço

<u>Identificação e Dados Clínicos</u>	
Nome: XX	Início da Intervenção: 04/02/2025
Idade: 46 anos	Periodicidade: 1 vez por semana
Profissão: Empregada de mesa	Consentimento informado: Escrito
Motivo do Pedido de Intervenção/Diagnóstico Médico: Dispareunia e Incontinência Urinária de Esforço	
Como ficou a conhecer a fisioterapia pélvica: Encaminhada pela oncologia	

Exame Subjetivo

História clínica atual: Utente seguida no HBA, pela oncologia. Refere queixas de dor durante as relações sexuais, com sensação de secura vaginal e diminuição da lubrificação. Estes sintomas tiveram início em 2024, após a realização de tratamentos oncológicos. Apresenta também perdas de urina associadas ao esforço, que iniciaram após o parto, há 18 anos, e agravaram no decorrer dos tratamentos oncológicos.

Antecedentes Pessoais: Diagnosticada com carcinoma invasivo da mama esquerda, em março de 2023. Iniciou os tratamentos de quimioterapia neoadjuvante em setembro e realizou uma mastectomia poupadora de pele, com reconstrução do complexo areolo-mamilar esquerdo, esvaziamento ganglionar axilar homolateral e colocação de expansor, em fevereiro de 2024. Efetuou radioterapia adjuvante, na parede torácica esquerda e áreas ganglionares, entre 2 e 24 de maio de 2024. Dois meses depois, a 16 de julho de 2024, foi submetida a uma cirurgia de urgência para remoção do expansor, que necrosou. Encontrase a realizar hormonoterapia, que iniciou há cerca de 1 ano.

Função Urinária

Tem perdas de urina? Sim.

Em que situações? Esforço (tossir, pegar nos sacos de compras).

Que quantidade perde habitualmente? Gotas.

Com que frequência costuma ter perdas de urina? 3-4 dias por semana.

Precisa de proteção? Que tipo e quantos por dia/noite? Não utiliza.

Há quanto tempo estão presentes os sintomas? Iniciaram após o parto e agravaram, mais recentemente, no decorrer dos tratamentos oncológicos.

Ato Miccional: Micção frequente em agachamento, pois não se senta na sanita em casas de banho públicas. Refere iniciar a micção sem esforço, jato contínuo e, frequentemente, com sensação de esvaziamento incompleto.

Ingestão de líquidos diária? Cerca de 1L água por dia.

Função Gastrointestinal

Perdas de gases e/ou fezes? Nega.

Hábitos defecatórios: Trânsito intestinal irregular, com esforço defecatório.

Frequência de dejeções: 2-3x por semana.

Tipo de fezes, segundo escala de Bristol: Mais frequente, tipo 1.

Obstipação? Sim. Apresenta dois ou mais dos seguintes sintomas:

- Esforço defecatório mais do que 25% das dejeções: sim
- Fezes duras ou irregulares mais do que 25% das dejeções: sim
- Sensação esvaziamento incompleto mais do que 25% das dejeções: sim
- Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal mais do que 25% das dejeções: não
- Necessidade de manobras manuais para facilitar a defecação mais do que 25% das dejeções: não
- Menos de 3 dejeções por semana: não

Tem hemorroidal? Já teve? Nega.

História Obstétrica/Ginecológica

Gestações: 1 gravidez, sem intercorrências, há 18 anos.

Tipo de Parto? Parto via vaginal, eutócico, com laceração (não sabe especificar o grau).

Sintomas Ginecológicos/Vida Sexual

Sensação de peso na vagina: Nega.

Sexualmente ativo: Sim.

Alterações na relação sexual: Presença de dor associada à penetração, desde que está a realizar os tratamentos oncológicos. Diminuição da lubrificação, mais acentuada desde que iniciou a hormonoterapia. A utilização de lubrificante, durante a relação sexual, não alivia os sintomas de dor. Reduziu a atividade sexual para 1-2 vezes por mês. Refere ainda que, desde o início dos sintomas de dor, apresenta coitorragia ocasional.

Avaliação da dor: Localizada desde o introito vaginal à região mais profunda da vagina, surge no início da penetração e impede o decorrer da relação sexual. Classificada como 8/10, segundo a Escala Visual Analógica. Sem queixas de dor pélvica após as relações sexuais.

Hábitos e Estilo de Vida:

Hábitos Tabágicos/Consumo álcool? Nega.

Exercício Físico? Com que frequência? Frequenta o ginásio, com pouca regularidade.

Limitações da atividade referidas pelo utente: Dor e diminuição da atividade sexual.

Medicação habitual: Iniciou Abemaciclib (hormonoterapia) a 11 de junho de 2024 e deverá continuar até julho de 2025. A realizar Ainará (gel hidratante vulvar) receitado pela ginecologista.

Exames complementares de diagnóstico: Sem relevância.

Expectativas face ao tratamento: Voltar a ter relações sexuais sem dor e deixar de ter perdas de urina.

Diagnóstico Diferencial

Revisão Geral De Sistemas: Caso elegível para fisioterapia (Anexo 20). A utente teve um diagnóstico de cancro, mas está a ser devidamente acompanhada, pelo serviço de oncologia do HBA.

Red Flags Específicas:

Episódios de **Infeção do Trato Urinário?** Não

Episódios de **Hematúria?** Não

Fez alguma **Cirurgia Pélvica?** Não

Fez alguma **Cirurgia Abdominal?** Não

Antecedentes Oncológicos? Sim

Exame Objetivo

Estado Geral: Utente orientada e colaborante, apresenta alguma labilidade emocional.

IMC: Normal (22,6) - peso: 55kg, altura: 156cm.

Avaliação do padrão ventilatório: Padrão ventilatório costal superior, em repouso.

Avaliação da parede abdominal: Pele hidratada e íntegra, sem diástase abdominal.

Avaliação do Pavimento Pélvico

Observação Visual: Pele hidratada, sem cicatrizes visíveis. Apresenta ligeira atrofia vulvar e estenose do hiato vaginal.

Sensibilidade tátil: Sem alterações.

Stress test / Efeito da tosse: Negativo.

Teste perineo descendente: Negativo.

Palpação interna: Dor ao toque, no introito vaginal. Hiperatividade generalizada dos MPP, mais exacerbada na musculatura superficial, na região do transverso superficial do

períneo e na musculatura profunda do lado esquerdo. Palpação dolorosa na musculatura superficial e profunda, do pavimento pélvico, mais acentuada do lado esquerdo.

Capacidade voluntária de contração/relaxamento: Contração voluntária presente e visível. Demonstra capacidade de contrair os MPP de forma isolada, sem ação da musculatura acessória, com dificuldade no relaxamento total, após contração.

Esquema PERFECT: (P) Força Muscular: 4/5 segundo a escala de oxford modificada. **(E) Resistência:** 8 segundos. **(R) Repetições das contrações:** 10 contrações. **(F) Número máximo de contrações rápidas (1 segundo):** NT por dificuldade no relaxamento rápido após contração. **(ECT) – every contraction timed – monitorização.**

Diário miccional: A utente realizou o diário durante três dias, com uma ingestão hídrica média de 800mL por dia e um café. Registou apenas o primeiro volume miccional da manhã, cerca de 400mL, no entanto, apresenta na coluna de “sensação de urgência” uma frequência urinária de 4 vezes por dia. Ao longo dos três dias identificou 6 perdas de urina, de pouca quantidade, associadas a mudanças de posição ou a pegar em pesos (Anexo 21).

Pad Test: Valor do penso pré-teste: 8g / Valor do penso pós-teste: 8g / Valor da perda: 0g / Volume miccional pós-teste: 400mL.

Índice de Função Sexual Feminina (FSFI): A pontuação de cada dimensão varia entre 1,2 e 6 ou 0 e 6, a pontuação total varia entre 2 e 36. Quanto mais alta a pontuação maior o nível de funcionamento sexual. A escala preenchida pela utente encontra-se em anexo (Anexo 22), sendo as pontuações: Desejo 2,4. Excitação 1,5. Lubrificação 1,5. Orgasmo 2. Satisfação 2,8. Dor 1,2. Total: 11,4.

Diagnóstico em Fisioterapia

Quadro CIF

Estrutura e Função

b5250 Eliminação fezes – esforço defecatório

b5251 Consistência fecal – fezes duras

b6202 Continência urinária – incontinência urinária de esforço

b6700 Desconforto associado à relação sexual – dispareunia

b7800 Sensação de rigidez muscular – hiperatividade nos músculos do pavimento pélvico

b7300 Força de músculos isolados e grupos musculares – fraqueza dos músculos do pavimento pélvico

b7401 Resistência de grupos musculares – diminuição da resistência dos músculos do pavimento pélvico

b7658 Funções dos movimentos involuntários – ausência de contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico, durante o aumento da pressão intra-abdominal

Atividade e Participação

d5300 Regulação da micção – incapacidade de manter a continência em atividades da vida diária

d7702 Relacionamentos sexuais – dificuldade em manter uma vida sexual ativa pela presença de dor

Fatores Pessoais

Colaborante (+)

Labilidade emocional (-)

Idade (-)

IMC normal (+)

Antecedentes oncológicos (-)

Não pratica atividade física (-)

Fatores Ambientais

Situação socioeconómica estável (+)

Suporte familiar (+)

Medicação (hormonoterapia - menopausa medicamente induzida) (-)

Legenda: (+) facilitadores (-) barreiras

Diagnóstico em Fisioterapia: Utente do sexo feminino, 46 anos, com dificuldade em manter uma vida sexual ativa pela presença de dor durante a penetração, relacionada com a hiperatividade dos MPP e diminuição da lubrificação. Apresenta também incapacidade em manter a continência em AVD's que exijam realizar esforços, como levantar os sacos das compras, devido à inexistência de pré-ativação destes músculos durante uma atividade que implique um aumento da pressão intra-abdominal, associada à diminuição da força e resistência dos MPP. Estes sintomas, consequentes dos tratamentos oncológicos, com início em 2024, provocaram um declínio da qualidade de vida da utente.

Objetivos Da Intervenção

Objetivos a curto prazo:

- Diminuir a dor presente na musculatura superficial e profunda do pavimento pélvico, avaliada por palpação vaginal, segundo a escala EVA, de 8/10 para 5/10, em 6 semanas.

(não atingido)

- Promover um relaxamento eficaz dos MPP, durante a micção, com alívio dos sintomas de esvaziamento incompleto pós-miccional, avaliadas pelo exame subjetivo e diário miccional, em 6 semanas. **(atingido)**

- Promover um relaxamento eficaz dos MPP, durante a evacuação, com alívio dos sintomas de esvaziamento incompleto pós-defecação e esforço defecatório, avaliadas pelo exame subjetivo, em 6 semanas. **(não atingido)**

- Promover a correta contração e relaxamento dos MPP avaliada pela palpação vaginal, em 6 semanas. **(atingido)**

- Diminuir a frequência de perdas de urina de 3-4 vezes por semana para 1-2 vezes por semana, através da estratégia de continência *the knack*, avaliada pelo diário miccional, em 6 semanas. **(atingido)**

- Melhorar pelo menos 1 ponto em cada dimensão do FSFI, em 6 semanas. **(não atingido)**

Objetivos a longo prazo:

- Diminuir a dor e hiperatividade muscular presente na musculatura superficial e profunda do pavimento pélvico, avaliada por palpação vaginal segundo a escala EVA, de 5/10 para 2/10, em 12 semanas.

- Aumento da força dos MPP de 4/5 para 5/5, segundo a escala de oxford modificada, avaliada pela palpação vaginal, em 12 semanas.

- Aumentar a resistência dos MPP, de 8 para 10 segundos, segundo o esquema PERFECT, avaliado por palpação vaginal, em 12 semanas.

- Deixar de ter de perdas de urina ao esforço, avaliadas pelo diário miccional, em 12 semanas.

- Melhorar 3 pontos em cada dimensão do FSFI, em 12 semanas.

Plano De Intervenção

Educação e modificação de hábitos: Ensino da anatomia, localização e função do pavimento pélvico, com recurso a imagens (Abrams et al., 2018; Berghmans et al., 2020; Bø et al., 2024). Foram também exemplificadas as posturas mais favoráveis para a micção e defecação, devido à sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e à obstipação. Respeitar sempre que possível o reflexo gastrocólico e evitar o esforço defecatório persistente (Todhunter-Brown et al., 2022).

Reeducação dos músculos do pavimento pélvico: Ensino da contração e relaxamento dos MPP, na posição de decúbito dorsal, com utilização de *feedback* tátil e verbal (Bø et al., 2024). Definir os parâmetros do TMPP, de acordo o esquema PERFECT, com aumento progressivo da dificuldade, até realizar 3 séries de 10 repetições de 10 segundos, diariamente, durante pelo menos 12 semanas (Dumoulin et al., 2018; Trapani et al., 2024; Woodley et al., 2020)

Ensino de estratégias de continência: Treino do “*knack*” – ensino da pré-ativação dos MPP antes do aumento da pressão intra-abdominal, incluindo momentos onde refere perdas de urina (Bø, 2020; Dumoulin et al., 2018).

Terapia manual: Aplicada com o objetivo de facilitar o relaxamento muscular, libertar tensões e pontos-gatilho, melhorar a circulação sanguínea e a mobilidade na região pélvico-perineal, aumentar a abertura vaginal e dessensibilizar a zona (Morin et al., 2017). Durante as sessões foram realizadas técnicas de libertação de pontos-gatilho, realizando compressão isquémica nos pontos dolorosos dos MPP, com o objetivo de melhorar o fluxo sanguíneo, aliviar a dor e melhorar a função muscular (Fernández-Pérez et al., 2023). Segundo Fernández-Pérez et al., (2023) o tratamento de pontos-gatilho, que representam um dos fatores etiológicos da dispareunia, deve ser considerado como uma das técnicas de abordagem desta condição. A massagem perineal foi outra das estratégias adotadas, em que se utilizam movimentos de deslizamento longitudinais, ao longo de cada músculo, com uma pressão tolerável para o paciente. Uma das suas vantagens é a facilidade de aprendizagem, permitindo à doente e ao seu parceiro realizar em casa, para além de não ter contraindicações.

Os registos diários, realizados durante as 5 sessões, encontram-se em anexo (Anexo 23).

Reavaliação

A reavaliação foi realizada 6 semanas após a avaliação inicial, correspondendo aos objetivos a curto prazo. Os itens do exame subjetivo e objetivo que não são referidos na reavaliação mantêm-se sobreponíveis à avaliação inicial.

Função Urinária

Tem perdas de urina? Não.

Ato Miccional: Senta-se na sanita, inicia a micção sem esforço, jato contínuo, com sensação de esvaziamento completo.

Sintomas Ginecológicos/Vida Sexual

Alterações na relação sexual: Mantém as queixas presentes na avaliação inicial. Dor e diminuição da lubrificação, sempre que tem relações sexuais.

Avaliação da dor: A dor mantém-se localizada desde o introito vaginal à região mais profunda da vagina. Classificada como 6/10, segundo a Escala Visual Analógica. Apesar da diminuição da intensidade da dor, continua a impedir a penetração durante a relação sexual.

Avaliação do Pavimento Pélvico

Palpação interna: Mantém a dor à palpação no introito vaginal e a hiperatividade muscular generalizada. Palpação dolorosa na musculatura superficial e profunda, mais acentuada do lado esquerdo.

Esquema PERFECT: A utente demonstrou um aumento de força e resistência dos MPP, a manutenção do número de contrações repetidas e manteve a dificuldade no relaxamento rápido após contração, que impediu a avaliação no número de contrações rápidas.

Esquema PERFECT	Avaliação inicial 11/02/2025	Reavaliação 25/03/2025	Valores de referência (Laycock & Jerwood, 2001)
Força muscular (escala de oxford modificada)	4	5	Grau 1 - 5
Resistência muscular	8	10	0 - 10 segundos
Repetições das contrações	10	10	0 - 10 repetições
Nº contrações rápidas	NT	NT	0 - 10 contrações

Legenda: NT – não testado

Diário miccional: A utente realizou o diário durante dois dias, com uma ingestão hídrica média de 1,5L e um café por dia. Registou os volumes da primeira urina da manhã, correspondendo a 400 e 500mL, com uma frequência urinária de 4 vezes. Teve apenas uma perda de urina, de pouca quantidade, ao acordar e levantar-se da cama (Anexo 24).

FSFI: Não se verificaram melhorias na função sexual desde o início dos tratamentos. Dada a manutenção dos sintomas, avaliados no decorrer das sessões, considerou-se a reavaliação sobreponível à primeira avaliação.

A utente manteve as sessões de fisioterapia semanais, com a fisioterapeuta do HBA, responsável pelo caso clínico, que esteve presente em todas as sessões desde o início da intervenção.

3.5. Apresentação de três *Critically Appraisal Topic's*

O *Critically Appraisal Topic* (CAT) consiste num breve resumo da evidência científica, geralmente focado numa questão clínica. A avaliação crítica de um artigo permite responder a determinadas questões e as respostas a essas questões permitem compreender se os resultados do estudo são relevantes para o paciente ou população em estudo (University of Oxford, 2025). As questões desenvolvidas nos CAT's encontram-se de acordo com as fichas de avaliação crítica, desenvolvidas pelo *Centre for Evidence-Based Medicine*, disponibilizadas online e traduzidas para português.

Cada um dos CAT's apresentados correspondem, em igual ordem, aos registos clínicos supracitados.

3.5.1. Critically Appraisal Topic 1

Revisão Sistemática e Meta-Análise (García-Sánchez et al., 2019).

Os resultados da revisão são válidos? (Validade Interna)

Que pergunta (PICO) a revisão sistemática faz? Os objetivos identificados foram (1) analisar a eficácia dos TMPP utilizando o *pad test*, em mulheres com IUE e (2) determinar quais as características do TMPP (duração do programa, frequência, duração, exercícios) que produziram as maiores adaptações para diminuir as perdas de urina (pág. 2, capítulo “*Introduction*”, parágrafo 3, linhas 10-14).

É improvável que falem estudos relevantes e importantes? No artigo: Sim **Comentário:** A pesquisa foi realizada em três bases de dados e não foram aplicadas restrições por data. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, Web of Science e Cochrane. As pesquisas na base de dados foram realizadas por dois autores. As palavras-chave e a estratégia utilizadas foram: (“*woman*” OR “*female*”) AND (“*urinary incontinence*” OR “*stress urinary incontinence*”) AND (“*pelvic floor muscle exercises*” OR “*pelvic floor muscle treatment*” OR “*pelvic floor muscle training*”) para cada base de dados (pág. 2-3, capítulo “*Data Source and Searches*”, parágrafo 1, linhas 1-7).

Os critérios usados para a seleção de estudos para inclusão foram apropriados? No artigo: Sim **Comentário:** Foram incluídos estudos de investigação se fossem RCT's, tratamentos para a IUE e tratamentos clínicos, publicados em inglês. Os estudos foram escolhidos se: (1) os participantes fossem mulheres; (2) tinham 18 ou mais anos; (3) tinham IUE; (4) tinham um diagnóstico urodinâmico de IUE ou sintomas de IUE (5) foram tratados com TMPP; (6) os que realizaram TMPP não foram tratados com qualquer outro tipo de tratamento e (7) as avaliações dos efeitos foram medidas com um *pad test*; (8) estudos de investigação originais. Os estudos de investigação foram excluídos se incluíssem: (1) participantes grávidas; (2) pós-parto; (3) prevalência de IU; (4) prevenção; e (5) resumos, resumos de conferências ou teses (pág. 3, capítulo “*Selection Criteria*”, parágrafo 1, linhas 1-9 e figura 1 “*flow diagram*”).

Os estudos incluídos foram suficientemente válidos para o tipo de pergunta feita? No artigo: Sim **Comentário:** A qualidade dos estudos, avaliada de acordo com a escala PEDro, foi considerada elevada (pontuação média de $7,2 \pm 1,4$ num total de 11

pontos possíveis) (pág. 6, capítulo “*Risk of Bias Assessment*”, parágrafo 1, linhas 1 e 2 e figuras 2 e 3).

Os resultados foram semelhantes de estudo para estudo? No artigo: Não
Comentário: Após a avaliação do potencial viés, o gráfico *funnel plot* entre a perda urinária pré e pós intervenção, nas participantes que realizaram TMPP foi notavelmente assimétrico, sugerindo um viés significativo. Foram obtidos resultados semelhantes para a avaliação do potencial enviesamento na perda urinária pós-intervenção, entre os grupos de mulheres que realizaram TMPP e os grupos de controlo. Além disso, os resultados do *Egger's test* mostraram uma heterogeneidade significativa (pág. 6, capítulo “*Risk of Bias Assessment*”, parágrafo 1, linhas 2-6 e figuras 2 e 3).

Os autores verificaram que a heterogeneidade da literatura incluída foi elevada, 81% quando comparados os efeitos do pós vs. pré-tratamento no grupo TMPP e 99% quando comparados os efeitos do grupo TMPP vs. grupo controlo. Diferenças nas características da população (por exemplo, parto vaginal, raça ou cidade em que o estudo foi realizado) e protocolos de treino (por exemplo, duração das contrações) podem estar a afetar os resultados, mascarando o efeito do TMPP, devido ao grande número de variáveis relacionadas com o treino envolvidas (pág. 12, capítulo “*Discussion*”, parágrafo 5, linhas 3-10).

Quais foram os resultados? O TMPP pode ser uma terapia eficaz para reduzir as perdas de urina em mulheres com IUE. Os resultados sugerem que o TMPP, com sessões curtas (10–45 min) e com uma frequência de 3 a 7 dias por semana, pode potenciar melhores alterações nas mulheres com IU (pág. 12, capítulo “*Conclusions*”, parágrafo 1, linhas 1-3).

Como foram apresentados os resultados? As características da intervenção do TMPP nos diferentes grupos e a avaliação da IU dos estudos incluídos na meta-análise foram apresentadas numa tabela (pág. 6, capítulo “*Results*”, tabela 2). Noutra tabela foram apresentadas as análises aos subgrupos, que avaliaram os potenciais fatores moderadores para a perda urinária, nos estudos incluídos na meta-análise (pág. 8, capítulo “*Results*”, tabela 3). A diferença média padronizada entre a perda urinária pré e pós-intervenção em mulheres que receberam TMPP e a perda urinária pós-intervenção em mulheres que receberam TMPP encontra-se representada numa figura (pág. 7, capítulo “*Results*”, figura 4).

3.5.2. *Critically Appraisal Topic 2*

Ensaio Clínico Randomizado (Brækken et al., 2024).

Os resultados do estudo são válidos? (Validade Interna)

Qual foi a pergunta que o estudo fez? A hipótese do presente estudo foi a de que a eletroestimulação intravaginal (iES) é mais eficaz do que o TMPP na melhoria da força em mulheres com MPP muito fracos. **Paciente (P)** – Mulheres (>18 anos) que se apresentaram na fisioterapia com disfunção do pavimento pélvico e fraqueza dos MPP (<10cmH20 avaliada por manometria); **Intervenção (I)** – iES; **Comparação (C)** – TMPP; **Outcome (O) / Desfecho** – força dos MPP, sintomas de disfunção do pavimento pélvico, perspectiva e participação dos utentes, características das mulheres que alcançam as melhorias mais elevadas na força dos MPP, em ambas as intervenções.

1a. A distribuição de pacientes aos grupos de tratamento foi aleatória? No artigo: Sim **Comentário:** A distribuição foi realizada através de um sistema de números aleatórios gerado por computador com envelopes opacos selados (pág. 2922, coluna 1, capítulo “*Design*”, parágrafo 1, linhas 10-12)

1b. Os grupos eram semelhantes no início do ensaio? No artigo: Sim **Comentário:** É referido no estudo que não existem diferenças significativas entre os grupos (pág. 2925, coluna 1, capítulo “*Results*”, parágrafo 1, linhas 9-14, completada pela tabela 1).

2a. Os grupos foram tratados igualmente? No artigo: Sim **Comentário:** Todas as participantes realizaram uma avaliação subjetiva e objetiva com um fisioterapeuta e receberam instruções iniciais acerca da anatomia e correta contração dos MPP (pág. 2922, coluna 2, capítulo “*Recruitment procedure*”, parágrafo 1, linhas 5-8). No início de cada sessão todos os indivíduos foram avaliados com eletromiografia (10 segundos, 3 repetições) (pág. 2924, coluna 1, capítulo “*Primary Outcomes*”, figura 2).

2b. Todos os utentes que entraram no estudo foram contabilizados e analisados? E foram analisados dentro dos grupos aos quais foram randomizados inicialmente? No artigo: Não **Comentário:** Um total de 15 mulheres foram avaliadas como elegíveis para participar no estudo, 8 foram randomizados para o grupo iES e 7 para o TMPP. Houve 2 desistências no grupo iES. As análises estatísticas foram realizadas às 13 mulheres que completaram o pós-teste (pág. 2925, coluna 1, capítulo “*Results*”, parágrafo 1, linhas 2-8, completada pela figura 1). Não foi realizada uma “análise por intenção de tratar” dos dois participantes que abandonaram o estudo (25% do grupo iES).

3. As medidas de desfecho são objetivas? Caso contrário, os pacientes e clínicos foram “cegos” para qual tratamento estavam a receber? No artigo: Sim **Comentário:** Os fisioterapeutas responsáveis pelo tratamento não estavam cegos quanto

à alocação do tratamento, mas os fisioterapeutas que realizaram os testes pré e pós desconheciam a alocação dos grupos. (pág. 2922, coluna 1, capítulo “*Design*”, parágrafo 1, linhas 12-15)

Quais foram os resultados?

1. Qual foi a magnitude do efeito do tratamento? Ambos os grupos apresentaram um aumento da força dos MPP em relação ao valor inicial (iES 12,3, DP 12,0 vs TMPP 10,0, DP 8,1 cmH₂O). No entanto, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos ($p = 0,886$). Era necessária uma amostra de 95 mulheres, em cada grupo, para detectar uma diferença entre os dois grupos. A resistência dos MPP também melhorou em ambos os grupos (iES 95,7, DP 81,7 vs PFMT 73, DP 69,5 cmH₂O) (pág. 2925, colunas 1 e 2, capítulo “*Change in PFM strength and endurance, and power calculations*”, parágrafo 1, linhas 1, 9 e tabela 2). Foram encontradas melhorias nas pontuações do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form* em ambos os grupos, embora ligeiramente melhores, mas sem significância, no TMPP ($p = 0,073$). Os participantes de ambos os grupos relataram menos episódios de IU (iES 67% e PFMT 57%). Todos os indivíduos com sintomas de prolapso dos órgãos pélvicos relataram uma melhoria na qualidade de vida em relação aos sintomas vaginais, sendo que a diferença entre os grupos tende para a significância a favor do grupo TMPP ($p = 0,061$) (pág. 2925, coluna 2, capítulo “*Change in symptoms*”, parágrafo 1, linhas 1-10 e tabela 3). Todos os indivíduos relataram melhorias nos sintomas de disfunção pélvica, que estavam satisfeitos com o tratamento e que recomendariam a terapia a outras pessoas (pág. 2925, coluna 2, capítulo “*User perspective and adverse events*”, parágrafo 1, linhas 1-4 e tabela 3). A adesão foi muito boa para os indivíduos de ambos os grupos, não tendo sido encontrada uma diferença significativa entre os grupos. (pág. 2926, coluna 1, capítulo “*Adherence*”, parágrafo 1, linhas 1-2).

2. Quão precisa foi a estimativa do efeito do tratamento? Valores $p < 0.05$ foram considerados significativos. Em relação à força MPP não foi encontrada diferença significativa entre os grupos ($p = 0,886$), era necessária uma amostra de 95 mulheres, em cada grupo. Também não houve diferença significativa entre os grupos na resistência dos MPP ($p = 0,886$) (pág. 2925, colunas 1 e 2, capítulo “*Change in PFM strength and endurance, and power calculations*”, parágrafo 1, linhas 4-8 e 10-11, tabela 2). Não houve melhorias significativas nos sintomas, com valores $p > 0.05$ (pág. 2927, tabela 3). Em relação às características das mulheres que alcançam as melhorias mais elevadas na força dos MPP, seria necessário uma amostra de 16 participantes em cada grupo para

detetar uma diferença significativa (pág. 2926, colunas 1, capítulo “*Responder analyses*”, parágrafo 1, linhas 14-16).

Os resultados vão me ajudar a cuidar do meu paciente? (Validade e Aplicabilidade Externas): Considerando a utente presente no registo clínico 2: é uma mulher, com mais de 18 anos, com força dos MPP graduada como 1, segundo a escala de Oxford modificada, 5 meses após o parto (no estudo analisado, um dos critérios de exclusão era <6 meses pós-parto). Ainda assim, consideram-se relevantes os resultados obtidos neste estudo, encontrando melhorias em todos os parâmetros analisados, em ambas as intervenções, sendo a maior fraqueza do estudo o número reduzido da amostra.

Relativamente aos riscos potenciais do tratamento, uma participante relatou dor vaginal após utilizar a iES, foi aconselhada a parar a intervenção durante duas semanas e depois voltar e usar mais lubrificante. Nenhuma dor ou desconforto foi relatada depois disso, não sendo considerado um tratamento de elevado risco, é necessário estar atento aos sinais e sintomas que possam surgir durante ou após a iES.

Neste estudo, a intervenção com iES incluiu, a partir das 4 semanas, contração voluntária dos MPP associada à eletroestimulação, considerando-se esta a melhor forma de realizar o tratamento. Segundo as *guidelines* NICE (2023) a estimulação elétrica deve ser considerada para mulheres que não conseguem contrair ativamente os MPP, para ajudar na motivação e adesão à terapêutica. A partir do momento em que a utente demonstre capacidade de contrair os MPP com uma força muscular superior a 2, segundo a escala de oxford modificada, a intervenção preferencial seria passar para o TMPP.

3.5.3. Critically Appraisal Topic 3

Revisão Sistemática (Cyr et al., 2025).

Os resultados da revisão são válidos? (Validade Interna)

Que pergunta (PICO) a revisão sistemática faz? Examinar a evidência sobre a eficácia de terapias conservadoras não cirúrgicas e não farmacêuticas, nomeadamente TMPP e educação, na bexiga, intestino, vagina, função sexual, psicológica, qualidade de vida e função dos MPP, em populações com cancro da mama (pág. 169, coluna 1, capítulo “*Introduction*”, parágrafo 3, linhas 1-6).

É improvável que falem estudos relevantes e importantes? No artigo: Não
Comentário: Pesquisaram em seis bases de dados (Medline, Embase, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO e Emcare) desde as respetivas datas de início até dezembro de 2023, sem impor restrições às datas de publicação (pág. 169, coluna 2, capítulo “*General Methodology and Search Strategy*”, parágrafo 1, linhas 7-10). As referências

citadas nos estudos incluídos foram consideradas para inclusão. Para triagem, caso um relatório não pudesse ser recuperado, tentaram contactar os autores para ter acesso ao relatório (pág. 169, coluna 2, capítulo “*General Methodology and Search Strategy*”, parágrafo 1, linhas 13-16). Os termos MeSH não se encontram descritos na revisão, o texto menciona que a estratégia de pesquisa na base de dados está apresentada em “*supplementary information*”.

Os critérios usados para a seleção de estudos para inclusão foram apropriados? No artigo: Sim **Comentário:** Qualquer estudo original, quantitativo e prospetivo foi incluído. Artigos publicados em inglês ou francês, em revistas com revisão por pares, eram elegíveis. (pág. 169, coluna 2, capítulo “*Study Selection*”, parágrafo 1, linha 1 e 5-6). A questão PICOT encontra-se exposta no capítulo “*Study Selection*”. Um total de 603 artigos foram identificados e triados. Após a triagem dos títulos e resumos, 44 textos completos foram avaliados quanto à elegibilidade. Foram incluídos 13 artigos, representando 12 estudos originais e individuais. 6 estudos RCT, 1 não RCT com dois grupos e 5 estudos não RCT com um único grupo, conduzidos em populações com cancro da mama (pág. 171, coluna 1 e 2, capítulo “*Selected Studies*”, parágrafo 1, linhas 2-12 e figura 1 “*flow chart*”).

Os estudos incluídos foram suficientemente válidos para o tipo de pergunta feita? No artigo: Não **Comentário:** O risco viés foi avaliado como "algumas preocupações" para os RCT's, "baixa qualidade" para os não RCT's com dois grupos e a percentagem de critérios satisfeitos na lista de verificação do JBI para os não RCT's com um único grupo variou de 43 a 86%. A concordância entre os revisores, para todos os itens pontuados, foi de 87% (pág. 172, coluna 1, capítulo “*Risk of Bias and Quality Assessment*”, parágrafo 1, linhas 3-7 e tabelas 1, 2 e 3).

Os resultados foram semelhantes de estudo para estudo? No artigo: Não **Comentário:** Os autores afirmam não ter sido realizada uma meta-análise devido ao número limitado e à heterogeneidade dos estudos (pág. 187, coluna 1, capítulo “*Strengths and Limitations*”, parágrafo 1, linhas 14-15).

Quais foram os resultados? Para a função da bexiga, os dados sugerem que terapia dos MPP (ativas) e as terapias cognitivo-comportamental podem ser benéficas. Nenhum estudo reportou a eficácia das terapias na função intestinal. Para a função vaginal, as descobertas foram inconclusivas devido à falta de dados e a problemas significativos com a dosagem e adesão à intervenção. A função sexual foi o resultado mais relatado e os dados sugerem que as terapias de MPP (ativa > passiva) podem ser

benéficas. As terapias baseadas na educação têm maior probabilidade de melhorar a função sexual, embora possam não melhorar a satisfação sexual, a menos que incluam informações sobre o exercício dos MPP. Na função psicológica, as terapias MPP (ativas + passivas) podem ser benéficas e as terapêuticas baseadas na educação são menos prováveis de melhorar a função. Para a qualidade de vida as terapias de MPP (ativa + passiva) podem ser benéficas e as terapias baseadas na educação têm maior probabilidade de melhorar a qualidade de vida, embora a combinação com o exercício físico possa proporcionar melhorias adicionais. Apenas estudos sobre terapias de MPP (ativa ± passiva) avaliaram a função dos MPP e os resultados sugerem melhorias na força, tonicidade e relaxamento (pág. 181-182, coluna 2, capítulo “Discussion/Summary”, parágrafo 1, linhas 5-27).

Como foram apresentados os resultados? Os resultados foram separados e analisados por *outcome* (função da bexiga, função vaginal, função sexual, função psicológica, qualidade de vida, função dos MPP) e apresentados numa tabela (pág. 185, tabela 5 “Table 5 Summary of Findings with Level of Evidence and Recommendations”). Nesta tabela os níveis de evidência apresentados, para cada intervenção, correspondem a: nível 1 – revisão sistemática de ensaios randomizados ou ensaios n-de-1; nível 2 – ensaio randomizado ou estudo observacional com efeito dramático; nível 3 – estudo de coorte/seguimento controlado não randomizado; nível 4 – séries de casos, estudos de caso-controlo ou estudos historicamente controlados.

4. Projeto de Implementação de Melhoria do Local de Prática

4.1. Apresentação de um Plano de Melhoria Fundamentado na Evidência

Tendo por base a análise dos padrões de qualidade e a análise SWOT, previamente realizadas, acerca do local de estágio, foi desenvolvido um projeto de implementação de melhoria para o HBA, apresentado sob o modelo de negócios e inovação CANVAS (tabela III).

A análise crítica do local permitiu evidenciar as necessidades de intervenção em fisioterapia, nomeadamente na área da gravidez e preparação para o nascimento. Antes da pandemia, em 2019, existia no HBA uma classe de preparação para o nascimento, da qual fazia parte uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas de saúde pélvica. Atualmente, essa classe não se encontra em funcionamento dada a escassez de recursos humanos, especialmente médicos e enfermeiros do serviço de ginecologia e obstetrícia. Este projeto beneficiava com a equipa

multidisciplinar, ainda assim, a equipa de MFR tem competências para desenvolver um projeto que possibilite o acompanhamento desta população.

O acesso direto a este tipo de serviços permitiria chegar a mais utentes e não sobrecarregava a equipa de médicos e enfermeiros do serviço de ginecologia/obstetrícia, ainda assim, com a necessidade de um encaminhamento médico, este poderia ser feito pela fisiatra do serviço de MFR. Uma das formas sugeridas para facilitar o acesso da população alvo seria afixar um placar com as informações do futuro projeto, disponível no serviço de ginecologia/obstetrícia, com um *link* (*QR code*) de adesão, em que as próprias grávidas poderiam preencher com as suas informações (nome, idade, semanas de gravidez, contacto) e aguardar confirmação. Através deste *link*, que poderia estar também disponível no site do hospital, era gerada uma lista de pré-inscrições, que poderiam ser confirmadas pela médica fisiatra, com acesso ao processo das utentes, que posteriormente realizaria a triagem e o encaminhamento.

De forma a promover a implementação de um novo projeto na área de preparação para o nascimento, considera-se importante realizar primeiro uma reunião multidisciplinar com a equipa de ginecologia/obstetrícia, nutrição e do serviço de MFR, para reforçar a importância do exercício na gravidez e prevenção de disfunções do pavimento pélvico.

Tendo em conta alguns dos objetivos do estágio, mencionados no contrato de aprendizagem, como o aprofundamento das competências na prescrição do exercício no contexto da grávida e do mecanismo de gravidez, parto e fatores de influência, o projeto desenvolvido de seguida tem como população alvo as grávidas acompanhadas no HBA, que necessitam de vigilância na gravidez, nomeadamente com diagnóstico de diabetes gestacional. O objetivo deste projeto seria implementar uma classe de exercício para grávidas com diabetes gestacional.

A *American Diabetes Association* define diabetes *mellitus* gestacional (DMG) como diabetes diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, que não era evidente antes da gestação (Laredo-Aguilera et al., 2020). Os fatores de risco incluem idade superior a 35 anos, excesso de peso ou obesidade, história familiar de diabetes e história anterior de DMG (Martis et al., 2018; SPEDM, 2025). A inatividade física e o ganho excessivo de peso gestacional são fatores de risco modificáveis, associados a uma maior probabilidade deste diagnóstico (Brown et al., 2017).

Esta condição pode atingir até 14% da população mundial (Laredo-Aguilera et al., 2020). Em Portugal, segundo o Observatório Nacional de Diabetes, a prevalência foi de

8,8% em 2018 e tem vindo a aumentar, devido aos critérios de diagnóstico mais rigorosos estabelecidos pela Direção-Geral de Saúde e pela Associação Internacional de Grupos de Estudo de Diabetes e Gravidez, relacionada com o aumento da incidência de obesidade na população portuguesa (Almeida et al., 2022; Chen Xu & Coelho, 2022). Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 2019, 53,6% da população, com 18 ou mais anos, tinha excesso de peso ou obesidade (Almeida et al., 2022).

A DMG tem implicações de saúde a curto e longo prazo para a mulher e para o seu bebé. Para a mulher estas incluem: um risco elevado de desenvolver hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia durante a gravidez, um risco aumentado de indução do parto, parto prematuro ou necessidade de cesariana, trauma perineal, hemorragia pós-parto e riscos a longo prazo de desenvolver doença cardiovascular. As implicações para a saúde do bebé incluem: um maior risco de macrossomia, atraso da maturação pulmonar, complicações metabólicas no período neonatal como hipoglicémia, hipocalcémia e icterícia, aumentando a necessidade de internamento neonatal (Laredo-Aguilera et al., 2020; Martis et al., 2018; SPEDM, 2025). Para além disso, as mulheres com este diagnóstico correm um risco significativamente maior de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2, entre 5 a 10 anos após o parto (Huifen et al., 2022; Keating et al., 2022). Todos estes riscos são minimizados se a grávida mantiver as suas glicémias controladas durante toda a gestação (SPEDM, 2025).

Segundo a evidência científica atual, a dieta e o exercício são o tratamento de primeira linha para a DMG (De Castro et al., 2022; Laredo-Aguilera et al., 2020). As intervenções no estilo de vida podem ajudar a reduzir a glicemia nestas pacientes e reduzir o risco de eventualmente desenvolver diabetes tipo 2 em 35,2% (Huifen et al., 2022). Quando estas medidas são insuficientes para manter um controlo glicémico desejável inicia-se terapêutica farmacológica, sendo a insulina o fármaco de primeira linha para a DMG. (SPEDM, 2025).

O *American College of Obstetricians and Gynaecologists* afirma que todas as mulheres que iniciam a gravidez sem um estilo de vida saudável e ativo devem ser encorajadas a adotá-lo o mais cedo possível, realizando uma progressão gradual na prática de exercício físico (ACOG, 2020). Segundo as *guidelines* da *American College of Sports Medicine* as grávidas, sem contraindicações, devem realizar pelo menos 150 minutos de exercício aeróbio, de intensidade moderada a intensa, por semana, desde o primeiro trimestre até ao final da gravidez, consoante a tolerância. É também aconselhado o treino de força, que deve incluir exercícios com baixa resistência, como pesos livres ou

therabands, assim como o TMPP, indicado na prevenção de disfunções do pavimento pélvico (De Castro et al., 2022).

Estima-se que cerca de 80% das mulheres grávidas não pratiquem atividade física, aumentando a inatividade durante o terceiro trimestre (De Castro et al., 2022), geralmente associado a uma combinação de múltiplas barreiras, como a falta de energia, a preocupação com o bem-estar do feto e o desconforto durante o exercício (Paulsen et al., 2023). No entanto, de acordo com Haakstad *et al.*, (2021) estar grávida é considerado um momento ideal para a modificação de comportamentos. A evidência tem demonstrado que mulheres grávidas podem ser particularmente recetivas a informações sobre saúde, estando a prática de exercício regular, durante a gravidez, associada a uma maior probabilidade de manter os níveis de atividade física após o parto.

Atualmente, sabe-se que o exercício físico traz benefícios para a mulher e para o feto. Dentro dos benefícios para a mulher, identificam-se o controlo do peso gestacional, a diminuição da dor abdominal e lombar, do edema, da depressão e da obstipação, prevenção da IU, diminuição da duração do trabalho de parto e das incidências de cesariana. O feto beneficia da atividade física pela melhoria da tolerância ao stress, controlo do peso à nascença e promoção da maturação do sistema nervoso (De Castro et al., 2022; Laredo-Aguilera et al., 2020).

Segundo uma revisão sistemática, realizada por De Castro *et al.*, (2022), onde foram incluídos 31 artigos acerca dos efeitos da atividade física na gravidez, os programas de treino são geralmente estruturados da seguinte forma: aquecimento inicial, incluindo exercício aeróbio de baixo impacto, a fase principal, composta por treino aeróbio e de resistência, uma fase de TMPP e uma fase final de alongamentos e relaxamento.

Existem vários fatores de risco estabelecidos para as disfunções do pavimento pélvico durante a gravidez e o parto, incluindo a idade materna avançada, a obesidade, o aumento da pressão sobre os MPP, durante a gravidez, ou danos na inervação destes músculos, durante o parto vaginal (Yang et al., 2022). Sendo os principais fatores de risco para rutura perineal de terceiro e quarto graus, o parto instrumental, o peso elevado do feto e o prolongamento do período expulsivo (Hage-Fransen et al., 2021; Zhang et al., 2024).

O exercício físico na gravidez diminui o risco de possíveis complicações, através do controlo do peso da mulher e do feto à nascença, contribuindo de forma positiva para a diminuição dos fatores de risco de desenvolver disfunções do pavimento pélvico (Laredo-Aguilera et al., 2020). Para além disso, sabe-se que o TMPP reduz

significativamente a duração da primeira e segunda fases do trabalho de parto (Zhang et al., 2024).

Wu *et al.*, (2024) realizaram um ensaio clínico randomizado, incluindo 73 mulheres grávidas com diagnóstico de DMG e IU na gravidez. A intervenção passou pela realização de um TMPP com ativação simultânea do transversal abdominal, realizado duas vezes por semana, entre 10 e 30 repetições (progredindo ao longo do tempo), 10 segundos de contração dos MPP intervaladas por 2 minutos de descanso. Seis semanas de intervenção resultaram num alívio significativo da IU específica da gravidez e numa melhoria da qualidade de vida em doentes com DMG, demonstrando que o treino é eficaz e seguro nesta população.

As conclusões do estudo realizado por Johannessen *et al.*, (2021) apoiam a recomendação de que as mulheres grávidas devem ser fisicamente ativas e sugerem incluir o TMPP em classes de exercício. A intervenção em grupo é reconhecida como uma ferramenta útil na promoção da saúde e fornece uma opção mais económica de implementar o TMPP (Yang et al., 2022).

População:

O diagnóstico de DMG é feito através do teste oral de tolerância à glicose, entre as 24 e as 28 semanas de gestação (Brown et al., 2017; Y. Wu et al., 2024). Desta forma, a inclusão na classe de exercício será realizada após o diagnóstico, a partir das 24 semanas, pela referenciação do serviço de ginecologia e obstetrícia do HBA ou dos centros de Saúde pertencentes à ULS Loures-Odivelas, potenciando a articulação entre o hospital e as outras unidades da ULS. Ou através da possibilidade de existir um *link* que permitiria uma pré-inscrição, como mencionado anteriormente. Os critérios de exclusão são baseados nas contraindicações absolutas para o exercício na gravidez: placenta prévia, pré-eclâmpsia, sangramento persistente, hipertensão induzida pela gravidez e indicadores de risco aumentado de parto prematuro (gravidez múltipla, rutura de membranas, contrações prematuras ou colo cervical encurtado) (Mottola et al., 2018).

Com o objetivo de integrar estas mulheres, antes de iniciarem a classe, será realizada uma breve sessão de esclarecimento inicial, em grupo, acerca de como irão decorrer as classes, assim como a explicação dos benefícios do exercício nesta população, com a intenção de aumentar a adesão, estabelecer um ambiente de segurança e propício à partilha de experiências entre as grávidas e promover a manutenção da prática de atividade física regular. Visto a dieta e o exercício serem o tratamento de primeira linha para a DMG, considera-se fundamental a presença de um nutricionista nesta sessão, de

forma a contribuir positivamente para a gestão da DMG e potenciar o controlo de peso durante a gravidez, possibilitando a estas utentes um acompanhamento integrado numa equipa multidisciplinar, que visa a melhoria significativa da sua condição e qualidade de vida.

Esta sessão envolverá também o esclarecimento acerca da anatomia e função do pavimento pélvico, da importância do TMPP e recomendações relativamente aos hábitos miccionais e defecatórios. Antes de serem integradas na classe, que inclui o TMPP, é importante estas mulheres passarem por uma avaliação inicial.

Avaliação inicial:

Esta avaliação consistirá numa breve recolha da história clínica da grávida, como demonstrado em anexo (Anexo 25), incluindo idade, peso, IMC prévio à gravidez, hábitos de atividade física, medicação, antecedentes pessoais e condições clínicas relevantes, como fatores de risco e *red flags* específicas para a prática de exercício na gravidez. Nesta sessão de avaliação será realizada a avaliação do pavimento pélvico e o ensino e consciencialização da contração e relaxamento destes músculos, de forma a possibilitar a execução correta do TMPP incluído na classe. Caso existam queixas de disfunções do pavimento pélvico, como perdas de urina ou dor pélvica, deve existir um encaminhamento para sessões individuais de fisioterapia pélvica.

Intervenção:

Sabe-se que o exercício aeróbio e de resistência tem efeitos metabólicos diferentes, ambos com um papel potencial no tratamento da DMG. O exercício aeróbio reduz a obesidade visceral, o que melhora a sensibilidade à insulina. Por outro lado, o treino de resistência promove o fortalecimento muscular e, como o músculo esquelético é a maior massa de tecido sensível à insulina, um aumento na massa muscular está associado a um melhor controlo da glicémia (Keating et al., 2022).

O estudo realizado por Laredo-Aguilera *et al.*, (2020) confirma os benefícios da atividade física no controlo da glicemia em jejum e pós-prandial, em grávidas com DMG. No entanto, devido à variabilidade da população e da intervenção executada nos estudos analisados, não foi possível determinar um tipo de exercício específico, uma vez que os resultados de todos os estudos mostram benefícios semelhantes. Dois autores dos estudos incluídos concordam que tanto a atividade física aeróbia e de resistência, ou uma combinação de ambas, são benéficas para o controlo dos valores de DMG. Relativamente aos parâmetros de treino, concluiu-se que as mulheres grávidas com DMG devem praticar

exercício, durante pelo menos 20 a 50 minutos, no mínimo duas vezes por semana, de intensidade, no mínimo, moderada.

O estudo realizado por Keating *et al.*, (2022) concluiu também que não existindo evidência suficiente para recomendar uma modalidade de exercício em detrimento de outra, para o tratamento da DMG, assume-se que uma combinação de exercício aeróbio e de resistência poderá demonstrar um benefício maior durante a gravidez. Os autores acrescentam ainda que o exercício é uma intervenção de baixo custo, segura, com poucos ou nenhuns efeitos adversos e pode ser modificada para todos os graus de aptidão e capacidade física.

Desta forma, em concordância com a evidência científica, as classes serão compostas por uma fase de aquecimento, uma fase principal incluindo uma combinação de exercício aeróbio e de resistência, uma fase de TMPP e uma fase final, de alongamentos. Numa intensidade entre moderada a intensa, avaliada segundo a escala de Borg e o *talk test*.

Uma das formas de monitorizar a intensidade do treino é através das escalas de percepção de esforço, como a escala de Borg, com valores compreendidos entre 6 e 20, sendo considerada a intensidade moderada a intensa entre 12-14 (ACOG, 2020). A escala de Borg é uma ferramenta útil e facilmente aplicada e foi utilizada nesta população no estudo realizado por Huifen *et al.*, (2022). Segundo a ACOG (2020) outra das ferramentas que pode utilizada nesta população para monitorizar o esforço é o *talk test*, que se baseia no princípio de que desde que a grávida consiga manter uma conversa enquanto faz exercício, provavelmente não estará a esforçar-se demasiado.

Para garantir a segurança das grávidas durante o exercício, as classes devem iniciar após a medição da glicemia periférica, 1 a 2 horas após a ingestão de alimentos, para evitar a hipoglicemia (Huifen *et al.*, 2022). Para além destas avaliações, é importante o espaço ter ar condicionado, as grávidas devem ser aconselhadas a usar roupa leve e confortável e a manterem-se hidratadas (ACOG, 2020).

Considerando a população específica, a classe será realizada por uma das fisioterapeutas do serviço de fisioterapia na saúde da mulher, para um máximo de 6 grávidas. Sendo fundamental, para a realização destas classes, que a profissional tenha conhecimento adequado acerca da gravidez, do trabalho de parto e do pavimento pélvico, de forma a poder incluir a fase de TMPP (Zhang *et al.*, 2024).

Duração:

De acordo com a evidência científica atual, previamente mencionada, de forma a promover benefícios nesta população, as classes teriam a duração de uma hora, com uma frequência mínima de duas vezes por semana. No estudo realizado por Laredo-Aguilera *et al.*, (2020), acerca da eficácia de programas de exercício no controlo da DMG, a idade gestacional das mulheres incluídas no momento da intervenção situa-se entre a 24^a semana e o final da gravidez. Portanto, considera-se benéfica e segura a inclusão na classe de exercício até ao final da gravidez, variando o tempo da intervenção consoante a semana de gestação em que cada mulher inicia a classe.

Recolha de dados:

Um dos elementos a considerar, para aferir o controlo metabólico, é a vigilância da glicémia capilar realizada pela própria grávida. Esta avaliação deve ser realizada 4 vezes por dia, uma em jejum e uma hora depois das três principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar). Sendo os valores alvo de glicémia, em jejum: <95mg/dL e após as refeições: <140mg/dL (SPEDM, 2025). Nos resultados do estudo de Keating *et al.*, (2022) oito dos 14 estudos analisados demonstraram benefício através do exercício sobre os valores de controlo glicémico, existindo uma menor glicemia em jejum, menor glicemia pós-prandial, menor necessidade de insulina e uma maior latência para iniciar a insulina.

Posto isto, um dos objetivos da classe será manter os registos diários dos valores de glicémia dentro dos valores de referência. Estes registos são realizados e possíveis de ser verificados através do livro da diabetes, que é dado a todas as grávidas com diabetes gestacional na consulta de ginecologia e obstetrícia do HBA.

A Associação Americana de Diabetes acredita que o controlo do peso, durante a gravidez, deve ser um tratamento de rotina para as doentes com DMG (Huifen et al., 2022). Partindo do princípio de que as grávidas serão incluídas na classe a partir das 24 semanas, considera-se importante avaliar o peso de forma gradual, de quatro em quatro semanas, correspondendo às 28, 32, 36 e 40 semanas de gestação. No Anexo 26 encontra-se um quadro exemplo das avaliações a serem realizadas em classe.

Um estudo de coorte retrospectivo, realizado em Portugal, utiliza as características antropométricas, como o aumento de peso durante a gestação, para avaliar a probabilidade e a gravidade de desenvolver complicações durante a gravidez, durante o parto e para o recém-nascido. O IMC pré-gestacional foi categorizado, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde, como abaixo do peso (< 18,5 kg/m²), normal (18,5 – 24,9 kg/m²), excesso de peso (25 – 29,9 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²) de seguida, pôde ser

categorizado como insuficiente, adequado ou excessivo, conforme recomendado pelo *Institute of Medicine*, dentro de cada categoria de IMC. O ganho de peso gestacional foi considerado adequado se estivesse no intervalo de 12,5–18 kg para baixo peso, 11,5–16 kg para peso normal, 7–11,5 kg excesso de peso e 5–9 kg para obesidade, e insuficiente ou excessivo quando os valores se encontravam, respetivamente, abaixo ou acima dos intervalos indicados para cada categoria. Neste estudo analisaram também as seguintes informações sobre o parto: semana do parto, tipo de parto e características do recém-nascido, como o peso. As conclusões demonstram que o IMC pré-gestacional e o ganho de peso gestacional têm um impacto significativo nos resultados maternos e neonatais, durante a gravidez e no período pós-natal. Valorizando a necessidade de monitorização e controlo destes valores, com o objetivo de minimizar as complicações, em grávidas com diabetes gestacional (Chen Xu & Coelho, 2022).

De forma a compreender quais os resultados que foram obtidos após a participação na classe de exercício, as mulheres serão contactadas via telefone ou email, seis semanas após o parto, para responder a um breve questionário, incluindo: qual o peso do bebé à nascença, o aumento de peso total da mulher na gravidez, o tempo de gestação no momento do parto, tipo de parto, a duração do internamento da mãe e do bebé, caso tenha existido admissão numa unidade de cuidados neonatais, qual o motivo e a duração do internamento, e se existem queixas de incontinência (perdas de urina, gases ou fezes) ou outra disfunção do pavimento pélvico como dor pélvica. O questionário termina com uma questão relativamente ao *feedback* das classes realizadas e sugestões de melhoria, de forma a poder adaptar as classes às necessidades expressas das participantes.

Através dos benefícios do exercício, nesta população em específico, espera-se que exista uma diminuição das comorbidades associadas à DMG, com um efeito benéfico na diminuição dos tempos prolongados de internamento, contribuindo também para a diminuição de custos associados a esta patologia ou condições decorrentes da mesma (Laredo-Aguilera et al., 2020). Assim como a prevenção de disfunções do pavimento pélvico, na gravidez e no pós-parto (Wu et al., 2024).

Em suma, como descrito no modelo CANVAS (tabela III), a proposta para o projeto de melhoria do local de prática, seria implementar uma classe de exercício, destinada a grávidas, a partir das 24 semanas de gestação, com diagnóstico de DMG, acompanhadas na ULS Loures-Odivelas, a realizar no ginásio do serviço de MFR, que acomoda um número máximo de 6 grávidas por classe, para 1 fisioterapeuta. Com a duração de uma hora cada classe, realizada duas vezes por semana, desde o momento do

Tabela III – Modelo CANVAS

Parcerias Chave:	Atividades Chave:	Proposta de Valor:	Relacionamento:	Segmento de Clientes:
<ul style="list-style-type: none"> - Serviço de ginecologia e obstetrícia do HBA; - Centros de Saúde pertencentes à ULS Loures-Odivelas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Classes de exercício; - Promoção da atividade física na gravidez; - Ensino de estratégias para diminuição dos sintomas associados à gravidez; - Preparação para o nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo do peso gestacional; - Valores de glicémia controlados durante a gestação; - Prevenção de disfunções do pavimento pélvico; - Diminuição do risco de complicações na gravidez, parto e pós-parto; - Diminuição do risco do feto desenvolver macrossomia, hiperbilirrubinemia ou hipoglicemia, associado à diabetes; - Redução dos tempo de internamento da mãe e do bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios adaptados a cada grávida e condição clínica; - Acompanhamento em grupo, promovendo a partilha de experiências; - Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas na classe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grávidas, acompanhadas na ULS Loures-Odivelas, com diagnóstico de diabetes gestacional, a partir das 24 semanas de gestação.
	<p>Recursos Chave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos: um fisioterapeuta com formação específica na área da saúde pélvica e da mulher; um nutricionista; - Ginásio onde irão ser realizadas as classes; - Materiais utilizados nas classes (colchões, pesos, <i>therabands</i>, bolas). 		<p>Canais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta / Placar / Site - Telefone - Email 	
<p>Estrutura de Custos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos (duas horas de trabalho semanais de uma fisioterapeuta do hospital, com formação específica na área da saúde pélvica e da mulher; uma hora de trabalho do nutricionista, presente na sessão de esclarecimento, no início do programa da classe) - Recursos materiais (o ginásio onde ocorrem as classes de exercício já se encontra equipado com colchões, bolas, pesos e <i>therabands</i>). 		<p>Fontes de Receita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orçamento do estado. 		

diagnóstico do DMG até ao final da gravidez, para além dos benefícios do exercício físico previamente descritos nesta população, espera-se um resultado positivo na diminuição de admissões hospitalares durante e após a gravidez, com a diminuição de recursos utilizados pelo SNS.

5. Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional

5.1. Análise SWOT pessoal

De forma a realizar um plano de desenvolvimento pessoal e profissional, foi efetuada uma análise SWOT pessoal, apresentada na tabela IV, em função do processo de aprendizagem e aquisição de novas competências.

Numa perspetiva de análise interna, foram considerados como pontos fortes as formações de curta duração realizadas, na área de saúde pélvica e da mulher, assim como de pilates clínico, e a prática clínica atual nestas duas áreas. O interesse pela saúde da mulher iniciou na licenciatura em fisioterapia, com a oportunidade de estagiar na área de cancro de mama e, posteriormente, ocorreu um interesse crescente na área da saúde pélvica. O sentido de responsabilidade, organização, proatividade e vontade de aprender de forma contínua, foram também considerados como forças. Relativamente aos pontos fracos, foram identificados o facto da prática clínica ser num local em que não é possível o acesso direto aos serviços de fisioterapia e a ausência de outros profissionais com formação nesta área, bem como a necessidade de aprofundar conhecimento e experiência nas áreas de preparação para o nascimento e disfunções sexuais.

Em relação à análise externa, existem várias oportunidades pela falta de serviços dedicados à saúde pélvica e da mulher na área de residência, acompanhadas por um reconhecimento, sensibilização e encaminhamento crescentes desta área de intervenção da fisioterapia. Como ameaças, é importante considerar o número crescente de fisioterapeutas com formação específica na área de saúde da mulher, a dificuldade e baixo poder de compra da população para aceder a clínicas privadas e o conservadorismo existente acerca desta temática, resultando também numa baixa adesão aos serviços de saúde pélvica.

Tabela IV - Análise SWOT pessoal

Análise Interna	
<i>Strenghts</i> / Pontos Fortes	<i>Weaknesses</i> / Pontos fracos
- Formação específica de fisioterapia em saúde da mulher (formações de curta duração e mestranda em fisioterapia em saúde pélvica e da mulher); - Formação na área do exercício clínico (Pilates Clínico <i>Mattwork</i>);	- Reduzida experiência profissional (licenciada em 2020 e a trabalhar em saúde da mulher desde 2022); - Prática clínica num local em que não é possível o acesso direto aos serviços de fisioterapia;

<ul style="list-style-type: none"> - Prática clínica em fisioterapia na saúde da mulher e classes de pilates clínico; - Realização de um estágio curricular, na licenciatura em fisioterapia, na área específica de cancro da mama; - Interesse na área das disfunções do pavimento pélvico; - Boa capacidade de comunicação, cooperação e empatia; - Sentido de responsabilidade e organização; - Proatividade e vontade de aprender, de forma contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem possibilidade de discutir casos clínicos com outros profissionais, no local de trabalho, sendo a única fisioterapeuta com formação específica em saúde da mulher; - Ausência de prática clínica em contexto de classes de preparação para o nascimento; - Necessidade de aprofundar o conhecimento em contextos específicos, nomeadamente acerca de disfunções sexuais.
---	---

Análise Externa	
<i>Opportunities / Oportunidades</i>	<i>Threats / Ameaças</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Número reduzido de serviços de fisioterapia, na área de saúde pélvica e da mulher, no concelho de Alenquer; - Existência de uma associação, sediada no concelho de Alenquer, que apoia doentes oncológicos e que não dispõe de apoio ou encaminhamento na área da fisioterapia; - Maior reconhecimento e recomendação médica para a fisioterapia em saúde da mulher; - Maior reconhecimento e recomendação médica para a prática de pilates clínico; - Aumento do conhecimento da população acerca dos benefícios da prevenção e tratamento das disfunções do pavimento pélvico; - Crescente sensibilização, durante a gravidez, para a importância da avaliação do pavimento pélvico, preparação para o nascimento e fisioterapia no pós-parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número crescente de fisioterapeutas com formação específica na área da saúde da mulher; - Dificuldade no acesso da população a clínicas privadas (baixo poder de compra); - População local conservadora, com baixa adesão a serviços que envolvam o conhecimento acerca da sua saúde pélvica.

5.2. Contrato de Aprendizagem

5.2.1. Apresentação das Competências a Adquirir, definidas pela Instituição de Ensino

De acordo com os descritores de Dublin:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- Seja capaz 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 capaz 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 lhe permita beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

De acordo com o perfil de competências do fisioterapeuta:

- Desenvolva a autonomia profissional em direção ao profissional de primeiro contacto/acesso direto;
- Ganhe competências de liderança;
- Adquira uma capacidade de desempenho profissional ao nível europeu;
- Obtenha uma maior facilidade de progressão na carreira em diferentes contextos de prática (consultor/expert em Fisioterapia em saúde da mulher, prática privada, educador clínico, docente e investigador);
- Desenvolva uma abordagem baseada na evidência, que contribua para um raciocínio clínico adequado;
- Desenvolva a capacidade de identificar, analisar e interpretar a melhor evidência atual usando estratégias de avaliação e intervenção apropriadas.

De acordo com as competências da especialidade:

- Desenvolvimento de competências avançadas: aprofundamento das competências na prescrição do exercício no contexto da grávida, pós-parto e incontinência urinária;
- Aprofundamento do mecanismo de gravidez, parto e 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;
- Análise dos modelos de intervenção internacionais.

5.2.2. Apresentação das Competências a Adquirir, definidas pelo Orientador

- Integrar-se na equipa como elemento dinamizador quer da avaliação quer do tratamento dos utentes presentes na ULS Loures-Odivelas com quem contacta;
- Desenvolver ou integrar-se em projetos já existentes;
- Desenvolver a prática clínica baseada na evidência com apresentações periódicas do mesmo ao orientado;
- Exibir competências para atuar de forma independente na avaliação, planeamento e tomada de decisões clínicas ao longo da intervenção;

- Demonstrar expertise na prática clínica em contexto de internamento e ambulatório dado as suas distinções e particularidades;
- Demonstrar capacidade de responder a casos clínicos complexos, quer no acompanhamento direto quer na pesquisa baseada na melhor evidência;
- Demonstrar capacidade de aplicar as competências fornecidas durante o primeiro ano curricular de mestrado para que possa aplicar com as utentes da ULS Loures-Odivelas, dentro das seguintes áreas: Saúde da Mulher; Disfunção do Pavimento Pélvico da mulher (Incontinência urinaria e fecal, Prolapsos, Dispareunia, Vaginismo); Avaliação pós-parto em mulheres com laceração II/III; Avaliação e intervenção na utente oncológica - mulheres submetidas a cirurgia/tratamento pós cancro de mama; Exercício no utente oncológico – cancro de mama; Exercício físico na grávida.

5.2.3. Diagnóstico das Necessidades de Aprendizagem, definidas pelo Estudante

- Capacidade de selecionar, analisar e interpretar a melhor evidência científica atual, na área de estudo;
- Aplicar e aprofundar os conhecimentos, clínicos e científicos, adquiridos no primeiro ano do mestrado em contexto clínico;
- Capacidade crítica e reflexiva, do conhecimento adquirido e desenvolvido na área de fisioterapia em saúde pélvica e da mulher;
- Capacidade de análise crítica acerca da organização e gestão dos serviços de saúde no local de estágio;
- Intervir em fisioterapia segundo a prática baseada na evidência, adequando o processo da fisioterapia a cada utente;
- Um raciocínio clínico, na área da saúde pélvica e da mulher, adequado a vários contextos e casos clínicos;
- Autonomia na triagem, avaliação, intervenção e reavaliação, em utentes da área de saúde pélvica e da mulher;
- Competências de aprendizagem que permitam uma evolução e atualização constantes, ao longo da vida, acerca da prática em fisioterapia.

5.2.4. Definição dos Objetivos de Aprendizagem, pelo Estudante

- Realizar uma revisão de literatura acerca dos temas específicos da área de estudo, nomeadamente da avaliação e intervenção em fisioterapia na saúde pélvica e da mulher, desde o início do estágio até à entrega do relatório;
- Integrar uma equipa multidisciplinar, com capacidade de expor e discutir casos clínicos com outros profissionais, ao longo do período de estágio;

- Realizar registos clínicos, de forma sistematizada, clara e objetiva, durante o período de estágio;
- Ser capaz de identificar *red flags* ou fatores de risco, que necessitem de acompanhamento de outros profissionais, de forma a poder adequar o tratamento ou o devido encaminhamento, durante a avaliação de cada utente, ao longo do período de estágio;
- Selecionar e aplicar instrumentos de avaliação, validados e reprodutíveis, adequados a cada condição clínica, durante o período de estágio;
- Praticar e aperfeiçoar o processo de avaliação específica dos músculos do pavimento pélvico, durante o período de estágio;
- Aprofundar as competências de prescrição do treino dos músculos do pavimento pélvico em utentes com disfunções do pavimento pélvico e da pélvis, durante o período de estágio;
- Aprofundar as competências de prescrição do exercício em populações específicas como a gravidez, menopausa e em contexto oncológico, durante o período de estágio;
- Definir qual a intervenção em fisioterapia mais adequada a cada caso clínico, baseada na evidência e literatura mais atual, durante o período de estágio;
- Ter capacidade de interpretar os resultados obtidos nas reavaliações e adaptar o plano de tratamento à recuperação individual e necessidades específicas de cada utente, durante o período de estágio;
- Desenvolver a aptidão de capacitar as utentes e incluí-las nas decisões acerca da sua condição clínica, durante o período de estágio.

5.2.5. Definição das Estratégias de Aprendizagem e Recursos, a definir pelo Estudante

Objetivo	Estratégias de aprendizagem	Recursos de aprendizagem
Realizar uma revisão de literatura acerca dos temas específicos da área de estudo, nomeadamente da avaliação e intervenção em fisioterapia na saúde pélvica e da mulher, desde o início do estágio até à entrega do relatório de estágio	Consulta de artigos científicos, através das estratégias de pesquisa desenvolvidas no primeiro ano de mestrado	Internet - várias bases de dados
Integrar uma equipa multidisciplinar, com capacidade de expor e discutir casos clínicos com outros profissionais, ao longo do período de estágio	Observação da prática clínica da orientadora clínica e da interação com os restantes colegas da equipa; Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar	
Realizar registos clínicos, de forma sistematizada, clara e objetiva, durante o período de estágio	Prática clínica de diferentes casos com registos contínuos	Ficha de avaliação utilizada no HBA, em casos de saúde pélvica;

	para o relatório de estágio e no sistema informático do HBA	Ficha de avaliação, realizada em grupo, no primeiro ano de mestrado
Ser capaz de identificar <i>red flags</i> ou fatores de risco, que necessitem de acompanhamento de outros profissionais, de forma a poder adequar o tratamento ou o devido encaminhamento, durante a avaliação inicial de cada utente, ao longo do período de estágio	Revisão de literatura e evidência atual; Discussão dos casos clínicos com a orientadora clínica	Internet - várias bases de dados; Prática clínica acompanhada pela orientadora
Selecionar e aplicar instrumentos de avaliação, validados e reprodutíveis, adequados a cada condição clínica, durante o período de estágio	Observação da prática realizada pela orientadora clínica; Prática clínica nos diferentes casos acompanhados	Internet – informação acerca da validação e aplicabilidade dos instrumentos de avaliação; Prática clínica acompanhada pela orientadora
Praticar e aperfeiçoar o processo de avaliação específica dos músculos do pavimento pélvico, durante o período de estágio	Observação da prática realizada pela orientadora clínica; Prática clínica com supervisão nos diferentes casos acompanhados	
Aprofundar as competências de prescrição do exercício durante a gravidez, disfunções do pavimento pélvico e em contexto oncológico, durante o período de estágio	Revisão de literatura e evidência atual; Prática clínica nos diferentes casos acompanhados; Discussão dos casos clínicos com a orientadora clínica	Internet - várias bases de dados; Prática clínica acompanhada pela orientadora
Ter capacidade de interpretar os resultados obtidos nas avaliações clínicas realizadas, de forma a tomar uma decisão informada, baseada na evidência, de qual a intervenção em fisioterapia mais adequada a cada caso clínico, durante o período de estágio	Revisão de literatura e evidência atual; Prática clínica nos diferentes casos acompanhados; Discussão dos casos clínicos com a orientadora clínica	Internet - várias bases de dados; Prática clínica acompanhada pela orientadora
Desenvolver a aptidão de capacitar as utentes e incluí-las nas decisões acerca da sua condição clínica, durante o período de estágio	Colocar em prática estratégias de comunicação desenvolvidas no primeiro ano do mestrado; Observação da prática realizada pela orientadora clínica; Prática clínica nos diferentes casos acompanhados	

5.2.6. Cronograma

	09/24	10/24	11/24	12/24	01/25	02/25	03/25	04/25	05/25	06/25
Elaboração do contrato de aprendizagem										
Participar nos seminários integrados na unidade curricular de estágio e relatório										
Revisão de literatura acerca de <i>red flags</i> , fatores de risco, avaliação subjetiva e objetiva, abordagens cirúrgicas, medicação e tratamentos oncológicos, nas áreas de saúde pélvica e da mulher										
Período de integração no local de estágio										
Aplicar os conhecimentos adquiridos no primeiro ano do mestrado na intervenção em										

disfunções do pavimento pélvico e oncologia		
Acompanhar vários casos clínicos ao longo do período de estágio		
Revisão da evidência científica acerca dos temas específicos da área de estudo, nomeadamente da intervenção em fisioterapia nos diferentes casos clínicos em saúde pélvica e da mulher		
Elaborar um estudo de caso		
Apresentar os resultados obtidos e discutir o estudo de caso com a orientadora da ESSA e do local de estágio		
Envio do relatório às orientadoras, da ESSA e do local de estágio, para esclarecimento de dúvidas e últimas correções		
Entrega do relatório de estágio		

5.2.7. Revisão do Contrato

A revisão do contrato de aprendizagem baseou-se nos objetivos definidos pela estudante no contrato inicial. Os objetivos foram desenvolvidos de forma clara, encontram-se coerentes e realistas, de acordo com as competências que foram desenvolvidas, ao longo do estágio, e descrevem as necessidades de aprendizagem da utente, a nível clínico e académico. A duração do estágio, de quatro meses, permitiu atingir todos os objetivos.

Dos objetivos estabelecidos, destacam-se a capacidade desenvolvida de selecionar e aplicar instrumentos de avaliação, específicos para cada condição clínica, a possibilidade de praticar e aperfeiçoar a avaliação específica dos MPP, de definir e aplicar a intervenção mais adequada a cada caso clínico e a capacidade de interpretar os resultados obtidos, aplicando o processo da fisioterapia e uma prática baseada na evidência. Considera-se importante acrescentar como um dos objetivos, que faz parte do processo da fisioterapia, a capacidade de executar a recolha da história clínica, com perguntas específicas e orientadas à condição clínica de cada utente.

Outro objetivo, que não esteve presente inicialmente, mas acabou por ser desenvolvido ao longo do período do estágio, foi a possibilidade de elaborar e executar classes de exercícios para o pavimento pélvico.

Relativamente às datas estabelecidas no cronograma, estas correspondem com o que efetivamente se realizou, antecipando apenas o envio de um esboço final do relatório

às orientadoras, da ESSA e do local de estágio, para esclarecimento de dúvidas e últimas correções, para maio.

5.2.8. Desenvolvimento do Processo de Aquisição de Competências

No processo de aquisição de competências destaca-se o facto de a aluna ter acompanhado, no local de estágio, todas as fisioterapeutas do serviço de saúde pélvica e da mulher, o que permitiu observar várias abordagens diferentes, dentro da mesma área de intervenção. A possibilidade de aprender com várias profissionais, com formação específica e diferenciada na área, enriqueceu todo este processo de aprendizagem.

A prática clínica, a participação nas reuniões da equipa multidisciplinar e a discussão dos casos clínicos com a orientadora clínica foram essenciais para atingir os objetivos definidos e adquirir competências profissionais na área de saúde pélvica e da mulher.

5.2.9. Avaliação da Aprendizagem

5.2.9.1. Apresentação dos *feedbacks* obtidos

De forma a avaliar o desempenho no local de estágio, considerou-se importante pedir um *feedback* aos utentes e à orientadora clínica. O *feedback* da orientadora (Anexo 27) foi bastante positivo, tendo sido considerado que a aluna integrou a equipa como elemento dinamizador, exibiu competências para atuar de forma independente, desenvolveu a prática clínica baseada na evidência com apresentações periódicas ao orientador e demonstrou expertise na prática clínica, em contexto de internamento e ambulatório. Para além disso, a orientadora clínica menciona a integração da aluna em projetos já existentes, o desenvolvimento do projeto de melhoria para o local de estágio e o interesse, prontidão e empatia no trabalho com os utentes e a equipa multidisciplinar.

O *feedback* dos utentes foi recolhido com base em dois questionários de satisfação, elaborados pela mestrandia. Um dos questionários foi direcionado para os utentes acompanhados em sessões de fisioterapia pélvica (Anexo 28), o outro foi preenchido pelas participantes da classe de exercícios do pavimento pélvico, que foi lecionada pela aluna entre janeiro e março de 2025 (Anexo 29). Os questionários incluem questões numeradas de 1-nada satisfeito, a 5-muito satisfeito, relacionadas com a prestação geral, a clareza da informação transmitida, a intervenção prestada, a motivação dada e o esclarecimento de dúvidas. O *feedback* dos utentes foi bastante positivo, com comentários positivos em relação à disponibilidade e esclarecimentos prestados, ao profissionalismo e atenção dados às necessidades das utentes.

Os *feedbacks* dados reforçaram positivamente a importância de estabelecer uma relação terapêutica com os utentes e entre os profissionais.

5.3. Reflexão final do processo

A realização do estágio possibilitou atingir os objetivos definidos inicialmente no contrato de aprendizagem. Destaca-se a possibilidade de aprender com várias fisioterapeutas, com formação específica e diferenciada na área, a oportunidade de participar nas reuniões de equipa multidisciplinar e de discutir os casos clínicos com a orientadora, como as grandes vantagens de todo este processo de aprendizagem. Para além disso, a possibilidade de observar e intervir na saúde pélvica do homem foi também uma das competências desenvolvidas no local de estágio.

Esta experiência permitiu estabelecer relações de confiança, entre os utentes e a fisioterapeuta, e compreender o impacto dessas relações nos resultados obtidos, principalmente numa área como a saúde pélvica.

Considera-se também importante refletir sobre a gestão de tempo necessária para realizar um estágio, com a duração de 300 horas, e o respetivo relatório, sendo o mestrado realizado em simultâneo com a atividade profissional da aluna. Foi necessário gerir horários, priorizar tarefas e organizar os registos para cumprir o que tinha sido definido no cronograma do contrato de aprendizagem.

6. Conclusão

A elaboração da primeira parte deste relatório permitiu contextualizar e analisar o local de estágio, assim como as necessidades da intervenção em fisioterapia, na saúde pélvica e da mulher, segundo a prática baseada na evidência. A prática clínica orientada permitiu o desenvolvimento de competências de avaliação, intervenção e raciocínio clínico, necessárias para a realização dos registos clínicos apresentados.

As competências desenvolvidas no primeiro ano do mestrado foram aplicadas também na apresentação dos CAT's, assim como na realização das análises SWOT, que permitiram desenvolver o projeto de implementação de melhoria do local de prática.

Os *feedbacks* obtidos reforçaram alguns dos pontos fortes identificados na análise SWOT pessoal, como a boa capacidade de comunicação, cooperação e empatia. O estágio realizado contribuiu para trabalhar alguns dos pontos fracos identificados, como a reduzida experiência profissional, e possibilitou a discussão de casos clínicos com outras fisioterapeutas pélvicas, integrando uma equipa multidisciplinar. Mantém-se ainda a ausência de prática clínica em contexto de classes de preparação para o nascimento, no entanto o projeto de melhoria foi elaborado dentro dessa área, de forma a aumentar o

conhecimento acerca da prescrição de exercício, numa condição clínica específica, na gravidez.

Considera-se importante destacar a elaboração de vários folhetos, ao longo do estágio, que permitiram aprofundar alguns temas considerados como relevantes na prática clínica do local.

Por fim, esta parte I teve um papel importante no desenvolvimento das capacidades de pesquisa científica e de reflexão sobre a intervenção, além de desenvolver a capacidade de autocrítica.

7. Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Andersson, K.-E., Apostolidis, A., Birder, L., Bliss, D., Brubaker, L., Cardozo, L., Castro-Diaz, D., O'Connell, P. R., Cottenden, A., Cotterill, N., de Ridder, D., Dmochowski, R., Dumoulin, C., Fader, M., Fry, C., Goldman, H., Hanno, P., Homma, Y., ... members of the committees. (2018). 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. *Neurourology and Urodynamics*, 37(7), 2271–2272. <https://doi.org/10.1002/nau.23551>
- ACOG, T. A. C. of O. and G. (2020). *Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period*. 135(4).
- Ajmera, P., Miraj, M., Kalra, S., Goyal, R. K., Chorsiya, V., Shaik, R. A., Alzhrani, M., Alanazi, A., Alqahtani, M., Miraj, S. A., Pawaria, S., & Mehta, V. (2023). Impact of telehealth interventions on physiological and psychological outcomes in breast cancer survivors: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Frontiers in Oncology*, 12, 1017343. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.1017343>
- Almeida, M. C., Ruas, L., & Grupo de Estudos de Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2022). *Registo Nacional de Diabetes Gestacional: Um Caminho de 18 Anos*. 17 (2), 54–62.
- APFisio, A. P. de F. (2018, setembro 4). *Cuidados de Reabilitação no Serviço Nacional de Saúde—Posição da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*.
- APFisio, A. P. de F. (2020, setembro 8). *O Perfil de Competências do Fisioterapeuta*. Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

- APFisio, A. P. de F. (2021a). *Padrões de Qualidade em Fisioterapia—Referencial para a Avaliação da Qualidade de Unidades de Fisioterapia*.
- APFisio, A. P. de F. (2021b, maio 13). *Competências do Fisioterapeuta com especialização em Saúde da Mulher e Pavimento Pélvico*. Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher e Pavimento Pélvico.
- Areskoug-Josefsson, K., & Gard, G. (2015). *Physiotherapy as a promoter of sexual health*.
- Ayeleke, R. O., Hay-Smith, E. J. C., & Omar, M. I. (2015). Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010551.pub3>
- Berghmans, B., Seleme, M. R., & Bernardes, A. T. M. (2020). Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 31(5), 917–931. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04251-2>
- Binkley, J. M., Harris, S. R., Levangie, P. K., Pearl, M., Guglielmino, J., Kraus, V., & Rowden, D. (2012). Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118(S8), 2207–2216. <https://doi.org/10.1002/cncr.27469>
- Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011>
- Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Van Kampen, M. (2024). *Evidence-Based Physical Therapy For The Pelvic Floor; Bridging Science and Clinical Practice* (3^a). Elsevier.
- Brækken, I. H., Villumstad, T. K. L. S., & Evensen, N. M. (2024). Randomised controlled pilot trial to assess effect of electrical stimulation of weak pelvic floor muscles. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2921–2929. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07389-2>
- Brown, J., Ceysens, G., & Boulvain, M. (2017). Exercise for pregnant women with gestational diabetes for improving maternal and fetal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012202.pub2>
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M., & Schmitz, K. H. (2019).

- Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(11), 2375–2390. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
- Chen Xu, J., & Coelho, Â. (2022). Association between Body Mass Index and Gestational Weight Gain with Obstetric and Neonatal Complications in Pregnant Women with Gestational Diabetes. *Acta Médica Portuguesa*, 35(10), 718–728. <https://doi.org/10.20344/amp.15896>
- Cheville, A. L., Mustian, K., Winters-Stone, K., Zucker, D. S., Gamble, G. L., & Alfano, C. M. (2017). Cancer Rehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2016.08.001>
- Cyr, M.-P., Jones, T., Colombage, U. N., & Frawley, H. C. (2025). Effectiveness of Pelvic Floor Muscle and Education-based Therapies on Bladder, Bowel, Vaginal, Sexual, Psychological Function, Quality of Life, and Pelvic Floor Muscle Function in Females Treated for Breast Cancer: A Systematic Review. *Current Oncology Reports*, 27(2), 168–189. <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01633-3>
- D’Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Abranches-Monteiro L, Arnold EP, Goldman HB, Hamid R, Homma Y, Marcelissen T, Rademakers K, Schizas A, Singla A, Soto I, Tse V, de Wachter S. (2024). *An International Continence Society (ICS) Report on the Terminology for Adult Male Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction*. ICS. <https://www.ics.org/glossary/symptom/stressurinaryincontinence>
- De Castro, R., Antunes, R., Mendes, D., Szumilewicz, A., & Santos-Rocha, R. (2022). Can Group Exercise Programs Improve Health Outcomes in Pregnant Women? An Updated Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4875. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084875>
- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD005654. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>
- European Association of Urology. (2023). *EAU Guidelines On Non Neurogenic Female LUTS*.
- Fernández-Pérez, P., Leirós-Rodríguez, R., Marqués-Sánchez, M. P., Martínez-Fernández, M. C., De Carvalho, F. O., & Maciel, L. Y. S. (2023). Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: A systematic review

- and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 23(1), 387.
<https://doi.org/10.1186/s12905-023-02532-8>
- Folgado, A. S. (2022). Disfunções do pavimento pélvico—Como organizar o pensamento clínico. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 19(1).
- García-Sánchez, E., Ávila-Gandía, V., López-Román, J., Martínez-Rodríguez, A., & Rubio-Arias, J. Á. (2019). What Pelvic Floor Muscle Training Load is Optimal in Minimizing Urine Loss in Women with Stress Urinary Incontinence? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4358.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16224358>
- Gordon, L. G., Eakin, E. G., Spence, R. R., Pyke, C., Bashford, J., Saunders, C., & Hayes, S. C. (2020). Cost-Effectiveness Analysis from a Randomized Controlled Trial of Tailored Exercise Prescription for Women with Breast Cancer with 8-Year Follow-Up. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8608. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228608>
- Haakstad, L. A. H., Kissel, I., & Bø, K. (2021). Long-term effects of participation in a prenatal exercise intervention on body weight, body mass index, and physical activity level: A 6-year follow-up study of a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(9), 1347–1355.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1636028>
- Hage-Fransen, M. A. H., Wiezer, M., Otto, A., Wieffer-Platvoet, M. S., Slotman, M. H., Nijhuis-van Der Sanden, M. W. G., & Pool-Goudzwaard, A. L. (2021). Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(3), 373–382.
<https://doi.org/10.1111/aogs.14027>
- Hagen, S., & Stark, D. (2011). Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003882.pub4>
- Haya, N., Feiner, B., Baessler, K., Christmann-Schmid, C., & Maher, C. (2018). Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013105>
- Hospital Beatriz Ângelo. (2025). *Hospital Beatriz Ângelo*.
<https://www.hbeatrizangelo.pt/>

- Hospital de Loures E.P.E. (2023). *Relatório de Gestão e Contas 2022*.
- Huifen, Z., Yaping, X., Meijing, Z., Huibin, H., Chunhong, L., Fengfeng, H., & Yaping, Z. (2022). Effects of moderate-intensity resistance exercise on blood glucose and pregnancy outcome in patients with gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 36(5), 108186. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2022.108186>
- Johannessen, H. H., Frøshaug, B. E., Lysåker, P. J. G., Salvesen, K. Å., 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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 100(2), 294–301. <https://doi.org/10.1111/aogs.14010>
- Keating, N., Coveney, C., McAuliffe, F., & Higgins, M. (2022). Aerobic or Resistance Exercise for Improved Glycaemic Control and Pregnancy Outcomes in Women with Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10791. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710791>
- Laredo-Aguilera, J. A., Gallardo-Bravo, M., Rabanales-Sotos, J. A., Cobo-Cuenca, A. I., & Carmona-Torres, J. M. (2020). Physical Activity Programs during Pregnancy Are Effective for the Control of Gestational Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6151. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176151>
- Laycock, J., & Jerwood, D. (2001). Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631–642. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61108-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X)
- Martis, R., Crowther, C. A., Shepherd, E., Alsweiler, J., Downie, M. R., & Brown, J. (2018). Treatments for women with gestational diabetes mellitus: An overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012327.pub2>
- Morin, M., Carroll, M.-S., & Bergeron, S. (2017). Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sexual Medicine Reviews*, 5(3), 295–322. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.02.003>
- Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Davies, G. A., Poitras, V., Gray, C., Jaramillo Garcia, A., Barrowman, N., Adamo, K. B., Duggan, M., Barakat, R., Chilibeck, P., Fleming, K., Forte, M., Korolnek, J., Nagpal, T., Slater, L., Stirling,

- D., & Zehr, L. (2018). No. 367-2019 Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(11), 1528–1537. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.07.001>
- NICE, N. I. for H. and E. (2019). *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management*.
- Nyhus, M. Ø., Mathew, S., Salvesen, Ø., Salvesen, K. Å., Stafne, S., & Volløyhaug, I. (2020). Effect of preoperative pelvic floor muscle training on pelvic floor muscle contraction and symptomatic and anatomical pelvic organ prolapse after surgery: Randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 56(1), 28–36. <https://doi.org/10.1002/uog.22007>
- Paulsen, C. P., Bandak, E., Edemann-Calleesen, H., Juhl, C. B., & Händel, M. N. (2023). The Effects of Exercise during Pregnancy on Gestational Diabetes Mellitus, Preeclampsia, and Spontaneous Abortion among Healthy Women—A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), 6069. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126069>
- Peinado-Molina, R. A., Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Martínez-Galiano, J. M. (2023). Pelvic floor dysfunction: Prevalence and associated factors. *BMC Public Health*, 23(1), 2005. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16901-3>
- Pérez-López, F. R., Vieira-Baptista, P., Phillips, N., Cohen-Sacher, B., Fialho, S. C. A. V., & Stockdale, C. K. (2021). Clinical manifestations and evaluation of postmenopausal vulvovaginal atrophy. *Gynecological Endocrinology*, 37(8), 740–745. <https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1931100>
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. (2022). *Recursos do SNS em Oncologia, Relatório de Inquérito 2021*. DGS.
- SPEDM, S. P. de E. D. e M. (2025). *Diabetes Gestacional* [Dataset]. <https://www.spedm.pt/pt/glandulas-e-doencas-endocrinas/diabetes-gestacional>
- SPG Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre Uroginecologia. Secção Portuguesa de Uroginecologia. 2ª edição*.
- Stout, N. L., Santa Mina, D., Lyons, K. D., Robb, K., & Silver, J. K. (2021). A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(2), 149–175. <https://doi.org/10.3322/caac.21639>

- Stuiver, M. M., Stout, N. L., Dennett, A. M., Speksnijder, C. M., & Campbell, K. L. (2019). An international perspective on integrating physiotherapists in oncology care. *Journal of Physiotherapy*, *65*(4), 186–188. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.07.004>
- 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). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>
- Trapani, S., Villa, G., Poliani, A., Gnechi, S., Rosa, D., & Manara, D. F. (2024). Non-Pharmacological Management of Urge Urinary Incontinence in Women between 40 and 65 Years Old: A Systematic Review. *Nursing Reports*, *14*(1), 174–196. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010015>
- University of Oxford. (2025). *Critical Appraisal tools* [Web Page]. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/critical-appraisal-tools>
- Viana, R., Viana, S., Neto, F., & Mascarenhas, T. (2015). Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *26*(7), 1027–1033. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2628-6>
- WCPT, W. C. for P. T. (2019). *Description of Physical Therapy*.
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>
- Wu, C., Newman, D., Schwartz, T. A., Zou, B., Miller, J., & Palmer, M. H. (2021). Effects of unsupervised behavioral and pelvic floor muscle training programs on nocturia, urinary urgency, and urinary frequency in postmenopausal women: Secondary analysis of a randomized, two-arm, parallel design, superiority trial (TULIP study). *Maturitas*, *146*, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.01.008>
- Wu, Y., Li, T., Cai, F., Ye, X., & Xu, M. (2024). Stable pelvic floor muscle training improves urinary incontinence in women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *44*(1), 2420192. <https://doi.org/10.1080/01443615.2024.2420192>

- Yang, X., Zhang, A., Sayer, L., Bassett, S., & Woodward, S. (2022). The effectiveness of group-based pelvic floor muscle training in preventing and treating urinary incontinence for antenatal and postnatal women: A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 33(6), 1407–1420. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04960-2>
- Zhang, D., Bo, K., Montejo, R., Sánchez-Polán, M., Silva-José, C., Palacio, M., & Barakat, R. (2024). Influence of pelvic floor muscle training alone or as part of a general physical activity program during pregnancy on urinary incontinence, episiotomy and third- or fourth-degree perineal tear: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 103(6), 1015–1027. <https://doi.org/10.1111/aogs.14744>

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Folheto Recomendações Após Cirurgia da Mama



SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LOURES - ODIVELAS

RECOMENDAÇÕES APÓS CIRURGIA DA MAMA

Serviço de MFR do HBA

Revisto em 14 de abril de 2023

Deve ter atenção às seguintes alterações:

- **Limitações na mobilidade do braço:** É possível que, no início, seja um pouco difícil mexer o braço do lado operado, o que poderá dificultar o seu dia-a-dia. É importante fazer os exercícios recomendados, tendo sempre em conta a sua dor, para facilitar e acelerar a recuperação da sua mobilidade e força.
- **Alterações sensitivas:** Depois da cirurgia, é frequente sentir alterações da sensibilidade na área da cirurgia e no braço (por exemplo, sensação de braço pesado, formigueiros, endurecimento da pele e dor). Com o tempo, a maioria destas alterações tende a desaparecer.
- **Dor na cicatriz:** Poderá ter dor e retração no local da cicatriz. Aconselhamos o uso de um creme hidratante neutro.
- **Linfedema:** É o edema (inchaço) na mama e/ou no braço do lado operado. Os exercícios e recomendações têm como objetivo ajudar a prevenir esta situação e/ou atrasar a sua progressão.

Se sentir alguma destas alterações, informe o seu médico.

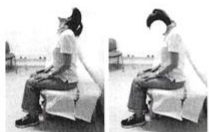
1 Exercícios recomendados no pós-operatório

Depois da cirurgia da mama, a fisioterapia tem um papel fundamental na melhoria da sua qualidade de vida e na aceleração da sua recuperação.

Faça estes exercícios 3 vezes por dia. Para cada exercício, faça 10 repetições seguidas.
Deve terminar o exercício se começar a sentir dor ou desconforto.

1.1 Nas primeiras 2 semanas

1. Mexa a cabeça para cima e para baixo.



2. Mexa a cabeça para os lados.



1

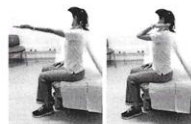
3. Eleve os ombros, aproximando-os das suas orelhas.



4. Rode os ombros para a frente e para trás.



5. Estique os braços à frente, com as palmas das mãos viradas para cima, e dobre os cotovelos, de modo a pousar as mãos nos ombros.



6. Afaste os braços do tronco, com as palmas viradas para cima, ficando com os cotovelos na linha dos ombros, e dobre os cotovelos, pousando as mãos nos ombros.



7. Junte as mãos atrás das costas.



8. Coloque as suas mãos atrás da cabeça, ficando com os cotovelos a apontar para a frente e afaste-os para os lados.



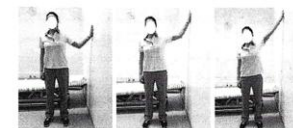
1.2 Depois das primeiras 2 semanas

Mantenha os exercícios anteriores e adicione os seguintes:

9. De frente para uma parede, coloque a mão na parede e vá subindo a mão gradualmente.

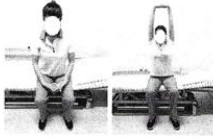


10. De lado para uma parede, coloque a mão na parede e vá subindo a mão gradualmente.

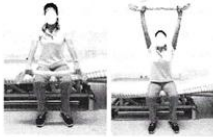


2

11. Entrelace as mãos na barriga e estique os braços para cima.



13. Agarre uma toalha com as duas mãos e leve-a em direção ao teto com os braços esticados.



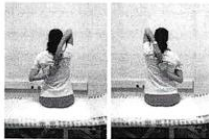
15. Com os braços esticados em direção ao chão, segurando a toalha, movimente os seus braços para cada lado.



17. Com uma bola numa mão, leve os braços em direção ao teto. Passe a bola para a outra mão. Traga os braços para baixo e para trás das costas e volte a passar a bola para a outra mão.



12. Junte as mãos atrás das costas, com um braço por cima e outro por baixo. Troque os braços.



14. Com os braços esticados em direção ao teto, segurando a toalha, incline o seu tronco para um lado e para o outro.



16. Com a toalha, leve os seus braços esticados em direção ao teto e dobre os cotovelos, de forma a que a toalha fique atrás da cabeça.



2 Algumas sugestões de cuidados a ter

Evite lesões no lado operado:

- Mantenha a sua pele limpa. Use um sabão neutro diariamente;
- Mantenha a sua pele hidratada, evite produtos agressivos e use produtos neutros;
- Tenha cuidado com as suas unhas, não arranque a pele à volta das unhas e não corte as cutículas;
- Use sempre protetor solar quando sair de casa;
- No verão, use um repelente de insetos para prevenir as picadas;
- Evite a exposição a temperaturas extremas (quentes ou frias) na região do tronco e no braço do lado operado (por exemplo, botijas de água quente, saunas, gelo);
- Use luvas quando for fazer algo que possa causar danos na pele (por exemplo, jardinagem, mexer em terra, cozinhar, manusear marisco, utilizar produtos de limpeza fortes, etc);
- Se houver uma pequena lesão da pele (por exemplo, corte, arranhão), lave muito bem com água e sabão;
- Evite procedimentos médicos que perfurem a pele no braço do lado operado (por exemplo, tirar sangue, levar vacinas, colocar cateteres).

Outras medidas:

- Evite medir a tensão arterial do lado operado. A tensão arterial pode ser medida no outro braço ou numa perna;
- Não use roupas ou acessórios muito apertados no braço do lado operado (por exemplo, anéis, pulseiras, relógios muito apertados);
- Mantenha o seu peso controlado - o ganho de peso pode agravar o edema;
- Tente fazer algum exercício aeróbio (por exemplo, caminhadas de, pelo menos, 30 minutos, todos os dias) - o exercício pode ajudar a reduzir a gravidade do edema, melhorar o estado geral e ajudar no controlo do peso;
- Caso vá viajar de avião, fale antes com o seu médico, para se informar sobre a necessidade de usar uma manga de compressão.



Hospital de Loures, E.P.E.
Avenida Carlos Teixeira, 3 | 2074-514 Loures | Portugal
T +351 219 847 200 | F +351 219 847 209
www.hbeatrizangelos.pt
Capital Social: 4.700.000 Euros | Registo da C.R.C. de Lisboa e Contribuinte nº 518 726 862

8.2. Anexo 2 – Folheto Laceração pós-parto

Laceração pós-parto

Cuidados e recomendações

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LOURES - ODIVELAS



A laceração é a rutura que ocorre no períneo (região entre o ânus e a vagina), pela pressão sobre o pavimento pélvico, no trabalho de parto, deixando uma cicatriz. É importante que esta cicatriz seja cuidada adequadamente para evitar infeções e facilitar a sua cicatrização. Nos primeiros dias, poderá sentir dor ou incómodo. Por isso, é importante seguir as recomendações descritas para minimizar tais sintomas.

Cuidados de higiene



Lave as mãos com água e sabão antes e depois de ir à casa de banho



Evite usar toalhas ásperas ou esfregar a área, de modo a evitar a irritação da ferida



Mantenha a região limpa e seca, lavando suavemente com água e sabão neutro após cada dejeção e evacuação



Evite usar produtos perfumados ou cremes que possam irritar a pele na área da cicatriz



Prefira usar pensos de algodão e renove-os frequentemente



Procure orientação médica se a cicatriz estiver inflamada, vermelha, com pus, odor fora do habitual ou se tiver dor persistente na área afetada

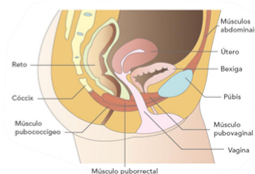
Cuidados com esforços e sobrecarga na região

- Evite esforços desnecessários, como carregar pesos ou fazer esforço físico intenso
- Evite ficar sentada durante muitas horas seguidas
- Entre e saia da cama virando-se de lado e sentando-se de seguida
- Não force a micção ou as evacuações intestinais. Se tiver dificuldade em urinar ou evacuar, procure ajuda médica
- Para ajudar na evacuação não prenda a respiração. Deve utilizar um banco de modo a ficar com as pernas mais elevadas e facilitar a saída das fezes



Cuidar do seu pavimento pélvico...

O pavimento pélvico é um conjunto de músculos e ligamentos que fecham a cavidade abdominal na sua porção inferior. Tem a função de manter os órgãos pélvicos (bexiga, uretra, útero, vagina e reto) na posição adequada.



Exercícios direcionados para o pavimento pélvico são importantes ter em conta, de modo a melhorar a força muscular, resistência e coordenação do seu pavimento pélvico, bem como melhorar a circulação sanguínea na região pélvica e acelerar a recuperação.

Com estes exercícios evita também futuras perdas involuntárias de urina, muito associadas ao pós-parto.

Para conseguir exercitar estes músculos imagine que quer parar de urinar. Contraia o máximo que conseguir, depois solte suave e lentamente. É importante não prender a respiração ou contrair as nádegas e/ou coxas durante os exercícios, pois neste caso estará a ativar outros músculos em substituição dos músculos do pavimento pélvico.



Estes exercícios podem ser feitos ao longo do dia, na posição de deitada, sentada ou em pé, podendo usar esta sequência como uma progressão para os exercícios.



É de extrema importância lembrar-se de contrair os músculos do pavimento pélvico antes de realizar esforços, como tossir, espirrar ou levantar um peso.

Outras recomendações/ informações

- Beba pelo menos 1,5 litros de água e inclua muita fibra na sua dieta (por exemplo fruta e legumes) para prevenir a obstipação
- Deve aplicar gelo recoberto por tecido, várias vezes ao dia, durante 10-15 minutos, na zona de cicatriz para alívio da dor
- Evite a exposição excessiva à luz solar, pois pode escurecer a cicatriz e torná-la mais visível
- Após o parto recomenda-se aguardar pela consulta de avaliação pós-parto antes de reiniciar a atividade sexual e o exercício físico, de forma a assegurar uma boa cicatrização dos tecidos e a reduzir o risco de infeção uterina
- Será contactada para uma consulta no Serviço de MFR, com um fisioterapeuta especialista em reabilitação do pavimento pélvico, para que se possa avaliar a integridade do seu pavimento pélvico e receber orientações personalizadas.

8.4. Anexo 4 – Folheto Classe de Exercícios do Pavimento Pélvico

PLANO DE EXERCÍCIOS

É importante manter a atividade física de forma regular. Este folheto apresenta alguns exercícios que deve realizar em casa. Assim como o treino dos músculos do pavimento pélvico.



Iniciar o exercício deitada de barriga para cima, com os joelhos dobrados e os pés à largura das ancas - Subir e descer a bacia do colchão



Deitada de barriga para cima, os braços esticados e as pernas dobradas em posição de "mesa" (anca e joelho dobrados a 90°) - Esticar uma perna e levar o braço oposto atrás, voltar à posição inicial e alternar o braço e a perna (mantendo as costas apoiadas no colchão)



Deitada de barriga para cima, com os pés juntos e os joelhos dobrados, afastar os joelhos (pode apoiar as pernas numa almofada de cada lado) - Contrair o pavimento pélvico e manter durante 10 segundos



Exercício do "gato": enrolar o queixo ao peito, subir as costas e enrolar a bacia / descer as costas, olhar em frente e desenrolar a bacia (rabo para cima)



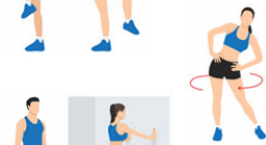
Sentar nos calcanhares, com os joelhos afastados e alongar à frente - Contrair o pavimento pélvico, manter durante 8 segundos e no final de cada uma realizar 3 contrações rápidas e fortes



Sentada numa cadeira, com os pés apoiados no chão, bacia em posição neutra, costas direitas e braços descontraídos - Contrair o pavimento pélvico rápido e forte



Na posição de pé, pés à largura das ancas - Rodar a perna, com o joelho dobrado, de dentro para fora



Na posição de pé, pés à largura das ancas - Rodar a bacia / Inclin para a frente e para trás / Inclin para um lado e para o outro



Na posição de pé, pés à largura das ancas, joelhos ligeiramente dobrados / Ou de pé, apoiada na parede - Contrair o pavimento pélvico, manter durante 10 segundos e no final contrair o máximo, antes de descontrair

Atenção: Durante todos os exercícios, manter a respiração fluida e evitar apneia!

Realizar 10 repetições de cada exercício

Relembrar a importância dos exercícios:

- Os exercícios direcionados para o pavimento pélvico são importantes de modo a melhorar e manter a força muscular, resistência e coordenação do seu pavimento pélvico. Devem ser feitos diariamente e mantidos ao longo do tempo.
- Para a sua saúde e bem-estar, a Organização Mundial da Saúde recomenda pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana.

Recomendações:

- Lembrar-se de contrair os músculos do pavimento pélvico antes de realizar esforços, como tossir, espirrar ou levantar um peso.
- Beber pelo menos 1,5L de água por dia e incluir fibra na alimentação (fruta e legumes) para prevenir obstipação.
- Deve usar um banco de modo a ficar com as pernas mais elevadas e facilitar a saída das fezes. Não force a micção ou a evacuação, nem prenda a respiração.



Caso surjam sintomas como dor, perdas de urina, gases ou fezes, procure ajuda de um profissional de saúde

HOSPITAL
BEATRIZ
ÂNGELO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LOURES - ODIVELAS

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Hospital Beatriz Ângelo

8.5. Anexo 5 – Folheto Fisioterapia durante a Radioterapia

Com radioterapia, posso fazer Fisioterapia?



A radioterapia é uma opção de tratamento frequentemente usada no cancro da mama e pode provocar diversos efeitos secundários, que variam de pessoa para pessoa. Entre os mais comuns, destacam-se:

- Alteração/inflamação da pele;
- Fibroses e aderências;
- Alterações de sensibilidade;
- Dor;
- Linfedema;
- Rigidez e limitação do movimento do ombro;
- Cansaço.

A Fisioterapia consegue ajudar e aliviar as complicações associadas à radioterapia!



Através da Fisioterapia, estes sintomas podem ser aliviados, facilitando a recuperação, promovendo a função e o retorno às atividades do dia-a-dia.

Com a diminuição da elasticidade dos tecidos, que pode surgir, é muito importante manter a mobilidade do membro afetado.



Além disso, a fisioterapia permite alcançar a posição que o braço necessita, para a realização dos tratamentos de radioterapia.



A fisioterapia previne a diminuição das amplitudes de movimento do membro afetado, para permitir a continuidade dos tratamentos e promove o bem-estar geral.

O serviço de MFR da ULS-LO recomenda que a Fisioterapia seja realizada antes, durante e após as sessões de radioterapia, com benefício no tratamento e melhoria da qualidade de vida

CONSIDERAÇÕES GERAIS



Seguir as recomendações do seu médico relativamente aos cuidados com a pele, da região atingida pela radioterapia



Manter a prática de atividade física regular



Ingerir, pelo menos, 1.5L de água por dia



Manter uma alimentação equilibrada



Controlar o peso

Esclareça as suas dúvidas, entre em contato com Hospital Beatriz Ângelo, A equipa do Serviço de MFR terá o maior prazer em responder às suas questões. T.: 219 847 200 | E-mail: geral@hbeatrizangelo.pt | www.hbeatrizangelo.pt



8.6. Anexo 6 – Folheto Pavimento Pélvico no Cancro de Mama

PAVIMENTO PÉLVICO NO CANCRO DE MAMA



SABIA QUE OS TRATAMENTOS DO CANCRO DE MAMA INFLUENCIAM A SAÚDE DO SEU PAVIMENTO PÉLVICO?

Durante os tratamentos de quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia, os níveis de estrogénio (hormona responsável pela integridade dos músculos do pavimento pélvico) tendem a diminuir, conduzindo ao enfraquecimento e atrofia dos mesmos.

FUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- Suporte dos órgãos pélvicos
- Continência urinária, fecal e de gases
- Micção e evacuação
- Função sexual
- Participam no trabalho de parto

DISFUNÇÕES E SINTOMAS PREVALENTES

INCONTINÊNCIA URINÁRIA



Toda e qualquer perda involuntária de urina.

IU de Esforço

Associada a:

- Tossir
- Espirrar
- Rir
- Exercício Físico

IU de Urgência

Associada a um forte desejo de urinar, não conseguindo adiar a micção.

INCONTINÊNCIA FECAL/GASES



Toda e qualquer perda involuntária de gases ou fezes, líquidas ou sólidas.

DISFUNÇÕES SEXUAIS



- Alteração do desejo sexual
- Perturbação dolorosa (associada ou não a falta de lubrificação)
- Diminuição da capacidade de obter o orgasmo
- Secura vaginal

Caso apresente algum destes sintomas, deve procurar um Profissional de Saúde especializado em Saúde Pélvica, de forma a avaliar o seu pavimento pélvico e estabelecer um plano de intervenção adequado.

CONSIDERAÇÕES GERAIS



Adotar uma posição correta de evacuação.



Utilizar hidratante e lubrificante vaginal.



Promover a prática de exercício físico adequado.

Ingerir, pelo menos, 1,5L de água por dia.



Controlar o peso.



Abolir hábitos tabágicos.



NÃO DESVALORIZE NENHUM DESTES SINTOMAS E PROCURE AJUDA!



Serviço de Medicina Física e Reabilitação
Hospital Beatriz Ângelo

8.7. Anexo 7 – Estudo Urodinâmico (Registo clínico 1)

Pressure-flow study report

Gender: Female Investigation nr: 01
 Date of birth: 11-09-1974 Hospital: Hospital Cruz Vermelha Portuguesa
 Patient number: 24160020 Investigator: Dr. Nuno Ramos
 Investigation date: 19-12-2019 Referred by:



Investigation memo

DADOS TECNICOS:

cateter duplo-lúmen transuretral
 velocidade de enchimento: 50ml/min
 Posição da doente: sentada

CISTOMETRIA DE ENCHIMENTO

- > Sensibilidade:
 - Sensação vesical normal
 - 1ª sensação: 120ml
 - normal desejo miccional: 250
 - forte desejo miccional: 310
- > Sem evidência de hiperatividade do detrusor
- > Compliance normal
- > Capacidade cistométrica 350 cc
- > Presença de incontinência de esforço (ALPP < 60cmH2O)

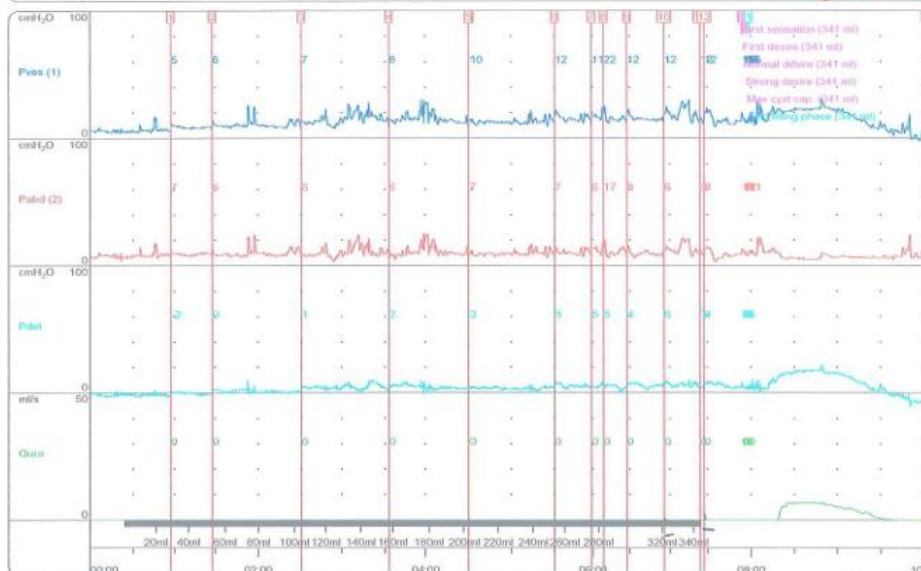
ESTUDO DE PRESSAO FLUXO

- > Tipo de micção: contração voluntária
- > Padrão de esvaziamento: normal
- > Contratilidade – normocontratil
- > Sem residuo

CONCLUSÃO: Incontinência Urinária de Esforço

Pressure-flow study report

Gender: Female Investigation nr: 01
 Date of birth: 11-09-1974 Hospital: Hospital Cruz Vermelha Portuguesa
 Patient number: 24160020 Investigator: Dr. Nuno Ramos
 Investigation date: 19-12-2019 Referred by:

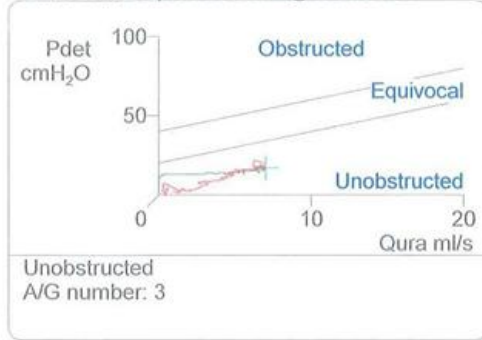


Pressure-flow study report

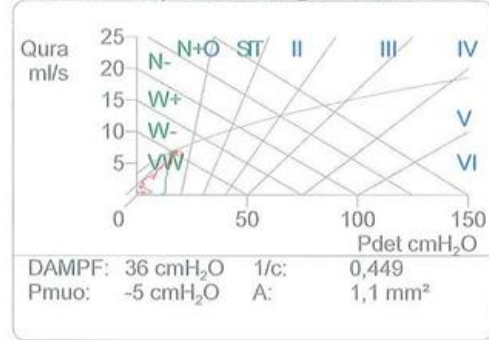
Gender: Female Investigation nr: 01
 Date of birth: 11-09-1974 Hospital: Hospital Cruz Vermelha Portuguesa
 Patient number: 24160020 Investigator: Dr. Nuno Ramos
 Investigation date: 19-12-2019 Referred by:



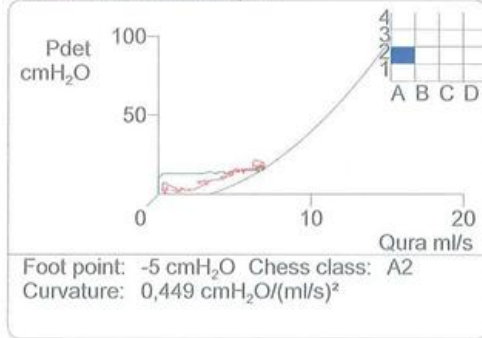
Detrusor/flow plot according to the ICS



Detrusor/flow plot according to Schäfer



CHES Detrusor/flow plot



Marker overview

Marker name	Time	Pves (1)	Pabd (2)	Pura (3)	Pdet	Vin	Vmic	Qura
First sensation	0:07:54	17	10	0	7	346	5	0
First desire	0:07:54	19	13	0	6	346	5	0
Normal desire	0:07:55	16	12	0	4	346	5	0
Strong desire	0:07:56	13	9	0	4	346	5	0
Max cyst cap.	0:07:57	13	9	0	4	346	5	0
End filling phase	0:07:58	16	11	0	5	346	5	0
Miction command	0:10:01	4	12	0	-8	346	365	0

8.8. Anexo 8 – Revisão Geral de Sistemas (Registo clínico 1)



TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome: XX **Idade:** 50 **Sexo:** Feminino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):

Incontinência Urinária de Esforço e Urgência Urinária

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Deixar de ter perdas de urina e poder voltar a realizar atividade física sem limitações.

Acesso direto Referenciado pelo profissional: uroginecologista

Fisioterapeuta responsável: Carolina Morais

Data: 03/02/2025

Contactos de outros profissionais a contactar (se 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, infeção, fraturas)</i>	✓	
Dor não relacionada com movimento <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Mal-estar geral <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Febre inexplicada <i>(Despiste de infeção)</i>	✓	
Sudorese noturna <i>(Despiste de infeção)</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.

8.10. Anexo 10 – Avaliação Inicial KHQ (Registo clínico 1)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
(Portuguese version of the King's Health Questionnaire 1993)

Ao responder a estas questões, tenha em conta a experiência que teve durante as 2 últimas semanas.

Como descreveria o seu estado geral de saúde neste momento? Escolha uma resposta

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| Muito bom | <input type="radio"/> |
| Bom | <input checked="" type="radio"/> |
| Razoável | <input type="radio"/> |
| Fraco | <input type="radio"/> |
| Muito fraco | <input type="radio"/> |

Até que ponto acha que o seu problema urinário afecta a sua vida? Escolha uma resposta

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| Não afecta | <input type="radio"/> |
| Um pouco | <input type="radio"/> |
| Moderadamente | <input type="radio"/> |
| Muito | <input checked="" type="radio"/> |

Abaixo estão mencionadas algumas das actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas urinários. Até que ponto o seu problema urinário o(a) afecta? Gostaríamos que respondesse a todas as perguntas. Responda às questões tendo em conta as 2 últimas semanas. Escolha a resposta mais adequada ao seu caso.

LIMITAÇÕES NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS

	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
Até que ponto o seu problema urinário afecta as suas actividades domésticas (por exemplo limpar, ir às compras, pequenos arranjos na casa, etc.)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta o seu trabalho, ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS</u>	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito	
O seu problema urinário afecta as suas actividades físicas (por exemplo, ir dar um passeio a pé, correr, praticar desporto, ginástica, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
O seu problema urinário afecta a sua capacidade de andar de camioneta, carro, avião ou comboio?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
O seu problema urinário limita o seu convívio com outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
O seu problema urinário limita a sua capacidade de visitar/ver os(as) amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<u>RELACÕES PESSOAIS</u>	Não se aplica	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
O seu problema urinário afecta o relacionamento com o seu (a sua) parceiro(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>EMOCÕES</u>	Não	Um pouco	Moderadamente	Muito	
Sente-se deprimido(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sente-se ansioso(a) ou nervoso(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Sente-se mal consigo próprio(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
<u>SONO/ENERGIA</u>	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre	
O seu problema urinário afecta o seu sono?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
O seu problema urinário faz sentir-se cansado(a)/esgotado(a)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<u>Com que frequência faz ou sente o seguinte:</u>					
	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre	
Usa protecções para se manter seco(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tem de mudar de roupa interior porque esta está molhada?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Preocupa-se porque pode cheirar mal?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fica envergonhado(a) por causa do seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

ORIGADO, VERIFIQUE AGORA SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

8.11. Anexo 11 – Quadro SOAP (Registo clínico 1)

1ª sessão	Exame subjetivo e diagnóstico diferencial
03/02/25	Indicações para o preenchimento do KHQ, diário miccional e realização do <i>pad test</i> . Ensino da anatomia, localização e função dos músculos do pavimento pélvico Ensino acerca da postura correta nas idas à casa de banho
2ª sessão	Realização do <i>Pad Test</i> (0g perda). Recolha de dados do diário miccional e da KHQ.
10/02/25	Exame objetivo e avaliação pélvica. Avaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 2. Mantém a contração durante 4 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: NT por dificuldade no relaxamento após contração Ensino de estratégias de continência (<i>the knack</i> e contração para adiar a urgência) Treino dos músculos do pavimento pélvico
Treino em casa:	Aplicar as estratégias de continência durante as atividades da vida diária. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 4 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de deitada.
3ª sessão	Queixas de perdas associadas ao esforço e dificuldade em adiar a urgência
17/02/25	Força muscular grau 2. Mantém contração 4 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: NT. Alguma dificuldade na consciência do movimento durante a contração, nem sempre direciona a força da forma correta. Exercícios de básculas para promover relaxamento nas idas à casa de banho. Reforço das estratégias de continência. Treino dos músculos do pavimento pélvico.
Treino em casa:	Aplicar as estratégias de continência durante as atividades da vida diária. Treino dos músculos do pavimento pélvico: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 4 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de deitada.
4ª sessão	Refere um episódio de perda de urina em maior quantidade durante uma caminhada na praia com sensação de plenitude vesical. Mantém perdas de gotas de urina durante a tosse. Melhoria na sensação de urgência, mas continua a ir à casa de banho sempre antes de sair de casa e antes de realizar exercício físico, por receio de ter perdas de urina.
24/02/25	Força muscular grau 3. Mantém contração 6 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 5. Melhor consciência sobre a contração e o relaxamento dos MPP. Reforço treino da bexiga (adiar a urgência urinária) e treino <i>the knack</i> durante a tosse. TMPP deitada e sentada.
Treino em casa:	Treino da bexiga e aplicar as estratégias de continência durante as atividades da vida diária. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 6 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de deitada e sentada
5ª sessão	Mantém perdas de urina ao tossir e durante exercícios de impacto (evita realizar). Sem episódios de urgência urinária e refere mais tempo entre as idas à casa de banho
10/03/25	Força muscular grau 4. Mantém contração 8 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 5. Treino <i>the knack</i> durante a tosse e em exercícios de aumento da pressão intra-abdominal (abdominais). TMPP deitada e na posição de pé
Treino em casa:	Treino da bexiga e aplicar as estratégias de continência durante as atividades da vida diária. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 6 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de deitada, sentada e progredir para a posição de pé
6ª sessão	Situação de perdas a dançar/pular em ambiente social, após ingestão de bebidas alcoólicas, sem urgência urinária associada.
17/03/25	Força muscular grau 4. Mantém contração 8 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 8. Treino <i>the knack</i> durante a tosse e em exercícios de aumento da pressão intra-abdominal. TMPP deitada e na posição de pé
Treino em casa:	Treino da bexiga e aplicar as estratégias de continência durante as atividades da vida diária. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 6 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de deitada, sentada e progredir para a posição de pé
7ª sessão	Refere ausência de perdas de urina durante a semana, sem movimentos (saltos) que desencadeiam a perda.
24/03/25	Recolha de dados do diário miccional e KHQ. Reavaliação do pavimento pélvico: Força muscular grau 4. Mantém contração 10 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 8. Treino <i>the knack</i> durante a tosse e em exercícios de aumento da pressão intra-abdominal. TMPP deitada e na posição de pé
Treino em casa:	Treino da bexiga e aplicar as estratégias de continência durante as atividades da vida diária. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 6 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de deitada, sentada e na posição de pé

8.12. Anexo 12 – Reavaliação Diário Miccional (Registro clínico 1)



Hora	Líquidos ingeridos		Micções	Perda de Urina			Sensação de Urgência		Actividade no momento da perda
	Tipo	Quantidade	Quantidade de urina	Pouca	Moderada	Bastante	Sim	Não	
8h05	Água	100ml	400 ml					X	
9h35			100 ml					X	
11h05		100ml	80 ml					X	
12h20			100 ml					X	
13h00		Sone						X	
14h45			100 ml	✓				X	Spiro
15h05								X	
17h11		100ml	150 ml					X	
18h30			110 ml					X	
19h08		150 ml						X	
21h05		150 ml	200 ml					X	
22h30		80 ml	105 ml					X	
23h00			200ml					X	
9h00		150 ml	250 ml					X	
9h40			150 ml					X	
10h10		150 ml	100 ml					X	
11h05			200 ml	✓				X	Spiro
12h30		150 ml	140 ml					X	
13h11								X	
13h55		80 ml	150 ml					X	
15h15								X	
17h00		100 ml	200 ml					X	
19h05		150 ml						X	
21h13			250 ml					X	
22h15								X	
10h05		80 ml	400 ml	✓				X	Spiro
11h22		150 ml						X	
12h40		100 ml	150 ml					X	
12h30		100 ml	250 ml					X	
14h05			105 ml					X	
15h11		100 ml						X	
16h50			Sone					X	
17h41			100 ml					X	
19h04		100 ml	150 ml					X	
21h10			105 ml					X	
22h03								X	

8.13. Anexo 13 – Reavaliação KHQ (Registo clínico 1)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
(Portuguese version of the King's Health Questionnaire 1993)

Ao responder a estas questões, tenha em conta a experiência que teve durante as 2 últimas semanas.

Como descreveria o seu estado geral de saúde neste momento?

Escolha uma resposta

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| Muito bom | <input checked="" type="radio"/> |
| Bom | <input type="radio"/> |
| Razoável | <input type="radio"/> |
| Fraco | <input type="radio"/> |
| Muito fraco | <input type="radio"/> |

Até que ponto acha que o seu problema urinário afecta a sua vida?

Escolha uma resposta

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| Não afecta | <input type="radio"/> |
| Um pouco | <input checked="" type="radio"/> |
| Moderadamente | <input type="radio"/> |
| Muito | <input type="radio"/> |

Abaixo estão mencionadas algumas das actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas urinários. Até que ponto o seu problema urinário o(a) afecta? Gostaríamos que respondesse a todas as perguntas. Responda às questões tendo em conta as 2 últimas semanas. Escolha a resposta mais adequada ao seu caso.

LIMITAÇÕES NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS

	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
Até que ponto o seu problema urinário afecta as suas actividades domésticas (por exemplo limpar, ir às compras, pequenos arranjos na casa, etc.)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta o seu trabalho, ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS</u>		Não afecta	Um pouco	Moderada-mente	Muito
O seu problema urinário afecta as suas actividades físicas (por exemplo, ir dar um passeio a pé, correr, praticar desporto, ginástica, etc.)?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua capacidade de andar de camioneta, carro, avião ou comboio?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita o seu convívio com outras pessoas?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita a sua capacidade de visitar/ver os(as) amigos(as)?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>RELACÕES PESSOAIS</u>	Não se aplica	Não afecta	Um pouco	Moderada-mente	Muito
O seu problema urinário afecta o relacionamento com o seu (a sua) parceiro(a)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>EMOCÕES</u>		Não	Um pouco	Moderada-mente	Muito
Sente-se deprimido(a) devido ao seu problema urinário?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se ansioso(a) ou nervoso(a) devido ao seu problema urinário?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se mal consigo próprio(a) devido ao seu problema urinário?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>SONO/ENERGIA</u>		Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
O seu problema urinário afecta o seu sono?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário faz sentir-se cansado(a)/esgotado(a)?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Com que frequência faz ou sente o seguinte:</u>					
		Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
Usa protecções para se manter seco(a)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem de mudar de roupa interior porque esta está molhada?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-se porque pode cheirar mal?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica envergonhado(a) por causa do seu problema urinário?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBRIGADO, VERIFIQUE AGORA SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

8.14. Anexo 14 – Revisão Geral de Sistemas (Registo clínico 2)

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome: XX Idade: 35 Sexo: Feminino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):

Incontinência Urinária Urgência

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Deixar de ter perdas de urina

Acesso direto Referenciado pelo profissional: ginecologista

Fisioterapeuta responsável: Carolina Morais

Data: 14/01/2025

Contactos de outros profissionais a contactar (se 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, infeção, fraturas)</i>	✓	
Dor não relacionada com movimento <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Mal-estar geral <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Febre inexplicada <i>(Despiste de infeção)</i>	✓	
Sudorese noturna <i>(Despiste de infeção)</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.

8.15. Anexo 15 – Avaliação Inicial Diário Miccional (Registo clínico 2)



Hora	Líquidos ingeridos		Micções	Perda de Urina			Sensação de Urgência		Actividade no momento da perda
	Tipo	Quantidade	Quantidade de urina	Pouca	Moderada	Bastante	Sim	Não	
18:30	Água	200 ml	980ML						
18:45	Leite	250 ml							
18:50	Água	100 ml							
18:55	Água	100 ml							
20:45			200ML	NA	NA	NA		X	NA
21:30			180ML	NA	NA	NA		X	NA
22:40		090ML	100 ML	NA	NA	NA		X	NA
06:15			450ML						
09:30	Leite	400 ml							
10:45			290 ML	NA	NA	NA		X	NA
11:30	Água	250 ML							
13:00	Água	250 ML							
13:30	Sopa	120 ML							
13:40	Água	200ML							
14:00			200ML	NA	NA	NA	X		
15:40			200ML	NA	NA	NA	X		
16:20			200ML	NA	NA	NA	X		
18:30	Água	180 ML							
20:40			180ML	NA	NA	NA		X	
21:00	Sopa	180ML							
23:40			100 ML	NA	NA	NA		X	
07:55			380ML	NA	NA	NA		X	
08:00	Água	200ML							
10:00	Leite	200ML							
11:45			250 ML	X					tomar banho
12:40	Água	180 ML							
13:45	Suco de Laranja	150 ML							
15:15			200ML	NA	NA	NA		X	
17:50			220ML	NA	NA	NA	X		
18:30	agente	150 ML							
19:00	Água	130 ML							
20:30			180ML	NA	NA	NA		X	
21:00	Sopa	180ML							
21:10	Água	100 ML							
23:40			160ML	NA	NA	NA	X		
07:05			200ML	NA	NA	NA		X	
09:00	Água	150 ML							
09:55	Água	150 ML						X	
10:50			160ML	NA	NA	NA			
10:55	Água	100ML							
12:50			180ML	NA	NA	NA		X	
13:00	Água	250 ML						X	
14:50			170ML	NA	NA	NA			
17:30	Água	200ML						X	
18:35			180ML	NA	NA	NA			

8.16. Anexo 16 – Avaliação Inicial KHQ (Registo clínico 2)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
(Portuguese version of the King's Health Questionnaire 1993)

Ao responder a estas questões, tenha em conta a experiência que teve durante as 2 últimas semanas.

Como descreveria o seu estado geral de saúde neste momento? Escolha uma resposta

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| Muito bom | <input type="radio"/> |
| Bom | <input type="radio"/> |
| Razoável | <input checked="" type="radio"/> |
| Fraco | <input type="radio"/> |
| Muito fraco | <input type="radio"/> |

Até que ponto acha que o seu problema urinário afecta a sua vida? Escolha uma resposta

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| Não afecta | <input type="radio"/> |
| Um pouco | <input checked="" type="radio"/> |
| Moderadamente | <input type="radio"/> |
| Muito | <input type="radio"/> |

Abaixo estão mencionadas algumas das actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas urinários. Até que ponto o seu problema urinário o(a) afecta?
Gostaríamos que respondesse a todas as perguntas. Responda às questões tendo em conta as 2 últimas semanas. Escolha a resposta mais adequada ao seu caso.

LIMITAÇÕES NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS

	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
Até que ponto o seu problema urinário afecta as suas actividades domésticas (por exemplo limpar, ir às compras, pequenos arranjos na casa, etc.)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta o seu trabalho, ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS

	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
O seu problema urinário afecta as suas actividades físicas (por exemplo, ir dar um passeio a pé, correr, praticar desporto, ginástica, etc.)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua capacidade de andar de camioneta, carro, avião ou comboio?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita o seu convívio com outras pessoas?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita a sua capacidade de visitar/ver os(as) amigos(as)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RELACÕES PESSOAIS

	Não se aplica	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
O seu problema urinário afecta o relacionamento com o seu (a sua) parceiro(a)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida familiar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EMOCÕES

	Não	Um pouco	Moderadamente	Muito
Sente-se deprimido(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se ansioso(a) ou nervoso(a) devido ao seu problema urinário?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se mal consigo próprio(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SONO/ENERGIA

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
O seu problema urinário afecta o seu sono?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário faz sentir-se cansado(a)/esgotado(a)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência faz ou sente o seguinte:

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
Usa protecções para se manter seco(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem de mudar de roupa interior porque esta está molhada?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-se porque pode cheirar mal?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica envergonhado(a) por causa do seu problema urinário?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBRIGADO. VERIFIQUE AGORA SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

8.17. Anexo 17 – Quadro SOAP (Registo clínico 2)

1ª sessão	Exame subjetivo e diagnóstico diferencial
14/01/2025	Indicações para o preenchimento do diário miccional e KHQ. Ensino da anatomia, localização e função dos músculos do pavimento pélvico Ensino acerca da postura correta nas idas à casa de banho
2ª sessão	Recolha de dados diário do miccional e KHQ.
21/01/2025	Exame objetivo e avaliação pélvica. Avaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 1. Mantém a contração durante 1 segundo. Nº repetições: NT. Nº contrações rápidas: NT. Ensino de estratégias de continência (contração MPP para adiar a urgência urinária)
Treino em casa:	Tentar colocar em prática a estratégia de contração MPP para adiar a urgência urinária e contrair MPP quando sente que vai perder um gás
3ª sessão	Mantém queixas de perdas de urina e gases.
28/01/2025	Esquema PERFECT: força muscular grau 1. Mantém a contração durante 1 segundo. Nº repetições: NT. Nº contrações rápidas: NT. Mobilização e massagem na cicatriz perineal. Eletroestimulação + TMPP – com indicação para relaxar os adutores e glúteos
Treino em casa:	TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 1 segundo. Na posição de deitada.
4ª sessão	Refere não ter tido perdas de urina. Mantém perdas de gases.
04/02/2025	Esquema PERFECT: força muscular grau 1. Mantém a contração durante 2 segundos. Nº repetições: NT. Nº contrações rápidas: NT. Ensino mobilização e massagem na cicatriz perineal. Eletroestimulação + TMPP – com indicação para relaxar os adutores e glúteos
Treino em casa:	Auto-mobilização e massagem cicatriz perineal, diariamente. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 2 segundos. Na posição de deitada.
5ª sessão	Sem perdas de urina nem dor na cicatriz durante a auto-mobilização. Teve um episódio de urgência sem perda.
11/02/2025	Esquema PERFECT: força muscular grau 1. Mantém a contração durante 2 segundos. Nº repetições: NT. Nº contrações rápidas: NT. Mobilização e massagem na cicatriz perineal. Eletroestimulação + TMPP.
Treino em casa:	Auto-mobilização e massagem cicatriz perineal, diariamente. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 2 segundos. Na posição de deitada.
6ª sessão	Refere que a sua recuperação se mantém estável, sem perdas de urina.
18/02/2025	Esquema PERFECT: força muscular grau 2. Mantém a contração durante 4 segundos. Nº repetições: 4. Nº contrações rápidas: 6. Mobilização e massagem na cicatriz perineal. Eletroestimulação + TMPP.
Treino em casa:	Auto-mobilização e massagem cicatriz perineal, diariamente. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 4 segundos. Na posição de deitada.
7ª sessão	Sem dor na cicatriz e nega situações de urgência urinária e perdas de urina.
25/02/2025	Esquema PERFECT: força muscular grau 2. Mantém a contração durante 4 segundos. Nº repetições: 5. Nº contrações rápidas: 6. Mobilização e massagem na cicatriz perineal. Eletroestimulação + TMPP.
Treino em casa:	Auto-mobilização e massagem cicatriz perineal, diariamente. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 4 segundos. Na posição de deitada.
8ª sessão	Trânsito intestinal regular (diariamente). Sem episódios de perdas de urina
11/03/2025	Esquema PERFECT: força muscular grau 2. Mantém a contração durante 7 segundos. Nº repetições: 4. Nº contrações rápidas: 6. Mobilização e massagem na cicatriz perineal. Eletroestimulação + TMPP. Auto-mobilização e massagem cicatriz perineal, dia sim dia não. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 7 segundos. Na posição de deitada
9ª sessão	Recolha dos dados do diário do miccional e KHQ. Nega situações de urgência urinária e perdas de urina. Mantém perda de gases ocasional. Trânsito intestinal regular (diariamente), sem realizar <i>straining</i> .
18/03/2025	Reavaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 2+. Mantém a contração durante 8 segundos. Nº repetições: 5. Nº contrações rápidas: 10. Sem pontos dolorosos na cicatriz, mantém aderências na região entre o introito vaginal e o centro do períneo. Já não se verificam alterações na sensibilidade tátil, do lado direito. Mobilização e massagem na cicatriz perineal. TMPP com palpação vaginal.
Treino em casa:	Auto-mobilização e massagem cicatriz perineal, dia sim dia não. TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 10 segundos. Na posição de deitada e progredir para sentada.

8.18. Anexo 18 – Reavaliação Diário Miccional (Registo clínico 2)



*Diário
Azul 7º série
(18/03/2025)*

Hora	Líquidos ingeridos		Micções	Perda de Urina			Sensação de Urgência		Actividade no momento da perda
	Tipo	Quantidade	Quantidade de urina	Pouca	Moderada	Bastante	Sim	Não	
9:00	Sumo	300ML							
10:00			50 ML					X	
13:20	Água	200ML							
19:19			100 ML					X	
20:00	Sida	400ML							
22:00	Água	200ML							
23:20	Água	80ML							
01:40			50ML					X	
03:50			200ML					X	
09:20	Água	200ML							
10:00	Café	200ML	100ML					X	
13:05	Água	50 ML							
14:00	Água	200ML							
16:00			200ML					X	
17:00	Refrigerante	100ML							
17:30			150ML					X	
19:15	Água	100ML							
20:00	Água	100ML							
20:15	Xope	200ML							
20:30			200 ML					X	
21:00	Água	100ML							
22:15			150 ML					X	
22:55			150ML					X	
07:00	Água	100ML							
07:15	Café	250ML							
07:45			200ML					X	
08:30	Café	60ML							
10:30			150ML					X	
11:00	Água	200ML							
13:00	Água	250ML							
14:15			200ML					X	
16:30	Água	200ML						X	
17:15	Água	100ML							
18:30	Água	50ML	100ML					X	
21:00									
21:30	Água	150ML							
23:00			200ML					X	
07:00	Água	200ML							
07:15			150ML					X	

8.19. Anexo 19 – Reavaliação KHQ (Registo clínico 2)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
(Portuguese version of the King's Health Questionnaire 1993)

Ao responder a estas questões, tenha em conta a experiência que teve durante as 2 últimas semanas.

Como descreveria o seu estado geral de saúde neste momento? Escolha uma resposta

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| Muito bom | <input type="radio"/> |
| Bom | <input checked="" type="radio"/> |
| Razoável | <input type="radio"/> |
| Fraco | <input type="radio"/> |
| Muito fraco | <input type="radio"/> |

Até que ponto acha que o seu problema urinário afecta a sua vida? Escolha uma resposta

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| Não afecta | <input type="radio"/> |
| Um pouco | <input checked="" type="radio"/> |
| Moderadamente | <input type="radio"/> |
| Muito | <input type="radio"/> |

Abaixo estão mencionadas algumas das actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas urinários. Até que ponto o seu problema urinário o(a) afecta? Gostaríamos que respondesse a todas as perguntas. Responda às questões tendo em conta as 2 últimas semanas. Escolha a resposta mais adequada ao seu caso.

LIMITAÇÕES NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS

	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
Até que ponto o seu problema urinário afecta as suas actividades domésticas (por exemplo limpar, ir às compras, pequenos arranjos na casa, etc.)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta o seu trabalho, ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS</u>	Não afecta	Um pouco	Moderada-mente	Muito
O seu problema urinário afecta as suas actividades físicas (por exemplo, ir dar um passeio a pé, correr, praticar desporto, ginástica, etc.)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua capacidade de andar de camioneta, carro, avião ou comboio?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita o seu convívio com outras pessoas?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita a sua capacidade de visitar/ver os(as) amigos(as)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>RELACÕES PESSOAIS</u>	Não se aplica	Não afecta	Um pouco	Moderada-mente	Muito
O seu problema urinário afecta o relacionamento com o seu (a sua) parceiro(a)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida familiar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>EMOÇÕES</u>	Não	Um pouco	Moderada-mente	Muito
Sente-se deprimido(a) devido ao seu problema urinário?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se ansioso(a) ou nervoso(a) devido ao seu problema urinário?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se mal consigo próprio(a) devido ao seu problema urinário?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>SONO/ENERGIA</u>	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
O seu problema urinário afecta o seu sono?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário faz sentir-se cansado(a)/esgotado(a)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência faz ou sente o seguinte:

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
Usa protecções para se manter seco(a)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem de mudar de roupa interior porque esta está molhada?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-se porque pode cheirar mal?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica envergonhado(a) por causa do seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBRIGADO. VERIFIQUE AGORA SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

8.20. Anexo 20 – Revisão Geral de Sistemas (Registo clínico 3)

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome: XX Idade: 46 Sexo: Feminino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):

Dispareunia e incontinência urinária

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Diminuição da dor durante as relações sexuais

Acesso direto Referenciado pelo profissional: oncologista

Fisioterapeuta responsável: Carolina Morais

Data: 04/02/2025

Contactos de outros profissionais a contactar (se 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, infeção, fraturas)</i>	✓	
Dor não relacionada com movimento <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Mal-estar geral <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Febre inexplicada <i>(Despiste de infeção)</i>	✓	
Sudorese noturna <i>(Despiste de infeção)</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.

8.22. Anexo 22 – Avaliação FSFI (Registo clínico 3)

ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI)

Nome: _____

Avaliador: _____ Data: __/__/____

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mentidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições: **Atividade sexual** pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual. **Ato sexual** é definido quando há penetração do pênis na vagina. **Estímulo sexual** inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação ou fantasia sexual (pensamentos). **Desejo sexual** ou **interesse sexual** é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo. **Excitação sexual** é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação ou contrações musculares. ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA.

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?		Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	<u>Poucas vezes</u>	Quase nunca ou nunca
2. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?		Muito alto	Alto	Moderado	<u>Baixo</u>	Muito baixo ou nenhum
3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	<u>Quase nunca ou nunca</u>
4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação durante a atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Muito alto	Alto	Moderado	<u>Baixo</u>	Muito baixo ou nenhum
5. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Segurança muito alta	Segurança alta	Segurança moderada	Segurança baixa	<u>Segurança muito baixa ou sem segurança</u>
6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	<u>Quase nunca ou nunca</u>

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você teve lubrificação vaginal durante a atividade sexual ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	<u>Quase nunca ou nunca</u>
8. Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal durante o ato sexual ou atividades sexual?	Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	<u>Muito difícil</u>	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você manteve lubrificação vaginal até o final da atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	<u>Quase nunca ou nunca</u>
10. Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal até o final de atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	<u>Extremamente difícil ou impossível</u>	Muito difícil	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência você atingiu o orgasmo?	Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	<u>Poucas vezes</u>	Quase nunca ou nunca
12. Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo?	Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	<u>Muito difícil</u>	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
13. Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo durante atividade ou ato sexual?	Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	<u>Muito insatisfeita</u>
14. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	Sem atividade sexual	<u>Muito satisfeita</u>	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro?		Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	<u>Muito insatisfeita</u>
16. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?		Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Quase igualmente satisfeita e insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	<u>Muito insatisfeita</u>
17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	Sem atividade sexual	<u>Quase sempre ou sempre</u>	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	Sem atividade sexual	<u>Quase sempre ou sempre</u>	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
19. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	Sem atividade sexual	<u>Muito alto</u>	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum

Domínio	Questões	Fator de multiplicação	Total	Domínio	Questões	Fator de multiplicação	Total
Desejo	1 – 2	0,6		Orgasmo	11 – 12 – 13	0,4	
Excitação	3 – 4 – 5 – 6	0,3		Satisfação	14 – 15 – 16	0,4	
Lubrificação	7 – 8 – 9 – 10	0,3		Dor	17 – 18 - 19	0,4	
Total da escala							

8.23. Anexo 23 – Quadro SOAP (Registo clínico 3)

1ª sessão	Recolha da história clínica e diagnóstico diferencial
4/02	Preenchimento FSFI. Indicações para o preenchimento do diário miccional e para realizar o <i>padtest</i> na sessão seguinte Ensino da anatomia, localização e função dos músculos do pavimento pélvico Ensino acerca da postura correta nas idas à casa de banho
2ª sessão	Mantém os sintomas de dispareunia e IUE. Recolha de dados dos instrumentos de medida preenchidos e do diário miccional.
11/02	Realização do <i>padtest</i> . Realização do exame objetivo e avaliação pélvica. Avaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 4. Mantém a contração durante 8 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: NT devido à dificuldade no relaxamento rápido. Avaliação dos pontos dolorosos, no introito vaginal e na musculatura superficial e profunda: 8/10 Ensino de estratégias de continência (<i>the knack</i> - contrair MPP antes de realizar uma atividade com aumento da pressão intra-abdominal / esforço) Alongamento das estruturas musculares com aumento de tensão
Treino em casa:	Ao colocar hidratante vaginal, diariamente, realizar estratégias de dessensibilização ao toque: massagem e toque na região da vulva e introito vaginal
18/02	Faltou
3ª sessão	Mantém os sintomas de dispareunia, mas refere menor frequência de perdas de urina. Refere modificação dos hábitos nas idas à casa de banho: correta posição, evita realizar <i>straining</i> durante saída das fezes e aumento da ingestão hídrica de 1L para 1,5L
25/02	Avaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 4. Mantém a contração durante 8 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: NT devido à dificuldade no relaxamento. Avaliação dos pontos dolorosos: 8/10 Exercícios de mobilidade da pélvis e realização de alongamentos Reforço das estratégias de continência associadas ao esforço (<i>the knack</i>) TMPP com foco na promoção de um relaxamento total após cada contração Alongamento das estruturas musculares com aumento de tensão – após a palpação apresentava uma pequena perda de sangue e foi sugerida a realização de uma avaliação ginecológica
Treino em casa:	TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, mantidas durante 8 segundos, com respiração abdominodiafragmática entre cada contração, para promover um relaxamento total. Progredir nas estratégias de dessensibilização ao toque para alongamentos da musculatura mais superficial do pavimento pélvico Realizar em casa exercícios de mobilidade da pélvis e alongamentos
11/03	Faltou
4ª sessão	Refere melhoria significativa das perdas de urina. Mantém dor durante a penetração 8/10. Tem realizado os exercícios em casa e refere melhor tolerância ao toque.
18/03	Avaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 4. Mantém a contração durante 10 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: NT devido à dificuldade no relaxamento. Avaliação dos pontos dolorosos: 7/10 Exercícios de mobilidade da pélvis e realização de alongamentos Alongamento das estruturas musculares com aumento de tensão – após a palpação apresentava uma pequena perda de sangue e foi sugerida a realização de uma avaliação ginecológica TMPP com foco na promoção de um relaxamento total após cada contração
Treino em casa:	TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, mantidas durante 10 segundos, com respiração abdominodiafragmática entre cada contração, para promover um relaxamento total. Manter alongamentos da musculatura mais superficial do pavimento pélvico, incluir vibração para promoção da dessensibilização dos pontos dolorosos Realizar em casa exercícios de mobilidade da pélvis e alongamentos
5ª sessão	Refere melhoria significativa das perdas de urina. A diminuição da intensidade da dor durante a palpação e os exercícios não teve impacto na sua atividade sexual.
25/03	Recolha da informação do FSFI e do diário miccional. Reavaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 5. Mantém a contração durante 10 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: NT devido à dificuldade no relaxamento rápido. Avaliação dos pontos dolorosos, no introito vaginal e na musculatura superficial e profunda: 6/10. Mantém hipertonía generalizada nos MPP Ensino de estratégias com recurso a vibração para dessensibilização de pontos dolorosos e alongamento da musculatura com tónus elevado
Treino em casa:	TMPP: 3 séries, de 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, mantidas durante 10 segundos, com respiração abdominodiafragmática entre cada contração, para promover um relaxamento total. Alongamentos com vibração associada na musculatura do pavimento pélvico Manter exercícios de mobilidade da pélvis e alongamentos

8.25. Anexo 25 – Ficha de Avaliação na grávida com diabetes

Ficha de Avaliação – Classe diabetes gestacional

Data: ____ / ____ / ____

Nome:		Idade:	
Semanas gestação:		Data prevista para o parto:	
Altura:	Peso prévio à gravidez:	IMC prévio à gravidez:	

Atividade Física? Sim / Não Tipo e frequência?

Medicação?

Função Urinária

Tem perdas de urina? Sim / Não Frequência das perdas?

Em que situações? Esforço / Urgência / Mista

Que quantidade perde habitualmente? Gotas / Esguicho / Completa

Precisa de proteção? Que tipo e quantos?

Ingestão de líquidos diária?

Função Gastrointestinal

Perdas de gases e/ou fezes? Sim / Não Frequência das perdas?

Em que situações? Esforço / Urgência / Mista

Em que quantidade? Ligeira / Parcial / Completa

Precisa de proteção? Que tipo e quantos?

Tipo de fezes, segundo a escala de Bristol?

Frequência de dejeções?

História Obstétrica/Ginecológica

Nºpartos?

Idade dos filhos?

Tipo de Parto?

Laceração/Episiotomia?

Avaliação do Pavimento Pélvico

Observação Visual:

Sensibilidade tátil:

Efeito da tosse:

Capacidade voluntária de contração/relaxamento:

Força Muscular: grau 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Resistência:** 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 segundos

Fatores de risco para desenvolver diabetes gestacional: idade > 35 anos / excesso de peso ou obesidade / história familiar de diabetes / história anterior de DMG / hipotireoidismo / terapêutica com corticoides.

Contraindicações para o exercício: hipertensão gestacional / pré-eclampsia / rotura de membranas / colo do útero incompetente / sangramento vaginal no 2º ou 3º trimestre / placenta prévia / gestação múltipla em risco de trabalho prematuro / trabalho de parto prematuro

8.26. Anexo 26 – Avaliações Periódicas na Classe de Exercício na diabetes gestacional

Avaliação em classe

IMC:	Semanas gestação	Glicémia (antes do exercício)
Peso inicial:		
1ª classe		
2ª classe		
3ª classe		
4ª classe		
Peso:		
5ª classe		
6ª classe		
7ª classe		
8ª classe		
Peso:		
9ª classe		
10ª classe		
11ª classe		
12ª classe		
Peso:		
13ª classe		
14ª classe		
15ª classe		
16ª classe		
Peso:		

Valores alvo da glicémia: em jejum: < 95 mg/dl / após as refeições: < 140 mg/dL

Valores de referência para o ganho de peso gestacional:

IMC < 18,5: 12,5 – 18 kg (0,5 - 0,6 kg por semana)

18,5 < IMC < 24,9: 11,5 – 16 kg (0,4 – 0,5 kg por semana)

25 < IMC < 29,9: 7 – 11,5 kg (0,2 – 0,3 kg por semana)

IMC > 30: 5–9 kg (0,2 – 0,3 por semana)

Avaliação 6 semanas após o parto – por telefone:

- Aumento de peso total na gravidez
- Tempo de gestação no momento do parto
- Tipo de parto
- Peso do bebê à nascença
- Duração do internamento da mãe e do bebê
- Caso tenha existido admissão numa unidade de cuidados neonatais, motivo e duração do internamento
- Queixas de disfunção do pavimento pélvico
- *Feedback* das classes realizadas e sugestões de melhoria

8.27. Anexo 27 – *Feedback da Orientadora*

Apresentação dos resultados e competências adquiridas pelo aluno

No início do estágio realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, integrada no segundo ano da 14ª edição do Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, foi-me solicitada uma apresentação de competência a adquirir pela aluna Carolina Morais. Ao fim de mais de 300 horas de estágio no Hospital de Loures - Hospital Beatriz Ângelo, é com satisfação que confimo que a aluna adquiriu as competências estabelecidas para o período de estágio, demonstrando sempre interesse, prontidão e empatia no trabalho com o utente e equipa multidisciplinar.

A Carolina demonstrou-se capaz de se integrar na equipa como elemento dinamizador quer da avaliação quer do tratamento dos utentes presentes na ULS Loures-Odivelas com quem contactou. Integrou-se em projetos já existentes, tanto na classe de IU como nas classes de mobilidade em utente com cancro de mama. Exibiu competências para atuar de forma independente na avaliação, planeamento e tomada de decisões clínicas ao longo da intervenção. Demonstrou capacidade de aplicar as competências fornecidas durante o primeiro ano curricular de mestrado para que possa aplicar com as utentes da ULS Loures-Odivelas, dentro das diversas áreas. Desenvolveu a prática clínica baseada na evidência com apresentações periódicas do mesmo ao orientado. Demonstrou expertise na prática clínica em contexto de internamento e ambulatório. Demonstrou capacidade de responder a casos clínicos complexos, quer no acompanhamento direto quer na pesquisa baseada na melhor evidência. Desenvolveu um projeto que visa a melhoria do apoio às grávidas com diabetes tipo II acompanhadas na ULS Loures-Odivelas, projecto esse que promove a implementação do exercício físico nessa população e avaliação do pavimento pélvico com sessão de esclarecimento sobre disfunções MPP. Não foi possível implementação do mesmo ainda no período de estágio mas será dada continuidade pela equipa de fisioterapeutas do HBA integradas na Saúde da Mulher.

Posso então concluir que a presença da Carolina no nosso serviço foi uma mais valia, acredito que para a Carolina também que tenha sido um momento de aprendizagem e reflexão dentro da área da Saúde da Mulher.

8.28. Anexo 28 – Feedback dos Utentes

Questionário de feedback

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 – Indiferente, 4 – Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com o acompanhamento prestado?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza da comunicação e informação partilhada?					X
Considera que o plano de tratamento foi discutido e adequado aos seus objetivos?					X
Sentiu-se acompanhado e motivado para a realização do plano de tratamento?					X
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?					X

Outros comentários:

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,

Fisioterapeuta Carolina Morais

Questionário de feedback

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 – Indiferente, 4 – Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com o acompanhamento prestado?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza da comunicação e informação partilhada?					X
Considera que o plano de tratamento foi discutido e adequado aos seus objetivos?					X
Sentiu-se acompanhado e motivado para a realização do plano de tratamento?					X
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?					X

Outros comentários:

A Fisioterapeuta Carolina esteve atenta às minhas necessidades e acompanhou-me ajudando a ultrapassar os desafios adjacentes à condição pélvica.

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,

Fisioterapeuta Carolina Morais

Questionário de *feedback*

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com o acompanhamento prestado?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza da comunicação e informação partilhada?					X
Considera que o plano de tratamento foi discutido e adequado aos seus objetivos?					X
Sentiu-se acompanhado e motivado para a realização do plano de tratamento?					X
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?					X

Outros comentários:

funto obrigada p/ profissionalismo e
recidência!

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,

Fisioterapeuta Carolina Morais

Questionário de *feedback*

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com o acompanhamento prestado?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza da comunicação e informação partilhada?					X
Considera que o plano de tratamento foi discutido e adequado aos seus objetivos?					X
Sentiu-se acompanhado e motivado para a realização do plano de tratamento?					X
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?					X

Outros comentários:

Seja extraordinária acompanhando
e cuidando de cada pessoa e
do meu trabalho

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,

Fisioterapeuta Carolina Morais

8.29. Anexo 29 – Feedback da Classe de Exercícios do Pavimento Pélvico

Questionário de feedback

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com a minha prestação?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza das instruções dadas durante a classe?					X
Considera que os exercícios foram adequados à sua reabilitação?				X	
Sentiu-se acompanhado e motivado durante a realização dos exercícios?				X	
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?				X	

Outros comentários:

Na minha opinião, fui sempre bem esclarecida e houve sempre "disponibilidade" e clareza para tudo o que era necessário.

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,

Fisioterapeuta Carolina Morais

Questionário de feedback

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com a minha prestação?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza das instruções dadas durante a classe?				X	
Considera que os exercícios foram adequados à sua reabilitação?				X	
Sentiu-se acompanhado e motivado durante a realização dos exercícios?				X	
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?				X	

Outros comentários:

Notei bastante a diferença com as aulas de "grupo", melhorei, a meu ver significativamente. A classe proporcionou entender ainda + o funcionamento do pav. pélvico.

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,

Fisioterapeuta Carolina Morais

Questionário de *feedback*

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com a minha prestação?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza das instruções dadas durante a classe?					X
Considera que os exercícios foram adequados à sua reabilitação?					X
Sentiu-se acompanhado e motivado durante a realização dos exercícios?					X
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?					X

Outros comentários:

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,
Fisioterapeuta Carolina Morais

Questionário de *feedback*

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com a minha prestação?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza das instruções dadas durante a classe?					X
Considera que os exercícios foram adequados à sua reabilitação?					X
Sentiu-se acompanhado e motivado durante a realização dos exercícios?					X
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?					X

Outros comentários:

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,
Fisioterapeuta Carolina Morais

Questionário de *feedback*

Agradeço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, incluído no relatório de estágio que estou a realizar, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher.

Numa escala de 1 a 5, em que: 1 - Nada satisfeito, 2 - Pouco satisfeito, 3 - Indiferente, 4 - Satisfeito, 5 - Muito satisfeito

Assinale com (x) a opção escolhida:

	1	2	3	4	5
Quão satisfeito ficou com a minha prestação?					X
Quão satisfeito se sentiu com a clareza das instruções dadas durante a classe?					X
Considera que os exercícios foram adequados à sua reabilitação?					X
Sentiu-se acompanhado e motivado durante a realização dos exercícios?					X
Satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas?					X

Outros comentários:

Obrigada por participar no meu desenvolvimento pessoal e profissional,

Fisioterapeuta Carolina Morais

PARTE II – ESTUDO DE CASO

Mestrado em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher
Ano Letivo 2024/2025

Intervenção da fisioterapia numa mulher com dupla incontinência, após a menopausa: um estudo de caso

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida, Fisioterapeuta

Coorientadora: Mestre Cláudia Clérigo de Abreu, Fisioterapeuta

Discente: Carolina de Sousa Morais nº 20230128

Alcoitão, junho de 2025

Resumo

Introdução: A dupla incontinência é uma condição angustiante que afeta a função, a autoimagem e a qualidade de vida dos utentes, atingindo maioritariamente o sexo feminino, com idade avançada. O tratamento da incontinência, seja urinária ou fecal, pode ser desafiante, uma vez que a sua etiologia é multifatorial. O treino dos músculos do pavimento pélvico é recomendado para todos os utentes com incontinência, no entanto, não existe consenso sobre as especificidades e regime de exercício em utentes com dupla incontinência. O objetivo deste estudo foi descrever a intervenção da fisioterapia pélvica numa mulher com dupla incontinência, na pós-menopausa. **Descrição do Caso:** Uteute do sexo feminino com 64 anos, encaminhada pela ginecologia por incapacidade de manter a continência de gases, fezes moles/líquidas e urina, associadas à urgência urinária e defecatória. A intervenção teve uma duração de 6 semanas e incluiu estratégias de educação, modificação de comportamentos e treino dos músculos do pavimento pélvico. **Resultados:** Após seis semanas de intervenção, verificou-se uma diminuição na frequência de perdas de urina, fezes e da urgência urinária e defecatória, mantendo-se a incontinência de gases. Obteve-se um resultado positivo na função dos músculos do pavimento pélvico, gravidade dos sintomas e qualidade de vida. **Conclusão:** A intervenção da fisioterapia teve um resultado positivo na melhoria dos sintomas da doente com diagnóstico de dupla incontinência. Conclui-se a necessidade de investigação na área da saúde pélvica, nomeadamente em utentes com dupla incontinência, e acerca da intervenção da fisioterapia na incontinência de gases.

Palavras-chave: fisioterapia; dupla incontinência; incontinência anal; treino dos músculos do pavimento pélvico; pós-menopausa

Abstract

Introduction: Double incontinence is a distressing condition that affects the function, self-image and quality of life of patients, affecting mostly women of advanced age. The treatment of incontinence, whether urinary or fecal, can be challenging, since its etiology is multifactorial. Pelvic floor muscle training is recommended for all patients with incontinence, however, there is no consensus on the specifics and exercise regime for double incontinence. The aim of this study was to describe the intervention of pelvic physiotherapy in a postmenopausal woman with double incontinence. **Case Report:** A 64-year-old female patient was referred by the gynecologist due to an inability to maintain continence of gas, soft/liquid feces and urine, associated with urinary and defecation urgency. The intervention lasted 6 weeks and included educational strategies, behavior modification and pelvic floor muscle training. **Results:** After six weeks of intervention, there was a decrease in the frequency of urine and stool leakage and urinary and defecation urgency, while gas incontinence remained the same. A positive result was obtained in terms of pelvic floor muscle function, symptom severity and quality of life. **Conclusion:** The physiotherapy intervention had a positive result in improving the symptoms of the patient diagnosed with double incontinence. In conclusion, there is a need for research in the area of pelvic health, particularly in patients with double incontinence, and on the intervention of physiotherapy in gas incontinence.

Keywords: physiotherapy; double incontinence; anal incontinence; pelvic floor muscle training; postmenopausal

1. Introdução

A *International Continence Society* (ICS) define dupla incontinência como a queixa de incontinência anal e urinária. A incontinência anal (IA) representa a perda involuntária de gases e/ou fezes e a incontinência urinária (IU) a perda involuntária de urina (Sultan et al., 2017). Estima-se que a prevalência de dupla incontinência possa variar entre 3 a 5%, sendo mais prevalente no sexo feminino e associada principalmente à idade avançada (Surmont & Kindt, 2022).

Esta condição é angustiante e afeta a função, a autoimagem e a qualidade de vida. A IU está associada a um estigma e constrangimento significativos, bem como à crença de que é uma parte normal do envelhecimento (Shaw & Wagg, 2021). A incontinência de gases parece contribuir para um impacto psicossocial mais negativo, devido às implicações derivadas da componente auditiva e odor desagradável (Cattani et al., 2019). Estando a IA associada ao isolamento social, interferindo com as relações íntimas (Meyer & Richter, 2016).

A IU afeta entre 15 a 35% das mulheres após a menopausa, sendo a incontinência urinária de urgência (IUU) muito comum nesta fase de vida. A deficiência de estrogênio desempenha um papel importante na etiologia da urgência, pois a mucosa uretral e o músculo liso do trato urinário dependem desta hormona (Bapir et al., 2023). Geralmente, a IUU encontra-se associada a fatores como bexiga hiperativa, noctúria e aumento da frequência urinária (Bø, 2020).

A IA engloba a incontinência fecal (IF) que se caracteriza pela perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas (Sultan et al., 2017). Existem dois tipos de IF, a incontinência ativa, também denominada incontinência de urgência, em que o doente se apercebe que quer evacuar, apenas não consegue deferir a defecação até chegar à casa de banho, e a incontinência passiva, quando o utente não se apercebe que perdeu fezes (Desprez et al., 2021; Folgado, 2022). Quando surge uma mancha na roupa interior, pela perda de muco através do canal, denomina-se *soiling* (Freeman & Menees, 2016; Knol et al., 2022).

A diferenciação entre IF ativa ou passiva permite-nos avaliar a gravidade e diferenciar entre causas motoras e neurológicas. É necessário também saber se há IU associada e diferenciar para que tipo de fezes ocorre a IF, pois uma incontinência para fezes líquidas e sólidas é mais grave do que apenas para fezes líquidas (Folgado, 2022).

Existem diversos mecanismos, que conjugados, cooperam para a normal continência fecal: a motilidade intestinal, o volume e a consistência fecal, o grau de

consciência mental, a tonicidade do esfíncter anal e a integridade da inervação neuronal (Pires et al., 2024).

A percepção sensorial e a motilidade cólica são variáveis fisiológicas importantes que afetam a função anorretal. A fraqueza do esfíncter anal ou do músculo puborretal, a alteração da sensibilidade retal ou do canal anal e a consistência e características das fezes podem sobrecarregar a capacidade normal de manter a continência e resultar em perda (Alavi et al., 2015; Rao, 2010). Segundo Freeman & Menees (2016), 80% dos doentes apresentam mais do que um fator fisiopatológico para o desenvolvimento de IF.

Tal como acontece na IU, também na IF existem vários fatores associados ao envelhecimento, especialmente após a menopausa, como a atrofia do músculo puborretal e o comprometimento da função do esfíncter anal externo (Albuquerque & Rao, 2025; Knol et al., 2022). A diminuição da tonicidade em repouso, com o estreitamento do esfíncter anal externo provocam uma diminuição da pressão de compressão, necessária para a continência. Além disso, a diminuição da sensibilidade e complacência retal causam um comprometimento da função sensório-motora do reservatório retal (Freeman & Menees, 2016). Segundo a evidência científica, a IF de urgência parece estar associada à disfunção do esfíncter anal externo e à capacidade retal reduzida (Desprez et al., 2021; Meyer & Richter, 2016). Assim como a incontinência de gases, que também parece estar relacionada com alterações no esfíncter anal externo (Cattani et al., 2019). Por sua vez, o *soiling* encontra-se associado à evacuação incompleta e à sensibilidade retal prejudicada (Meyer & Richter, 2016).

É fundamental obter um historial cuidadoso e completo de um utente com incontinência, sendo o primeiro passo: estabelecer uma relação de confiança. Deve ser avaliado o início e a duração dos sintomas, a frequência e quantidade de perdas, os subtipos clínicos da incontinência, urinária e fecal, e o impacto na qualidade de vida. É importante obter informação acerca dos sintomas associados, fatores agravantes e tratamentos realizados anteriormente. Para além de um historial obstétrico e cirúrgico detalhados, devem ainda ser registadas as condições médicas preexistentes e os medicamentos relevantes, que possam interferir com a condição clínica (Alavi et al., 2015; Rao, 2010).

Um exame digital retal, combinado com a palpação vaginal, é uma componente essencial da avaliação clínica da dupla incontinência (Patcharatrakul & Rao, 2018). Permite avaliar a tonicidade muscular basal e em contração, a elevação do períneo durante a contração voluntária e o grau de força e coordenação dos músculos do pavimento

pélvico (MPP) (Alavi et al., 2015; Folgado, 2022; Knol et al., 2022; Patcharatrakul & Rao, 2018; Rao, 2010). Segundo Rao (2010), os pacientes com IF apresentam, no exame objetivo, uma diminuição da tonicidade em repouso e/ou uma diminuição da força de compressão do esfíncter anal.

Assim como na IU, as estratégias de tratamento na IF podem ser divididas em tratamento conservador, incluindo intervenções comportamentais e de estilo de vida, seguido de tratamento farmacológico e, em último recurso, cirúrgico (Shaw & Wagg, 2021). Segundo Knol et al., (2022), em casos ligeiros de IF de urgência, as medidas dietéticas, o tratamento farmacológico e a fisioterapia do pavimento pélvico são habitualmente eficazes.

De acordo com a revisão sistemática realizada por Trapani et al., (2024), os doentes com IUU não beneficiam da intervenção cirúrgica e, em qualquer caso, quando os sintomas de urgência são predominantes, a primeira linha de tratamento devem ser modificações comportamentais ou medidas conservadoras, como o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP). Em concordância, Bø (2020) afirma que a contração voluntária dos MPP inibe a vontade de urinar, a contração do detrusor e a perda urinária. O TMPP é considerado a primeira linha de abordagem no tratamento da IU e deve ser conduzido durante, pelo menos, 12 semanas, para assegurar ganhos a longo prazo (Bø, 2020).

O TMPP é recomendado para todos os utentes com incontinência, no entanto, relativamente à IF não existe consenso sobre as especificidades do treino e regime de exercício (número, intensidade e duração da contração). Ainda assim, sabe-se que o TMPP melhora a contração e força dos MPP, a coordenação sensoriomotora necessária para a continência e aumenta a perceção de distensão retal (Meyer & Richter, 2016).

O tratamento da incontinência, seja urinária ou fecal, pode ser desafiante, uma vez que a sua etiologia é multifatorial (Meyer & Richter, 2016; Shaw & Wagg, 2021). O objetivo da intervenção da fisioterapia deve focar-se em restaurar a continência e melhorar a qualidade de vida e deve ser adequado de acordo com a experiência profissional, os recursos disponíveis e as preferências do utente (Meyer & Richter, 2016; Trapani et al., 2024).

O objetivo deste estudo de caso passa por descrever a intervenção da fisioterapia pélvica numa utente do sexo feminino, na pós-menopausa, encaminhada pela ginecologia por incontinência urinária de gases e de fezes. A intervenção decorreu no HBA, durante seis semanas, com uma frequência semanal.

2. Descrição do Caso

Este estudo de caso é um estudo primário, observacional e descritivo, de pesquisa clínica individual.

A escolha do caso clínico teve por base a condição clínica da utente, sendo muito comum o desenvolvimento de IU, após a menopausa, com elevado impacto na qualidade de vida da mulher. No entanto, existe menos conhecimento científico acerca da intervenção da fisioterapia pélvica na IF e ainda menos na dupla incontinência. A utente foi informada acerca do objetivo do estudo e assinou um consentimento informado, que se encontra em anexo (Anexo 1). A ficha de avaliação da utente, que será desenvolvida nos parágrafos seguintes, encontra-se em anexo (Anexo 2), em conjunto com os registos intermédios, realizados com base no modelo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).

2.1. História e Exame Subjetivo

Utente do sexo feminino, 64 anos, IMC de 22,2 (normal), administrativa. Teve consulta de fisioterapia no HBA, no dia 20/06/2024, em que referiu queixas de incontinência de gases e fezes. Sete meses depois, no dia 30/01/2025, teve consulta de ginecologia e foi novamente encaminhada para a medicina física e reabilitação. Na primeira sessão de fisioterapia, a 04/02/2025, apresentou queixas de perda de fezes moles/líquidas associadas à urgência defecatória e perda de gases, sem se aperceber. Quando questionada, afirmou ter a roupa interior suja, diariamente, demonstrando uma perda passiva de muco (*soiling*). Referiu também perdas de urina, associadas à urgência urinária, com início após ter realizado uma cirurgia para colocação de um *sling* suburetral, através da abordagem *tension-free vaginal tape-obturador* (TVT-O), há 6 anos.

Em relação aos hábitos defecatórios, a utente afirma respeitar o reflexo gastrocólico, utiliza um banco para apoio dos pés quando está em casa e nega esforço a evacuar. Refere que o trânsito intestinal era regular, mas desde que tem perdas de fezes nota aumento da frequência defecatória, entre uma a três vezes por dia, com sensação de esvaziamento incompleto e alteração na consistência das fezes, caracterizadas entre o tipo 4 e 5 na escala de Bristol. Por vezes quando urina também perde fezes. Ingere cerca de 1 litro de água e 2 cafés, por dia.

A escala Bristol é uma ferramenta de avaliação clínica destinada a classificar a forma das fezes. A escala descreve sete tipos de dejeções: os tipos 1 e 2 indicam fezes duras, os tipos 3 e 4 são considerados ótimos/normais e os tipos 5 e 7 estão associados a diarreia (Pires et al., 2024). Relativamente às propriedades psicométricas, na tradução e

validação desta escala para a população portuguesa, verifica-se a consistência interna, com o valor do alfa de cronbach superior a 0,60, sendo a escala reprodutível, confiável e válida, podendo ser utilizada para identificar as características das fezes na população portuguesa (Puentes, 2019).

Em julho de 2019, a utente realizou uma cirurgia para colocação de *sling* suburetral (TVT-O), com resolução das queixas de incontinência urinária de esforço. Os antecedentes de IU estavam presentes há vários anos, tendo inclusivamente realizado fisioterapia pélvica prévia à intervenção cirúrgica, sem melhorias significativas. Relativamente à medicação habitual, à data da fisioterapia realizava levotiroxina para o hipotireoidismo e zolnor para a hipertensão arterial.

Relativamente à história obstétrica e ginecológica, a utente teve cinco gestações, duas gravidezes sem intercorrências, o primeiro parto em 1979, foi eutócico com episiotomia, e o segundo parto em 1990, por cesariana, e três abortos, um provocado e dois espontâneos, com necessidade de duas curetagens. A menopausa surgiu aos 46 anos e durante 12 anos realizou terapia hormonal de substituição, com tibolona.

Como limitações da atividade de vida diária, referiu a perda de gases em situações sociais e a perda de fezes, frequente em idas ao supermercado pela urgência defecatória quando passa por ambientes frios. Realizava atividade física regular: dança uma vez por semana e pilates duas vezes por semana.

Segundo Freeman & Menees (2016), se a incontinência ocorrer apenas com fezes líquidas deve ser realizada uma avaliação das causas da diarreia, incluindo uma possível colonoscopia. Na prática clínica atual, a ecografia endoanal e a manometria anorretal são duas ferramentas habitualmente utilizadas para o diagnóstico de IF. A ecografia endoanal é o *gold standard* para avaliar a integridade do esfíncter anal interno e externo (Albuquerque & Rao, 2025). A manometria anorretal é o método preferencial para definir a fraqueza funcional dos esfíncteres anais e para o diagnóstico de dissinergia e alterações na sensação anorretal (Rao, 2010). Neste caso, a utente não realizou nenhum destes exames complementares de diagnóstico, permanecendo inconclusivo o possível mecanismo fisiopatológico subjacente à sua condição clínica.

2.2. Diagnóstico Diferencial

A utente foi referenciada pela ginecologista para realizar fisioterapia pélvica e, antes de iniciar os tratamentos, foi avaliada pela médica fisiatra. Ainda assim, com o objetivo de efetuar uma intervenção segura, responsável e uma tomada de decisão

informada, foi realizada uma revisão geral de sistemas, de forma a excluir *red flags* incluída no registo de triagem (Anexo 3).

A utente não apresentava alteração na revisão de sistemas, sendo um caso elegível diretamente para a fisioterapia. No entanto, devido à alteração da consistência das fezes, considerou-se benéfico encaminhar a utente para um nutricionista. A modificação da dieta é uma das opções de tratamento de primeira linha, para a IF, principalmente em mulheres com fezes moles, de baixo volume, pois a frequência e a consistência das fezes pode afetar muito a gravidade dos sintomas (Meyer & Richter, 2016). Caso se observassem alterações no exame físico ou sintomas como, febre, disúria, hematúria ou outros sinais de infeção, no decorrer das sessões, seria feito o encaminhamento para o profissional de saúde adequado (Berghmans et al., 2020).

2.3. Exame Objetivo

O exame objetivo engloba a avaliação do estado geral, da região abdominal e pélvica. A avaliação do pavimento pélvico inclui a inspeção da região, avaliação dos reflexos neurológicos e avaliação da função por palpação (Alavi et al., 2015; Folgado, 2022; Patcharatrakul & Rao, 2018; Rao, 2010). Segundo as recomendações do 6º Comité Científico Internacional de Incontinência, devem também ser incluídos no exame objetivo instrumentos de medida que quantifiquem o impacto na qualidade de vida e a severidade da incontinência (Abrams et al., 2018).

A utente apresentava-se colaborante, orientada em todas as vertentes, totalmente autónoma e com humor eutímico. Para a realização do exame físico, a utente posicionou-se em decúbito dorsal com flexão dos joelhos e pés apoiados na marquesa, com uma toalha sobre a região pélvica. Na avaliação da região abdominal não se registaram alterações, tendo a pele um aspeto hidratado, com uma cicatriz antiga, referente à cesariana, na região abdominal inferior, sem alterações da sensibilidade ou aderências. Observou-se um padrão ventilatório costal superior em repouso e abdominodiafragmático a pedido, sem dificuldade na sua realização.

A inspeção da região pélvica permitiu verificar a condição da pele, hidratada e íntegra, a existência de atrofia vulvar e estreitamento do corpo perineal, sem cicatrizes visíveis e ainda hemorroidas externas, na região anterior do ânus. A sensibilidade tátil e os reflexos bulbocavernoso e ano-cutâneo encontravam-se sem alterações. Foi ainda avaliada a ocorrência de períneo descendente, pedindo à utente que simule o esforço defecatório, não se verificando, neste caso, uma descida perineal excessiva.

A avaliação dos MPP inclui a tonicidade e simetria, a presença de pontos dolorosos, a capacidade de contrair e descontrair os MPP de forma voluntária, a direção da contração e a sua função (Quaghebeur et al., 2021). A avaliação da função dos MPP foi realizada por palpação digital e foram registadas as variáveis de acordo com o esquema PERFECT (Power, Endurance, Repetitions, Fast, Every, Contraction, Timed), que permite avaliar a força e capacidade de recrutamento das fibras lentas (tipo I) e rápidas (tipo II).

No estudo de desenvolvimento deste esquema foram apresentados dados que demonstraram uma alta fidedignidade inter examinadores, com correlações positivas para a força muscular, resistência, número de repetições e contrações rápidas. A fidedignidade teste-reteste produziu correlações altamente significativas entre os valores de força muscular e resistência (Laycock & Jerwood, 2001). A força muscular foi avaliada pela Escala de Oxford Modificada (0 – sem contração perceptível, 1 – oscilação na tentativa de contração, 2 – contração fraca, com aumento de tensão muscular, sem elevação 3 – contração moderada, com algum grau de elevação da parede posterior da vagina, 4 – boa contração, com elevação da parede posterior da vagina e movimento ascendente do períneo, 5 – contração forte, contra resistência). A resistência é definida como o tempo máximo de contração mantida, até um máximo de 10 segundos. O número de repetições atingidas é registado com um descanso de 4 segundos entre contração muscular e, após dois minutos de descanso, é registado o número de contrações rápidas, com a duração de um segundo, até um máximo de 10 contrações (Laycock & Jerwood, 2001).

A palpação digital é considerada um método simples e económico de avaliar o pavimento pélvico (da Silva et al., 2021). Na avaliação inicial, a utente demonstrou capacidade de contrair os MPP de forma eficaz e isolada, sem recrutamento da musculatura acessória, como glúteos, adutores ou abdominais. Apresentou uma força muscular grau 3 (contração moderada, com algum grau de elevação da parede posterior da vagina) e capacidade de manter uma contração durante um máximo de 5 segundos. A utente foi capaz de repetir as contrações, mantidas durante 5 segundos, com um grau de força 3, oito vezes e, após dois minutos de descanso, realizou 10 contrações rápidas.

De forma a completar a informação recolhida no exame subjetivo, acerca dos sintomas da dupla incontinência, foi pedido à utente que preenchesse um diário miccional e um calendário defecatório. Nas *guidelines* da *European Association of Urology* (2023) a realização de um diário miccional apresenta um nível de evidência 2b, onde se verifica que é sensível a mudanças e confiável na avaliação de resultados. Este instrumento inclui

diversos parâmetros como a frequência da micção, episódios de perda involuntária de urina, volume de líquidos ingeridos, bem como volumes vesicais (Stewart, 2018). Relativamente ao calendário defecatório é considerado uma medida objetiva validada, útil para caracterizar hábitos intestinais, permite reconhecer o tipo de IF com base na consciência do desejo de defecar, antes da perda, e pode proporcionar pistas para a patologia subjacente, sendo mais confiável do que os autorrelatos (Rao, 2010; Richter et al., 2020).

O diário miccional, apresentado em anexo (Anexo 4), foi realizado durante apenas um dia, com uma frequência urinária de 11 vezes e uma ingestão de líquidos de cerca de 1,5 litros. O volume miccional foi registado por copos de café, não permitindo uma quantificação objetiva da capacidade vesical e condicionando o ato miccional, pois interrompeu várias vezes o jato urinário. No registo efetuado verifica-se uma perda de urina, ao levantar da cadeira, com sensação urgência associada, e dois episódios de urgência urinária em que não se verificou perda. O calendário defecatório (Anexo 5) foi realizado durante 7 dias, mas não se encontra especificada a frequência defecatória, a utente refere “várias” idas à casa de banho, sem individualizar as ocorrências. Assume-se pelo preenchimento e exame subjetivo que apresenta uma frequência entre 1 a 3 dejeções por dia, sendo o tipo de fezes variável entre 2 e 5, segundo a escala de Bristol, acompanhada frequentemente por uma sensação de esvaziamento incompleto. Refere não ter tido perda de fezes no diário defecatório, pois não teve episódios de perda de fezes moles, mas quando questionada afirma ter tido a roupa interior suja, diariamente, assumindo uma perda de fezes passiva após defecação (*soiling*), de frequência diária.

Não existindo instrumentos de avaliação específicos para a dupla incontinência, optou-se por avaliar a IA, por ser a queixa mais relevante para a utente. Para avaliar a gravidade da IA, a escala mais conhecida é a escala clínica de Cleveland ou escala de Wexner, que foi traduzida, mas não está validada para a população portuguesa. No entanto, considerou-se importante a sua aplicação porque permite não só avaliar as perdas de fezes, como também de gases, a necessidade de utilização de produtos de proteção e alteração de hábitos e estilo de vida (Folgado, 2022). No que respeita as propriedades psicométricas, o instrumento apresenta: boa consistência interna, com o valor de alpha de cronbach de 0,932, elevada confiabilidade e bons valores de reprodutibilidade ($p = 0,354$) (Jorge & Wexner, 1993). A escala de Wexner é composta por cinco itens, tornando a sua aplicação rápida e simples (Vasconcelos Neto et al., 2019). Cada item é pontuado de 0 a 4 e a pontuação total varia entre: 0 continência total e 20 incontinência total, quanto mais

alta a pontuação, maior é a gravidade da incontinência. A escala preenchida encontra-se no anexo 6, com uma pontuação total de 6 pontos, a utente classificou a perda de fezes sólidas com alguma frequência, quando questionada acerca do tipo de fezes a que se refere, são de consistência mole (tipo 6 na escala Bristol), sendo a perda de gases a mais frequente e a perda de líquidos a menos frequente, ainda assim não considera que provoque alterações na sua vida.

O *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL) é o instrumento mais utilizado na literatura internacional, validado em diversas línguas, para avaliar a qualidade de vida, de doentes com IF. O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pereira (2013), quanto às propriedades psicométricas, apresenta uma consistência interna com valor de alpha de cronbach superior a 0,70 e uma confiabilidade que demonstra ser estável no tempo (Rockwood et al., 2000). A escala divide-se em 4 domínios: estilo de vida, avaliado por 10 itens; comportamento, avaliado por 9 itens; depressão, avaliado por 7 itens; constrangimento, avaliado por 3 itens; perfazendo um total de 29 itens. A pontuação, em cada questão, varia entre 1 e 4, exceto as questões um e quatro, que variam de 1 a 5 e 1 a 6, respetivamente. No total, quanto mais baixa a pontuação, pior a qualidade de vida (Pires et al., 2024). Tal como se verifica no anexo 7, a utente obteve uma pontuação de estilo de vida 38/40, comportamento 23/36, depressão 29/31 e constrangimento 9/12. Apesar de não existirem valores de referência para o impacto na qualidade de vida, os resultados obtidos permitem avaliar a progressão da condição, após a intervenção da fisioterapia.

2.4. Diagnóstico em Fisioterapia

Segundo a Direção Geral de Saúde (2004), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada para a descrição da saúde e estados relacionados. Esta classificação permite estabelecer relações entre os domínios de função e estruturas do corpo, atividades e participação e os fatores pessoais e ambientais, de forma a definir a funcionalidade e incapacidade do indivíduo.

O quadro segundo a codificação CIF, que se encontra em anexo (Anexo 8), resume a seguinte informação: após o exame subjetivo e objetivo foi possível identificar alterações na estrutura e função, como a IF e de gases, o aumento da frequência urinária e perdas de urina associadas à urgência, a diminuição da força e resistência dos MPP e ainda o desconforto dos afrontamentos, associados à menopausa. A nível de limitações de atividade e participação foram identificadas a incapacidade de manter a continência de

gases, fezes e urina nas AVD's, como no trabalho e idas ao supermercado, com um impacto negativo nas relações sociais. Como fatores facilitadores da intervenção foram definidas a colaboração e motivação, o IMC normal, a prática de atividade física regular, o suporte familiar, a situação socioeconómica estável e a privacidade no local de trabalho. Como barreiras foram identificados fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária e fecal como antecedentes de parto vaginal e cirurgia pélvica, a idade avançada e a menopausa.

Com base no que foi descrito foi possível estruturar o diagnóstico em fisioterapia: utente do sexo feminino com 64 anos, que condiciona os seus comportamentos e atividades da vida diária, como por exemplo nas idas ao supermercado e situações sociais, por aumento da frequência urinária e defecatória e incapacidade de manter a continência de gases, fezes moles/líquidas e urina, em situações de urgência, relacionada com uma diminuição da força e resistência dos MPP, com consequente sensação de esvaziamento incompleto, associadas ao avançar da idade e menopausa.

2.5. Prognóstico

O tipo de IF é considerado um preditor da resposta ao tratamento, estando a IF de urgência, em comparação com IF passiva, associado à melhoria dos sintomas (Richter et al., 2020). Para além disso, sabe-se que uma incontinência para fezes líquidas é menos grave do que para fezes sólidas (Folgado, 2022). Neste estudo de caso, a utente apresentava IF para fezes líquidas/moles, associada à urgência, favorecendo o prognóstico.

No estudo realizado por Richter et al., (2020), a pressão de compressão elevada do esfíncter anal, conforme determinada no exame físico, foi considerada um preditor de resultado positivo para a reabilitação do pavimento pélvico. Apesar da diminuição da tonicidade, a utente demonstrou capacidade em realizar de forma correta a contração dos MPP, com força moderada na compressão do esfíncter anal, o que permitiu iniciar de imediato o TMPP.

Identificados como fatores facilitadores da intervenção encontram-se a colaboração da utente, permitindo uma maior adesão ao tratamento ativo, a prática de exercício físico regular e o IMC normal. Além disso, o facto de não ter doenças inflamatórias do intestino ou alterações neurológicas, são também fatores facilitadores da intervenção (Abrams et al., 2018). A idade, a menopausa e a existência de outras disfunções do pavimento pélvico, nomeadamente a IUU, são considerados fatores de pior prognóstico funcional (Abrams et al., 2018; Nguyen et al., 2020).

A evidência científica afirma que o treino de bexiga com uma duração mínima de 6 semanas e o TMPP durante 12 semanas tem efeitos positivos nos sintomas urinários em casos de mulheres com IUU (Abrams et al., 2018; Alouini et al., 2022; Frawley et al., 2021). Desta forma, espera-se que às 12 semanas exista uma resolução do impacto da IUU na vida da utente, relativamente às queixas urinárias.

Posto isto, é expectável que ao fim de 6 semanas ainda existam perdas de urina, gases e fezes, embora com menor frequência. A intervenção deve ser prolongada, perfazendo um total mínimo de 12 semanas, de forma a atingir o melhor resultado possível na diminuição das queixas e no aumento da qualidade de vida (Abrams et al., 2018; Dumoulin et al., 2018; European Association of Urology, 2023).

3. Intervenção

O planeamento da intervenção foi realizado com base nos principais problemas identificados durante a avaliação e nas queixas e objetivos da utente. Estabeleceram-se objetivos a curto e longo prazo para a intervenção, de 6 e 12 semanas, respetivamente. Os objetivos de intervenção foram desenhados segundo o formato SMART (S - específico; M - mensurável, A - atingível, R – relevante, T – temporal).

Objetivos a curto prazo

- Aumentar a força dos MPP, de 3 para 4 na escala de oxford modificada, avaliada por palpação digital, em 6 semanas.
- Aumentar a resistência dos MPP, de 5 para 8 segundos, avaliada por palpação digital, em 6 semanas.
- Diminuir a frequência urinária, de 11 para 8 vezes por dia, avaliadas pelo diário miccional, em 6 semanas.
- Deixar de ter perdas de urina associadas à urgência urinária, avaliadas pelo diário miccional, em 6 semanas.
- Diminuir o número de dejeções diárias, para 1 vez por dia, avaliadas pelo calendário defecatório, em 6 semanas.
- Deixar de ter perdas de fezes moles/líquidas, avaliadas pelo calendário defecatório, escala de Wexner e exame subjetivo, em 6 semanas.
- Diminuir a frequência de perdas de gases, de regularmente (menos que 1 por dia) para algumas vezes (menos que 1 por semana) avaliada pela escala de Wexner, em 6 semanas;
- Diminuir a frequência de perdas de fezes passiva após evacuar (*soiling*), de diariamente para semanalmente, avaliadas pelo exame subjetivo, em 6 semanas.

- Diminuir a pontuação da escala de Wexner, de 6 para 3 pontos, em 6 semanas.
- Aumentar a qualidade de vida, avaliada pelo FIQL. Aumentar 1 ponto em cada domínio, em 6 semanas.

Objetivos a longo prazo

- Aumentar a força muscular dos MPP para o grau 5 na escala de oxford modificada, avaliada por palpação digital, em 12 semanas.
- Aumentar a resistência dos MPP, de 6 para 10 segundos, avaliada por palpação digital, em 12 semanas.
- Deixar de ter perdas de fezes moles, avaliadas pelo calendário defecatório e exame subjetivo, em 12 semanas.
- Deixar de ter perdas de fezes passiva após evacuar (*soiling*), avaliadas pelo exame subjetivo, em 6 semanas.
- Diminuir a frequência de perdas de gases, de regularmente para algumas vezes, avaliadas pelo exame subjetivo e escala de Wexner, em 12 semanas.
- Diminuir a pontuação da escala de Wexner para 2 pontos, em 12 semanas.
- Aumentar a qualidade de vida, avaliada pelo FIQL. Aumentar para a pontuação máxima em todos os domínios, em 12 semanas.

A intervenção decorreu durante seis semanas, num total de seis sessões, com a duração de 30 minutos cada, e foram dadas instruções para a realização de exercícios diariamente, em casa. As sessões foram realizadas em gabinete privado, num hospital público, com as condições necessárias à privacidade da utente.

Segundo a ICS, a intervenção deve iniciar pela discussão das opções e objetivos com o utente, a partilha de informação e educação (Abrams et al., 2018). No caso da incontinência urinária mista, opta-se por tratar primeiro o sintoma mais incómodo para o utente (Abrams et al., 2018). Extrapolando este princípio para a dupla incontinência, neste caso, a intervenção focou-se na IF, sendo o sintoma que a utente expressou como tendo maior impacto na sua qualidade de vida.

Na primeira sessão de tratamento foi ensinado à utente a anatomia e função dos MPP, com recurso a imagens, os mecanismos de continência e a importância do treino destes músculos no tratamento da incontinência, assim como o processo de intervenção para as sessões seguintes (Berghmans et al., 2020; Bø et al., 2024). Segundo as *guidelines* da ICS, a educação do utente constitui uma recomendação grau B (Abrams et al., 2018), otimizando o conhecimento e consciência acerca do pavimento pélvico (Berghmans et al., 2020).

Na segunda sessão foram discutidas as informações presentes no diário miccional e calendário defecatório e foi aconselhado à utente uma maior ingestão de líquidos, assim como uma redução da ingestão de cafeína (ACG, 2013).

O treino comportamental tem sido descrito como uma combinação de educação e exercícios individualizados, para reduzir os sintomas associados à disfunção do pavimento pélvico (Amorim et al., 2022). Na IF, as alterações comportamentais devem incluir a consciencialização do reflexo gastrocólico, de forma a promover hábitos intestinais regulares, a postura mais favorável para a defecação, para promover a evacuação retal completa e, em caso de urgência defecatória, técnicas de supressão da urgência, como fazer uma pausa para realizar contrações dos MPP, em vez de correr para a casa de banho (Abrams et al., 2018; Alavi et al., 2015; Freeman & Menees, 2016).

De acordo com as *guidelines* do *National Institute for Health and Care Excellence* (2021), o treino de bexiga é considerado a primeira linha de abordagem no tratamento da IUU. O treino da bexiga tem como objetivo corrigir padrões de micção incorretos, melhorar a urgência miccional, otimizar a *compliance* vesical, diminuir os episódios de IU e restaurar a confiança do utente sobre o controlo funcional da sua bexiga. Este treino utiliza mecanismos de supressão da urgência, que se baseiam na inibição da atividade do detrusor por via de mecanismos de inibição recíproca, através da contração voluntária dos MPP (Alouini et al., 2022; Bø, 2020; Y. Wu et al., 2024).

Posto isto, na segunda sessão, após a avaliação pélvica em que a utente demonstrou capacidade de realizar uma contração dos MPP de forma voluntária e eficaz, foi ensinada a recorrer a esta contração em situações de urgência urinária e defecatória. Com o objetivo de suprimir a urgência, diminuir a frequência urinária e defecatória, aumentar a *compliance* vesical e do reto e evitar as perdas de urina e fezes, associadas à urgência.

O TMPP é uma intervenção minimamente invasiva e sem complicações. Sabe-se que o TMPP é eficaz no tratamento da IU, nomeadamente da IUU (Trapani et al., 2024; Woodley et al., 2020). Relativamente à IF, o TMPP também é recomendado, apesar de não existir consenso sobre o regime de exercício (frequência, intensidade, duração). Os dados sobre as comparações pré e pós-tratamento de TMPP para a IF são menos estabelecidos em comparação com a IU (Meyer & Richter, 2016).

Segundo Amorim et al., (2022), as revisões sistemáticas da Cochrane definiram os programas TMPP como contrações pélvicas voluntárias, repetidas, ensinadas e supervisionadas por um profissional de saúde, incluindo variações no objetivo e *timing*,

diferentes formas de ensino, tipos de contração e número de contrações. O programa de treino deve incluir contrações voluntárias, planeadas, estruturadas e repetidas visando melhorar ou manter a força, a resistência, a coordenação, velocidade e, assim, adequar a função do pavimento pélvico.

Enquanto um défice de força requer treino com contrações voluntárias máximas visando a estimulação preferencial das fibras rápidas, uma baixa resistência pressupõe a necessidade de treino de contrações submáximas com incremento gradual da duração e maior número de repetições. De salientar que muitos pacientes apresentam défice combinado de força, resistência e coordenação, sendo necessária a conjugação de diferentes tipos de treino e imperativa uma contínua reavaliação (Amorim et al., 2022).

Neste caso, o TMPP foi planeado e ajustado a cada sessão, com base na avaliação realizada segundo o esquema PERFECT, como se pode observar no quadro SOAP do anexo 2. Durante as sessões, a utente realizou os exercícios em decúbito dorsal com flexão e abdução da anca e joelhos, com *feedback* dado pela fisioterapeuta, através de palpação vaginal ou anal, de forma a orientar para a correta realização dos exercícios (Bø et al., 2024).

O treino iniciou com 3 séries de 8 contrações de 5 segundos e, sempre que a utente referiu conseguir manter a contração durante o tempo solicitado, incrementou-se a dificuldade. Iniciou-se o treino com a contração isolada da musculatura, depois o nível de dificuldade dos exercícios foi aumentando através do número de repetições e duração de cada contração, alteração da posição da paciente e/ou em combinação com tarefas funcionais. Com base no estudo realizado por Marques et al., (2020), mudanças na postura afetam a dificuldade da realização dos exercícios, pois a ação vertical da gravidade sobre o pavimento pélvico está ausente na posição de decúbito dorsal, com carga parcial na posição sentada e com carga total na posição em pé. Segundo Bø et al., (2024) com o objetivo de maximizar os ganhos, o TMPP deve continuar a ser realizado em diferentes posições e progredindo para combinação com tarefas funcionais, com recrutamento de outros grupos musculares.

Um programa de TMPP inclui normalmente uma ou mais séries de exercícios por dia, realizadas várias vezes ao longo da semana, durante pelo menos oito semanas. Recomenda-se que o treino inicial seja seguido de exercícios de manutenção para garantir a duração do efeito a longo prazo (Woodley et al., 2020). Segundo a ICS, o tratamento inicial da IF deve ser mantido durante 8 a 12 semanas, antes da reavaliação e possível encaminhamento para um especialista para tratamento posterior, caso o doente não tenha

apresentado melhorias suficientes (Abrams et al., 2018; Amorim et al., 2022). Apesar da intervenção, para os efeitos do estudo de caso, ter durado apenas 6 semanas, a utente manteve as sessões de fisioterapia semanais, com uma fisioterapeuta do HBA que esteve presente em todas as sessões, desde o início do tratamento. Ao todo a utente realizou fisioterapia durante 12 semanas e, posteriormente, foi encaminhada para a classe de exercícios do pavimento pélvico, com uma frequência bissemanal, conjugando TMPP com tarefas funcionais e recrutamento de outros grupos musculares, com o objetivo de potenciar os resultados da fisioterapia e melhorar a qualidade de vida da utente.

4. Resultados

Encontram-se descritos os resultados avaliados, após 6 semanas de intervenção, que correspondem aos objetivos traçados a curto prazo. Esta reavaliação inclui os indicadores escolhidos para a monitorização da condição ao longo do estudo de caso, sendo que apenas serão apresentados os parâmetros onde se verificaram alterações, a restante avaliação considera-se sobreponível. A reavaliação encontra-se, em maior detalhe, nos registos diários da ficha de avaliação da utente (Anexo 2).

A utente refere “sentir-se melhor” (sic), sem perdas de urina e fezes moles/líquidas, com menos episódios de *soiling* e de urgência urinária, menor frequência defecatória, sem urgência associada e com sensação de esvaziamento completo. Mantém a incontinência de gases.

O segundo diário miccional (Anexo 9) permitiu observar que a frequência urinária se mantém semelhante, entre 9 a 11 vezes por dia, para uma ingestão de líquidos de 1,5 litros. O volume miccional foi novamente registado por copos de café, não permitindo uma quantificação objetiva do volume vesical. No registo efetuado durante dois dias verifica-se apenas uma vez a presença de urgência urinária, ao acordar, sem perdas de urina. A reavaliação do calendário defecatório (Anexo 10) permitiu verificar uma diminuição da frequência defecatória para uma vez por dia, durante uma semana, com a consistência das fezes normalizada, tipo 4 segundo a escala de Bristol, com sensação de esvaziamento completo, sem perdas.

Relativamente à função dos MPP, como se encontra representado na Tabela I, verificou-se um aumento da força muscular de grau 3 para 4 (boa contração, com elevação da parede posterior da vagina e movimento ascendente do períneo). Verificou-se também um aumento da resistência muscular, conseguindo realizar 10 contrações de 10 segundos.

Tabela I – Avaliações da função dos MPP segundo o esquema PERFECT

	Avaliação inicial 11/02/2025	Reavaliação 25/03/2025	Valores de referência (Laycock & Jerwood, 2001)
Força muscular (escala de oxford modificada)	3	4	Grau 1 - 5
Resistência muscular	5	10	0 - 10 segundos
Repetições das contrações	8	10	0 - 10 repetições
Nº contrações rápidas	10	10	0 - 10 contrações

Em relação à gravidade da IA, avaliada através da escala de Wexner (Anexo 11), também se verificaram melhorias. A utente obteve uma pontuação total de 3, diminuindo a pontuação para metade, comparativamente à primeira avaliação. A frequência de perda de fezes sólidas e líquidas diminuiu de “algumas vezes” e “raramente”, respetivamente, para “nunca”. A incontinência de gases manteve-se igual, como se pode observar na Tabela II. A utente referiu ter uma maior consciência sobre a perda de gases, por vezes com capacidade de conter, mas sem controlo voluntário na grande maioria das vezes.

Tabela II – Avaliações da gravidade da IA segundo a escala de Wexner

	Avaliação inicial 11/02/2025	Reavaliação 25/03/2025	Valores de referência (Jorge & Wexner, 1993)
Sólidos	2	0	0 - 4
Líquidos	1	0	0 - 4
Gases	3	3	0 - 4
Uso de penso	0	0	0 - 4
Alterações na Vida	0	0	0 - 4

A comparação entre a avaliação inicial e a reavaliação da qualidade de vida, relacionada com a IF, encontra-se representada na Tabela III, com os resultados da escala FIQL. Na reavaliação a utente obteve uma pontuação de 39/40 no estilo de vida, 28/36 no comportamento, 30/31 na depressão e 10/12 no constrangimento, a escala preenchida pela utente encontra-se no anexo 12. Este resultado demonstra uma melhoria de um ponto, nos domínios de estilo de vida, depressão e constrangimento, sendo o maior aumento a nível do comportamento, com uma subida de 5 pontos, correspondente a 4 questões da escala, sete questões melhoradas no total.

Tabela III – Avaliações da qualidade de vida segundo a escala FIQL

	Avaliação inicial 11/02/2025	Reavaliação 25/03/2025	Valores de referência (Rockwood et al., 2000)
Estilo de Vida	38	39	0 - 40
Comportamento	23	28	0 - 36
Depressão	29	30	0 - 31
Constrangimento	9	10	0 - 12

5. Discussão

O objetivo deste estudo, de descrever a intervenção da fisioterapia pélvica numa utente do sexo feminino, na pós-menopausa, com dupla incontinência, foi baseado na melhor evidência científica encontrada. A intervenção focou-se maioritariamente na IA, sendo a queixa que levou a utente a procurar tratamento e que mais interferia com o seu bem-estar. A resposta ao tratamento foi favorável, apresentando um aumento da força e resistência dos MPP, avaliadas pelo esquema PERFECT, através de palpação digital, redução da frequência e urgência defecatórias, avaliadas pelo calendário defecatório, da gravidade dos sintomas, medida pela escala de Wexner, e um aumento na qualidade de vida, ao nível das quatro dimensões da FIQL. Estes resultados impactaram também de forma positiva a componente urinária da dupla incontinência, que foi tida em conta durante a avaliação e intervenção, de forma a englobar na reabilitação todas as vertentes da disfunção pélvica. Através da melhoria da função dos MPP, técnicas de supressão da urgência, ensinios e estratégias comportamentais, a utente deixou de ter perdas de urina, avaliadas pelo exame subjetivo e diário miccional.

O diário miccional é uma ferramenta útil, pois permite obter informações acerca do tipo e volume de líquidos ingeridos pelo utente e compará-los com a frequência e volumes miccionais, considerados como um indicador do volume vesical. As *guidelines* NICE (2021) recomendam que o utente deva preencher um diário durante três dias, para fornecer informações acerca dos seus hábitos urinários. No entanto, de acordo com Stewart (2018), estes diários são frequentemente mal preenchidos ou incompletos, que foi o que se verificou neste estudo de caso, em que os diários foram realizados apenas durante 1 e 2 dias, não sendo uma representação fidedigna dos hábitos urinários da utente. O volume vesical foi medido em copos de café, de tamanhos diferentes no registo da primeira avaliação e da reavaliação, não permitindo uma comparação entre ambos. Para além disso, esta forma de medição implicou a interrupção do fluxo urinário e não permitiu interpretar o volume vesical. Ainda assim, utilizou-se a informação obtida no diário acerca da frequência e urgência, para reforçar a necessidade de treino de supressão da urgência urinária.

Esta falha frequente no preenchimento dos diários miccionais revela a necessidade, como profissionais de saúde pélvica, de explicar da melhor forma possível, ao utente, a importância do preenchimento adequado da informação presente no diário, de forma a representar e caracterizar os seus hábitos miccionais e poder ajustar os objetivos e o plano de tratamento à sua condição clínica. Posto isto, identificou-se a

necessidade de realizar uma nova forma de registo do diário miccional (Anexo 13), com um exemplo do seu preenchimento inicial, acompanhado de uma demonstração do tipo de recipiente que deve ser utilizado para a medição dos volumes miccionais.

No estudo realizado por Surmont & Kindt (2022), as mulheres com dupla incontinência apresentam mais alterações anatómicas e foram submetidas a mais cirurgias urológicas, em comparação a mulheres com IF. Neste estudo de caso, verificaram-se antecedentes de uma cirurgia, há seis anos, para colocação de um *sling* suburetral (TVT-O) como tratamento para a incontinência urinária de esforço. Os resultados de um estudo randomizado controlado que comparou duas abordagens de colocação de *sling* suburetral, uma das complicações mais prevalentes, observadas após 5 anos, foram os sintomas de urgência urinária, em 5% da população do estudo (Angioli et al., 2010). Uma revisão sistemática, realizada por Plotti et al., (2024), com o objetivo de compreender o impacto da cirurgia TVT-O nas disfunções miccionais afirma não existir homogeneidade nos dados acerca da incidência de bexiga hiperativa, variando entre 0% a 38%, não sendo clara a sua evolução ao longo do tempo, devido à natureza multifatorial. Acrescentam ainda que a menopausa parece aumentar a prevalência de bexiga hiperativa em doentes submetidas a TVT-O. Neste estudo de caso, devido à cirurgia ter sido realizada há seis anos, quando iniciaram os sintomas atuais, levanta-se a hipótese de que a IUU possa estar relacionada com a cirurgia, em associação com a menopausa.

As *guidelines* da *European Association of Urology* (2023) incluem na avaliação subjetiva a medicação atual dos utentes, e de que forma esta pode afetar a sintomatologia. Relativamente à medicação anti hipertensora da utente, o folheto informativo do medicamento zolnor apresenta como efeitos adversos genito-urinários: aumento da frequência urinária, perturbações da micção e nictúria, todos pouco frequentes (Infarmed, 2022). Num estudo epidemiológico transversal, realizado por Reigota et al., (2016), acerca da prevalência da IU e a sua associação com a multimorbilidade, numa população de mulheres com mais de 50 anos, a presença de hipertensão arterial relacionou-se com o aumento do risco de desenvolver IU. Verificou-se um aumento da prevalência de IU em mulheres a tomar anti hipertensores e medicamentos para controlar as doenças cardiopulmonares. Este estudo não verificou uma associação entre a presença de IU e o uso de terapia hormonal de substituição, na menopausa, ou de medicação para a tiroide. Outro estudo, numa população de 7.699 mulheres, teve como objetivo estimar a prevalência de IU em mulheres com hipotiroidismo, concluindo que não existia

associação entre as duas patologias (Løwenstein et al., 2021). Posto isto, considera-se que existe uma associação relevante entre a IUU e a toma de medicação anti hipertensora.

A utente referiu, no exame subjetivo, ter realizado terapia hormonal de substituição, durante 12 anos. Atualmente coloca ovestin, um creme vaginal que contém estrogénio, com o propósito de aliviar os sintomas de atrofia vaginal, associados à menopausa. Na revisão sistemática realizada por Christmas et al., (2023), os autores concluíram que a terapia hormonal sistémica pode causar IU ou agravar os sintomas urinários existentes, enquanto o estrogénio vaginal demonstrou melhorar a disúria, a frequência, a incontinência urinária de urgência e de esforço e as infeções do trato urinário recorrentes, em mulheres na menopausa. Por outro lado, numa revisão sistemática acerca do tratamento da IUU em mulheres na pós-menopausa, não foram observadas melhorias significativas nos sintomas urinários, exceto uma redução da gravidade da urgência, no tratamento com estrogénios locais. Concluiu-se que os estrogénios locais não proporcionam um benefício substancial na IUU, embora possam ser úteis a melhorar os sintomas de atrofia vaginal e urgência urinária (Bapir et al., 2023). Bach et al., (2020) realizaram uma revisão sistemática acerca do efeito da terapêutica com estrogénios na IU, em mulheres na pós-menopausa, no entanto, todos os estudos incluídos apresentaram um elevado risco de viés e opiniões contraditórias. Esta revisão identificou a necessidade de mais investigação nesta patologia, destacando a escassez de investigação de qualidade para uma prática baseada na evidência.

Os estudos que relacionam TMPP com a menopausa são maioritariamente acerca do seu efeito na IU. Alves et al., (2015) realizaram um estudo randomizado controlado que sugere que o TMPP é uma forma eficaz de aumentar a contractilidade dos MPP, bem como diminuir os sintomas de IU, em mulheres na pós-menopausa. Outro estudo randomizado controlado apresentou resultados positivos acerca do treino comportamental e do TMPP, com melhorias significativas nos episódios de urgência urinária e intervalos de tempo entre micções, nesta população (Wu et al., 2021). E ainda, López-Pérez et al., (2023) realizaram uma revisão sistemática que concluiu que o TMPP é altamente recomendado para tratar a IU, em mulheres na pós-menopausa, quer seja aplicado isoladamente ou em combinação com outras intervenções.

Tendo em conta o 6º Comité Científico Internacional de Incontinência, a primeira linha de intervenção recomendada na IU é o tratamento conservador, que inclui alterações alimentares, comportamentais, medicação reguladora do trânsito intestinal e a reabilitação do pavimento pélvico (Abrams et al., 2018). Neste estudo de caso, a

reabilitação pélvica apresentou como vantagens, além da melhoria da sintomatologia da utente, a não existência de efeitos adversos ou complicações, acrescendo o facto de ser pouco dispendiosa. Embora a fisioterapia pélvica, incluindo o TMPP, tenha sido utilizada com sucesso no tratamento da IF e possa ter um impacto significativo a nível funcional e na qualidade de vida de mulheres após a menopausa, existem poucos estudos randomizados controlados que o suportam (Scott, 2014).

Segundo Folgado (2022), os esfíncteres anais interno e externo, combinados com o músculo puborretal, são as principais estruturas que permitem o fecho e a abertura controlados do canal anal. O esfíncter anal interno é responsável por 85% da tonicidade basal do canal anal, enquanto o esfíncter anal externo é responsável pela contração voluntária. No presente estudo de caso, a palpação anal permitiu determinar uma diminuição da tonicidade muscular e da força dos MPP, podendo sugerir uma alteração na função de ambos os esfíncteres anais. Para além disso, a presença de hemorroidas externas, na região anterior do ânus, pode contribuir negativamente para a capacidade de encerramento do esfíncter anal externo, sendo uma das possíveis causas da ocorrência de *soiling* (Abrams et al., 2018). Tendo em conta os resultados positivos obtidos na IF, no presente estudo de caso, através da intervenção da fisioterapia durante apenas 6 semanas, considera-se que a diminuição da pressão de encerramento do canal anal foi compensada pelo fortalecimento da musculatura, envolvida no TMPP. López-Pérez et al., (2023) afirmam que, nas primeiras 8 semanas de um protocolo de TMPP, o aumento de força se deve maioritariamente ao aumento da capacidade de recrutamento de unidades motoras.

Num artigo publicado na Revista Portuguesa de Coloproctologia, acerca da reabilitação do pavimento pélvico, é referido que a adesão ao TMPP diminui com o tempo, com um estudo a relatar 85% de adesão durante a terapia supervisionada, mas apenas 50% aos 12 meses (Amorim et al., 2022). Com o objetivo de manter os resultados obtidos com a fisioterapia, após 12 semanas de intervenção (apenas as primeiras seis se encontram descritas neste estudo de caso) a utente foi encaminhada para uma classe de exercícios do pavimento pélvico, existente no HBA com uma frequência bissemanal, que associa o TMPP a tarefas funcionais, com recrutamento de outros grupos musculares, em que a importância de manter o TMPP ao longo do tempo é reforçada.

Identifica-se como uma fraqueza deste estudo de caso o método de avaliação da força dos MPP utilizado. A escala de Oxford modificada, que se baseia na sensibilidade do dedo indicador, durante a contração dos músculos pélvicos, apesar de vastamente utilizada no diagnóstico de disfunções pélvicas e de ser considerada uma ferramenta

diagnóstica útil, é uma medida de avaliação subjetiva, que depende da experiência clínica do avaliador (Fitz et al., 2020). Torna-se importante clarificar que a fisioterapeuta que realizou este estudo tem apenas 3 anos de experiência em reabilitação pélvica. Segundo Albuquerque & Rao, (2025), o exame digital deveria ser utilizado apenas no ensino do TMPP, existindo outros métodos de avaliação mais fiáveis como a como manometria ou a ecografia anal. Ainda assim, considera-se a palpação digital um meio de baixo custo e de fácil aplicação na prática clínica (da Silva et al., 2021).

Por outro lado, considera-se como ponto forte a utilização de instrumentos de avaliação validados e sensíveis, para avaliar a efetividade do plano de intervenção. Bols et al., (2013) recomendam que sejam incluídas uma escala de gravidade e um instrumento de qualidade de vida, na avaliação da IF, uma vez que o foco dos utentes (embaraço, medo, medidas preventivas) pode ser diferente do dos profissionais de saúde (frequência e quantidade de fezes perdidas, tipo de IF). Os autores deste estudo consideraram a escala de Wexner a mais adequada para a avaliação da gravidade e a FIQL para a avaliação da qualidade de vida. Outro aspeto vantajoso na aplicação da escala de Wexner é a inclusão da incontinência de gases, que tem um impacto global significativo no bem-estar geral do utente, principalmente quando associada à IF (Vasconcelos Neto et al., 2019).

A reavaliação desta escala permitiu verificar que a incontinência de gases se manteve presente, com a mesma gravidade, após a intervenção. Outra das fraquezas identificadas é a curta duração da intervenção, realizada entre a avaliação inicial e a reavaliação, que possa não ter permitido a melhoria de todos os sintomas da utente. De acordo com as recomendações da ICS, o tratamento inicial deve durar entre 8 a 12 semanas, caso a intervenção inicial não resolva os sintomas considera-se importante a referência para um gastroenterologista ou a realização de exames anorretais (Abrams et al., 2018). De acordo com Desprez et al., (2021), a integridade das terminações nervosas aferentes localizadas no reto e no canal anal superior permitem distinguir a distensão retal e o conteúdo fecal, diferenciando ar, de líquidos e sólidos, através de recetores térmicos e químicos. Desta forma, desempenham um papel na transmissão da discriminação consciente do conteúdo retal e estão também implicados na manutenção reflexa da continência.

O *biofeedback*, utilizado com o objetivo de melhorar a força da contração do esfíncter e melhorar a sensação retal, combinado com o TMPP, encontra-se com um grau de evidência superior ao TMPP isolado, nas *guidelines* da ICS (Abrams et al., 2018). A ACG, (2013) reconhece o *biofeedback* como uma abordagem segura e eficaz e recomenda

a sua utilização especialmente em doentes com fraqueza do esfíncter anal e/ou sensibilidade retal comprometida. A falta de percepção da utente, de que vai perder um gás, parece ser um dos fatores que dificultam a sua continência. Posto isto, considera-se que a inclusão de *biofeedback*, em conjunto com o TMPP, poderia ter sido benéfica na melhoria dos sintomas de incontinência de gases.

O processo de intervenção da fisioterapia, neste estudo de caso, foi estruturado com base na evidência científica e *guidelines* disponíveis para o tratamento da IF e IU, em separado. É notória a falta de investigação relativamente à intervenção da fisioterapia na incontinência de gases e dupla incontinência, duas condições que afetam significativamente a função, a autoimagem e a qualidade de vida. Dada a escassez de evidência científica, considera-se relevante e inovador o presente estudo de caso e sugere-se a realização de estudos randomizados controlados em utentes com dupla incontinência.

6. Conclusão

O objetivo deste estudo foi cumprido, tendo sido descrita a intervenção da fisioterapia pélvica numa utente do sexo feminino, na pós-menopausa, com dupla incontinência. Este estudo de caso revelou que a intervenção em fisioterapia, da qual fizeram parte o ensino, a modificação de comportamentos e o TMPP, tiveram um resultado positivo na melhoria da gravidade dos sintomas e qualidade de vida da doente com diagnóstico de dupla incontinência. Conclui-se a necessidade de investigação na área da saúde pélvica e sugere-se a realização de mais estudos científicos acerca da intervenção da fisioterapia em utentes com dupla incontinência, nomeadamente em mulheres após a menopausa, que são ativas e não se encontram em residências séniores. E ainda, a necessidade de estudos acerca da incontinência de gases, que contribui para um impacto psicossocial negativo e é frequentemente subvalorizada.

7. Referências Bibliográficas

Abrams, P., Andersson, K.-E., Apostolidis, A., Birder, L., Bliss, D., Brubaker, L., Cardozo, L., Castro-Diaz, D., O'Connell, P. R., Cottenden, A., Cotterill, N., de Ridder, D., Dmochowski, R., Dumoulin, C., Fader, M., Fry, C., Goldman, H., Hanno, P., Homma, Y., ... members of the committees. (2018). 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL

- INCONTINENCE. *Neurourology and Urodynamics*, 37(7), 2271–2272. <https://doi.org/10.1002/nau.23551>
- ACG, A. C. of G. (2013). *Fecal Incontinence Overview* [Dataset]. <https://gi.org/topics/fecal-incontinence/>
- Alavi, K., Chan, S., Wise, P., Kaiser, A. M., Sudan, R., & Bordeianou, L. (2015). Fecal Incontinence: Etiology, Diagnosis, and Management. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 19(10), 1910–1921. <https://doi.org/10.1007/s11605-015-2905-1>
- Albuquerque, A., & Rao, S. S. C. (2025). Controversies in fecal incontinence. *World Journal of Gastroenterology*, 31(3). <https://doi.org/10.3748/wjg.v31.i3.97963>
- Alouini, S., Memic, S., & Couillandre, A. (2022). Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2789. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052789>
- Alves, F. K., Riccetto, C., Adami, D. B. V., Marques, J., Pereira, L. C., Palma, P., & Botelho, S. (2015). A pelvic floor muscle training program in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Maturitas*, 81(2), 300–305. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.006>
- Amorim, E., Melo, B., Freixo, S., & Coelho, M. (2022). Reabilitação do pavimento pélvico—A realidade atual. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 52–63.
- Angioli, R., Plotti, F., Muzii, L., Montera, R., Panici, P. B., & Zullo, M. A. (2010). Tension-Free Vaginal Tape Versus Transobturator Suburethral Tape: Five-Year Follow-up Results of a Prospective, Randomised Trial. *European Urology*, 58(5), 671–677. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2010.08.004>
- Bach, F. L., Sairally, B. Z. F., & Lathe, P. (2020). Effect of oestrogen therapy on faecal incontinence in postmenopausal women: A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 31(7), 1289–1297. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04252-1>
- Bapir, R., Bhatti, K. H., Eliwa, A., García-Perdomo, H. A., Gherabi, N., Hennessey, D., Magri, V., Mourmouris, P., Ouattara, A., Perletti, G., Philipraj, J., Stamatiou, K., Tolani, M. A., Tzelves, L., Trinchieri, A., & Buchholz, N. (2023). Treatment of urge incontinence in postmenopausal women: A systematic review. *Archivio Italiano Di Urologia e Andrologia*, 95(3). <https://doi.org/10.4081/aiua.2023.11718>

- Berghmans, B., Seleme, M. R., & Bernards, A. T. M. (2020). Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *31*(5), 917–931. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04251-2>
- Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of Physiotherapy*, *66*(3), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011>
- Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Van Kampen, M. (2024). *Evidence-Based Physical Therapy For The Pelvic Floor, Bridging Science and Clinical Practice* (3^a). Elsevier.
- Bols, E. M. J., Hendriks, H. J. M., Berghmans, L. C. M., Baeten, C. G. M. I., & De Bie, R. A. (2013). Responsiveness and interpretability of incontinence severity scores and FIQL in patients with fecal incontinence: A secondary analysis from a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, *24*(3), 469–478. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1886-9>
- Cattani, L., Gillor, M., & Dietz, H. P. (2019). Does flatus incontinence matter? *International Urogynecology Journal*, *30*(10), 1673–1677. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3835-8>
- Christmas, M. M., Iyer, S., Daisy, C., Maristany, S., Letko, J., & Hickey, M. (2023). Menopause hormone therapy and urinary symptoms: A systematic review. *Menopause*, *30*(6), 672–685. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002187>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04629-2>
- Desprez, C., Turmel, N., Chesnel, C., Mistry, P., Tamiatto, M., Haddad, R., Le Breton, F., Leroi, A.-M., Hentzen, C., & Amarenco, G. (2021). Comparison of clinical and paraclinical characteristics of patients with urge, mixed, and passive fecal incontinence: A systematic literature review. *International Journal of Colorectal Disease*, *36*(4), 633–644. <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03803-8>
- DGS, D. G. de S., & OMS, O. M. de S. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*(10), CD005654. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>

- European Association of Urology. (2023). *EAU Guidelines On Non Neurogenic Female LUTS*.
- Fitz, F. F., Gimenez, M. M., de Azevedo Ferreira, L., Matias, M. M. P., Bortolini, M. A. T., & Castro, R. A. (2020). Pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: A randomised control trial comparing home and outpatient training. *International Urogynecology Journal*, 31(5), 989–998. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04081-x>
- Folgado, A. S. (2022). Disfunções do pavimento pélvico—Como organizar o pensamento clínico. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 19(1).
- Frawley, H., Shelly, B., Morin, M., Bernard, S., Bø, K., Digesu, G. A., Dickinson, T., Goonewardene, S., McClurg, D., Rahnama'i, M. S., Schizas, A., Slieker-ten Hove, M., Takahashi, S., & Voelkl Guevara, J. (2021). An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourology and Urodynamics*, 40(5), 1217–1260. <https://doi.org/10.1002/nau.24658>
- Freeman, A., & Menees, S. (2016). Fecal Incontinence and Pelvic Floor Dysfunction in Women. *Gastroenterology Clinics of North America*, 45(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2016.02.002>
- Infarmed. (2022). *Pesquisa do medicamento: Zolnor* [Dataset]. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>
- Jorge, J. M., & Wexner, S. D. (1993). Etiology and management of fecal incontinence. *Diseases of the Colon and Rectum*, 36(1), 77–97. <https://doi.org/10.1007/BF02050307>
- Knol, M. E., Snijders, H. S., Van Der Heyden, J. T., & Baeten, C. I. (2022). Fecal Incontinence: The Importance of a Structured Pathophysiological Model. *Journal of the Anus, Rectum and Colon*, 6(1), 58–66. <https://doi.org/10.23922/jarc.2021-040>
- Laycock, J., & Jerwood, D. (2001). Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631–642. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61108-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X)
- López-Pérez, M. P., Afanador-Restrepo, D. F., Rivas-Campo, Y., Hita-Contreras, F., Carcelén-Fraile, M. D. C., Castellote-Caballero, Y., Rodríguez-López, C., & Aibar-Almazán, A. (2023). Pelvic Floor Muscle Exercises as a Treatment for

- Urinary Incontinence in Postmenopausal Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Healthcare*, 11(2), 216. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020216>
- Løwenstein, E., Jepsen, R., Andersen, L. L., Laigaard, J., Møller, L. A., Gæde, P., Bonde, L., & Gimbel, H. (2021). Hypothyroidism and urinary incontinence: Prevalence and association in a Danish, female sample from the Lolland-Falster Health study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 264, 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.020>
- Marques, S. A. A., Silveira, S. R. B. da, Pássaro, A. C., Haddad, J. M., Baracat, E. C., & Ferreira, E. A. G. (2020). Effect of Pelvic Floor and Hip Muscle Strengthening in the Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 43(3), 247–256. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2019.01.007>
- Meyer, I., & Richter, H. E. (2016). Evidence-Based Update on Treatments of Fecal Incontinence in Women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 43(1), 93–119. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.10.005>
- Nguyen, T. M., Do, T. T. T., Tran, T. N., & Kim, J. H. (2020). Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7049. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197049>
- NICE. (2021). *Pelvic Floor Dysfunction: Prevention and Non-Surgical Management*.
- Patcharatrakul, T., & Rao, S. S. C. (2018). Update on the Pathophysiology and Management of Anorectal Disorders. *Gut and Liver*, 12(4), 375–384. <https://doi.org/10.5009/gnl17172>
- Pereira, M. (2013). *Tradução e adaptação cultural da «Fecal Incontinence Quality of Life Scale» para a realidade portuguesa*. ESSA.
- Pires, T. F., Magalhães, B., Rodrigues, V., Barroso, I., Paulo, M., Carvalho, D., Marques, M. E., & Pires, P. (2024). Relato de caso: Incontinência Fecal. *Motricidade*, Vol. 20 No. 1 (2024): Continuing and Palliative Care: New Challenges in Health. <https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.33963>
- Plotti, F., Rampello, S., Terranova, C., De Cicco Nardone, C., Luvero, D., Montera, R., Di Donato, V., Cavaliere, A. F., Campagna, G., Ficarola, F., Martinelli, A., & Angioli, R. (2024). The True Impact of Voiding Dysfunctions after Transobturator

- Sub-Urethral Tape Procedures: A Systematic Review of Literature. *Journal of Clinical Medicine*, 13(16), 4762. <https://doi.org/10.3390/jcm13164762>
- Puentes, J. (2019). *Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina.
- Quaghebeur, J., Petros, P., Wyndaele, J.-J., & De Wachter, S. (2021). Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 265, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.08.026>
- Rao, S. S. C. (2010). Advances in Diagnostic Assessment of Fecal Incontinence and Dyssynergic Defecation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(11), 910–919.e2. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2010.06.004>
- Reigota, R. B., Pedro, A. O., De Souza Santos Machado, V., Costa-Paiva, L., & Pinto-Neto, A. M. (2016). Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourology and Urodynamics*, 35(1), 62–68. <https://doi.org/10.1002/nau.22679>
- Richter, H. E., Jelovsek, J. E., Iyer, P., Rogers, R. G., Meyer, I., Newman, D. K., Bradley, M. S., Harm-Ernandes, I., Dyer, K. Y., Wohlrab, K., Mazloomdoost, D., Gantz, M. G., & for the Eunice Kennedy Shriver NICHD Pelvic Floor Disorders Network and the National Institutes of Health Office of Research on Women's Health. (2020). Characteristics Associated With Clinically Important Treatment Responses in Women Undergoing Nonsurgical Therapy for Fecal Incontinence. *American Journal of Gastroenterology*, 115(1), 115–127. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000482>
- Rockwood, T. H., Church, J. M., Fleshman, J. W., Kane, R. L., Mavrantonis, C., Thorson, A. G., Wexner, S. D., Bliss, D., & Lowry, A. C. (2000). Fecal incontinence quality of life scale: Quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 43(1), 9–16. <https://doi.org/10.1007/BF02237236>
- Scott, K. M. (2014). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of fecal incontinence. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 27(3), 99–105. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384662>
- Shaw, C., & Wagg, A. (2021). Urinary and faecal incontinence in older adults. *Medicine*, 49(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.012>

- Stewart, E. (2018). Assessment and management of urinary incontinence in women. *Nursing Standard*, *33*(2), 75–81. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11148>
- Sultan, A. H., Monga, A., Lee, J., Emmanuel, A., Norton, C., Santoro, G., Hull, T., Berghmans, B., Brody, S., & Haylen, B. T. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, *36*(1), 10–34. <https://doi.org/10.1002/nau.23055>
- Surmont, M., & Kindt, S. (2022). Prevalence of double incontinence in patients with fecal incontinence undergoing anorectal manometry and discriminating factors. *Acta Gastro Enterologica Belgica*, *85*(2), 277–281. <https://doi.org/10.51821/85.2.9697>
- Trapani, S., Villa, G., Poliani, A., Gnechi, S., Rosa, D., & Manara, D. F. (2024). Non-Pharmacological Management of Urge Urinary Incontinence in Women between 40 and 65 Years Old: A Systematic Review. *Nursing Reports*, *14*(1), 174–196. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010015>
- Vasconcelos Neto, J. A., Vasconcelos, C. T. M., Karbage, S. A. L., Farias, H. D. C. D. A. R., Machado, S. G. D. M., & Saboia, D. M. (2019). Quality of Life in Women with Defecatory Dysfunctions: Systematic Review of Questionnaires Validated in the Portuguese Language. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, *41*(03), 191–198. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1678592>
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>
- Wu, C., Newman, D., Schwartz, T. A., Zou, B., Miller, J., & Palmer, M. H. (2021). Effects of unsupervised behavioral and pelvic floor muscle training programs on nocturia, urinary urgency, and urinary frequency in postmenopausal women: Secondary analysis of a randomized, two-arm, parallel design, superiority trial (TULIP study). *Maturitas*, *146*, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.01.008>
- Wu, Y., Li, T., Cai, F., Ye, X., & Xu, M. (2024). Stable pelvic floor muscle training improves urinary incontinence in women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *44*(1), 2420192. <https://doi.org/10.1080/01443615.2024.2420192>

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – 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)

Relatório de Estágio

elaborado para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher

Eu, abaixo-assinado, ,
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: 4 / fevereiro / 2025

Assinatura do doente:

O Fisioterapeuta:

Nome: Carolina de Sousa Morais

Assinatura: CarolinaMorais

8.2. Anexo 2 – Ficha de Avaliação

Identificação e Dados Clínicos

Nome: XX	Início da Intervenção: 04/02/2025
Idade: 64 anos	Periodicidade: 1 vez por semana
Profissão: Administrativa	Consentimento informado: Escrito
Motivo do Pedido de Intervenção/Diagnóstico Médico: Dupla incontinência	
Como ficou a conhecer a fisioterapia pélvica: Encaminhada pela ginecologia	

Exame Subjetivo

História clínica atual: A utente é seguida no HBA, teve consulta de fisioterapia no dia 20/06/2024, em que referiu as queixas de incontinência de gases e fezes. Sete meses depois, no dia 30/01/2025, teve consulta de ginecologia e foi novamente encaminhada para o serviço de MFR. Na primeira sessão de fisioterapia, apresentou queixas de perda de fezes moles/líquidas associada à urgência defecatória e perda de gases, sem se aperceber. Quando questionada, afirmou ter a roupa interior suja, diariamente, demonstrando uma perda passiva de muco. Referiu também perdas de urina, associadas à urgência urinária, após ter realizado uma cirurgia para colocação de *sling* suburetral, há seis anos.

Antecedentes Pessoais: Cirurgia para colocação de um *sling* suburetral, através da abordagem *tension-free vaginal tape-obturador* (TVT-O) em julho de 2019, com resolução das queixas prévias de incontinência urinária de esforço. Realizou fisioterapia pélvica, anterior à cirurgia, sem melhoria dos sintomas. Hipertensão arterial e hipotireoidismo.

Função Urinária

Tem perdas de urina? Sim

Em que situações? Urgência – perda de urina associada à vontade súbita e inadiável de urinar, que ocorre geralmente quando se levanta e a caminho da casa de banho

Que quantidade perde habitualmente? Gotas

Com que frequência costuma ter perdas de urina? Semanalmente

Precisa de proteção? Não

Ato Miccional: Sem alterações

Ingestão de líquidos diária? Cerca de 1L de água e 2 cafés por dia

Função Gastrointestinal

Perdas de gases e/ou fezes? Em que situações? Perda de gases, sem atividade que desencadeia a perda, por vezes nem se apercebe. Perda de fezes moles/líquidas (tipo 6 escala de Bristol) associada à urgência defecatória. Nega perdas de gases e fezes em esforço ou durante a atividade sexual.

Em que quantidade? Ligeira

Frequência das perdas: Diária

Precisa de proteção? Não utiliza, mas fica com a roupa interior suja, diariamente - perda passiva pós defecação.

Hábitos defecatórios: Respeita o reflexo gastrocólico, utiliza o banco para apoio dos pés quando está em casa, nega esforço e refere sensação de esvaziamento incompleto. Refere que o trânsito intestinal era regular, mas desde que tem perdas nota alteração na consistência das fezes (mais moles). Por vezes quando urina também perde fezes.

Frequência de dejeções: Entre uma a três vezes por dia.

Tipo de fezes, segundo escala de Bristol: Tipo 4 e 5

Obstipação? Dois ou mais dos seguintes sintomas: Não apresenta

- **Esforço defecatório mais do que 25% das dejeções:** não

- **Fezes duras ou irregulares mais do que 25% das dejeções:** não

- **Sensação esvaziamento incompleto mais do que 25% das dejeções:** sim

- **Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal mais do que 25% das dejeções:** não

- **Necessidade de manobras manuais para facilitar a defecação mais do que 25% das dejeções:** não

Tem hemorroidal? Já teve? Sim

História Obstétrica/Ginecológica

Gestações: 5 gestações, 2 sem intercorrências e 3 abortos (1 aborto provocado e 2 abortos espontâneos, fez curetagem em 2 deles)

Tipo de Parto? Laceração/Episiotomia? 1º parto em 1979, eutócico com episiotomia, peso do recém-nascido: 3300g. 2º parto em 1990, cesariana, peso do recém-nascido: 1980g.

Menopausa: Aos 46 anos. Fez terapia hormonal de substituição (tibolona) durante 12 anos, até aos 58. Neste momento refere afrontamentos, ocasionalmente.

Sintomas Ginecológicos/Vida Sexual

Sensação de peso na vagina: Nega

Sexualmente ativo: Sim

Alterações na relação sexual (Lubrificação/Presença de dor): Nega

Hábitos e Estilo de Vida:

Hábitos Tabágicos/Consumo álcool? 1 copo de vinho por dia. Não fumadora

Exercício Físico? Com que frequência? Dança 1 vez por semana e pilates 2 vezes por semana.

Limitações da atividade referidas pelo utente: Perda de gases em situações sociais. A utente refere que ambientes frios provocam-lhe urgência defecatória, levando a perdas de fezes, que ocorrem frequentemente nas idas ao supermercado.

Medicação habitual: Levotiroxina 1cp/dia (hipotireoidismo); Zolnor 1cp/dia (HTA)
Ovestin – creme (atrofia vulvovaginal).

Exames complementares de diagnóstico: Sem relevância.

Expectativas face ao tratamento: Deixar de ter perdas de fezes, principalmente nas idas ao supermercado, que condicionam o seu dia-a-dia.

Diagnóstico Diferencial

Revisão Geral De Sistemas: Sem alterações. Caso elegível para fisioterapia diretamente. Considera-se benéfico a colaboração com um nutricionista, devido à alteração da consistência das fezes.

Red Flags Específicas:

Episódios de **Infeção do Trato Urinário?** Não

Episódios de **Hematúria?** Não

Fez alguma **Cirurgia Pélvica?** Sim (TVT-O)

Fez alguma **Cirurgia Abdominal?** Sim (cesariana)

Antecedentes Oncológicos? Não

Exame Objetivo

Estado Geral: Utente colaborante, orientada em todas as vertentes, totalmente autónoma e com humor eufímico.

IMC: normal (22.22) – peso: 50kg, altura: 150cm.

Avaliação postural: Anteriorização bilateral e rotação interna dos ombros, discreta retificação da coluna dorsal, aumento da lordose lombar, báscula anterior da pélvis e hiperextensão bilateral dos joelhos.

Avaliação do padrão ventilatório: Padrão ventilatório costal superior, em repouso e abdominodiafragmático a pedido, sem dificuldade na sua realização.

Avaliação da parede abdominal: Pele hidratada e íntegra. Cicatriz de cesariana com coloração normal, sem alterações de sensibilidade, nem aderências.

Avaliação do Pavimento Pélvico

Observação: Pele hidratada e íntegra, atrofia vulvar e estreitamento do corpo perineal, sem cicatrizes visíveis. Hemorroidas externas visíveis, sem sinais inflamatórios.

Sensibilidade tátil: Sem alterações

Reflexos bulbocavernoso e ano-cutâneo: Sem alterações

Teste períneo descendente: Negativo

Palpação interna: Sem alterações na tonicidade, inexistência de pontos dolorosos na musculatura superficial e profunda.

Capacidade voluntária de contração/relaxamento: Contração voluntária presente e visível. Demonstra capacidade de contrair e descontrair os músculos do pavimento pélvico de forma isolada, sem ação da musculatura acessória.

Esquema PERFECT: (P) Força Muscular: 3/5 segundo a escala de oxford modificada. **(E) Resistência:** 5 segundos. **(R) Repetições das contrações:** 8 contrações. **(F) Número máximo de contrações rápidas (1 segundo):** 10. **(ECT: every contraction timed –** monitorização)

Diário miccional: A utente realizou o diário miccional durante apenas um dia. No registo que efetuou, apresenta uma frequência urinária de 11 vezes, com uma ingestão de líquidos de cerca de 1,5L/dia. O volume miccional foi registado por copos de café, não permitindo uma quantificação objetiva do volume vesical e condicionando o ato miccional, pois estava sempre a interromper o jato urinário. No registo efetuado verifica-se uma perda de

urina, ao levantar da cadeira, com sensação urgência associada, e dois episódios de urgência urinária em que não se verificou perda.

Calendário defecatório: A utente realizou o registo durante 7 dias, mas não especificou o número de vezes que evacuou por dia, existindo dias em que registou uma vez e noutros identificou apenas “várias”, sem diferenciar as ocorrências. Assume-se pelo preenchimento e exame subjetivo que apresenta uma frequência entre 1-3 dejeções por dia. Sendo o tipo de fezes variável entre 2 e 5 segundo a escala de Bristol, acompanhada frequentemente por sensação de esvaziamento incompleto. Refere não ter tido perda de fezes no diário defecatório, pois não teve episódios de perda de fezes moles, mas quando questionada afirma ter tido a roupa interior suja, diariamente, assumindo uma perda de fezes passiva após defecação, de frequência diária.

Índice Wexner: Pontuação total: 6 – incontinência leve.

FIQL: Pontuação nos 4 domínios: estilo de vida 38/40; comportamento 23/36; depressão 29/31; constrangimento 9/12.

Reavaliação

Os itens do exame subjetivo e objetivo que não são referidos na reavaliação mantêm-se sobreponíveis à avaliação inicial.

Função Urinária

Tem perdas de urina? Não

Função Gastrointestinal

Perdas de gases e/ou fezes? Em que situações? Perda de gases, sem atividade que desencadeia a perda.

Frequência das perdas: Regularmente

Precisa de proteção? Não

Hábitos defecatórios: Respeita o reflexo gastrocólico, utiliza o banco para apoio dos pés quando está em casa, nega esforço e refere sensação de esvaziamento completo.

Frequência de dejeções: 1 vez por dia

Tipo de fezes, segundo escala de Bristol: Tipo 4

Avaliação do Pavimento Pélvico

Esquema PERFECT: (P) Força Muscular: 4/5 segundo a escala de oxford modificada. **(E) Resistência:** 10 segundos. **(R) Repetições das contrações:** 10 contrações. **(F) Número máximo de contrações rápidas (1 segundo):** 10. **(ECT: every contraction timed** – monitorização)

Diário miccional: A utente realizou o diário miccional durante dois dias. Apresenta uma frequência urinária de 9 a 11 vezes, com uma ingestão de líquidos de cerca de 1,5L/dia, incluindo dois cafés e um copo de vinho, por dia. O volume miccional foi novamente registado por copos de café, não permitindo uma quantificação objetiva do volume vesical. No registo efetuado verifica-se uma vez a presença de urgência urinária, ao acordar, sem perdas urinárias, ao longo dos dois dias.

Calendário defecatório: A utente realizou o registo durante 7 dias, com uma frequência defecatória de 1 vez por dia, exceto um dia em que não evacuou. No dia seguinte a não ter evacuado, registou um tipo de fezes 3, segundo a escala de Bristol, sendo que nos outros dias mantiveram-se no tipo 4, com sensação de esvaziamento completo. Sem presença de *soiling* pós-defecação.

Índice Wexner: Pontuação total: 3 – incontinência leve.

FIQL: Pontuação nos 4 domínios: estilo de vida 39/40; comportamento 28/36; depressão 30/31; constrangimento 10/12.

Registos Diários

Quadro SOAP

1ª sessão 4/02	Recolha da história clínica e diagnóstico diferencial Preenchimento escala de Wexner e FIQL. Indicações para o preenchimento do diário miccional e do calendário defecatório. Ensino da anatomia, localização e função dos músculos do pavimento pélvico Ensino acerca da postura correta nas idas à casa de banho
2ª sessão 11/02	Mantém os sintomas. Recolha de dados dos instrumentos de medida preenchidos e do diário miccional e calendário defecatório. Exame objetivo e avaliação pélvica. Avaliação dos músculos do pavimento pélvico: força muscular grau 3. Mantém a contração durante 5 segundos. Nº repetições: 8. Nº contrações rápidas: 10. Ensino de estratégias de continência (contrair MPP na urgência urinária e defecatória e contrair MPP quando sente que pode ter uma perda de gases)
Treino em casa:	Aplicar as estratégias de continência em situações de urgência. Treino dos músculos do pavimento pélvico: 3 séries, de 8 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 5 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de deitada.
3ª sessão 18/02	Perdas de gases regularmente, mas referiu ter conseguido conter 1 gás. Refere 1 episódio de perda de urina associada à urgência com plenitude vesical. Iniciou um suplemento multivitamínico (sic) e notou alteração na consistência das fezes – ficaram mais duras, não teve episódios de incontinência fecal.

	Força muscular grau 3+. Mantém contração 6 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 10.
	Reforço das estratégias de continência. Treino dos músculos do pavimento pélvico: contrações mantidas seguidas de um relaxamento total, na posição deitada e sentada
Treino em casa:	Aplicar as estratégias de continência em situações de urgência. Treino dos músculos do pavimento pélvico, para realizar 3 vezes por dia: 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 6 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Na posição de decúbito dorsal e sentada.
4ª sessão 25/02	Deixou de ter a cueca suja – sem perda de fezes passiva após defecar. Refere não ter tido perdas de urina esta semana e melhorou a percepção sobre os gases, apesar de ainda não conseguir evitar a perda.
	Força muscular grau 4. Mantém contração 8 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 10.
	Treino dos músculos do pavimento pélvico: contrações mantidas, com feedback para realizar mais força no final de cada contração, seguidas de um relaxamento total, na posição deitada e sentada e de pé.
Treino em casa:	Treino dos músculos do pavimento pélvico, para realizar 3 vezes por dia: 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 8 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Em decúbito dorsal, sentada e na posição de pé.
5ª sessão 18/03	Sem perdas de urina e fezes, mantém incontinência de gases.
	Força muscular grau 4. Mantém contração 10 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 10.
	Treino dos músculos do pavimento pélvico: contrações mantidas, com feedback para realizar mais força no final de cada contração, seguidas de um relaxamento total, na posição deitada e sentada e de pé. TMPP com exercícios funcionais.
Treino em casa:	Treino dos músculos do pavimento pélvico, para realizar 3 vezes por dia: 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 10 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Em decúbito dorsal, sentada e na posição de pé.
6ª sessão 25/03	Sem perdas de urina e fezes. Tem percepção quando perde um gás e por vezes consegue conter com contração MPP.
	Recolha informação da escala de Wexner e FIQL, diário miccional e calendário defecatório. Força muscular grau 4. Mantém contração 10 segundos. Nº repetições: 10. Nº contrações rápidas: 10.
	Treino dos músculos do pavimento pélvico: contrações mantidas e rápidas, na posição deitada e sentada e de pé. TMPP com exercícios funcionais.
Treino em casa:	Manter treino dos músculos do pavimento pélvico, 3 vezes por dia: 10 repetições de contração dos músculos do pavimento pélvico, durante 10 segundos, com relaxamento total entre cada contração. Sentada e na posição de pé.

8.3. Anexo 3 – Revisão Geral de Sistemas



TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome: XX **Idade:** 64 **Sexo:** Feminino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):

Dupla incontinência

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente): Deixar de ter perdas de fezes

Acesso direto Referenciado pelo profissional: ginecologista

Fisioterapeuta responsável: Carolina Morais

Data: 04/02/2025

Contactos de outros profissionais a contactar (se 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? Nutricionista

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, infeção, fraturas)</i>	✓	
Dor não relacionada com movimento <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Mal-estar geral <i>(Despiste de cancro, infeção)</i>	✓	
Febre inexplicada <i>(Despiste de infeção)</i>	✓	
Sudorese noturna <i>(Despiste de infeção)</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.


8.5. Anexo 5 – Avaliação Inicial Calendário Defecatório


Calendário Defecatório


Dia	Hora	Tipo de Fezes (Escala de Brsitol)	Esforço para defecar	Sensação de esvaziamento incompleto		Perda de fezes	
				Sim	Não	Sim	Não
5	11:45	2	pouco		X		X
6	várias	4	defeca e/ou urina		X		X
7	várias	4	"		X		X
8	tarde	2	e/ou urina não	X			X
9	3x	4	não	X			X
10	9h	5	pouco	X			X
11	10h	2	não	X			X


ESCALA DE BRISTOL


Tipo 1 Pequenos fragmentos duros, semelhantes a nozes. 


Tipo 2 Em forma de salsicha, mas com grumos. 

Tipo 3 Em forma de salsicha, com fissuras à superfície. 

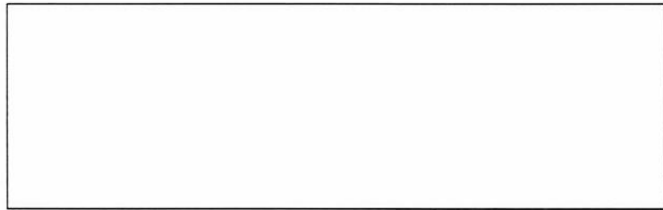
Tipo 4 Em forma de salsicha ou cobra (mais finas), mas suaves e macias. 

Tipo 5 Fezes fragmentadas, mas em pedaços com contornos bem definidos e macias. 

Tipo 6 Em pedaços estarrapados. 

Tipo 7 Líquidas. 

8.6. Anexo 6 – Avaliação Inicial Escala de Wexner



ESCALA DE GRADUAÇÃO DA INCONTINÊNCIA FECAL DE WEXNER

Tipo de Incontinência	Frequência				
	Nunca	Raramente (< 1/mês)	Algumas vezes (<1/semana, > 1/ mês)	Regularmente (< 1/dia, >= 1/semana)	Sempre (>= 1/dia)
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de penso	0	1	2	3	4
Alterações na Vida	0	1	2	3	4

Score	
0	Continência perfeita
1-7	Incontinência Leve
8-14	Incontinência moderada
15-20	Incontinência grave

8.7. Anexo 7 – Avaliação Inicial FIQL

FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (FIQL)

Questão 1					
Em geral, você diria que a sua saúde é:					
Excelente () Muito boa () <u>Boa</u> () Regular () Ruim ()					
Questão 2					
Para cada um dos itens abaixo, por favor, indique, marcando um X na coluna correspondente à quanto tempo o item abaixo o preocupa devido à perda de fezes.					
Se qualquer um dos itens lhe preocupa por outras razões que não pela perda de fezes, marque a alternativa “nenhuma das respostas”					
	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
Devido à perda de fezes					
a. Tenho medo de sair				X	
b. Evito visitar os amigos ou os parentes				X	
c. Evito passar a noite longe de casa				X	
d. É difícil para eu sair e fazer coisas como ir ao cinema ou à igreja				X	
e. Evito comer antes de sair de casa				X	
f. Quando estou fora de casa tento ficar sempre que possível próxima ao WC		X			
g. É importante eu planear o que vou fazer de acordo com o meu funcionamento intestinal			X		

FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (FIQL)

h. Evito viajar				X	
i. Fico preocupado/a em não chegar ao WC a tempo		X			
j. Sinto que não controlo o meu intestino		X			
k. Não consigo controlar a evacuação a tempo de chegar ao WC		X			
l. Perco fezes sem perceber		X			
m. Tento evitar a perda de fezes, estando próximo/a do WC		X			
Questão 3					
Devido à sua perda de fezes indique até quando o problema o incomoda.					
Se qualquer dos itens abaixo o preocupa por outras razões, marque a alternativa “nenhuma das respostas”					
a. Fico envergonhado/a			X		
b. Não posso fazer muitas coisas que quero fazer			X		
c. Fico preocupado/a em perder as fezes		X			
d. Sinto-me deprimido/a				X	(X)
e. Fico preocupado/a se outras pessoas sentem o cheiro das fezes em mim				X	
f. Acho que não sou uma pessoa saudável				X	
g. Tenho menos prazer em viver				X	

FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (FIQL)

h. Tenho relação sexual com menor frequência do que gostaria				x	
i. Sinto-me diferente das outras pessoas				x	
j. Estou sempre a pensar na possibilidade de perder fezes			x		
k. Tenho medo de ter sexo				x	
l. Evito viajar de carro ou em transportes públicos				x	
m. Evito sair para comer				x	
n. Quando vou a um lugar novo procuro saber onde está o WC				x	
<p>Questão 4</p> <p>Durante o mês passado, senti-me triste, desanimado/a ou tive muitos problemas que me fizeram pensar que nada valia a pena</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Extremamente. A ponto de quase desistir 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Com frequência 4. <input type="checkbox"/> Algumas vezes, o suficiente para me preocupar 5. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 6. <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma vez 					

8.8. Anexo 8 – Quadro CIF

Quadro CIF

Estrutura e Função

b5253 Continência fecal – incontinência fecal

b5254 Flatulência – incontinência de gases

b6201 Frequência miccional – frequência aumentada

b6202 Continência urinária – incontinência urinária de urgência

b6702 Desconforto associado à menopausa – afrontamentos

b7300 Força de músculos isolados e grupos musculares – fraqueza dos músculos do pavimento pélvico

b7401 Resistência de grupos musculares – diminuição da resistência dos músculos do pavimento pélvico

Atividade

d5300 Regulação da micção – perda de continência nas atividades da vida diária

d5301 Regulação da defecação – incapacidade de manter a continência de gases e perda de fezes nas atividades da vida diária

Participação

d9205 Socialização – desconforto associado às perdas em ambientes sociais

Fatores Pessoais**Fatores Ambientais**

Motivada e Colaborante (+)

Situação socioeconómica estável (+)

Idade (-)

Trabalha em gabinete individual (+)

Menopausa (-)

IMC normal (+)

Atividade física regular (+)

Suporte familiar (+)

Antecedentes ginecológicos (-)

Legenda: (+) facilitadores (-) barreiras

8.9. Anexo 9 – Reavaliação Diário Miccional



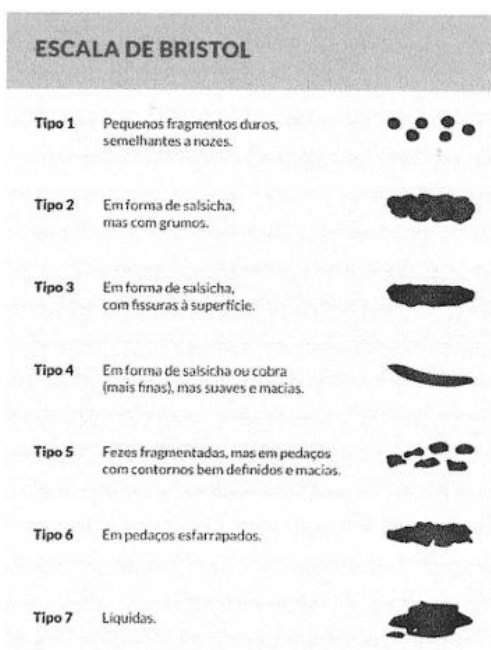
Diário Miccional									
Hora	Líquidos ingeridos		Micções	Perda de Urina			Sensação de Urgência		Actividade no momento da perda
	Tipo	Quantidade	Quantidade de urina	Pouca	Moderada	Bastante	Sim	Não	
8 h	Suco	1 copo	2						
8 h			2 copos				X		
8 h	beb. veg.	1/2 copo	1 copo						
8:30	café	1							
9 h			1 copo						
10 h	café	1 chávena							
10:30			1,5 copos						
11:10	água	1 copo	+ 2 copos						
11:30									
11:40			1,5 copos						
13 h	vinho	1/2 copo							
14:30			1 copo						
16 h	café	1 chávena							
17:50			1,5 copos						
18:15	chá	1 caneca							
19:30			2 copos						
20:30			1 copo						
23:00	água	1 copo	1,5 copos						
23:30									
7 h			2 copos						
7:30	Suco	1 chávena							
	beb. veg.	1 chávena							
8 h			1/2 copo						
9 h	café	1 chávena							
9:30			1 copo						
10:30	água	1 copo							
11	ingestão	líquido							
11:57	água	1 copo							
12:38	água	1/2 copo							
13 h			2 copos						
15:40	água	1 copo							
16:18			2 copos						

18 h 1 copo
 18:30 1/2 copo
 19:30 vinho 1/2 copo
 20:30 +/- 2 copos
 23 h água 1 copo
 23:20 1 copo

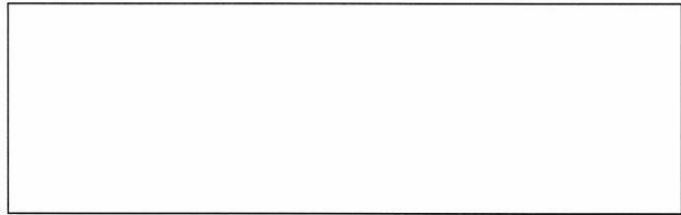
8.10. Anexo 10 – Reavaliação Calendário Defecatório

Calendário Defecatório

Dia	Hora	Tipo de Fezes (Escala de Brsitol)	Esforço para defecar	Sensação de esvaziamento incompleto		Perda de fezes	
				Sim	Não	Sim	Não
19	manhã	4	não	x			x
20	"	4	não	x			x
21	—	—	—	—	—		x
22	"	3	pouco	x			x
23	"	4	não	x			x
24	"	4	não	x			x
25	"	4	não	x			x



8.11. Anexo 11 – Reavaliação Escala de Wexner



ESCALA DE GRADUAÇÃO DA INCONTINÊNCIA FECAL DE WEXNER

Tipo de Incontinência	Frequência				
	Nunca	Raramente (< 1/mês)	Algumas vezes (<1/semana, > 1/ mês)	Regularmente (< 1/dia, >= 1/semana)	Sempre (>= 1/dia)
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de penso	0	1	2	3	4
Alterações na Vida	0	1	2	3	4

Score	
0	Continência perfeita
1-7	Incontinência Leve
8-14	Incontinência moderada
15-20	Incontinência grave

8.12. Anexo 12 – Reavaliação FIQL

FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (FIQL)

Questão 1					
Em geral, você diria que a sua saúde é: Excelente () <u>Muito boa</u> () Boa () Regular () Ruim ()					
Questão 2					
Para cada um dos itens abaixo, por favor, indique, marcando um X na coluna correspondente à quanto tempo o item abaixo o preocupa devido à perda de fezes. Se qualquer um dos itens lhe preocupa por outras razões que não pela perda de fezes, marque a alternativa “nenhuma das respostas”					
	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
Devido à perda de fezes					
a. Tenho medo de sair				X	
b. Evito visitar os amigos ou os parentes				X	
c. Evito passar a noite longe de casa				X	
d. É difícil para eu sair e fazer coisas como ir ao cinema ou à igreja				X	
e. Evito comer antes de sair de casa				X	
f. Quando estou fora de casa tento ficar sempre que possível próxima ao WC				X	
g. É importante eu planejar o que vou fazer de acordo com o meu funcionamento intestinal			X		

FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (FIQL)

h. Evito viajar				X	
i. Fico preocupado/a em não chegar ao WC a tempo		X			
j. Sinto que não controlo o meu intestino		X			
k. Não consigo controlar a evacuação a tempo de chegar ao WC			X		
l. Perco fezes sem perceber			X		
m. Tento evitar a perda de fezes, estando próximo/a do WC			X		
Questão 3					
Devido à sua perda de fezes indique até quando o problema o incomoda.					
Se qualquer dos itens abaixo o preocupa por outras razões, marque a alternativa “nenhuma das respostas”					
a. Fico envergonhado/a			X		
b. Não posso fazer muitas coisas que quero fazer				X	
c. Fico preocupado/a em perder as fezes		X			
d. Sinto-me deprimido/a				X	
e. Fico preocupado/a se outras pessoas sentem o cheiro das fezes em mim				X	
f. Acho que não sou uma pessoa saudável				X	
g. Tenho menos prazer em viver				X	

FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (FIQL)

h. Tenho relação sexual com menor frequência do que gostaria				+	
i. Sinto-me diferente das outras pessoas				+	
j. Estou sempre a pensar na possibilidade de perder fezes				+	
k. Tenho medo de ter sexo				+	
l. Evito viajar de carro ou em transportes públicos				+	
m. Evito sair para comer				+	
n. Quando vou a um lugar novo procuro saber onde está o WC				+	
<p>Questão 4 Durante o mês passado, senti-me triste, desanimado/a ou tive muitos problemas que me fizeram pensar que nada valia a pena</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Extremamente. A ponto de quase desistir 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Com frequência 4. <input type="checkbox"/> Algumas vezes, o suficiente para me preocupar 5. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 6. <input type="checkbox"/> Nenhuma vez 					

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Relação entre as Duas Partes do Relatório

A parte I deste relatório incluiu uma caracterização do local de estágio, do papel do fisioterapeuta e da sua intervenção em saúde pélvica e da mulher, com base na evidência científica disponível. Esta contextualização permitiu realizar uma análise crítica da intervenção em fisioterapia e ajustar o processo da fisioterapia ao local de estágio e aos utentes acompanhados, nomeadamente a utente sobre a qual foi efetuado o estudo de caso. Os registos clínicos apresentados, assim como o estudo de caso realizado, permitiram desenvolver competências de avaliação, seleção de instrumentos de medida, intervenção e realização de registos clínicos sistematizados, necessários a uma prática baseada na evidência.

A realização da análise SWOT do local e a pessoal permitiram refletir acerca dos pontos fortes e de que forma estes poderiam ser aproveitados ao longo do estágio. Assim como a identificação dos pontos fracos e oportunidades possibilitou desenvolver, em conjunto com a análise dos padrões de qualidade, o projeto de melhoria do local.

As capacidades adquiridas para a realização da pesquisa e análise da evidência científica, a fim de suportar o projeto de melhoria, a contextualização e a intervenção em fisioterapia, foram importantes para a melhoria da prática clínica da aluna no local, bem como para desenvolver o raciocínio clínico, necessários para a elaboração da parte II.

Na parte I encontra-se descrito o processo da fisioterapia, fundamentado com base na evidência, tendo sido posteriormente desenvolvido e aplicado na construção do estudo de caso. A reflexão crítica realizada na discussão, sobre todo o processo e resultados apresentados, foi facilitada após a análise e descrição do papel da fisioterapia, desenvolvidos na primeira parte.

A análise realizada à população acompanhada no local de estágio, apresentada na primeira parte, permitiu identificar a prevalência das disfunções pélvicas, presente nos quatro meses do estágio. Os dados demonstram que 85% dos utentes apresentava queixas de IU, 15% tinham um diagnóstico de IF e 32% apresentaram mais do que uma disfunção do pavimento pélvico. Pode-se assim concluir que a escolha do estudo de caso, de utente com dupla incontinência (urinária, fecal e de gases), foi representativa de grande parte da amostra. Relativamente aos fatores de risco da amostra analisada, o fator mais prevalente foi a menopausa, presente em 44% das mulheres, 42% tiveram mais que 1 filho e 16% já tinham realizado pelo menos uma cirurgia pélvica, sendo estes fatores de risco identificados também no estudo de caso.

2. Ganhos Pessoais

O estágio realizado em contexto hospitalar, pertencente ao SNS, contrasta com a prática clínica que a aluna tinha até à data, em clínica privada. Este contexto permitiu contactar com vários utentes, com diversas patologias, na área da saúde pélvica e da mulher, o que obrigou à pesquisa acerca da fisiopatologia de cada disfunção, o conhecimento de diferentes abordagens cirúrgicas e terapias oncológicas, fatores de risco e *red flags*, para além da aplicação do processo da fisioterapia adequado a cada condição clínica e utente, nesta área em específico. A prática clínica, durante quatro meses, permitiu adquirir competências na abordagem com os pacientes, no registo adequado, nas estratégias de avaliação e intervenção e no raciocínio clínico. Reforçou a importância de ter uma visão holística de cada paciente e da sua condição clínica e de estabelecer uma boa relação terapeuta-paciente, com o objetivo de possibilitar o melhor tratamento e contribuir da melhor forma para a reabilitação dos pacientes.

A possibilidade de estar incluída numa equipa multidisciplinar permitiu aprimorar competências a nível da comunicação, relacionamento profissional e cooperação, identificados como pontos fortes na análise SWOT pessoal. Um dos pontos fracos identificados, como a falta de possibilidade de discutir casos clínicos no local de trabalho, foi desenvolvido pela oportunidade de observar a prática clínica e discutir casos clínicos com várias fisioterapeutas com formação na área.

O acompanhamento dado pela orientadora do local possibilitou o esclarecimento de dúvidas e levou ao desenvolvimento de estratégias de organização, comunicação e pesquisa de evidência científica. Para além disso, foi desenvolvida a capacidade de gestão de tempo, necessária para realizar o estágio e o respetivo relatório, em simultâneo com a atividade profissional.

Os conhecimentos adquiridos na área de gestão, por meio da análise do local de estágio e da proposta de melhoria, aumentaram as capacidades enquanto profissional de saúde. Considera-se assim que os objetivos estabelecidos inicialmente, no contrato de aprendizagem, estavam alinhados com as necessidades da fisioterapeuta e foram alcançados com sucesso. Acrescentando ainda a possibilidade de observar e intervir na saúde pélvica do homem e de participar e orientar classes de exercícios do pavimento pélvico.

Em suma, a realização do estágio e relatório proporcionaram a consolidação dos conhecimentos adquiridos no primeiro ano de mestrado e o desenvolvimento de novas competências pessoais e profissionais.

3. Limitações Pessoais

A reduzida experiência profissional, identificada como um ponto fraco na análise SWOT pessoal, foi desenvolvida ao longo do estágio, com a possibilidade de intervir em vários utentes com diversas patologias. Ainda assim, é identificada como uma limitação pois as *skills* necessárias para a avaliação e intervenção vão sendo desenvolvidas ao longo dos anos de trabalho na área, assim como o raciocínio clínico.

Mantém-se a ausência de prática clínica em contexto de classes de preparação para o nascimento, visto que não ter sido possível contactar com esta população, sendo um objetivo a cumprir futuramente na prática clínica.

E ainda, como referido anteriormente na parte I do presente relatório, a inclusão das questões acerca da saúde sexual, que deveriam ter estado presentes em todas as avaliações realizadas. Desta forma, identifica-se como uma competência a desenvolver e melhorar no futuro, de forma a abordar todas as necessidades de saúde dos utentes, nesta especialidade.

As adversidades que surgiram ao longo deste percurso contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de ultrapassar dificuldades e adaptação às circunstâncias, tendo adquirido competências que irão ser essenciais durante a vida profissional.

4. Perspetivas Futuras de Desenvolvimento Pessoal, Apresentando Dificuldades e Oportunidades

Atualmente, como apresentado no *curriculum vitae*, na parte V do relatório, a prática clínica em saúde pélvica e da mulher é onde a estudante dedica a maior parte do seu trabalho.

Nos três locais em que trabalha é a única fisioterapeuta a intervir na área de saúde pélvica e da mulher. Para combater a ausência de oportunidade para discutir casos clínicos, nos locais onde trabalha, mantém-se participativa nos grupos de fisioterapeutas com quem fez formação específica na área. O contacto com outros profissionais e a discussão de casos permite uma maior reflexão acerca da prática profissional, o esclarecimento de dúvidas e a partilha de novas publicações realizadas nesta área.

Num dos estabelecimentos da sua prática clínica, sendo a única fisioterapeuta que atua no local, considera-se de maior importância a constante reflexão acerca do perfil de competências do fisioterapeuta e o desenvolvimento de uma visão crítica acerca da organização e gestão do local, apresentando propostas de melhoria.

Uma das dificuldades apresentada para o desenvolvimento profissional é o facto de exercer em regime privado. A diminuição do poder de compra da população leva à

diminuição da procura em regime particular e dificuldade no acesso a estes serviços. Para combater esta dificuldade a estudante pretende realizar ações de sensibilização, promoção e prevenção em saúde pélvica e da mulher, na sua área de residência.

No futuro, pretende continuar a realizar formações profissionais e pessoais e promover esta área, colaborando com a população e outros profissionais ao seu alcance.

5. Propostas Futuras de Desenvolvimento da Profissão, Apresentando Dificuldades e Oportunidades

Segundo o código deontológico da ordem dos fisioterapeutas, o fisioterapeuta é um profissional autónomo, que toma decisões e atua de forma independente, sendo responsável e responsabilizado pelas suas decisões e ações. Sendo um profissional de primeiro contacto, pode aceitar utentes para consulta e intervenção por autorreferenciação ou referência de outros profissionais de saúde (Ordem dos Fisioterapeutas, 2023). Garantindo estas competências na formação profissional, torna-se evidente a necessidade de promover um modelo de acesso direto à fisioterapia, sem a obrigatoriedade de uma consulta e prescrição médica.

A área de saúde da mulher tem vindo a ganhar cada vez mais procura e atenção, o que constitui um fator muito positivo. Existe um aumento do conhecimento da população acerca dos benefícios da prevenção e tratamento das disfunções do pavimento pélvico, maioritariamente na área da gravidez e pós-parto.

No entanto, há ainda uma grande falta de reconhecimento da importância da prevenção de disfunções pélvicas, nomeadamente na área da oncologia, sendo de extrema importância a abordagem da fisioterapia na área da saúde pélvica. A promoção de sessões de esclarecimento em grupo, em ambiente hospitalar ou integrados na comunidade, em associações de apoio a doentes oncológicos, podem ser uma forma de alertar para os efeitos secundários dos tratamentos na saúde pélvica e dar a conhecer a intervenção da fisioterapia na prevenção e tratamento das disfunções pélvicas, promovendo um aumento da qualidade de vida destas mulheres.

Na reabilitação oncológica, a evidência demonstra benefícios numa intervenção precoce e multidisciplinar. Segundo o modelo de vigilância prospetiva, a intervenção em fisioterapia inicia imediatamente após o diagnóstico, com uma avaliação multidimensional e abrangente, geralmente realizada no pré-operatório. Paralelamente à trajetória médica, o modelo inclui as fases de diagnóstico e planeamento de tratamento, pós-operatório e vigilância contínua, durante o tratamento adjuvante ou cuidados de sobrevivência (Stout et al., 2012). Este modelo ainda não é aplicado em Portugal, pela

falta de recursos e de investimento na prevenção, estando os fisioterapeutas presentes, na grande maioria dos casos, apenas após a cirurgia ou tratamentos realizados.

O projeto ERAS, constituído por uma equipa multidisciplinar, tem como objetivo diminuir as complicações e melhorar a recuperação cirúrgica, reduzindo o tempo de internamento (Hospital Beatriz Ângelo, 2025). A fisioterapeuta incluída na equipa realiza o ensino de alguns exercícios a executar no pré e pós operatório e dos cuidados a ter no pós-operatório imediato. No HBA este programa é realizado em utentes com cirurgia colorretal, do pâncreas, do fígado, urológica e ginecológica. Destaca-se, através deste programa, a importância da prevenção e considera-se um bom exemplo a ser reproduzido nos vários hospitais do SNS em Portugal, resultando numa melhor experiência para o paciente, redução de custos e melhor aproveitamento dos recursos hospitalares.

5.1. Referências Bibliográficas

- Hospital Beatriz Ângelo. (2025). *Hospital Beatriz Ângelo*.
<https://www.hbeatrizangelo.pt/pt/>
- Ordem dos Fisioterapeutas. (2023). *Código Deontológico (Parte E)*. Diário da República, 2.^a série. <https://ordemdosfisioterapeutas.pt/wp-content/uploads/2023/05/codigo-dre.pdf>
- Stout, N. L., Binkley, J. M., Schmitz, K. H., Andrews, K., Hayes, S. C., Campbell, K. L., McNeely, M. L., Soballe, P. W., Berger, A. M., Cheville, A. L., Fabian, C., Gerber, L. H., Harris, S. R., Johansson, K., Pusic, A. L., Prosnitz, R. G., & Smith, R. A. (2012). A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, *118*(S8), 2191–2200. <https://doi.org/10.1002/cncr.27476>

Parte IV – 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 Doutoramento, obtido na Universidade Católica Portuguesa, na qualidade de orientador do estudante Carolina dos Santos Morais, inscrito no 3º semestre, da 16 edição do Curso de Mestrado em Fisioterapia, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, declara que aceita e aprova a versão do Relatório de Estágio apresentado para submissão a provas públicas.

27 de Junho de 2025

Patrícia Duarte de Almeida
(nome)



Assinado por: Patrícia Maria
Duarte de Almeida
Identificação: B110350576
Data: 2025-06-29 às 07:56:59

Parte V – *Curriculum Vitae* do Estudante



CAROLINA MORAIS

FISIOTERAPEUTA

24/11/1998

INFORMAÇÃO DE CONTACTO

📍 Rua Vale da Igreja, Quinta Entrelabaças
2580-042 Abridada, Lisboa

✉ carolinamorais98@gmail.com

☎ 916893822

IDIOMAS

Português (Língua materna)

Inglês (Cambridge English, First - Level C1)

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

- Boa capacidade de comunicação e empatia, adquirida através da experiência enquanto voluntária e nos estágios curriculares;
- Capacidade de integrar equipas multidisciplinares adquirida nos estágios curriculares;
- Capacidade de cooperação e trabalho em equipa desenvolvida ao longo da formação académica;
- Sentido de responsabilidade e organização.

VOLUNTARIADO

- Membro da Organização do Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia em 2020, no pelouro científico;
- Participação em várias edições do Hospital da Bonecada;
- Participação na IberCup, Cascais, 15 a 19 abril de 2019.

INTERCÂMBIO

- "European summer physiotherapy exchange programme" República Checa, de 8 a 26 julho de 2019.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Hospital da Luz Lisboa

Fisioterapeuta na área de Saúde Pélvica e da Mulher

Fevereiro 2025 - Presente

Coisas da Mente - Centro de Psicologia e Psicoterapia

Fisioterapeuta nas áreas de Saúde Pélvica e da Mulher e Músculo-esquelética
Instrutora de classes de Pilates Clínico

Mai 2024 - Presente

Oficina D'Arte Dançando Aqui e Ali

Instrutora de classes de Pilates Clínico

Setembro 2023 - Presente

Abrisaude

Entre 2021 e 2023 a tempo inteiro em Músculo-esquelética e Neuromuscular

Desde 2023 a tempo parcial na área de Saúde Pélvica e da Mulher

Instrutora de classes de Pilates Clínico

Setembro 2021 - Presente

Centro de Recursos da Cidadela

Fisioterapeuta nas áreas de Músculo-esquelética e Neuromuscular

Instrutora de classes de Pilates Clínico

Outubro 2020 - Agosto 2021

Fisixira - Centro de Recuperação Vila Franca de Xira

Fisioterapeuta nas áreas de Músculo-esquelética e Neuromuscular

Agosto 2020 - Junho 2021

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Mestrado em Fisioterapia na Saúde Pélvica e da Mulher

Escola Superior de Saúde de Alcoitão

2023 - Presente

Sistema Fascial na Saúde da Mulher

Fisioterapeuta Laura Della Negra

2024

Disfunções do Pavimento Pélvico: da evidência à prática

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

2023

Fisioterapia na Saúde da Mulher

Formaterapia

2023

Fisioterapia no Ombro: Avaliação e Tratamento

Bwizer

2022

Certificação SBV-DAE

INEM

2020

Pilates Clínico MW1

Certificação MATWORK APPI

2020

Licenciatura em Fisioterapia

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

2016 - 2020

ESTÁGIO

Estágio de Mestrado em Fisioterapia

na área de Saúde Pélvica e da Mulher

11/2024 - 03/2025

Parte VI – Declaração da Entidade onde Desenvolveu o Estágio



Declaração de estágio

Certifica-se, para os devidos efeitos, que a **Sra. Carolina de Sousa Morais**, portadora do Cartão de Cidadão número 14926941, contribuinte número 244942161, aluna de Mestrado em Fisioterapia em Saúde Pélvica e da Mulher na Escola Superior de Saúde de Alcoitão, realizou o seu estágio Curricular no Serviço de Medicina Física e Reabilitação na ULSLOD - Hospital Beatriz Ângelo, com início a 25 de novembro de 2024 e término a 27 de março de 2025 com um total de duração de 300 horas.

Por ser verdade e por ter sido solicitado, passa-se a seguinte declaração.

Loures, 25 de junho de 2025



Unidade Local de Saúde Loures Odivelas, E.P.E.
Avenida Carlos Teixeira, 3 - 2674-514 Loures
NIF: 516 726 862

3927

Carolina Lopes
Assistente Técnica
Secretariado de Estágios