

Margarida Cordeiro Carrilho Silva

Relatório de Estágio Clínico em Saúde da Mulher

Clínica Aldeia Raiz - Sintra

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

Orientador: Professora Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida

Julho, 2023

Margarida Cordeiro Carrilho Silva

Relatório de Estágio Clínico em Saúde da Mulher

Clínica Aldeia Raiz - Sintra

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

Orientador: Professora Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida

Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria da Lapa Rosado, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Fisioterapeuta;

Arguente: Professora Doutora Patrícia Gonçalves Mota, Professor Adjunto da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Fisioterapeuta;

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

Setembro, 2023

Resumo

O presente relatório foi elaborado durante um estágio acadêmico no contexto do Mestrado em Fisioterapia no ramo de especialidade em Saúde da Mulher, desenvolvido na clínica Aldeia Raiz, no período de 21 de novembro de 2022 a 8 de fevereiro de 2023. A intervenção foi direcionada para condições relativas a disfunções do pavimento pélvico, gravidez e pós-parto.

Os objetivos principais do relatório assentam na análise crítica sobre os modelos de gestão de um local de prática clínica, desenvolvimento de competências, na integração do processo da fisioterapia, através do desenvolvimento da reflexão crítica, capacidade de autoavaliação, raciocínio clínico, tomada de decisão e prática baseada na evidência.

Os pontos fulcrais desenvolvidos, durante o período de estágio, neste relatório passaram por: colocar em prática um contrato de aprendizagem previamente definido entre a aluna, escola, orientadora de estágio e orientadora clínica, com todas as competências e objetivos a atingir ao longo do estágio; realizar uma análise crítica, segundo os padrões de prática e através da análise SWOT, do local de estágio, de forma a compreender o modelo de prática que é seguido e perceber que pontos podem ser melhorados; e, por último, é realizado um estudo de caso, acompanhado ao longo do estágio, realizando a sua análise detalhada e processo de intervenção baseado na melhor evidência disponível.

Foram assim apresentadas várias propostas de melhoria e desenvolvimento do espaço, com base na melhor evidência, tendo sido proposto essencialmente novos serviços e parcerias, de forma a potenciar o crescimento do espaço e chamar mais utentes.

Relativamente ao contrato de aprendizagem, os resultados foram satisfatórios, uma vez que foram atingidos praticamente todos os objetivos e competências propostas.

Por fim, no que toca ao estudo de caso, os resultados foram muito bons, tendo sido cumpridos todos os objetivos delineados. A utente teve alta e já não apresentava queixas na relação sexual. Foi possível perceber, ao longo do estudo de caso, a necessidade de desenvolver mais estudos na área e de qualidade científica.

Concluindo, o estágio foi uma mais-valia e um processo de grande aprendizagem e desenvolvimento da fisioterapeuta, enquanto pessoa e profissional. Atingiu os objetivos propostos e procurou intervir da melhor forma sempre com base na melhor evidência disponível.

Palavras-chave: disfunções do pavimento pélvico; projeto de implementação; fisioterapia do pavimento pélvico; incontinência urinária; prolapso de órgãos pélvicos; pós-parto; gravidez; disfunção sexual feminina

This report was prepared during an academic internship in the context of the master's degree in physiotherapy in the specialty of women's health, developed at the Aldeia Raiz clinic from November 21st of 2022 to February 8th of 2023. The intervention was mainly in cases related to pelvic floor disorders, pregnancy and postpartum.

The main objectives of the report are based on a critical analysis of the management models of a clinical practice setting, the development of skills, the integration of the physiotherapy process, through the development of critical reflection, self-assessment capacity, clinical reasoning, decision-making and evidence-based practice.

The main points developed in this report, during the internship period, include: putting into practice a previously defined learning contract between the student, school, internship supervisor and clinical supervisor, with all the skills and objectives to be achieved throughout the internship; carry out a critical analysis, according to the practice standards in physiotherapy and through the SWOT analysis, of the internship clinic, in order to understand the practice model that is followed and to perceive which points can be improved; and finally, a case study is carried out, followed throughout the internship, carrying out its detailed analysis and intervention process based on the best available evidence.

Several proposals were presented for the improvement and development of the space, based on the best evidence, with essentially, new services and partnerships proposed in order to boost the growth of the clinic and attract more patients.

Regarding the learning contract, the results were satisfactory, since practically all the proposed objectives and competences were achieved.

Finally, regarding the case study, the results were very good, and all the objectives outlined were fulfilled. The patient was discharged and no longer had complaints regarding sexual intercourse. It was possible to perceive, throughout the case study, the need to develop more clinical studies in the area and of scientific quality.

In conclusion, the internship was very important and a process of great learning and development for the physiotherapist as a person and professional. It reached the proposed objectives and the physiotherapist always tried to have the best intervention and always based on the best available evidence.

Key words: pelvic floor dysfunctions; implementation project; pelvic floor physiotherapy; urinary incontinence; pelvic organ prolapse; postpartum; pregnancy; female sexual dysfunction

Lista de Abreviaturas

APF – Associação Portuguesa de Fisioterapia

DPP – Disfunção do Pavimento Pélvico

DS – Disfunção Sexual

EVA - Escala Visual Analógica

FSFI-6 – 6 Item Female Sexual Function Index

GIFSM - Grupo de Interesse em Fisioterapia da Saúde da Mulher

ICS - Sociedade Internacional de Continência

IMC – Índice de Massa Corporal

IU - Incontinência Urinária

IUE - Incontinência Urinária de Esforço

KHQ - King's Health Questionnaire

MPP – Músculos do pavimento pélvico

POP - Prolapso de Órgãos Pélvicos

P-QoL – Prolapse Quality of Life Questionnaire

PP – Pavimento pélvico

RCT - Randomized Controlled Trial

RMQ – Roland and Morris Questionnaire

Parte I – Desempenho em Estágio

1. Introdução.....	11
1.1 Objetivos do relatório.....	12
1.2 Objetivos do estágio	13
2. Caracterização da unidade de estágio.....	14
2.1 Contextualizar o posicionamento da unidade no Plano Nacional de Saúde	14
2.2 Descrição do local	14
2.3 Análise crítica do local de prática	15
2.3.1 Análise em função dos padrões de prática	15
2.3.2 Análise SWOT do local.....	18
3. Caracterização dos utentes e da intervenção	19
3.1 Necessidades de saúde, no contexto da especialidade e as encontradas no local de prática.....	19
3.2 Descrição do papel do fisioterapeuta na especialidade e no local, segundo a prática baseada na evidência.....	24
3.3 Registo de 3 Utenes.....	27
3.4 Análise Crítica de 3 CAT (<i>Critically Appraised Topic</i>)	27
3.5 Análise crítica da intervenção no local em função da melhor evidência disponível.....	28
4. Projeto de implementação de melhoria no local de prática.....	34
4.1 Apresentação de um plano de melhoria fundamentado na evidência	34
5. Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal	49
5.1 Análise SWOT pessoal.....	49
5.2 Contrato de aprendizagem inicial.....	50
5.3 Reavaliações do contrato.....	61
5.4 <i>Feedbacks</i> obtidos	62
5.5 Reflexão final do processo	63
6. Referências Bibliográficas	64
7. Apêndices	76
Apêndice 1: Ficha de Registo.....	76
Apêndice 2: Registo Clínico de 4 Utenes	82
Apêndice 2.1: Registo Clínico Utenente 1	82
Apêndice 2.1.1: Consentimento Informado Utenente 1.....	99
Apêndice 2.1.2: Questionário KHQ Utenente 1 - avaliação	100

Apêndice 2.1.3: Diário Miccional Utente 1 - avaliação	102
Apêndice 2.1.4: Questionário KHQ Utente 1 – Reavaliação 6 semanas	104
Apêndice 2.1.5: Diário Miccional Utente 1 – Reavaliação 12 semanas	106
Apêndice 2.1.6: Questionário KHQ Utente 1 – Reavaliação 12 semanas	108
Apêndice 2.1.7: Nota de Alta Utente 1	110
Apêndice 2.2: Registo Clínico Utente 2.....	111
Apêndice 2.2.1: Consentimento Informado Utente 2.....	126
Apêndice 2.2.2: Questionário P-QoL Utente 2 – avaliação	127
Apêndice 2.2.3: Questionário P-QoL Utente 2 – reavaliação 6 semanas	132
Apêndice 2.2.4: Questionário P-QoL Utente 2 – reavaliação 12 semanas	137
Apêndice 2.3: Registo Clínico Utente 3.....	142
Apêndice 2.3.1: Consentimento Informado Utente 3.....	153
Apêndice 2.3.2: Questionário RMQ Utente 3 – avaliação	154
Apêndice 2.3.3: Questionário RMQ Utente 3 – Reavaliação (38 semanas)	155
Apêndice 2.4: Registo Clínico Utente 4.....	156
Apêndice 2.4.1: Consentimento Informado Utente 4.....	170
Apêndice 2.4.2: Questionário FSFI-6 Utente 4 – avaliação.....	171
Apêndice 2.4.3: Questionário FSFI-6 Utente 4 – reavaliação 6 semanas	172
Apêndice 2.4.4: Questionário FSFI-6 Utente 4 – reavaliação 12 semanas	173
Apêndice 2.5: Reflexão dos casos clínicos geral	174
Apêndice 3: Análise Crítica de 3 CAT (<i>Critically Appraised Topic</i>)	175
Apêndice 4: Folheto Informativo – Função Sexual no Pós-parto	187
Apêndice 5: Questionário <i>Feedback</i> (modelo não preenchido)	188
Apêndice 6: Questionários <i>Feedback</i> (preenchidos)	190
Apêndice 7: <i>Feedback</i> orientadora clínica do local de estágio	198
8. Anexos.....	199
Anexo 1: Triagem em Fisioterapia Utente 1	199
Anexo 2: Escala EVA	201
Anexo 3: Esquema PERFECT	201
Anexo 4: Escala <i>Oxford</i> Modificada.....	201
Anexo 5: KHQ (não preenchido)	202
Anexo 6: Triagem em Fisioterapia Utente 2	204
Anexo 7: P-QoL (não preenchido)	206
Anexo 8: Triagem em Fisioterapia Utente 3	211

Anexo 9: RMQ (não preenchido)	213
Anexo 10: Triagem em Fisioterapia Utente 4	214
Anexo 11: FSFI-6 (não preenchido)	216
Anexo 12: Artigo I – análise crítica RCT	217
Anexo 13: Artigo II – análise crítica RCT	224
Anexo 14: Artigo III – análise crítica Revisão Sistemática	231

Parte II – Estudo de Caso

1. Introdução.....	251
2. Descrição do Caso	260
2.1 História e Exame Subjetivo.....	260
2.2 Diagnóstico Diferencial.....	262
2.3 Exame Objetivo.....	262
2.4 Diagnóstico em Fisioterapia.....	266
2.5 Prognóstico.....	267
2.6 Objetivos	268
2.7 Plano de Tratamento.....	268
2.8 Resultados	270
2.9 Escala da Catastrofização da Dor	271
3. Discussão	272
4. Conclusão	277
5. Referências Bibliográficas	278
6. Apêndices	289
Apêndice 1: Consentimento Informado	289
Apêndice 2: Folha Registo Clínico Utente.....	290
Apêndice 3: Quadro SOAP	297
Apêndice 4: Escala FSFI-6 – Avaliação	305
Apêndice 5: Diagnóstico em Fisioterapia – Quadro CIF	306
Apêndice 6: Objetivos de Intervenção	307
Apêndice 7: Plano de Intervenção com suporte científico	307
Apêndice 8: Apresentação detalhada dos Resultados/Reavaliações	314
Apêndice 9: Escala FSFI-6 – Reavaliação 6 semanas.....	318
Apêndice 10: Escala FSFI-6 – Reavaliação 12 semanas.....	319
Apêndice 11: Nota de alta	320

Apêndice 12: Catastrofização da Dor.....	321
Apêndice 13: Escala de Catastrofização da Dor	323
7. Anexos.....	324
Anexo 1: Triagem em Fisioterapia.....	324
Anexo 2: Escala EVA	326
Anexo 3: Esquema PERFECT	326
Anexo 4: Escala <i>Oxford</i> Modificada.....	326
Anexo 5: Escala FSFI-6 (não preenchida)	327
Anexo 6: Exemplo de exercícios de alongamento ensinados à utente	328
Anexo 7: Escala da Catastrofização da Dor (não preenchida)	329

Parte III – Considerações Finais

1. Relação entre as duas partes do relatório	331
2. Ganhos pessoais	332
3. Limitações pessoais.....	332
4. Perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal, apresentando dificuldades e oportunidades	333
5. Perspetivas futuras de desenvolvimento da profissão, apresentando dificuldades e oportunidades	333

Parte IV- Apêndices Globais do Relatório

Apêndice 1: Parecer final do orientador.....	336
Apêndice 2: Curriculum Vitae do Estudante e Cédula do Estudante.....	337
Apêndice 3: Declaração da Entidade onde se desenvolveu o estágio	341

Parte I – Desempenho em Estágio

1. Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, inserida no 3º semestre do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia, com especialização na Saúde da Mulher, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão. O estágio foi realizado no contexto da 13ª edição do Mestrado em Fisioterapia na Saúde da Mulher, com duração de 156 horas presenciais. Ocorreu na clínica privada Aldeia Raiz em Sintra, sendo um dos locais de trabalho da fisioterapeuta estagiária, de 21 de novembro de 2022 a 8 de fevereiro de 2023 das 10h às 18h.

Este estágio teve como objetivo melhorar as capacidades e competências técnicas e de raciocínio clínico, intervindo em situações reais e aplicando o processo da fisioterapia em pacientes da área da Saúde da Mulher. Foi muito importante, pois ajudou a alcançar as metas definidas pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, nas quais se espera que o profissional seja capaz de utilizar os conhecimentos adquiridos em contextos específicos de intervenção, criar programas de intervenção para populações específicas e fazer uma análise crítica das evidências e da sua aplicabilidade na prática clínica.

Pretendeu-se com a realização deste estágio obter um contato direto com utentes na área de especialização, colocando em prática os conteúdos adquiridos ao longo do ano curricular do Mestrado e também respondendo às necessidades de aprendizagem encontradas pela aluna.

A fisioterapeuta já tem vindo a ter contacto com alguns casos clínicos da área, mas espera, com o estágio, contactar com mais casos, desafios e diferentes disfunções, de forma a ganhar mais experiência e conhecimento na área e desenvolver as suas capacidades enquanto profissional.

Com a realização deste relatório e estágio, espera-se promover uma prática científica baseada na melhor evidência disponível, desenvolver e aprofundar a capacidade de uma reflexão crítica de toda a prática e experiência, bem como do desempenho no estágio, de forma a potenciar um crescimento pessoal e profissional. Espera-se também melhorar os conhecimentos acerca de gestão de elevado nível, aumentando as capacidades neste campo e permitindo uma análise crítica do local e melhoria do mesmo.

O relatório será composto por três partes, que serão descritas com mais pormenor na parte dos objetivos do relatório. Cada parte é composta por diversos pontos de relevância essenciais a ter em conta ao longo do estágio e do processo de aprendizagem, crítica e prática baseada na melhor evidência científica disponível.

Concluindo, este relatório tem como principal objetivo transmitir os conhecimentos que foram adquiridos, quer no contexto de estágio, quer no contexto da investigação bibliográfica e

científica que foi realizada durante o mesmo período. De seguida, serão então apresentados os objetivos específicos que foram definidos para o estágio e para a execução deste relatório.

1.1 Objetivos de estágio

Os objetivos definidos para este estágio curricular passam por: Aumentar e consolidação do conhecimento de anatomia do pavimento pélvico e fisiologia, de modo a ter uma avaliação e intervenção mais seguros, dentro de 2 semanas; Rever conteúdos importantes para o processo da fisioterapia em utentes com DPP, ao longo de todo o estágio; Realizar uma ficha de avaliação personalizada e registos sistemáticos durante as sessões, ao longo de todo o estágio; Melhorar o raciocínio clínico e tomada de decisões; Aperfeiçoar as técnicas (palpação vaginal, terapia manual, etc) e prática clínica, de modo a melhorar o modelo de atuação, obtendo *feedback* da tutora, até ao final do estágio; Melhorar a identificação e utilização de métodos e instrumentos de avaliação específicos da área de especialização, assim como de estratégias de intervenção ajustadas às problemáticas identificadas na prática clínica, até ao final do estágio; Melhorar o raciocínio clínico em DPP, de modo a potenciar as capacidades de avaliação, diagnóstico e tratamento, até ao final do estágio; Melhorar a seleção da informação relevante de artigos, de acordo com os casos disponíveis no estabelecimento, até ao final do estágio; Conseguir uma intervenção baseada na evidência, centrada no utente, sendo este participativo durante todo o processo de reabilitação, ao longo do estágio; Rever e aumentar o conhecimento na avaliação e intervenção em DS, até ao final do estágio; Aumentar o conhecimento acerca da sexualidade no pós-parto e acompanhar as utentes nesse sentido, fornecendo a informação necessária, baseada na melhor evidência disponível, ao longo de todo o estágio; Rever, aumentar o conhecimento e a experiência acerca das DPP na mulher, ao longo de todo o estágio; Rever, aumentar o conhecimento e experiência sobre as temáticas (e quais as alterações (PP, algias, etc)) da gravidez, preparação para o parto e pós-parto, e intervenção nas mesmas, ao longo de todo o estágio; Rever, aumentar o conhecimento e experiência da temática do trabalho de parto (posições, respiração, etc) e como a fisioterapia pode ajudar, ao longo de todo o estágio; Rever, aumentar o conhecimento e experiência da temática da amamentação e como a fisioterapia pode intervir e ajudar, ao longo de todo o estágio; Tornar eficaz a relação terapeuta-utentes, de modo a potenciar a intervenção; Utilizar uma linguagem clara e encorajadora perante as utentes, melhorando a adesão e o interesse destas na sua recuperação, até ao final do estágio; Ter capacidade de analisar criticamente a organização e gestão dos serviços de saúde da mulher do

local de prática clínica e Possuir conhecimentos e capacidade reflexiva aprofundada na área de fisioterapia em Saúde da Mulher, até ao final do estágio.

1.2 Objetivos do relatório

Os objetivos do relatório definem-se pelo seu propósito de construção e pela sua estrutura e conteúdo, permitindo demonstrar o desenvolvimento do estágio, respetivas aprendizagens e consolidação de conhecimentos adquiridos, seja por organização de diferentes conteúdos de aprendizagem ou pela reflexão crítica acerca da prática clínica e outros fatores.

Na primeira parte do presente relatório, os objetivos vão passar por: introduzir todo o trabalho desenvolvido e realizado ao longo do estágio; contextualizar o posicionamento da unidade de estágio no Plano Nacional de Saúde; realizar uma breve descrição do local de estágio; realizar uma análise *SWOT* do local de estágio e uma análise de qualidade do local de estágio em função dos padrões de qualidade da APFISIO; identificar as necessidades de saúde no contexto desta especialidade e mais especificamente as encontradas no local de prática da estudante; descrever o papel do fisioterapeuta na especialidade e no local, segundo a melhor evidência; apresentar o registo de três casos clínicos intervencionados; apresentar a análise de três artigos científicos; analisar, de forma crítica, toda a intervenção realizada no local de estágio segundo a melhor evidência científica; apresentar um plano de melhoria para o local de estágio, baseado na evidência; realizar uma análise *SWOT* pessoal; apresentar o contrato de aprendizagem original e as reavaliações; apresentar o *feedback* obtido ao longo do estágio e apresentar uma reflexão crítica sobre todo o processo desenvolvido.

Na segunda parte do relatório, vai constar um estudo de caso, de uma paciente intervencionada e os objetivos vão ser: contextualizar a condição clínica apresentada; expor e hierarquizar os problemas encontrados; descrever todo o processo de avaliação subjetiva e física; descrever o diagnóstico e o prognóstico; fundamentar, com base na evidência, o plano de intervenção; refletir criticamente sobre todo o processo de tomada de decisões e sobre o estudo apresentado, especialmente no que toca à utilização do processo da fisioterapia.

Na terceira e última parte do relatório, os objetivos vão então ser: relacionar as duas partes anteriores do relatório; descrever os ganhos obtidos a nível pessoal; analisar as limitações pessoais; apresentar perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal, com apresentação das dificuldades e oportunidades e apresentar propostas para o desenvolvimento futuro da profissão.

2. Caracterização da unidade de estágio

2.1 Contextualizar o posicionamento da unidade no Plano Nacional de Saúde

A unidade onde decorreu este estágio enquadra-se posicionada no Plano Nacional de Saúde, como uma unidade de prestação de cuidados de saúde privada, incluindo fisioterapia, pediatria, osteopatia, terapia da fala e psicologia. Não tem acordos com o SNS nem subsistemas de saúde, pelo que os utentes acedem através de regime particular, sem necessidade de prescrição médica, por acesso direto. No entanto, os utentes podem pedir reembolso de parte do valor da sessão aos subsistemas e seguradoras, mediante as suas condições e caso tenham prescrição. Relativamente à fisioterapia, as principais áreas de atuação são Fisioterapia Pélvica e em Saúde da Mulher, Fisioterapia Músculo-esquelética, Fisioterapia Pediátrica e Fisioterapia Respiratória.

2.2 Descrição do local

Um dos objetivos a desenvolver no estágio é o de desenvolvimento e implementação de um projeto de melhoria de acordo com os padrões de qualidade da APFISIO, baseado na melhor evidência disponível, na aprendizagem adquirida no mestrado e na própria experiência do estágio.

O local onde se realizou o estágio foi na clínica privada, Aldeia Raiz, localizada em Sintra. Este espaço atende em média, por dia, cerca de 8-10 pessoas, por cada fisioterapeuta. Esta clínica/gabinete é privada, não possuindo acordos com seguradoras nem com o SNS. A equipa clínica é constituída por duas fisioterapeutas que atuam em casos de saúde da mulher, saúde pélvica e músculo-esquelética, uma fisioterapeuta especialista em fisioterapia cardiorrespiratória, outra em fisioterapia pediátrica, uma terapeuta da fala, duas psicólogas, um osteopata (adultos e crianças), uma médica pediatra e uma especialista em acupuntura e medicina chinesa.

O acesso à fisioterapia é direto, sem necessidade de consulta médica prévia. Quando existe contacto para pedido de agendamento de uma sessão de fisioterapia, são realizadas questões gerais acerca do motivo da sessão para perceber que profissional é mais adequado para realizar o acompanhamento. No primeiro contacto com o utente, o fisioterapeuta realiza a sua avaliação, com consentimento, e estabelece um diagnóstico diferencial, sendo a triagem feita pela fisioterapeuta. No ponto 4.1 de apresentação de um plano de melhoria baseado na evidência, é explicado em maior detalhe o modelo de gestão do local.

O horário de funcionamento do espaço é das 9h às 19h.

Existe um espaço localizado no 1º andar, constituído por uma sala de espera, uma cozinha, uma casa de banho e 2 gabinetes de reabilitação. O acesso a esse espaço é feito através de escadas,

não existindo elevador. Além desse espaço, a clínica possui também um espaço localizado no rés do chão, dentro do mesmo edifício, composto por um espaço amplo e uma casa de banho. Esse espaço destina-se a aulas de grupo, como *pilates* e *yoga*, e também é utilizado para consultas de pediatria, facilitando o acesso com carrinhos de bebé, uma vez que o edifício não possui elevador e, assim, o acesso é mais direto.

A zona onde estão localizados os espaços dispõe de lugares de estacionamento público, embora nem sempre seja fácil estacionar, especialmente nos dias de mercado (perto da clínica).

As patologias mais recorrentes tratadas são do foro músculo-esquelético e uroginecológico.

A nível de materiais, cada gabinete possui uma marquesa e material para a palpação vaginal, como luvas, lubrificante, etc. Um dos gabinetes também possui um ecógrafo para auxiliar na medição e observação de diástase e questões pélvicas (por exemplo ver descida do órgão em caso de prolapso, ver contração do pavimento pélvico, ver contração do pavimento pélvico no teste de tosse, entre outros). Além disso, há um aparelho de *biofeedback* disponível. Existem também materiais como dilatadores, copos menstruais, etc, para demonstração, permitindo que os/as utentes possam observar e esclarecer dúvidas caso queiram adquirir esses produtos. Também estão disponíveis materiais para exercícios, como colchões e bolas de *pilates*.

O espaço de atendimento é acessível, funcional e acolhedor, com equipamentos tecnológicos adequados e recentes. Para a intervenção nessa população específica, para além dos materiais disponíveis comuns a uma clínica de fisioterapia, há também material específico para intervenção, educação e promoção pré e pós-parto.

2.3 Análise crítica do local de prática:

2.3.1 Análise em função dos padrões de prática

É de extrema importância perceber de que forma o local de estágio e prática clínica cumpre e segue os Padrões de Qualidade de acordo com os propostos pela APF (2005; 2015; 2020). Os Padrões foram desenvolvidos para refletir a complexidade da prestação do serviço e do exercício clínico de Fisioterapia, e ainda como um instrumento para ser utilizado coletiva ou individualmente como sendo parte do processo de qualidade.

Em seguida estão listados os Padrões de qualidade em Fisioterapia e é indicado se o local de prática cumpre ou não.

Tabela 1 – Análise do local segundo os Padrões de Qualidade em Fisioterapia

Padrões de Qualidade:	Segue?	
	Sim	Não
Padrão 1: Gestão em Fisioterapia		
1.1 A Unidade de Fisioterapia tem Declaração de Missão e descrição de Metas e Objetivos, que refletem as necessidades e interesses dos indivíduos que serve, assim como dos fisioterapeutas e colaboradores que trabalham na Unidade e na Comunidade		
1.2 A Unidade de Fisioterapia tem políticas e procedimentos que refletem a sua operacionalidade e são consistentes com a Missão, Metas e Objetivos		
1.3 O responsável pela Direção da Unidade é um fisioterapeuta		
1.4 A Unidade de Fisioterapia tem um plano organizacional escrito		
1.5 A gestão e o planeamento contabilístico-financeiro das Unidades de Fisioterapia têm como base os princípios gerais de Contabilidade e Fiscalidade		
Padrão 2: Autonomia e Responsabilização		
2.1 Os fisioterapeutas trabalham no âmbito da sua profissão e do seu exercício		
2.2 Os fisioterapeutas demonstram comportamentos, competências (<i>skills</i>) e conhecimentos que correspondem às responsabilidades da sua atividade profissional		
2.3 Os fisioterapeutas cumprem o dever de prestar cuidados de Fisioterapia aos utentes/clientes		
2.4 Os fisioterapeutas demonstram profissionalismo, em todas as circunstâncias		
Padrão 3: Prestação de um serviço seguro e efetivo		
3.1 Existem orientações planeadas e um programa de integração para todos os novos fisioterapeutas e/ou para os que iniciam trabalho em novas áreas		
3.2 A prestação de serviços é assegurada pelo número adequado de fisioterapeutas e uma multiplicidade de competências da equipa		
3.3 Os cuidados de Fisioterapia são prestados em ambiente seguro		
3.4 Existe uma abordagem sistemática, proactiva e responsável da gestão de risco em consonância com a estratégia da organização		
3.5 Todo o equipamento é seguro e adequado e é garantida a segurança do utente/cliente, equipa ou cuidador		
3.6 Estão acautelados os riscos de trabalhar sozinho		
Padrão 4: Aprendizagem e Desenvolvimento		
4.1 Os fisioterapeutas estão ativamente comprometidos com o processo de desenvolvimento profissional contínuo (DPC) de forma a manterem e desenvolverem a sua competência para o exercício		
4.2 Os fisioterapeutas procuram oportunidades de DPC que apoiam a aprendizagem e desenvolvimento de outros		
4.3 Os fisioterapeutas estão ativamente envolvidos na educação clínica e no desenvolvimento da socialização profissional dos alunos de Fisioterapia		
4.4 Existem no local de trabalho estruturas, processos e recursos reconhecidos que apoiam a aprendizagem e o desenvolvimento, permitindo aos fisioterapeutas corresponder às exigências da sua função, profissão e formação profissional contínua obrigatória		
4.5 Estimular a frequência de formação que atribua ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System)		
Padrão 5: Cuidados centrados no Utente/Cliente		
5.1 Os serviços de Fisioterapia são concebidos, planeados e prestados com a finalidade de promover e melhorar a saúde da população em geral e da comunidade		
5.2 O utente/cliente é o enfoque da gestão dos serviços de Fisioterapia e da prestação de cuidados		
5.3 É prestada toda a informação aos utentes/clientes da Unidade de Fisioterapia, que lhes permita participar ativamente nos seus cuidados		
Padrão 6: Consentimento		

6.1 O fisioterapeuta obtém e documenta o consentimento do utente antes de qualquer aconselhamento, avaliação, intervenção ou outro procedimento		
6.2. É dada ao utente uma cópia do documento de consentimento informado e o original é conservado no processo clínico		
6.3 Quando o utente não se encontra capacitado para dar consentimento, deve proceder-se de acordo com a legislação em vigor		
6.4 Participação na investigação clínica ou ensaio clínico		
Padrão 7: Registo e Governação da Informação		
7.1 Todos os utentes da Unidade de Fisioterapia têm um processo clínico de Fisioterapia adequado e circunstancial		
7.2 Os processos clínicos são arquivados de acordo com a legislação em vigor		
7.3 Os sistemas de gestão documental em saúde devem respeitar as normas legais de preservação, conservação e segurança de dados, que possam conter todo e qualquer elemento pessoal		
7.4 Deve existir comprovação de que as auditorias dos processos clínicos são planeadas e realizadas e que são implementadas ações em consequência disso		
Padrão 8: Comunicação		
8.1 Existem mecanismos que garantem uma comunicação eficaz no interior e no exterior da Unidade de Fisioterapia		
8.2 Os fisioterapeutas comunicam eficazmente com os utentes/clientes da Unidade para garantir serviços efetivos e eficientes		
8.3 Os fisioterapeutas comunicam eficazmente com outros profissionais de saúde e entidades externas relevantes, para assegurar serviços efetivos e eficientes		
8.4 Os fisioterapeutas tratam toda a informação de forma estritamente confidencial		
Padrão 9: Intervenção Clínica em Fisioterapia		
9.1 O acesso à Unidade de Fisioterapia é justo e equitativo em função das necessidades do utente/cliente		
9.2 Existe um sistema que assegura que os cuidados de Fisioterapia são baseados na melhor evidência de efetividade disponível		
9.3 Deve ser recolhida informação sobre o utente/cliente e o seu problema atual		
9.4 O plano de intervenção deverá ser formulado em função da consulta de Fisioterapia e baseado na melhor evidência disponível		
9.5 Para a realização de uma intervenção efetiva as opções de tratamento apropriadas são identificadas, com base na melhor evidência disponível		
9.6 O plano de intervenção é avaliado sistematicamente, em função da evolução do estado de saúde do utente/cliente, de forma a assegurar a sua constante efetividade e relevância		
9.7 Após a conclusão do plano de intervenção, são realizadas notas e ou relatórios de alta ou de transferência		
Padrão 10: Avaliação dos Custos e Serviços		
10.1 Existe um programa de melhoria da qualidade que se integra no plano de qualidade da organização		
10.2 A existência de um programa de auditoria assegura o processo de melhoria contínua da qualidade clínica, existindo mecanismos que permitem a monitorização e implementação da mudança		
10.3 Existem procedimentos claros e facilitadores para a apresentação e gestão das reclamações		
10.4 É avaliado o efeito da intervenção em Fisioterapia e do plano de intervenção para assegurar que é efetivo e relevante para os objetivos da organização/unidade		
Padrão 11: Promoção, Marketing e Publicidade de Serviços de Fisioterapia e Produtos		
11.1 A informação fornecida pelos serviços reflete com exatidão aquilo que é prestado		
11.2 A informação fornecida sobre produtos reflete com exatidão as suas características		
11.3 Os produtos vendidos ou fornecidos aos utentes/clientes são os adequados para a prestação de cuidados efetivos		
11.4 O aconselhamento de um produto ou serviço é baseado no raciocínio clínico, evidência e relação custo-qualidade		

Pode-se constatar, através da tabela acima descrita, que existem alguns padrões de prática de qualidade, que não estão a ser totalmente cumpridos, o que está a limitar o nível de qualidade do local de prática. Esses critérios devem ser tidos em conta e melhorados de forma a atingir o nível máximo de qualidade. Em primeira instância, é importante desenvolver a missão, as metas e os objetivos da clínica, pois isso é essencial para promover a qualidade do espaço. Essas informações devem ser disponibilizadas no site da clínica e nas redes sociais.

Uma análise mais detalhada e propostas de melhoria, tendo em conta esta análise dos padrões serão apresentadas no ponto 4.1 do relatório, intitulado “Apresentação de um plano de melhoria fundamentado na evidência”.

2.3.2 Análise SWOT do local

Em seguida, será realizada uma análise *SWOT* do local e da gestão do serviço, considerando as informações encontradas e também a análise segundo os padrões de qualidade. Serão identificadas as forças e fraquezas (fatores internos) e as oportunidades e ameaças (fatores externos). Essa análise será importante para uma avaliação crítica do local e permitirá propor melhorias para o mesmo. A análise *SWOT* permitirá identificar os riscos que o local enfrenta, os problemas que precisam de ser resolvidos e as vantagens/oportunidades que podem ser exploradas, com o objetivo de impulsionar a evolução e melhoria do local.

Tabela 2 – Análise SWOT do local

Análise SWOT do local		
Internas (atributos da organização)	<u><i>Forças</i></u>	<u><i>Fraquezas</i></u>
	• Espaço em boas condições • Disponibilidade de horários flexível e ajustável • Boa qualidade do serviço • Intervenção baseada na melhor evidência disponível e mais recente • Tratamento individualizado e com o tempo necessário de contacto com o utente • Localização da clínica • Diferentes serviços e especialidades • Aparelho de <i>biofeedback</i> e ecógrafo para auxiliar na intervenção (outras clínicas na zona não têm) • Boa comunicação e relação entre todos os profissionais • Boa comunicação entre profissionais e utentes • Trabalho multidisciplinar • Encaminhamento entre profissionais,	• Pouca divulgação e publicidade do espaço e ofertas disponíveis • Sem metas, missão e objetivos definidos e disponibilizados • Pouco investimento em marketing • Pouca utilização e exploração da plataforma de marcações e registos (sem notas de alta, poucos registos) • 1 Fisioterapeuta sem ter o horário completo (necessidade de chamar mais utentes) • Espaço reduzido (1 espaço por si só não possui todas as condições e dimensões, sendo preciso 2) • Acesso a um dos espaços só possível de escadas; • Dificuldade de acesso a

	de utentes, quando assim acham pertinente • Prática, em grande parte, de acordo com os padrões da prática em fisioterapia • Autonomia de trabalho dos fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, permitindo também uma autogestão do horário • Ambiente de trabalho saudável • Marcações mediante a disponibilidade horária do utente • Parceria com marca de saúde íntima feminina (Intimina) • Única clínica com serviço de fisioterapia pélvica e em saúde da mulher na área de Sintra, e também com todas as outras valências	estacionamento; • Pouca divulgação ao nível de redes sociais e site (existe, mas não é utilizado nem melhorado) • Pouca dinamização e oferta de mais serviços (aulas de grupo, workshops, etc) • Não ter parceria e consultas disponíveis com médico ginecologista e de obstetrícia
Externas (atributos do ambiente)	<u>Oportunidades</u> • Crescimento e evolução da área de saúde da mulher e saúde pélvica • Mulheres mais informadas e alertas para disfunções do pavimento pélvico e outras temáticas relacionadas • Aumento da procura • Colaboração da clínica com outras marcas e serviços dentro da saúde pélvica e maternidade • Inexistência de serviços deste tipo na área	<u>Ameaças</u> • Diminuição do poder de compra • Crise económica do país (menos possibilidades para pagamento das consultas) • Produtos substitutos • Concorrência na zona e com maior capacidade de resposta

3. Caracterização dos utentes e da intervenção

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

No local de estágio, a predominância de casos está relacionada principalmente com a disfunção do pavimento pélvico (PP), abrangendo condições como, incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos (POP), disfunções sexuais, acompanhamento na gravidez e a reabilitação pós-parto.

As disfunções do pavimento pélvico têm fatores etiológicos multifatoriais e podem resultar em problemas como, incontinência urinária (IU), incontinência anal, prolapso dos órgãos pélvicos (POP), disfunção sexual, entre outros. Mulheres têm um risco elevado de desenvolver disfunções do PP ao longo das suas vidas (Lawson & Sacks, 2018). Essas disfunções representam um importante problema de saúde pública, devido à sua prevalência e ao grande impacto na qualidade de vida (Lawson & Sacks, 2018).

Incontinência Urinária

A incontinência urinária é definida pela International Continence Society (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (Abrams *et al.*, 2017). Estima-se que cerca de 50% da população feminina adulta sofra de IU, mas apenas 25 a 61% procura tratamento (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). De um modo geral, em Portugal, a prevalência da IU em mulheres com idade superior a 20 anos, não grávidas, varia entre 25 e 45% (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). A IU não está associada a um aumento da mortalidade, mas tem um profundo impacto no bem-estar e na qualidade de vida das mulheres e por isso deve ter a devida atenção (Bø, 2020; Burkhard *et al.*, 2020). Alguns dos fatores de risco, descritos na literatura, para a IU são, idade, obesidade, paridade, gravidez e via de parto (vaginal associado a maior risco de incontinência), exercício físico, histerectomia, menopausa, entre outros (Aoki *et al.*, 2017; Bernards *et al.*, 2014; Bø, 2020; Burkhard *et al.*, 2020; Lukacz *et al.*, 2017; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

A IU, segundo a maior parte dos autores é classificada em 3 tipos, incontinência urinária de urgência - IUU (saída involuntária de urina em conjunto com uma súbita necessidade de urinar), incontinência urinária de esforço - IUE (por exemplo no contexto de tosse, espirro (aumento da pressão abdominal) ou esforços físicos) e incontinência urinária mista – IUM (ambos os tipos estão presentes) (Aoki *et al.*, 2017; Bernards *et al.*, 2014; Bø, 2020; Burkhard *et al.*, 2020; Lukacz *et al.*, 2017; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). A incontinência urinária é um sintoma que, nas mulheres, está muito relacionado com diminuição da função dos músculos do pavimento pélvico (MPP) (Aoki *et al.*, 2017; Bø, 2020).

O tratamento é muito variado, sendo que a primeira abordagem passa sempre pelo tratamento conservador. Alterações do estilo de vida, prática de exercício e fisioterapia pélvica são formas de tratamento importantes e com muito bons resultados (Castro *et al.*, 2015; Ghaderi & Oskouei, 2014; Goforth & Langaker, 2016; McClurg *et al.*, 2016; NICE, 2019; Nambiar *et al.*, 2018). A cirurgia e terapia medicamentosa são uma opção nos casos em que o tratamento conservador não tem resultados (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Prolapso de Órgãos Pélvicos

O Prolapso de órgãos pélvicos (POP) é outra disfunção do pavimento pélvico muito comum nos dias de hoje e que é preocupante. POP corresponde à descida de um órgão, ou parte de um órgão (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). A prevalência de POP sintomático, descrito como sensação de abaulamento vaginal e peso vaginal, tem sido consistente nos diversos estudos, variando entre 5 a 10% (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Em Portugal,

entre 2000 e 2012, foram registadas nos hospitais públicos cerca de 46.819 altas com o diagnóstico principal ou secundário de POP (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). A esperança média de vida tem aumentado cada vez mais e por isso é expectável que este problema venha também a aumentar (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Vários fatores de risco são conhecidos para o POP, como a idade, gravidez e paridade, obesidade, obstipação crónica, entre outros (ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Existem vários tipos de prolapso e vários graus (4 graus) do mesmo e consoante o tipo de prolapso podem existir vários sintomas e queixas associadas (ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

A idade é um dos principais, sendo que a prevalência de POP sintomático aumenta até cerca dos 60 anos, permanecendo constante a partir desta idade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Outro fator de risco importante e vastamente estudado é então a paridade (ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Comparativamente à nuliparidade, o risco de POP aumenta cerca de quatro vezes após o primeiro parto, oito após o segundo, nove após o terceiro e dez vezes após o quarto (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Nas mulheres múltiparas, cerca de 75% dos casos de POP estão relacionados com a gravidez e o parto, sendo o parto vaginal associado a um maior risco (Baeßler *et al.*, 2016; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Mulheres com excesso de peso e obesidade apresentam um risco aumentado de POP de cerca de 40 a 50% quando comparadas com mulheres com IMC normal (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Existem vários tipos de prolapso e na mesma paciente pode coexistir mais do que um. Existe prolapso da parede posterior (retocelo – reto), prolapso da parede anterior (cistocelo – bexiga, que pode muitas vezes ser acompanhado de um prolapso da uretra – uretrocelo) e prolapso da parede apical/superior tratando-se de um histerocelo (útero) ou prolapso da cúpula vaginal (ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014). Dentro de cada um pode existir vários graus, sendo que quanto maior o grau mais sintomas podem existir e mais afetada pode estar a qualidade de vida (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

As formas de tratamento podem passar por cirurgia, nos casos mais severos, ou então por tratamento conservador, atuando aqui a fisioterapia do PP e a alteração do estilo de vida e

comportamentos de risco (ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014; NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Gravidez e Pós-parto

Durante a gravidez e o período pós-parto, as mulheres podem sofrer muitas alterações hormonais e fisiológicas, que podem causar condições físicas e psicológicas que requerem acompanhamento e intervenção específica (Eulina de Araújo *et al.*, 2018; Huang *et al.*, 2019; Leutenegger *et al.*, 2022; Yuksel *et al.*, 2017). Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais e pós-natais constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde.

Durante a gravidez, com todas as alterações hormonais e com o crescimento progressivo do bebé e da barriga, surgem muitas vezes queixas ao nível do PP e músculo esquelético (Duncan *et al.*, 2017; Leite *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2022; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; SNS 24, 2022). Para além disso é importante informar a mulher e o casal e dar estratégias de como lidar com as alterações da gravidez e ao mesmo tempo prepararem-se o melhor possível para o parto. Ter acompanhamento no que toca a posições mais aconselhadas durante o trabalho de parto, respiração adequada, fases de trabalho de parto, cuidados na amamentação, etc (Eulina de Araújo *et al.*, 2018; Huang *et al.*, 2019; Leutenegger *et al.*, 2022; Ugwu *et al.*, 2018; Yuksel *et al.*, 2017). Por isso é essencial a intervenção de várias especialidades nestas condições, inclusive da fisioterapia (Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018).

O período pós-parto é também um período de grandes desafios a todos os níveis para os pais e bebés (Critchley, 2022). Para a mulher em específico, após o parto, vêm também alterações e queixas, que fazem com que o acompanhamento a este nível e intervenção seja muito importante.

Disfunções do PP e diástase dos retos abdominais são dois exemplos de distúrbios musculoesqueléticos associados à gravidez e ao parto que podem ter consequências físicas, sociais e psicológicas negativas na mulher e casal e que devem ser tidas em atenção (Critchley, 2022; Tayrac & Schantz, 2018). Os tipos de parto têm influência na estrutura e função do PP, podendo resultar em disfunções como IU, POP em mulheres jovens entre outras disfunções (Bozkurt *et al.*, 2014; Prado *et al.*, 2018). As mulheres devem ser acompanhadas neste período e informadas das alterações possíveis que podem ocorrer, de forma a procurarem ajuda e recuperarem o melhor possível (Critchley, 2022).

Disfunções Sexuais

A saúde sexual é hoje amplamente compreendida como bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, sendo uma componente importante da qualidade de

vida de uma pessoa e a função sexual, uma parte essencial da vida, sendo um fenómeno multidimensional que é influenciado por muitos fatores biopsicológicos (Chou *et al.*, 2015; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Correia *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2013). Uma vida sexual satisfatória é parte integrante da saúde global do ser humano e do bem-estar individual, sendo muito importante numa relação afetiva (Chou *et al.*, 2015; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Correia *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2013).

A resposta sexual feminina é complexa e foi caracterizada, mais recentemente, por *Helen Kaplan* em 1979, sendo constituída pelas seguintes fases: desejo, excitação e orgasmo. Esta classificação é a base das atuais classificações da disfunção sexual feminina (DSF) que se baseiam na falência de uma ou mais fases deste ciclo (Alarcão *et al.*, 2012; Basson, 2000; Chou *et al.*, 2015; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Correia *et al.*, 2016; Lamont *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2018; Stein *et al.*, 2019).

A disfunção sexual é definida como uma alteração da resposta sexual que impede a pessoa de obter satisfação sexual e pode afetar significativamente o humor, a autoestima, o funcionamento interpessoal e a satisfação geral com a vida (Chou *et al.*, 2015; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Correia *et al.*, 2016; Lamont *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2018). Esta pode caracterizar-se por uma alteração no desejo sexual, na presença ou manutenção da excitação sexual e respostas somáticas à mesma, na capacidade de obter o orgasmo, na perturbação dolorosa da função sexual ou na sobreposição de qualquer uma destas alterações (Chou *et al.*, 2015; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Lamont *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2018).

As disfunções sexuais são divididas em quatro categorias de classificação: desejo sexual hipoaetivo (inclui a aversão sexual); transtornos da excitação (inclui problemas de lubrificação, relaxamento muscular, sensibilidade clitoriana, fatores psicológicos e medicação); transtornos do orgasmo e transtornos sexuais dolorosos (incluídas a dispareunia e o vaginismo) (Alarcão *et al.*, 2012; Basson, 2000; Chou *et al.*, 2015; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Correia *et al.*, 2016; Lamont *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2018; Stein *et al.*, 2019).

São muitos os fatores de risco associados a DS, sendo ainda nos dias de hoje, difícil saber todos ao certo e havendo muita necessidade de existirem mais estudos na área (Alarcão *et al.*, 2012; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Hayes *et al.*, 2008).

A prevalência da DS é elevada, situando-se entre os 25 e os 63% a nível mundial. Existem poucos estudos na população portuguesa, mas as prevalências encontradas variam de 40 a 74% (Chou *et al.*, 2015; Lamont *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2018). A heterogeneidade dos dados revela a necessidade de se realizarem mais estudos neste âmbito e em diferentes regiões do país, de forma a ter mais noção da dimensão do problema (Correia *et al.*,

2016; Ribeiro *et al.*, 2013). As disfunções sexuais são ainda um tema pouco estudado e valorizado e por isso é importante estar desperto para estas questões e perceber a importância de intervir nestes casos e quais os métodos de tratamento e abordagens adequados. Algumas das técnicas mais utilizadas, para além de todo o acompanhamento psicológico recomendado passam por: *biofeedback*, treino dos MPP; dilatadores vaginais, técnicas de relaxamento, entre outras (Al-Abbaday *et al.*, 2016; Alarcão *et al.*, 2012; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Rogers *et al.*, 2018; Stein *et al.*, 2019; Wolpe *et al.*, 2015).

Local de estágio

No local de estágio os casos vão de encontro ao supracitado. O local de estágio aplica os tratamentos à luz da evidência científica disponível e mais recente, aplicando sempre o melhor tratamento, de uma forma personalizada e individualizada. O maior número de casos acaba por ser na área da gravidez e pós-parto e disfunções do pavimento pélvico associadas a esses períodos, mas tem sido notório o crescimento da procura em casos de disfunção sexual.

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

Em todo o mundo, fisioterapeutas especializados na saúde da mulher e pavimento pélvico estão empenhados em prestar cuidados aos seus utentes fundamentados pela prática baseada na evidência, com profissionalismo e compreensão, num ambiente respeitoso e atencioso. O fisioterapeuta especialista na área da saúde da mulher e PP deve demonstrar competências como clínico, académico, gestor, líder, comunicador, colaborador e promotor do profissionalismo e por isso segundo o perfil de competências do fisioterapeuta delineado pela APF (2020; 2021), o fisioterapeuta é um profissional de excelência que:

- Deve procurar ter aptidões avançadas para resolver problemas complexos e previsíveis numa área de trabalho ou de estudo especializado demonstrando domínio e inovação.
- Deve utilizar uma prática centrada no utente, assegurando a segurança física e emocional deste. Deve ser realizada uma avaliação, estabelecido o diagnóstico e o prognóstico, e desenvolver, implementar, monitorizar e avaliar de forma sistemática o seu plano de intervenção, e planificar a alta do utente.
- Deve aplicar as suas competências clínicas e o seu conhecimento na área de

desenvolvimento de projetos, de comunicação e de gestão, para desenvolver atividades de promoção da saúde. Faz recomendações e motiva o utente para a autogestão da condição de saúde, para os autocuidados e promove a literacia em saúde.

- Deve desenvolver e usar estratégias efetivas de comunicação para informar de forma clara, transparente e eficiente o utente, e promover uma boa relação terapêutica e profissional. Para além disso deve ainda comunicar com outros profissionais, comunidades científicas, sociais e políticas, de forma a promover também o trabalho de equipa e fornecer cuidados inter e intraprofissionais.

- Deve exercer uma prática organizada contribuindo para o desenvolvimento da profissão de forma efetiva e eficiente e deve implementar sistemas de monitorização de segurança e qualidade, procurando a satisfação dos utentes e colaboradores e a excelência organizacional e dos cuidados de Fisioterapia.

- Deve, com o objetivo de providenciar serviços de elevada qualidade, individualmente e em equipa, atuar de acordo com os códigos de conduta profissional e éticos, dentro dos seus limites de atuação e respeito dos outros.

- Deve promover o desenvolvimento profissional contínuo e implementar um processo reflexivo de aprendizagem contínua com o objetivo de melhorar os processos e os resultados das suas intervenções e a satisfação dos seus utentes.

- Deve demonstrar um compromisso com a excelência na prática através da aprendizagem continuada, da educação de outros, da avaliação da evidência e do contributo para o avanço do conhecimento. Na sua prática deve utilizar uma abordagem suportada pela evidência. Deve integrar a autorreflexão e o *feedback* externo para melhorar a prática pessoal. Deve manter-se atualizado relativamente aos desenvolvimentos relevantes para a sua área de ensino/clínica e saber analisar toda a informação criticamente.

- Deve usar as suas competências organizacionais, de resolução de problemas, de avaliação e tomada de decisão, a sua influência e capacidade de comunicação para partilhar a sua visão, mobilizar e influenciar os seus colegas, a comunidade e os decisores políticos, promovendo um sistema de saúde mais justo, mais sustentável, inovador e de melhor qualidade, que melhore o bem-estar da sociedade.

Segundo a APF (2020; 2021), GIFSM, Bo, K *et al.*, (2016), (Brandt, 2021; Lawson & Sacks, 2018; Wallace *et al.*, 2019) o fisioterapeuta em saúde da mulher e saúde pélvica deve procurar:

- Trabalhar com outros profissionais médicos (p.e. clínico geral, urologista, ginecologista).

- Saber avaliar, tratar e educar da mulher ao longo das várias fases da vida;
- Ter capacidade de aplicar técnicas de avaliação apropriadas e de forma correta;
- Atuar na prevenção da doença e lesão e promoção da saúde;
- Usar consentimento informado apropriado;
- Basear toda a prática e intervenção na melhor evidência científica disponível;
- Avaliar o grau de sintomas de disfunção do pavimento pélvico, queixas e estado geral, abrangendo todas as componentes da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade).
- Saber intervir em disfunções do pavimento pélvico (incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, disfunções sexuais, etc);
- Saber intervir em casos de dor pélvica, (dis)função das articulações sacroilíacas, alterações da sínfise púbica, dor lombar, etc.
- Avaliar totalmente o desempenho dos músculos do pavimento pélvico (MPP), incluindo a capacidade de contrair e relaxar e força.
- Definir objetivos, metas de tratamento individual e planejar programas de tratamento, em colaboração com o paciente.
- Tratar a condição, de forma individual ou em classes de exercício, dos MPP.
- Avaliação e tratamento das disfunções músculo-esqueléticas relacionadas com a gravidez, parto, pós-parto e cuidados na infância.
- Treino da utente/cliente para o trabalho de parto e parto com estratégias/ técnicas para lidar/diminuir a dor, que podem incluir técnicas de relaxamento, ensino da respiração, posicionamentos e massagem.
- Programas de exercícios na gravidez e no pós-parto, incluindo exercício terapêutico, ergonomia, assistência à amamentação e temas relacionados.
- Utilização eficiente e segura de terapia manual e utilização eficiente e segura de meios eletrofísicos;
- Ensinar exercícios preventivos de contração dos MPP, individualmente ou em classes, durante a gravidez e no pós-parto.
- Reabilitação pós-cesariana.
- Participar num elevado padrão de investigação, como investigadores de fisioterapia de alta qualidade e avaliação de conduta e intervenção, recusando participar em estudos com pouca qualidade científica.
- Promover o trabalho em equipa com outros colegas e profissionais de saúde;
- Outras condições de saúde relacionadas com esta população em específico.

O fisioterapeuta deve ser capaz de intervir no restauro da função, na redução da incapacidade e em melhorar a qualidade de vida (Brandt, 2021; Wallace *et al.*, 2019). Deve cumprir os pontos acima referidos e por isso é de extrema importância a prática ser exercida por um fisioterapeuta com formação na área. É ainda de extrema importância como já referido, basear toda a avaliação e intervenção na melhor evidência disponível e envolver o utente na tomada de decisões e definição de objetivos, promovendo uma boa relação fisioterapeuta/utente que facilita todo o processo e melhora a qualidade da prática clínica (Brandt, 2021; Wallace *et al.*, 2019).

No local de estágio e prática clínica, os profissionais de saúde articulam e trabalham em equipa promovendo um trabalho multidisciplinar. Os utentes podem ser encaminhados pelo médico obstetra, ginecologista, de medicina geral ou podem vir por iniciativa própria, tendo prescrição médica ou não (através da internet, recomendação de alguém conhecido etc). desta forma o fisioterapeuta tem liberdade e muita autonomia na intervenção não tendo, uma prescrição a seguir. Os pontos, referidos como importantes na prática de um fisioterapeuta em saúde da mulher e pélvica, são em grande parte seguidos no local. O utente chega e tem uma avaliação individualizada e específica, e são definidos objetivos e intervenção apropriada, com participação do utente. É realizado um tratamento de excelência atendendo sempre às necessidades dos utentes.

3.3 Registo de 3 Utentes

No Apêndice 2 encontram-se os registos clínicos de quatro utentes, bem como a documentação relativa a cada caso clínico. Para o desenvolvimento do plano de intervenção dos utentes, procedeu-se à consulta de literatura científica que pudesse orientar a tomada de decisão.

3.4 Análise Crítica de 3 CAT (*Critically Appraised Topic*)

No Apêndice 3, encontra-se a análise crítica de três dos artigos consultados sob o formato de *Critical Appraisal Topic* para RCTs e Revisões Sistemáticas.

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

A fisioterapia em saúde da mulher apresenta componentes muito específicas, que a diferencia de outras áreas e é de extrema importância no que toca ao tratamento de problemas de saúde da mulher e do pavimento pélvico sempre com o objetivo de proporcionar a melhor qualidade de vida às mulheres e aliviar a sintomatologia (Lawson & Sacks, 2018). A fisioterapia em saúde da mulher ajuda a tratar problemas de saúde da mulher, como incontinência urinária e/ou fecal; prolapso de órgãos pélvicos; dor pélvica crónica; dor musculoesquelética pré e pós-parto; disfunção sexual; queixas no pavimento pélvico na gravidez, pós-parto, menopausa; educação; prevenção; bem-estar e exercícios e muito mais (Lawson & Sacks, 2018).

O fisioterapeuta deve ter conhecimento específico e diferenciado para atuar nestas condições, deve basear a sua intervenção na melhor evidência disponível e a sua abordagem numa correta avaliação, tratamento e educação da mulher ao longo das várias fases da sua vida.

Sendo esta área tão específica é importante analisar todo o processo de avaliação e intervenção. Desta forma deve ser feita análise crítica do local de estágio no que toca à intervenção, tendo por base o descrito na evidência e através dos conhecimentos adquiridos nas aulas de mestrado, de forma a perceber as linhas que são seguidas e se os padrões de prática de qualidade são cumpridos e que melhorias podem ser necessárias nesse sentido.

Como parte integrante do processo da fisioterapia, para além da importância de uma avaliação detalhada e completa, baseada na melhor evidência, bem como uma intervenção individualizada nessa mesma linha, deve também ser tido em conta todo o diagnóstico diferencial e em fisioterapia e de que forma pode ser importante encaminhar para outros profissionais de saúde ou trabalhar em equipa multidisciplinar, consoante o caso e necessidades da utente, o que acontece no local de estágio e contribui para promover a qualidade da prática clínica no mesmo (APF, 2005; APF, 2015; APF, 2020).

O foco principal no local de estágio passa principalmente pela educação para a saúde e prevenção de disfunções em saúde da mulher e também pela reabilitação de condições que possam já estar presentes no que toca a essa área.

As utentes chegam à clínica maioritariamente por acesso direto e por vezes por encaminhamento médico (ginecologista, urologista, médico de família), trazendo com elas a prescrição médica. Atualmente, felizmente e em especial no período pós-parto, tem vindo a ser mais comum as mulheres serem referenciadas para realizarem uma avaliação do pavimento pélvico com uma fisioterapeuta especializada em saúde da mulher, mesmo que não tenham queixas. As

utentes chegam e são recebidas em gabinete privado, sendo questionadas acerca de todas as queixas apresentadas e de que forma estão a afetar as suas vidas, de acordo com a fase da vida em que se encontram, seja na gravidez, pós-parto, etc.

É realizada uma avaliação minuciosa, tendo como base uma ficha de avaliação da clínica, onde é recolhida toda a anamnese da utente de forma a ter noção das queixas, de comportamentos de risco e antecedentes e quais as expectativas com a procura da intervenção da fisioterapia. É sempre realizada também, uma avaliação externa e interna, com o consentimento escrito da utente, que constitui um ponto positivo na clínica no que toca a padrões de prática, para que de forma mais objetiva se consiga realizar uma avaliação mais completa e ser possível elaborar um raciocínio clínico e compreender a causa dos sinais/sintomas mencionados e observados. É realizado um diagnóstico em fisioterapia, discutido com a utente e são delineados objetivos, em conjunto, para atingir. É importante este trabalho em conjunto e ao mesmo tempo individualizado uma vez que cada pessoa é diferente e os objetivos finais nem sempre são os mesmos para todos os utentes. Todo o acompanhamento deve ser registado, confidencial e seguro (APF, 2005).

Na primeira sessão deve procurar-se explicar as causas das queixas e sintomas com a ajuda de modelos anatómicos, como funcionam as estruturas e de que forma alterações nas mesmas pode levar a disfunções, e deve-se explicar tudo o que foi observado na avaliação objetiva e qual o plano de intervenção mais adequado a adotar (Bø *et al.*, 2016). É criada logo desde a primeira sessão uma relação de confiança entre o fisioterapeuta e a utente de forma que seja um espaço seguro e que não haja problema em partilhar todas as dúvidas e preocupações.

Como já referido os casos mais comuns no local e estágio passam por queixas no pós-parto, incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, disfunções sexuais e acompanhamento na gravidez e alívio de queixas nessa fase.

Segundo uma revisão sistemática realizada por McClurg *et al.* (2016) e a maior parte da evidência disponível, a abordagem da fisioterapia deve ser o tratamento de primeira linha na incontinência urinária e consoante o tipo de incontinência presente a intervenção deve passar por estratégias comportamentais e educacionais e de alterações no estilo de vida; no treino dos músculos do pavimento pélvico, com recurso ou não do *biofeedback*; no treino da bexiga e utilização de estratégias como a eletroestimulação ou cones vaginais. Estas linhas de intervenção são as seguidas no local de estágio, adequando sempre à individualidade de cada pessoa.

Segundo *guidelines* da NICE (NICE, 2019) deve ser realizado acompanhamento e treino dos músculos do pavimento pélvico, em casos de incontinência urinária por pelo menos 3 meses e o local de estágio tenta seguir estas recomendações o melhor possível, embora nem sempre todos

os casos cumpram os tempos recomendados e isso deve ser tido em conta. O pavimento pélvico tem um papel muito importante no processo de continência e por isso o treino do mesmo é essencial para atingir bons resultados nestas disfunções (Aoki *et al.*, 2017; Bernards *et al.*, 2014; Bø, 2020). Para além disso segundo as *guidelines* (NICE, 2019) deve ser sempre realizada uma avaliação por palpação vaginal do pavimento pélvico, de forma a ter feedback da contração e queixas associadas, antes de qualquer recomendação de treino supervisionado do pavimento pélvico e outras intervenções, e na clínica em causa essas recomendações são sempre seguidas.

Após ser feita a avaliação geral do seu estado de saúde, da perceção de qualidade de vida e dos motivos de tratamento e consoante o tipo de incontinência, deve em seguida ser sempre discutido com a utente qual o plano de tratamento individualizado mais indicado tendo em conta todos os fatores pessoais e ambientais que a envolvem.

Outra disfunção presente nos casos clínicos do local é o prolapso de órgãos pélvicos, embora não seja tão frequente como a incontinência urinária e outros casos.

Segundo as *guidelines*, a intervenção da fisioterapia pélvica nos casos de POP tem como objetivos a prevenção ou agravamento do prolapso, a diminuição da frequência ou gravidade dos sintomas causados pelo prolapso e a evicção ou atraso de uma decisão cirúrgica e é sempre com essa linha de pensamento que as fisioterapeutas do local de estágio planeiam a abordagem (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

O treino dos músculos do pavimento pélvico é também uma intervenção base recomendada na intervenção nestes casos. Deve ser realizado um programa de treino supervisionado dos MPP por pelo menos 16 semanas nos casos de prolapso sintomático de grau 1 ou 2 (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Na clínica no que toca a casos POP as *guidelines* são seguidas sendo que, por norma, a intervenção estabelecida é no mínimo 16 semanas. Segundo um estudo realizado por Choi & Hong (2014) a abordagem comportamental é também essencial, sendo o objetivo eliminar ou diminuir fatores de risco para o prolapso ou agravamento do mesmo e por isso na clínica é promovida a educação do utente neste sentido sendo discutidos vários hábitos de risco existentes que podem contribuir para agravar todo o quadro e quais as estratégias a adotar neste sentido com foco na melhoria da qualidade de vida.

Os pessários são dispositivos vaginais que podem ser utilizados com eficácia e segurança na abordagem conservadora do tratamento do POP, independentemente do grau de prolapso apresentado (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). São minimamente invasivos e proporcionam um alívio imediato dos sintomas. No local de estágio quando existe contacto com estes casos, este tipo de dispositivos e efeito é discutido com as utentes de forma a, em conjunto,

perceber se pode ser uma opção benéfica e se deve ser encaminhado para consulta médica de forma a ter prescrição nesse sentido e perceber qual o tipo de pessário mais indicado consoante as queixas apresentadas, sintomatologia, estilo de vida e atividades da utente.

A fisioterapia tem um papel fundamental no acompanhamento na gravidez sendo benéfica para a gestante, auxiliando na prevenção de desconfortos que ocorrem nesse período e na preparação do trabalho de parto, permitindo educar a utente nesse sentido e transmitindo mais segurança e apoio nesta fase da vida. A fisioterapeuta vai procurar promover a preparação para um trabalho de parto mais tranquilo e dando o suporte emocional necessário, além de promover bem-estar e alívio da dor. Segundo um estudo realizado por Minati Moraes & Cavalcante de Assis (2018) podem ser realizados exercícios que irão auxiliar no fortalecimento da musculatura que auxiliará no trabalho de parto normal, alongamentos, relaxamentos, exercícios proprioceptivos do pavimento pélvico, exercícios respiratórios e reeducação postural. Para alívio da dor, métodos como hidroterapia, massagem terapêutica, exercícios de alongamento e fortalecimento podem ajudar a aliviar a dor lombar. Todos os exercícios de fortalecimento, relaxamento e respiração vão ajudar no parto, ajudando a diminuir os desconfortos.

Numa revisão sistemática realizada por Beckmann & Stock (2013) e um RCT de Ugwu *et al.* (2018), a massagem perineal é também importante na gravidez, pois pode ajudar a reduzir as complicações perineais no pós-parto. Deve ser realizada pelo menos uma ou duas vezes por semana, a partir de 34 semanas e estas recomendações são seguidas na clínica.

Segundo um estudo realizado por Huang *et al.* (2019), ao longo do segundo estágio do trabalho de parto, as posições vertical e lateral podem ser mais benéficas e facilitar todo o período expulsivo, no que diz respeito aos resultados maternos e neonatais e lidar com certas complicações obstétricas. As posições de cócoras e sentadas são também posições que podem facilitar (Huang *et al.*, 2019). Em termos de posições supina e litotomia, a menos que as mulheres se sintam confortáveis nessas posições e prefiram, são posições que devem ser evitadas pelo risco aumentado de trauma perineal grave, trabalho de parto comparativamente mais longo e mais queixas algicas. As fisioterapeutas devem procurar fornecer toda a informação neste sentido, às mulheres (Huang *et al.*, 2019).

No que toca a respiração, esta tem também um papel de extrema importância ao longo de toda a gravidez e trabalho de parto. Num estudo realizado por Leutenegger *et al.* (2022) as mulheres que recebem acompanhamento na gravidez e educação no que toca a técnicas de respiração e relaxamento parecem beneficiar com a intervenção, pois com a implementação prática e o uso de técnicas de respiração e relaxamento durante o trabalho de parto levam a uma maior

autoconfiança e autoeficácia e maior sensação de controlo durante o trabalho de parto (Leutenegger *et al.*, 2022).

Estudos, incluindo um RCT de Yuksel *et al.* (2017), demonstram que exercícios respiratórios com inspirações e expirações profundas em grávidas são eficazes para reduzir a perceção da dor do trabalho de parto, facilitam o período expulsivo e diminuem os níveis de ansiedade durante o parto, dando mais confiança à parturiente (Eulina de Araújo *et al.*, 2018; Leutenegger *et al.*, 2022; Yuksel *et al.*, 2017).

O local de estágio segue todas estas diretrizes e recomendações no período da gravidez, acompanhando a grávida o melhor possível e fornecendo toda a informação necessária e estratégias que promovem o bem-estar da mulher e facilitam todo o processo.

O período pós-parto é de muitas alterações e requer a intervenção da fisioterapia em muitos aspetos. Na clínica todas as grávidas assim que terminam o acompanhamento deixam, logo em seguida, marcada a avaliação de pós-parto para serem seguidas e aliviar todas as queixas que surjam. Na clínica é um tema muito divulgado e falado com as utentes de forma a estarem informadas e terem noção da importância da fisioterapia.

Os fisioterapeutas podem ter um papel importante na avaliação e tratamento de condições comuns de saúde pós-parto, como disfunções do pavimento pélvico (incontinência urinária, POP, disfunção sexual, etc), cicatrizes perineais ou de cesariana e diástases dos retos abdominais, para prevenir sintomas a longo prazo e melhorar a qualidade de vida. São muitas as técnicas de intervenção mencionadas sendo importante serem discutidas com a utente e adequadas a cada caso (Critchley, 2022; Lin *et al.*, 2022; Meekins & Siddiqui, 2020). Em um período em que a mulher necessita de muito apoio e acompanhamento e por isso deve existir trabalho multidisciplinar com várias especialidades para dar assistência a todos os níveis. Na clínica procura-se trabalhar em conjunto com psicólogo e fisioterapia de outras especialidades para dar resposta a todas as necessidades das utentes.

No caso das disfunções sexuais a fisioterapia pélvica tem também um papel importante neste sentido e em promover conforto, alívio e qualidade de vida às mulheres com queixas.

O tratamento deve ser individualizado e tendo sempre em atenção os problemas apresentados pela utente e as expectativas. Nestes casos é importante trabalhar em equipa com psicólogo uma vez que tem também um papel fundamental na recuperação.

Os fisioterapeutas geralmente empregam técnicas multimodais que geralmente incluem técnicas de terapia manual, controlo motor, treino respiratório e treino do pavimento pélvico, bem

como educação do paciente e terapia comportamental (Clayton & Valladares Juarez, 2019; Ghaderi *et al.*, 2019; Rosenbaum, 2008; Rosenbaum & Ben-Dror, 2009; Stein *et al.*, 2019). Embora muitas vezes faltem estudos de qualidade sobre a eficácia de um programa multimodal, já vários estudos mostraram benefícios dessa abordagem para disfunções neste sentido. Técnicas como massagem de alívio de pontos dolorosos miofasciais, técnicas de relaxamento e *mindfulness* são referidas como benéficas na recuperação de casos de disfunção sexual (Clayton & Valladares Juarez, 2019; Ghaderi *et al.*, 2019; Rosenbaum, 2008; Rosenbaum & Ben-Dror, 2009; Stein *et al.*, 2019).

Segundo um RCT realizado por Ghaderi *et al.* (2019) o treino do pavimento pélvico é uma abordagem importante no tratamento destas disfunções e deve ser realizado um tratamento individualizado e adequado a cada utente.

São disfunções que requerem especial atenção e em que deve existir uma relação de grande confiança entre a fisioterapeuta e a utente uma vez que se trata de algo muito íntimo e que muitas vezes é difícil para as utentes falar acerca do assunto e das queixas apresentadas.

No local de estágio todas estas indicações e recomendações são seguidas sendo que se procura falar abertamente acerca da sexualidade e apoiar as utentes neste sentido de forma a dar todas as ferramentas e informação necessária neste sentido e mostrar que alterações e queixas a este nível não são normais e que se deve procurar acompanhamento da fisioterapia.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021) e os Padrões de Prática da APF (APF, 2005) é importante, para complementar a avaliação da sintomatologia aplicar ferramentas (instrumentos de medida) que podem ser de grande relevância na avaliação sistemática de sintomas, como é o caso dos inquéritos e questionários, que são úteis por serem reproduzíveis, não invasivos, de baixo custo, fáceis e de rápida aplicação, permitindo ainda a quantificação dos sintomas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Estes devem estar devidamente validados e serem registados (APF, 2005). No local de estágio esta é uma das práticas que se tenta seguir e por isso, consoante o caso clínico, por norma, tenta-se aplicar um questionário/escala relevante e que complete toda a avaliação do utente, permitindo uma melhor noção da sintomatologia e posterior evolução (APF, 2005; NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Podemos concluir assim que, de uma forma geral, o local de estágio é uma clínica baseada na melhor e mais recente evidência científica, procurando intervir da melhor forma possível e de forma personalizada e individualizada a cada utente consoante as suas queixas e necessidades e procurando que este se sinta seguro e bem acompanhado.

4. Projeto de implementação de melhoria do local de prática

4.1 Apresentação de um plano de melhoria fundamentado na evidência

Modelo de gestão e funcionamento do espaço:

O acesso à fisioterapia no local é direto, sem necessidade de consulta médica prévia. Posto isto, quando existe contacto para pedido de agendamento de uma sessão de fisioterapia, são realizadas questões gerais acerca do motivo da sessão para perceber que profissional é mais adequado para realizar o acompanhamento. Cada fisioterapeuta trabalha de forma independente, sendo responsável pela gestão e marcação das suas próprias consultas. A fisioterapeuta proprietária do espaço é responsável por coordenar a disponibilidade dos gabinetes e verificar se é possível marcar as consultas na agenda. Os utentes, por norma, entram em contacto por meio da página de Instagram, email ou número de telefone para agendar as consultas e pedir informações.

A marcação da sessão de fisioterapia tem, sempre que possível, em conta a disponibilidade de horário do utente.

No primeiro contacto com o utente, o fisioterapeuta realiza a sua avaliação (com consentimento) e estabelece um diagnóstico diferencial. Este diagnóstico tem por base a avaliação das queixas apresentadas e alterações presentes, a observação de possíveis *red flags* e outras alterações de sistemas, que possam alertar para um problema de saúde mais grave, havendo a necessidade de recorrer a outras especialidades e profissionais de saúde. Sendo assim, o utente poderá não ser elegível para a fisioterapia, sendo encaminhado para outro profissional de saúde mais adequado. Caso o utente seja elegível para fisioterapia, este poderá seguir o processo da fisioterapia apenas com contacto com o fisioterapeuta até à alta. Caso o utente necessite do acompanhamento de outro profissional, o fisioterapeuta encaminha, existindo também casos em que o utente já está a ser acompanhado devidamente por outro profissional de saúde, que encaminhou para fisioterapia. Estes dois últimos pressupõem um trabalho em equipa multidisciplinar até ao momento da alta.

Em seguida, estão explicados, em maior detalhe e segundo a APF (2015; 2020), cada padrão e estratégias a ter em atenção e implementar, para promover a melhor qualidade de serviços.

Padrão 1 - Gestão em Fisioterapia

O primeiro padrão de qualidade em fisioterapia defende que o serviço de Fisioterapia tem o compromisso de adotar boas práticas em todos os domínios da sua atuação e deve possuir

estratégias dinâmicas para responder às mudanças na saúde e na sociedade (APF, 2015). Este pressupõe a existência de um plano estratégico para gerir a governação clínica através de toda a organização, onde deve estar descrita toda a informação relativa à missão, metas e objetivos da organização (APF, 2015). Deste modo, propõe-se a definição de um plano de governação, pelo que deve ser criada uma missão, visão e valores para a Aldeia Raiz, uma vez que não existe.

Visão – A clínica assume a visão de se constituir uma referência nas áreas da Fisioterapia na Saúde da Mulher e Saúde Pélvica na região de Sintra e arredores.

Missão – A missão da clínica é promover um acompanhamento individualizado, diferenciado e humanizado aos utentes em todo o seu processo de reabilitação, desenvolvendo uma relação baseada na confiança e baseando a intervenção na melhor evidência científica disponível.

Valores – Os valores da clínica passam por ter sempre as necessidades do paciente em primeiro lugar, acima dos interesses da organização e pessoais dos colaboradores. Esses valores incluem integridade, cooperação, compaixão, dignidade, talento, confiança, lealdade e inovação. Toda a intervenção e acompanhamento segue os valores e competências recomendadas em Saúde.

Esta informação deverá ser registada em documentação escrita, juntamente com todas as políticas e procedimentos de prática. O plano organizacional deve conter as delegações de competências, bem como as funções de cada colaborador. Assim sendo e atendendo aos padrões de qualidade, o responsável deve ser um fisioterapeuta, o que já acontece na clínica Aldeia Raiz.

Padrão 2 - Autonomia e Responsabilização

Neste padrão, os fisioterapeutas são profissionais autónomos e, por isso, devem tomar decisões e agir de forma independente, num contexto profissional responsável, sendo responsabilizados e prestando contas por essas decisões e ações (APF, 2015). O modelo de gestão atual permite a autonomia do fisioterapeuta, trabalhando dentro dos limites das suas competências pessoais e do seu exercício, pelo que se pretende manter isso no novo modelo de gestão. Deve garantir-se que os fisioterapeutas que integram a equipa, possuem seguro de responsabilidade civil e devem existir procedimentos para a verificação da cédula e habilitações académicas. Propõe-se da mesma forma, arquivo dos processos individuais dos fisioterapeutas, incluindo o *Curriculum Vitae*, os registos de avaliação e evidência de envolvimento em Desenvolvimento Profissional Contínuo.

Padrão 3 – Prestação de um Serviço Seguro e Efetivo

Este padrão refere que, para que se possa prestar um serviço seguro e efetivo, é necessário

cumprir uma série de procedimentos que garantam a segurança dos utentes/clientes, dos seus funcionários e a efetividade do serviço prestado (APF, 2015).

É de extrema importância a unidade de fisioterapia apresentar medidas preventivas para que se possa garantir um serviço seguro e minimizar o risco tanto para o profissional, como para o próprio utente e, por isso, estas devem ser implementadas (APF, 2015).

Em primeira instância, é importante que os profissionais tenham formações na área da saúde e higiene do trabalho, de forma a atualizarem os seus conhecimentos e implementarem novas medidas. Os novos profissionais que se juntem à equipa deverão ficar a par de todos os protocolos e procedimentos de segurança existentes.

Tendo em conta o acesso a um dos espaços da clínica (escadas) é importante implementar um protocolo de prevenção de risco de queda. Este protocolo poderá incluir o acompanhamento dos utentes com potencial risco na sua deslocação até ao gabinete. Propõe-se ainda postos de higiene regular e inspeções regulares nas instalações do serviço de fisioterapia, de forma a assegurar que tem os requisitos necessários e que estão a ser cumpridos todos os critérios de segurança para o utente e profissional de saúde.

Padrão 4 – Aprendizagem e Desenvolvimento

O padrão 4 indica que a aprendizagem e desenvolvimento é parte integrante do exercício do fisioterapeuta. Os fisioterapeutas devem avaliar as suas preferências e necessidades de aprendizagem, para que com isto seja construído um programa de atividades/formações que respondam às mesmas (APF, 2015). Para que isto seja efetivo, os fisioterapeutas da clínica devem fazê-lo, de forma a manter e desenvolver competências para o exercício e garantir que trabalham num contexto de uma prática baseada na evolução (APF, 2015). Além disso, os fisioterapeutas devem apoiar o desenvolvimento de outros, pelo que se propõe a colaboração com Instituições do Ensino Superior e tornarem-se ativamente envolvidos na educação clínica dos seus alunos, nomeadamente da Escola Superior de Saúde do Alcoitão e Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, visto que seria um ponto positivo a adicionar ao novo modelo de gestão da clínica.

Padrão 5 - Cuidados Centrados no Utente/Cliente

Segundo este padrão, os cuidados de Fisioterapia devem ser realizados em colaboração com o utente do serviço, de forma a garantir serviços efetivos e eficientes a nível individual ou de serviço (APF, 2015). O exercício centrado no utente é uma abordagem aos cuidados de saúde, focando-se nos seus objetivos, expectativas, preferências, capacidades e necessidades (APF,

2015). Desta forma, os fisioterapeutas devem ser sensibilizados para isso, de forma a garantir que desenvolvem o seu exercício com interesse e empatia pelo utente e ter sempre em consideração o estilo de vida, crenças pessoais e práticas culturais, de forma a responder de forma adequada.

Deverá implementar-se um sistema que pretenda ouvir os utentes (inquéritos de satisfação e *feedback*), reclamações, elogios e/ou sugestões em relação à clínica, tal como apresentar, posteriormente, as medidas adotadas com base nisso. Isto irá permitir que os utentes estejam envolvidos no planeamento, desenvolvimento e prestação de cuidados e que o serviço esteja planeado da melhor forma para promover e melhorar a saúde destes.

Além disso, deverá constar, num local visível na unidade e nas plataformas digitais, os serviços e intervenções disponíveis, respetivos preços, bem como eventuais riscos relacionados com os cuidados, promovendo já um desenvolvimento do site.

Padrão 6 – Consentimento

O consentimento informado reflete uma manifestação de respeito pelo utente dos serviços de saúde e garante que qualquer decisão tomada assente nos pressupostos de autorresponsabilização e liberdade de escolha (APF, 2015).

O consentimento informado “deve constituir um momento de comunicação efetiva, numa lógica de aumento da capacitação da pessoa, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias à decisão que vier a assumir, seja numa intervenção de saúde, seja na participação numa investigação” e, por isso, o seu processo de obtenção compreende o dever de esclarecimento, o direito ao consentimento (incluindo o direito à recusa de intervenção e o direito à revogação do mesmo) e a capacidade de constituir/consentir (APF, 2015).

O fisioterapeuta e outros profissionais de saúde devem, sempre, documentar o consentimento do utente antes de qualquer aconselhamento, avaliação, intervenção ou outro procedimento que realizem (APF, 2015). O consentimento informado é algo que deve ser visto como um procedimento base e fundamental e ser distribuído a todos os utentes, sendo que no local de estágio já acontece, neste momento. Deverá ser implementado, ser dada uma cópia do documento de consentimento informado ao utente e o original é arquivado no processo clínico. Os utentes devem ser sempre informados e esclarecidos relativamente a todas as opções de tratamento, técnicas e respetivos efeitos e obter o consentimento do mesmo, antes de qualquer procedimento.

Padrão 7 – Registo e Governação da Informação

O padrão 7 reflete sobre a importância da realização de registos e da construção de um processo clínico, devidamente documentado, com informações do utente, assim como todos os

procedimentos e intervenções nele realizadas (APF, 2015). Constitui por si um instrumento de trabalho, para assegurar a continuidade dos cuidados do utente, e todos os profissionais de saúde que intervêm junto do utente têm acesso a este processo e devem realizar o registo dos diversos atos (APF, 2015).

Tendo em conta que foi apontada como fraqueza no atual serviço de fisioterapia, a pouca utilização da plataforma para registos clínicos diários e marcações, como proposta considera-se de extrema importância que os fisioterapeutas venham a realizar sempre o registo do utente e que os registos da fisioterapia sejam inseridos na plataforma, para que todos os profissionais possam aceder à ficha completa de cada utente.

Os fisioterapeutas deverão registar a sua avaliação inicial, tal como a progressão do utente ao longo das sessões e intercorrências que possam ter acontecido. Os outros profissionais envolvidos na recuperação deverão conseguir aceder a estes registos, tal como o fisioterapeuta deverá conseguir aceder aos registos dos outros profissionais. Notas de alta no final do tratamento deverão também ser realizadas e partilhadas.

Estes registos irão assim permitir uma maior qualidade do serviço e organização e, além disso, permitem salvaguardar o fisioterapeuta caso ocorra alguma intercorrência, uma vez que estará documentada toda a informação acerca do que foi efetuado e observado, em cada sessão com o utente.

Padrão 8 – Comunicação

Comunicação é o processo interativo de construção e partilha de informação, ideias e significados, utilizando uma variedade de instrumentos de comunicação e mecanismos adequados para garantir uma comunicação eficaz no interior e exterior do serviço (APF, 2015). A comunicação entre os diversos profissionais de saúde e o utente é essencial (APF, 2015).

Tendo em conta que um dos pontos positivos no serviço atual passa pela facilidade de comunicação entre profissionais de saúde, o facto de os registos da fisioterapia serem sempre inseridos na plataforma da clínica, irá potenciar e tornar esta comunicação mais efetiva, de forma a garantir que todos os profissionais envolvidos nos cuidados com o utente possam ter acesso aos registos dos restantes profissionais. É importante manter a duração adequada dos tratamentos para garantir um contacto suficiente com o utente, possibilitando uma comunicação e a discussão de objetivos, dúvidas e estratégias de intervenção.

Para além disso, propõe-se a realização de reuniões de equipa frequentes para discussão de casos específicos, onde serão abordadas estratégias terapêuticas e processos de alta, de forma a partilhar opiniões, conhecimentos e comunicar da melhor forma. Existe também um grupo de

whatsapp com todos os profissionais da clínica, de forma a facilitar a comunicação.

Padrão 9 – Intervenção Clínica em Fisioterapia

O padrão 9 defende que deve existir uma parceria com o utente na prestação de cuidados clínicos efetivos, de forma que o plano de intervenção seja específico e vá de encontro aos seus objetivos individuais (APF, 2015).

Este padrão define que deve existir um sistema que assegure que os cuidados de fisioterapia são baseados na melhor evidência de efetividade disponível, garantindo que o plano de tratamento é formulado de acordo com a mesma e que o utente é devidamente informado e incluído no processo (APF, 2015). Por isso, e como já acontece na clínica, deve existir a discussão e partilha constante do processo de tratamento e intervenção com o utente, devem ser recolhidos os seus objetivos e procurar, juntamente com a avaliação efetuada pelo fisioterapeuta, intervir de acordo com a melhor prática baseada na evidência disponível de forma a responder a esses objetivos. Como proposta, esse processo poderá passar por permitir o acesso de todos colaboradores a bases de dados e informação fidedigna, o estabelecimento de *guidelines* ou normas de orientação para determinadas condições/patologias e o encorajamento de formações e cursos específicos e também na área de investigação, partilhando os resultados das mesmas com os restantes colegas.

Deve ser recolhida toda a informação do utente e da sua condição clínica e, por isso, deve existir uma ficha base padronizada, na qual deve constar a informação relativa à avaliação, diagnóstico em fisioterapia e prognóstico, devendo ser disponibilizada aos outros profissionais de saúde envolvidos.

Na clínica já existe uma ficha base geral, que irá sofrer algumas alterações de forma a melhorá-la e completá-la e esta pode ser consultada no Apêndice 1.

Padrão 10 - Avaliação dos Cuidados e Serviços

Neste padrão está pressuposto que deve existir uma avaliação crítica do serviço prestado, no desenvolvimento do processo, no planeamento dos serviços e na melhoria da efetividade, eficiência e qualidade dos serviços, de forma a serem identificadas as barreiras, necessidades e elementos facilitadores da prática clínica (APF, 2015). Não existe um método de avaliação crítica do desempenho profissional, pelo que se propõe a discussão em equipa e reuniões, entre os fisioterapeutas e também com outros profissionais de saúde envolvidos e que prestam serviços na clínica, por exemplo, trimestral, acerca do seu desempenho e sugestões de melhoria. Isto deverá ser tido em conta para o processo de melhoria do serviço.

Caso existam reclamações, os utentes deverão ter acesso à informação dos procedimentos

de reclamação e a clínica deverá garantir que estas são geridas dentro dos prazos legais. Além disso, deverá existir uma monitorização, de forma a perceber se ocorrem incidências e assim contribuir para o processo de melhoria da clínica. Os fisioterapeutas deverão ser incentivados a avaliar o efeito da intervenção com questionários e instrumentos de medida, devidamente relevantes e validados, para avaliar a efetividade clínica. Os fisioterapeutas devem registar esses dados, incluindo-as no registo clínico do utente. Na clínica já é comum usar alguns instrumentos de medida para avaliar certos parâmetros nos utentes sendo um ponto positivo (nomeadamente KHQ, ICIQ-SF, SF-36, FSFI-6, entre outros).

Padrão 11 - Promoção, Marketing e Publicidade de Serviços de Fisioterapia e Produtos

Os fisioterapeutas devem estar envolvidos na promoção de produtos ou serviços, ao utente, tendo em conta as necessidades do mesmo e em nenhum momento devem comprometer a sua qualidade de desempenho enquanto profissionais de saúde (APF, 2015). A informação em saúde deve ser prestada com verdade, com antecedência, com clareza, adaptada à capacidade de compreensão do utente em questão (APF, 2015). Este padrão defende que, a informação fornecida pelos serviços reflete com exatidão aquilo que é prestado; a informação fornecida sobre produtos reflete com exatidão as suas características; os produtos vendidos ou fornecidos aos utentes são os adequados para a prestação de cuidados efetivos; o aconselhamento de um produto ou serviço é baseado no raciocínio clínico, evidência e relação custo-qualidade (APF, 2015).

Relativamente a este padrão o nosso serviço deverá tentar investir mais em estratégias de *marketing*, publicidade e divulgação, uma vez que neste momento constitui uma das suas fraquezas. Propõem-se melhorias neste campo através de atualização, modernização e maior divulgação de um *site* e redes sociais (mais publicações e conteúdo). Além disso, as parcerias chave propostas também irão contribuir para intensificar este padrão de serviço.

Proposta de melhoria de acordo com mencionado na análise SWOT e segundo a análise dos padrões de qualidade em Fisioterapia recomendados pela APF (2015; 2020):

Tabela 3 – Proposta de melhoria para o local segundo SWOT e Padrões de Qualidade:

<u>Proposta de melhoria</u>	
<u>Problemas encontrados</u>	<u>Solução proposta</u>
Pouca divulgação e publicidade do espaço e ofertas disponíveis	Divulgação nas redes sociais, site, junto de outros profissionais

Sem metas, missão e objetivos definidos e disponibilizados	Definir metas, missão e objetivos para a clínica e disponibilizar e divulgar aos utentes
Pouco investimento em marketing	Investir em marketing. Reuniões semanais para discussão de ideias (ajuda de profissionais da área de marketing) e decidir o que implementar para promover espaço e serviços
Pouca utilização e exploração da plataforma de marcações e registos (sem notas de alta, poucos registos)	Promover a utilização da plataforma. Devem ser realizados registos de todas as sessões e notas de alta. Para garantir esta questão devem ser realizadas reuniões de equipa para discussão de casos através da consulta da plataforma
1 Fisioterapeuta sem ter o horário completo	Implementação de novos projetos, divulgação e mais serviços de forma a mostrar a importância da área de saúde da mulher e sensibilizar os utentes, promovendo mais procura (tentar preencher horário de 40 horas semanais). Com a implementação de melhorias e oferecendo mais serviços o objetivo, depois de encher o horário por completo, é aumentar a equipa, crescer e explorar mais áreas, para além das existentes
Espaço reduzido	Reorganizar espaço e procurar espaço com maiores dimensões na zona e que tenha todas as condições num único espaço (tendo em conta que a clínica neste momento tem dois espaços no mesmo edifício uma vez que só um espaço não tem as dimensões necessárias)
Acesso a um dos espaços só possível de escadas	Tentar que todas as consultas com utentes com limitação de mobilidade, ou grávidas e mulheres com carrinho de bebé, fiquem no espaço no piso térreo (até se mudar para um espaço maior e com mais condições como referido)
Dificuldade de acesso a estacionamento	Neste ponto não existe muito que possamos fazer pois não é algo que esteja ao nosso alcance, sendo apenas importante alertar as pessoas nesse sentido para que possam vir com a devida antecedência para procurar lugar e não ser tão problemático
Pouca divulgação ao nível de redes sociais e site (existe, mas não é utilizado nem melhorado)	Desenvolver e atualizar mais o site e criar mais conteúdo e serviços para o site e redes sociais (o investimento no marketing irá ajudar neste sentido)
Pouca dinamização e oferta de mais serviços	Reuniões e criação de novos serviços e ofertas (classes de grupo, palestras e workshops, parcerias com marcas, <i>pilates</i> , etc)
Não ter parceria ou consultas com médico ginecologista e de obstetrícia	Sendo uma clínica com principal foco na área de saúde da mulher, seria importante e uma mais-valia ter a possibilidade de acesso direto a estas especialidades e desta forma trabalhar em equipa. Por isso é importante contactar médicos da especialidade, na zona de Sintra, e explicar o objetivo da clínica e a importância de ter esse serviço disponível

Padrão 1.1 - A Unidade de Fisioterapia tem Declaração de Missão e descrição de Metas e Objetivos, que refletem as necessidades e interesses dos indivíduos que serve, assim como dos fisioterapeutas e colaboradores que trabalham na Unidade e na Comunidade	Criação de metas, missão e objetivos tendo em conta os valores do espaço e os interesses dos utentes
Padrão 1.2 - A Unidade de Fisioterapia tem políticas e procedimentos que refletem a sua operacionalidade e são consistentes com a Missão, Metas e Objetivos	Seguir a conduta definida nas metas, missão e objetivos definidos procurando seguir os padrões corretos de prática clínica
Padrão 1.4 - A Unidade de Fisioterapia tem um plano organizacional escrito	Em reunião de equipa realizar um plano organizacional escrito
Padrão 3.1 - Existem orientações planeadas e um programa de integração para todos os novos fisioterapeutas e/ou para os que iniciam trabalho em novas áreas	Realizar, em conjunto com os restantes fisioterapeutas, um programa de integração onde estejam todas as informações acerca do espaço e da linha de intervenção para facilitar a chegada de novos fisioterapeutas para o espaço
Padrão 4.3 - Os fisioterapeutas estão ativamente envolvidos na educação clínica e no desenvolvimento da socialização profissional dos alunos de Fisioterapia	Procurar criar parcerias com faculdades com curso de fisioterapia, procurando estar envolvido na educação clínica de novos profissionais e ao mesmo tempo fazer crescer a clínica
Padrão 6.2 - É dada ao utente uma cópia do documento de consentimento informado e o original é conservado no processo clínico	Dar sempre o consentimento informado ao utente para preencher bem como fornecer uma cópia do mesmo ao utente para que possa levar consigo
Padrão 7.1 - Todos os utentes da Unidade de Fisioterapia têm um processo clínico de Fisioterapia adequado e circunstancial	Todos os fisioterapeutas devem realizar o processo clínico de novos utentes, com toda a informação, documentos e instrumentos aplicados necessários, bem como realizar o registo de todas as sessões e evolução de forma que todos os profissionais da clínica possam ter acesso e ao mesmo tempo salvaguardar a prática clínica dentro dos padrões de intervenção apropriados
Padrão 7.4 - Deve existir comprovação de que as auditorias dos processos clínicos são planeadas e realizadas e que são implementadas ações em consequência disso	Reuniões mensais acerca dos processos clínicos e revisão dos mesmos
Padrão 9.7 - Após a conclusão do plano de intervenção, são realizadas notas e ou relatórios de alta ou de transferência	Realizar notas e ou relatórios de alta ou de transferência e colocar no processo clínico e na plataforma de registos e marcações para que esses documentos fiquem guardados
Padrão 10.1 - Existe um programa de melhoria da qualidade que se integra no plano de qualidade da organização	Reunir e realizar um programa de melhorias, analisando os pontos fortes e os pontos a melhorar na organização de forma a promover sempre a melhor qualidade do espaço e serviços

Padrão 10.2 - A existência de um programa de auditoria assegura o processo de melhoria contínua da qualidade clínica, existindo mecanismos que permitem a monitorização e implementação da mudança	Programa de auditoria implementado na clínica de forma a avaliar e reavaliar a clínica e de que forma é possível melhorar a qualidade da mesma e dos serviços, com os meios disponíveis e com os que forem necessários
Padrão 11.1 - A informação fornecida pelos serviços reflete com exatidão aquilo que é prestado	Com o desenvolvimento do site e redes sociais e maior divulgação dos serviços e ofertas disponíveis, o público poderá realmente ver o que o espaço tem para oferecer

Pela tabela acima apresentada, através da análise SWOT e dos padrões de prática realizada, pudemos encontrar algumas fraquezas e pontos que o local de estágio pode melhorar de forma a proporcionar uma intervenção com ainda mais qualidade e ser um espaço de excelência e referência. Foram propostas melhorias atingíveis sempre com o objetivo de beneficiar o espaço. O ponto que mais difícil de melhorar uma vez que é algo que não está ao nosso alcance passa pela dificuldade no acesso a lugares de estacionamento.

Projeto de melhoria segundo o modelo CANVAS:

A ideia principal passará por promover um maior desenvolvimento da clínica e ter mais serviços disponíveis, de forma a mostrar importância da área. Para isto propõe-se:

- Existência de serviços de acesso direto por parte dos fisioterapeutas.
- Melhoria ao nível do site e redes sociais - para mostrar a importância e relevância da área e conseguir sensibilizar e chegar a mais pessoas e permitir o acesso a estes serviços (possibilidade de efetuar a marcação de consulta diretamente no site) e possibilidade de esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento e condição da pessoa através de um link no site e redes sociais.
- Criação de workshops e palestras abertas ao público acerca de temática relevantes e pouco faladas, como disfunções sexuais e sexualidade no pós-parto, incontinência urinária no pós-parto, incontinência urinária e a idade – p/ex: Palestra de cerca de 45 minutos/1hora acerca da sexualidade e disfunções e acerca da sexualidade no pós-parto para consciencializar as mulheres e/ou casal acerca das possíveis alterações, fatores associados, como estar atento e preparado, com a informação devida e procurar ajuda (palestra 2x/mês no espaço no rés-do-chão da clínica) – nenhuma clínica na área oferece este serviço. É de extrema importância ter estes serviços e oportunidades disponíveis para permitir informar a população acerca destas alterações e de como é importante intervir nestes casos. Foi realizado um exemplo de protótipo de folheto (Apêndice 4)

no âmbito da função sexual no pós-parto para ir de encontro a esta temática e sensibilizar neste sentido, tendo sido mostrado à orientadora clínica.

- Criação de um curso de preparação para o parto com classes para pequenos grupos (casal ou individual) – Curso de Preparação para o Nascimento (a realizar no espaço da clínica no rés do chão), cujo objetivo é ajudar a esclarecer dúvidas sobre o parto e o bebé, que os pais possam ter, dar estratégias para esta fase da vida, promover tranquilidade, segurança e informação fidedigna. Curso 2x/semana, cerca de 9/10 sessões no total, cada uma com diferentes temáticas relacionadas com a preparação para o nascimento do bebé (ex: alterações na gravidez, exercício físico, sinais de parto, fases do parto, massagem à grávida, alterações pavimento pélvico na gravidez e parto, cuidados com o bebé e mãe, papel do pai, etc) – com vários profissionais de saúde (Fisioterapeuta, Psicólogo, Médico Pediatra, Enfermeira Parteira, Doula, Conselheira de Amamentação (em português e em inglês)) - nenhuma clínica na área oferece este serviço.

Segundo a evidência disponível, os cursos e classes de preparação para o nascimento, realizados durante a gravidez, permitem ao casal e em especial a mulher, reduzir os níveis de ansiedade em relação ao parto e sentirem-se mais preparados (Gluck *et al.*, 2020; Hassanzadeh *et al.*, 2019). Aumentar a consciencialização das mulheres, através de educação e aconselhamento durante a gravidez, pode reduzir o medo e a ansiedade materna, preparar as mulheres para o parto e promover sua saúde (Gluck *et al.*, 2020). Estudos demonstram que este acompanhamento pode permitir que exista uma menor taxa de partos por cesariana por opção das utentes, uma maior taxa de partos vaginais espontâneos, um melhor processo de amamentação e preparação para o pós-parto e menor probabilidade de desenvolver sintomas de depressão durante o período pós-parto, em comparação com aquelas que não realizaram esta preparação e acompanhamento (Barimani *et al.*, 2018; Gluck *et al.*, 2020; Hassanzadeh *et al.*, 2019).

As classes de preparação para o parto estão a ganhar cada vez mais popularidade e estas classes são muito recomendadas durante o acompanhamento na gravidez e devem ser realizadas por profissionais de saúde especializados, como fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, psicólogos, etc (Barimani *et al.*, 2018; Gluck *et al.*, 2020; Hassanzadeh *et al.*, 2019). Os cursos de preparação para o nascimento centram-se principalmente no fornecimento de informações sobre a gravidez, sobre todo o processo de trabalho de parto, estratégias de alívio/relaxamento e de como lidar com a dor, questões emocionais durante o trabalho de parto, período pós-parto e nas primeiras semanas da maternidade e quais os cuidados com o bebé e com a mãe (Barimani *et al.*, 2018; Gluck *et al.*, 2020; Hassanzadeh *et al.*, 2019).

Assim as aulas de preparação para o parto serão constituídas essencialmente por

fornecimento de informações baseadas em evidências, aconselhamento e estratégias mais práticas (Hassanzadeh *et al.*, 2019). Deve ser inicialmente feito o ensino da anatomia do sistema reprodutor feminino, adaptações corporais durante a gravidez, crescimento e desenvolvimento fetal, pré-natal, nutrição, higiene pessoal e saúde mental, fatores de risco durante a gravidez, preparação do corpo e períneo para o parto, benefícios do parto vaginal, métodos de alívio da dor no trabalho de parto, exames e cuidados pós-parto, amamentação, etc (Hassanzadeh *et al.*, 2019). Em seguida, o aconselhamento é fornecido na forma de perguntas e respostas (Hassanzadeh *et al.*, 2019). Por fim, são ensinadas, com alguns exemplos, as seguintes estratégias de forma prática: exercícios de alongamento e mobilidade, correção postural, relaxamento, massagem e técnicas respiratórias para o trabalho de parto, possíveis posições no período expulsivo, massagem perineal, etc (Hassanzadeh *et al.*, 2019).

Estudos demonstraram que a participação em aulas de preparação para o parto pode estar associada ao aumento da confiança e segurança das mulheres para o trabalho de parto, melhor gestão e diminuição da dor do trabalho de parto, redução da ansiedade, sucesso na amamentação e melhor relação entre as mulheres e os profissionais de saúde (Barimani *et al.*, 2018; Gluck *et al.*, 2020; Hassanzadeh *et al.*, 2019).

- Aulas de pilates clínico para grávidas e pós-parto (individual ou pequenos grupos) com fisioterapeuta especializada (máx.5) – 2x/semana, de forma a proporcionar atividade física nestes casos, com o devido acompanhamento, que é muito importante para melhorar a qualidade de vida e saúde, bem como para permitir uma melhor recuperação.

Segundo a evidência científica disponível, o *Pilates* é considerado um importante exercício para melhorar as funções físicas, psicológicas e motoras e permite desenvolver força e flexibilidade em todo o corpo (Ghandali *et al.*, 2021; Mothaghi Dastenaie *et al.*, 2020). Os movimentos do *Pilates* podem ser realizados de acordo com as mudanças fisiológicas da gravidez e pós-parto (Ghandali *et al.*, 2021; Mothaghi Dastenaie *et al.*, 2020). Esta prática permite ainda trabalhar o PP, melhorando a sua função (Ghandali *et al.*, 2021; Mothaghi Dastenaie *et al.*, 2020).

Na gravidez, o *Pilates*, permite ainda trabalhar a respiração e preparar o corpo para o parto, para além de também ser muito positivo no bem-estar psicológico das grávidas (Ghandali *et al.*, 2021; Mothaghi Dastenaie *et al.*, 2020).

Segundo um estudo realizado por Ashrafinia *et al.* (2015), no pós-parto é também uma prática importante, permitindo à recém mãe iniciar atividade física de forma regular e funciona como um complemento essencial na recuperação, tendo um efeito muito positivo no que toca a

melhorar a fadiga materna e bem-estar psicológico (Ashrafinia *et al.*, 2015).

- Criar mais parcerias com marcas importantes e relevantes para a prática clínica do local e áreas disponíveis. Quando necessário e adequando a cada pessoa e casal, ter a possibilidade de demonstração de produtos e esclarecimentos de dúvidas – Marcas relacionadas com maternidade e também marcas relacionadas, por exemplo, com a sexualidade.

Ao nível dos trabalhadores e segundo os padrões de qualidade:

- Reuniões quinzenais de equipa, presencialmente ou via zoom, de forma a discutir casos e trocar ideias de posts e publicações no site para chamar mais pessoas

- Reuniões irão servir também para reforçar (e através da discussão dos casos) a importância de fazer registos em cada sessão ao nível da plataforma, para ser possível consultar.

-De momento não são necessários mais fisioterapeutas (com o aumento da procura pode vir a ser outra necessidade a ter em conta), sendo o objetivo principal, com as propostas acima referidas, chamar mais utentes e encher por completo o horário da fisioterapeuta da clínica que não tem ainda o horário completo e em seguida aumentar o número de fisioterapeutas com o aumento da procura.

Em seguida é apresentada a tabela segundo o modelo CANVAS com a proposta de melhoria.

Modelo de Negócios – Modelo Canvas

Parcerias -chave	Atividades- Chave	Oferta de valor	Relacionamento	Segmentos de Clientes
-Médicos de diferentes especialidades (ginecologia, obstetria, etc) – Colaboração e referência - Colegas fisioterapeutas - Outros profissionais de saúde (enfermeiras, psicólogos, etc) Marcas parcerias p/ex: - Kittet (bombas) - Medela - Sex shops - Marcas de lubrificantes - Marcas de preservativos	- Reuniões de equipa (discussão de ideias e trabalho de equipa) - Criação de conteúdo para o site e redes (partilha de informação, relacionada com a área, com bom nível de evidência científica (pesquisa de artigos na <i>Pubmed</i>, <i>Cochrane</i>, <i>PEDro</i>, etc)) - Formação contínua das fisioterapeutas (na especialidade das ofertas propostas, promovendo a melhor qualidade na prática clínica) - Serviços de fisioterapia no contexto da saúde pré e pós-parto Recursos- Chaves - Material para curso e palestras - Ajuda para preparar site e redes (design gráfico e marketing digital) - Projetor	- Existência de serviços de acesso direto por parte dos fisioterapeutas - Desenvolvimento e criação de mais conteúdo e informação pertinente para site e redes sociais para desenvolver mais o espaço e aumentar a procura por parte de potenciais clientes - Curso de Preparação para o Nascimento, cujo objetivo é ajudar a esclarecer dúvidas sobre o parto e o bebé, que os pais possam ter, dar estratégias para esta fase da vida, promover tranquilidade, segurança e informação fidedigna. Curso com vários profissionais de saúde (não existe nada na zona com estes serviços) - Palestra acerca da sexualidade no pós-parto para consciencializar as mulheres e/ou casal acerca das possíveis alterações, fatores associados, como estar atento e preparado, com a informação devida e procurar ajuda. - Aulas de pilates clínico para grávidas e pós-parto. - Mais qualidade e oferta nos serviços e satisfação dos utentes. - Cumprir todos os padrões de prática clínica	- Acompanhamento em grupo (turma mais pequena para o curso) - Acompanhamento permanente -Acompanhamento individualizado - Redes sociais e site com parte específica para esclarecimento de dúvidas -Disponibilidade para sessões de esclarecimento de dúvidas e de partilha de experiências em pequenos grupos (criado também grupo de <i>whatsapp</i> para facilitar) – grupos de pais, com bebés - Workshops de demonstração de produtos com marcas parceiras e oferta de amostras Canais - Plataformas online – website e redes sociais (Instagram, Facebook, etc) - Vias de comunicação – Email e <i>Whatsapp</i> -Divulgação aos pacientes (pessoalmente) - Plataforma (p/ex Zoom) para quem preferir e quiser, poder assistir online ao curso, palestra e aulas - Contacto telefónico para médicos e outros profissionais da área	- População com maior literacia -População com maior poder de compra - Futuros pais e mães -Mulheres grávidas (iniciar preferencialmente às 20-25 semanas de gestação) - Mulheres e/ou casais no período pós-parto - Mulheres com queixas a nível sexual no pós-parto - Grávidas ou mulheres no período pós-parto que tenham queixas a nível Músculo-esquelético e de mobilidade - Mulheres com queixas ao nível do pavimento pélvico

Estruturas de custos

- Manutenção da plataforma online (para quem assiste online);
- Formações;
- Aquisição de materiais e manutenção dos mesmos (necessários para curso e palestra);
- Gastos com a preparação da palestra e curso;
- Investimento em serviços de marketing e publicidade
- Gastos associados a melhorias do espaço e melhorias segundo os padrões de qualidade

Fontes de receita

- Valor cobrado pelo curso de preparação (mbway; dinheiro; multibanco)
- Valor cobrado pela palestra (mbway; dinheiro; multibanco)
- Valor cobrado por sessão de fisioterapia (mais procura com desenvolvimento das redes sociais e site) (mbway, dinheiro, multibanco)
- Revenda de produtos de marcas parceiras (mbway; dinheiro; multibanco)

5. Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal

5.1 Análise SWOT pessoal

É fundamental uma avaliação crítica sobre a própria fisioterapeuta estagiária em função do processo de aprendizagem e aquisição de competências. Após apresentado o projeto de melhoria a implementar no local de prática, tendo em conta o local e os padrões de qualidade a serem seguidos, é importante analisar as competências e capacidades da fisioterapeuta estagiária de forma a perceber aquilo que a destaca e o que pode necessitar de melhorar. Em seguida, está apresentado o quadro da análise SWOT pessoal. A fisioterapeuta estagiária segue a prática clínica segundo a evidência disponível e os padrões de prática, procurando sempre a melhor intervenção e abordagem possível. Tem como objetivo proporcionar a melhor recuperação e qualidade de vida possível aos utentes, além de aprofundar conhecimento pessoal e profissional na área de fisioterapia em Saúde da Mulher.

Tabela 4 – Análise SWOT pessoal

<u>Análise SWOT pessoal</u>		
Internas (atributos da organização)	<u>Forças</u> - Formação específica em saúde da mulher; - Assiduidade; - Pontualidade; - Persistência; - Dedicação; - Capacidade de criar empatia; - Interesse na área de saúde da mulher e saúde pélvica; - Prática baseada na melhor evidência científica disponível; - Procura constante em manter-se atualizada no que toca a formações e prática científica; - Boa adaptação a novos desafios e oportunidades; - Capacidade de trabalho de equipa; - Frequência do Mestrado em Saúde da Mulher - Interesse em discutir casos científicos com colegas da área; - Capacidade de adaptação a diferentes contextos profissionais e culturais	<u>Fraquezas</u> - Pouca experiência profissional; - Pouca confiança; - Necessidade de desenvolver mais conhecimentos na área da saúde pélvica, em particular na saúde do homem e também na parte de disfunções sexuais; - Dificuldade na gestão do tempo; - Gerir stress emocional e ansiedade;
Externas (atributos do ambiente)	<u>Oportunidades</u> - Maior procura e adesão da população à área de saúde da mulher; - Várias formações existentes na área e que vão surgindo; - Maior conhecimento da área e do pavimento pélvico por parte da população e profissionais de saúde;	<u>Ameaças</u> - Crise económica atual; - Prática com custos por existir maioritariamente no setor privado; - Diminuição da taxa de natalidade; - Área que é colocada de parte no que toca a prioridades em saúde;

	- Maior número de clínicas a integrar os serviços de fisioterapia na área de saúde da mulher; - Envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida o que pode levar ao aumento da procura dos serviços de fisioterapia (aumento prevalência IU, POP e outras disfunções)	- Ainda pouca noção do papel do fisioterapeuta nesta área e da importância da intervenção; - Aumento do número de fisioterapeutas; - Concorrência por parte de outros fisioterapeutas e profissionais de saúde na área;
--	---	---

Pela análise realizada considera-se que a fisioterapeuta estagiária é uma profissional de qualidade e especializada para intervir e ajudar no desenvolvimento do espaço e da área de especialização. Tem noção dos aspetos que é necessário melhorar demonstrando capacidade de autocritica e análise de capacidades. O mestrado e o estágio permitiram aumentar as capacidades e conhecimentos da estagiária, bem como a sua confiança e profissionalismo.

5.2 Contrato de aprendizagem inicial

I. Apresentação das Competências a adquirir, definidas pela instituição de Ensino (segundo Descritores de Dublin e Perfil de Competências do Fisioterapeuta)

Competências a adquirir segundo Descritores de Dublin e instituição de ensino (ESSA):

- Analisar e avaliar informação;
- Desenvolver a autonomia profissional em direção ao profissional de primeiro contacto/acesso direto;
- Demonstrar conhecimento aprofundado sobre aspetos metodológicos na sua área de estudo principal;
- Ganhar competências de liderança;
- Adquirir uma capacidade de desempenho profissional ao nível Europeu;
- Obter uma maior facilidade de progressão na carreira em diferentes contextos de prática (consultor/expert em Fisioterapia em Saúde da Mulher, prática privada, educador clínico, docente e investigador);
- Desenvolver uma abordagem baseada na evidência, que contribua para um raciocínio clínico adequado;
- Desenvolver a capacidade de identificar, analisar e interpretar a melhor evidência atual usando estratégias de avaliação e intervenção apropriadas;
- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que não só desenvolva e aprofunde os conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, como 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;
- Promover e desenvolver investigação na área da fisioterapia na saúde da mulher.

Competências a adquirir segundo o Perfil de Competências do Fisioterapeuta (Fisioterapia e Fisioterapia em Saúde da Mulher):

- Saber avaliar, tratar e educar da mulher ao longo das várias fases da vida;
- Capacidade de aplicar técnicas de avaliação apropriadas e de forma correta;
- Utilização eficiente e segura de exercícios terapêuticos, englobando tomada de decisões, definição de objetivos e desenhos de programas de exercícios, como por exemplo, programas de exercícios na gravidez e no pós-parto, incluindo exercício terapêutico, ergonomia, assistência à amamentação e temas relacionados;
- Utilização eficiente e segura de terapia manual e utilização eficiente e segura de meios eletrofísicos;
- Compreensão do papel do fisioterapeuta na prevenção da doença e lesão e promoção da saúde;
- Avaliação e tratamento das disfunções músculo-esqueléticas relacionadas com a gravidez, parto, pós-parto, etc;

- Dor pélvica, (dis)função das articulações sacroilíacas, alterações da sínfise púbica, dor lombar;
- Reabilitação pós-cesariana;
- Prevenção e/ou tratamento de (dis)funções do pavimento pélvico na criança, mulher e homem (ex: incontinência urinária e fecal; prolapso dos órgãos pélvicos; disfunção sexual relacionada com fraqueza ou hiperatividade muscular e/ou síndrome doloroso; disfunções anorretais relacionadas com a defecação (ex. obstipação, fissuras, hemorroidal));
- Dor e disfunção da bexiga e/ou uretra;
- Treino da utente/cliente para o trabalho de parto e parto com estratégias/ técnicas para lidar/diminuir a dor, que podem incluir técnicas de relaxamento, ensino da respiração, posicionamentos e massagem.

II. Apresentação das Competências a adquirir, definidas pelo Orientador

- Apresentar-se no respetivo local de estágio com fardamento adequado e com a maior assiduidade e pontualidade;
- Reger a sua prática pelos valores éticos e deontológicos da profissão;
- Respeitar/cumprir as regras relativas ao funcionamento do serviço;
- Obter sempre o consentimento informado das utentes antes de iniciar a intervenção;
- Evidenciar capacidade de integração e conhecimentos adequados à função;
- Demonstrar iniciativa e dedicação no desempenho das suas funções;
- Boa comunicação com as utentes;
- Consolidar os conhecimentos técnico-práticos adquiridos nas aulas;
- Adquirir e dominar competências de avaliação e raciocínio clínico, que permitam a adaptação e/ou criação de métodos/ técnicas seguras e eficientes, no contexto de novos conceitos e evidência, nas disfunções do pavimento pélvico (DPP) e em situações específicas da Saúde da Mulher;
- Capacidade de consolidação e utilização da informação recolhida a partir do processo de avaliação, para elaborar um plano de intervenção específico e eficiente, com cada utente, utilizando capacidades de resolução de problemas e de raciocínio clínico e recorrendo a uma avaliação sistemática;

- Capacidade de seleção e avaliação das intervenções terapêuticas existentes mais adequadas, tanto na área de gravidez, preparação para o parto, pós-parto e disfunções do pavimento pélvico;
- Capacidade de analisar e relacionar criticamente várias fontes de informação no processo de raciocínio científico e contribuir para o desenvolvimento da prática baseada na evidência e investigação clínica;
- Aperfeiçoar e desenvolver as técnicas de terapia manual e intervenções, segundo a evidência disponível, em termos de palpação vaginal, técnicas específicas e reeducação do pavimento pélvico;
- Saber orientar e motivar as utentes para a responsabilização individual, no que respeita à recuperação da condição clínica presente/de risco e saber orientar no sentido da prevenção de complicações;
- Saber aconselhar a utente no que diz respeito às dificuldades e/ou dúvidas que possam surgir ao longo do processo;
- Reflexão e capacidade de participação no processo de aprendizagem, de modo a identificar objetivos pessoais e profissionais a serem atingidos através da discussão sobre a avaliação efetuada, abordagem proposta e resultados esperados;
- Dinamização de ações de divulgação/informação no âmbito da promoção da saúde da mulher no estabelecimento;
- Elaboração, se necessário, de material de apoio pertinente.

III. Diagnóstico das Necessidades de aprendizagem, definidas pelo estudante

- Rever os padrões de prática da APF e Ordem dos Fisioterapeutas;
- Registar de forma sistemática, organizada e objetiva todo o processo da fisioterapia;
- Revisão dos conceitos anatómicos, fisiológicos, de avaliação e tratamento das Disfunções do Pavimento Pélvico e aprofundar conceitos importantes a ter em atenção durante a gravidez, parto e pós-parto e da intervenção nestes períodos;
- Conhecimento sobre os fatores de risco para as DPP e prevenção das mesmas;
- Aprofundar conhecimentos e experiência em casos de disfunções sexuais;
- Sistematizar a recolha de informação através da anamnese de modo não ter lacunas de informação;

- Melhorar a recolha de dados através da avaliação objetiva otimizando o raciocínio clínico no processo de tomada de decisão na intervenção;
- Capacidade de realizar uma correta avaliação da função/disfunção do pavimento pélvico, tendo em consideração as necessidades e as especificidades de cada utente;
- Desenvolver o processo de avaliação e investigação, para localizar e utilizar evidência disponível, selecionando e avaliando intervenções terapêuticas de um modo eficaz e seguro, exercendo uma prática clínica baseada em evidência e investigação;
- Conhecimento das estratégias de intervenção da fisioterapia para tratamento das DPP baseadas na melhor evidência científica e clínica disponíveis;
- Planear um programa de intervenção adequado às necessidades do utente; compreendendo, questionando e descrevendo quais os princípios básicos em que se baseia o plano de intervenção, levando a uma adaptação constante ao utente;
- Adquirir e aperfeiçoar técnicas manuais a nível da intervenção de modo a melhorar a efetividade do tratamento;
- Desenvolver e dominar capacidades de comunicação e envolvimento do utente nas diferentes temáticas e promover uma relação terapeuta-utente eficaz de modo a potenciar a intervenção;
- Selecionar os problemas relevantes após a avaliação efetuada, e hierarquizá-los, ao longo de todo o estágio;
- Descrever os processos clínicos dos utentes baseando-me na CIF;
- Desenvolver objetivos SMART em parceria com o utente;
- Analisar criticamente a organização e gestão dos serviços de saúde da mulher do local de prática clínica;
- Avaliar a efetividade da intervenção (reavaliar no início e final da sessão), modificando-a sempre que necessário, estando sempre atento ao feedback do utente e realizando os registos necessários;
- Compreensão integrada dos aspetos éticos, morais e legais relacionados com a prática da fisioterapia na área de Saúde da Mulher.

IV. Definição dos objetivos de aprendizagem, pelo estudante

- Aumento e consolidação do conhecimento de anatomia do pavimento pélvico e fisiologia, de modo a ter uma avaliação e intervenção mais seguros, dentro de 2 semanas;

- Rever conteúdos importantes para o processo da fisioterapia em utentes com Disfunção do Pavimento Pélvico, ao longo de todo o estágio;
- Realizar uma ficha de avaliação personalizada e registos sistemáticos durante as sessões, ao longo de todo o estágio;
- Melhorar o raciocínio clínico e tomada de decisões;
- Aperfeiçoamento das técnicas (palpação vaginal, terapia manual, etc) e prática clínica, de modo a melhorar o modelo de atuação, obtendo feedback da tutora, até ao final do estágio;
- Melhoria da identificação e utilização de métodos e instrumentos de avaliação específicos da área de especialização, assim como de estratégias de intervenção ajustadas às problemáticas identificadas na prática clínica, até ao final do estágio;
- Melhoria do raciocínio clínico em DPP, de modo a potenciar as capacidades de avaliação, diagnóstico e tratamento, até ao final do estágio;
- Melhorar a seleção da informação relevante de artigos, de acordo com os casos disponíveis no estabelecimento, em 10 semanas;
- Conseguir uma intervenção baseada na evidência, centrada no utente, sendo este participativo durante todo o processo de reabilitação, ao longo do estágio;
- Rever e aumentar o conhecimento na avaliação e intervenção em disfunções sexuais, até ao final do estágio;
- Aumentar o conhecimento acerca da sexualidade no pós-parto e acompanhar as utentes nesse sentido, fornecendo a informação necessária, baseada na melhor evidência disponível, ao longo de todo o estágio;
- Rever, aumentar o conhecimento e a experiência acerca das disfunções do pavimento pélvico na mulher, ao longo de todo o estágio;
- Rever, aumentar o conhecimento e experiência sobre as temáticas (e quais as alterações (pavimento pélvico, algias, etc)) da gravidez, preparação para o parto e pós-parto, e intervenção nas mesmas, ao longo de todo o estágio;
- Rever, aumentar o conhecimento e experiência da temática do trabalho de parto (posições, respiração, etc) e como a fisioterapia pode ajudar, ao longo de todo o estágio;
- Rever, aumentar o conhecimento e experiência da temática da amamentação e como a fisioterapia pode intervir e ajudar, ao longo de todo o estágio;
- Tornar eficaz a relação terapeuta/utentes de modo a potenciar a intervenção;
- Utilizar uma linguagem clara e encorajadora perante as utentes, melhorando a adesão e o interesse destas na sua recuperação; até ao final do estágio;

- Capacidade de analisar criticamente a organização e gestão dos serviços de saúde da mulher do local de prática clínica;
- Possuir conhecimentos e capacidade reflexiva aprofundada na área de fisioterapia em Saúde da Mulher, até ao final do estágio.

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

Objetivo	Forma de aprendizagem	Crítérios de aquisição da aprendizagem
Aumento e consolidação do conhecimento de anatomia do Pavimento pélvico e fisiologia, de modo a ter um diagnóstico e intervenção mais seguros, dentro de 2 semanas.	Através da leitura de artigos, livros, revistas científicas e esclarecimento de dúvidas com a tutora de estágio e professores.	Aquisição e melhoria de conhecimentos.
Rever conteúdos importantes para o processo da fisioterapia em utentes com Disfunção do Pavimento Pélvico, ao longo de todo o estágio.	Através de pesquisa de literatura, ajuda do orientador de estágio e das aulas de mestrado de 1º ano.	Aquisição e melhoria de conhecimentos.
Realizar uma ficha de avaliação personalizada e registos sistemáticos durante as sessões, ao longo de todo o estágio.	Através de pesquisa de literatura, ajuda do tutor de estágio e das aulas de mestrado de 1º ano e de bases acerca de como deve decorrer todo o processo da fisioterapia.	Aquisição e melhoria de conhecimentos e melhor qualidade de intervenção seguindo o indicado pela APF e Ordem dos Fisioterapeutas.
Melhorar o raciocínio clínico e tomada de decisões.	Através de pesquisa de literatura, ajuda do tutor de estágio, das aulas de mestrado de 1º ano e bases acerca de como deve decorrer todo o processo da fisioterapia, definição de objetivos pessoais e profissionais a cumprir.	Aquisição e melhoria de conhecimentos, melhor qualidade de intervenção, autonomia e segurança nas intervenções realizadas tendo por base a melhor evidência disponível e prática clínica.
Aperfeiçoamento das técnicas (palpação vaginal, terapia manual, etc) e prática clínica, de modo a aperfeiçoar o modelo de atuação, obtendo feedback da tutora, até ao final do estágio.	Através da observação e intervenção de diferentes casos clínicos no estabelecimento, das técnicas aprendidas no 1º ano de mestrado e aprofundamento de conhecimento teórico.	Aquisição e melhoria de conhecimentos.

Melhoria da identificação e utilização de métodos e instrumentos de avaliação específicos da área de especialização de Saúde da Mulher, assim como de estratégias de intervenção ajustadas ao observado e encontrado na prática clínica, até ao final do estágio.	Rever os conhecimentos já adquiridos anteriormente sobre DPP e outros conceitos. Pesquisar e estudar a literatura mais recente sobre estas temáticas de forma a poder basear a minha prática na melhor evidência científica disponível.	Aconselhar e esclarecer os utentes da forma mais científica e clara possível e obter o <i>feedback</i> por parte do utente de que este compreendeu toda a informação fornecida.
Melhoria do raciocínio clínico em DPP, de modo a potenciar as capacidades de avaliação, diagnóstico e tratamento, até ao final do estágio.	Através de pesquisa na literatura sobre os parâmetros mais adequados a cada caso, recurso a pares e <i>experts</i> , e da intervenção em 3 utentes no estabelecimento.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte do tutor. Obtenção de resultados satisfatórios e de acordo com as necessidades do utente.
Melhorar a seleção da informação relevante de artigos, de acordo com os casos disponíveis no estabelecimento, em 10 semanas.	Através da análise crítica dos mesmos.	Aquisição e melhoria de conhecimentos.
Conseguir uma intervenção baseada na evidência, centrada no utente e com a participação do mesmo em todo o processo de recuperação e tomada de decisões, ao longo do estágio.	Através da consulta da evidência disponível, <i>experts</i> , pares, professores e orientador recorrendo a bases de dados, à biblioteca da escola, à tutora, fisioterapeutas que trabalham nesta área noutros locais e colegas de mestrado.	Obter um <i>feedback</i> positivo por parte do tutor quanto à qualidade da minha avaliação e intervenção.
Rever e aumentar o conhecimento na avaliação, e aumentar a capacidade de intervenção em disfunções sexuais, até ao final do estágio.	Através da leitura de artigos, livros, revistas científicas, observação da prática da tutora de estágio, esclarecimento de dúvidas com a tutora e prática com casos clínicos.	Observação da certeza de que as participantes entenderam tudo o que lhes foi transmitido. Esclarecimento de todas as questões suscitadas pelas utentes. Bom <i>feedback</i> da tutora e das utentes. Obtenção de resultados satisfatórios e de acordo com as necessidades do utente.

Aumentar o conhecimento acerca da sexualidade no pós-parto e acompanhar as utentes nesse sentido, fornecendo a informação necessária, baseada na melhor evidência disponível, ao longo de todo o estágio.	Através do lecionado durante o mestrado, da melhor evidência científica disponível e com ajuda da tutora, observação da prática da tutora de estágio, esclarecimento de dúvidas com a tutora e prática com casos clínicos. Realização de material de suporte neste sentido.	Observação da certeza de que as participantes entenderam tudo o que lhes foi transmitido. Esclarecimento de todas as questões suscitadas pelas utentes. Bom feedback da tutora e das utentes.
Rever e aumentar o conhecimento e a capacidade de intervenção e experiência, nas disfunções do pavimento pélvico na mulher, ao longo de todo o estágio.	Através do lecionado durante o mestrado, da melhor evidência científica disponível e com ajuda da tutora, observação da prática da tutora de estágio, esclarecimento de dúvidas com a tutora e prática com casos clínicos.	Observação da certeza de que as participantes entenderam tudo o que lhes foi transmitido. Esclarecimento de todas as questões suscitadas pelas utentes. Bom feedback da tutora e das utentes. Obtenção de resultados satisfatórios e de acordo com as necessidades do utente.
Rever e aumentar o conhecimento e experiência, sobre as temáticas (e quais as alterações (pavimento pélvico, algias, etc)) da gravidez, preparação para o parto e pós-parto, e estratégias de intervenção nas mesmas, ao longo de todo o estágio.	Através do lecionado durante o mestrado, da melhor evidência científica disponível e com ajuda da tutora, observação da prática da tutora de estágio, esclarecimento de dúvidas com a tutora e prática com casos clínicos.	Observação da certeza de que as participantes entenderam tudo o que lhes foi transmitido. Esclarecimento de todas as questões suscitadas pelas utentes. Bom feedback da tutora e das utentes. Obtenção de resultados satisfatórios e de acordo com as necessidades do utente.
Rever e aumentar o conhecimento e experiência da temática do trabalho de parto (posições, respiração, etc) e como a fisioterapia pode ajudar, ao longo de todo o estágio.	Através do lecionado durante o mestrado, da melhor evidência científica disponível e com ajuda da tutora, observação da prática da tutora de estágio, esclarecimento de dúvidas com a tutora e prática com casos clínicos.	Observação da certeza de que as participantes entenderam tudo o que lhes foi transmitido. Esclarecimento de todas as questões suscitadas pelas utentes. Bom feedback da tutora e das utentes. Obtenção de resultados satisfatórios e de acordo com as necessidades do utente.

Rever e aumentar o conhecimento e experiência da temática da amamentação e como a fisioterapia pode intervir e ajudar, ao longo de todo o estágio.	Através do lecionado durante o mestrado, da melhor evidência científica disponível e com ajuda da tutora, observação da prática da tutora de estágio, esclarecimento de dúvidas com a tutora e prática com casos clínicos.	Observação da certeza de que as participantes entenderam tudo o que lhes foi transmitido. Esclarecimento de todas as questões suscitadas pelas utentes. Bom feedback da tutora e das utentes. Obtenção de resultados satisfatórios e de acordo com as necessidades do utente.
Tornar eficaz a relação terapeuta/utentes de modo a potenciar a intervenção.	Envolver o utente em todo o processo de definição de objetivos e tratamento dando toda a informação necessária. Boa comunicação.	Feedback positivo dos utentes. Utentes sentirem-se inteiramente incluídos em todo o processo de intervenção e tomada de decisões.
Utilizar uma linguagem clara e encorajadora perante as utentes, melhorando a adesão e o interesse destas na sua recuperação, até ao final do estágio.	Através da observação de sessões de tratamento realizadas pelo tutor. Aplicação prática dos conhecimentos obtidos.	Obter um feedback positivo dos utentes, seja escrito ou oralmente, sobre a sua satisfação. Obter um feedback positivo do tutor clínico.
Capacidade de analisar criticamente a organização e gestão dos serviços de saúde da mulher do local de prática	Através da observação e revendo o que foi lecionado durante o mestrado relativamente a esta temática. Esclarecendo dúvidas e tendo a ajuda da orientadora de estágio.	Aquisição e melhoria de conhecimentos. Feedback positivo da orientadora de estágio. Capacidade de analisar criticamente a organização e gestão dos serviços do local de prática, observando pontos fortes, fraquezas, etc, e tendo a capacidade de propor melhorias.
Possuir conhecimentos e capacidade reflexiva aprofundada na área de fisioterapia em Saúde da Mulher, até ao final do estágio.	Através da consulta da evidência disponível, <i>experts</i> , pares, tutor e professores.	Obter um <i>feedback</i> positivo do tutor e orientador.

VI. Cronograma

Atividades	Semanas										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Debate e formulação do contrato de aprendizagem											
Realização do relatório de estágio (até data de entrega)											
Rever os conhecimentos adquiridos nas aulas do 1º ano de mestrado, assim como artigos científicos e outra evidência sobre a abordagem do fisioterapeuta em saúde da mulher e em especial em disfunções do pavimento pélvico e outros conceitos (anatomia, fisiologia, etc)											
Observar a prática do tutor											
Rever conteúdos e realizar uma pesquisa bibliográfica de evidência acerca da avaliação e intervenção em utentes com disfunções do pavimento pélvico e em especial na gravidez, preparação para o parto, pós-parto e disfunções sexuais											
Realizar eficazmente avaliações subjetivas e físicas às utentes e estabelecer um plano de intervenção adequado à sua individualidade											
Intervenção em utentes na área de saúde da Mulher e seleção dos casos para registo clínico e estudo de caso											
Registo sistemático das intervenções e sessões											
Realizar de forma eficaz e segura as técnicas de terapia manual e outras técnicas de intervenção nos utentes											
Realizar pesquisa bibliográfica e esclarecer com o tutor e orientador, de acordo com as dúvidas que forem surgindo											
Pedir <i>feedback</i> ao educador clínico sobre o trabalho desenvolvido de forma a poder melhorar a minha prática clínica											
Reflexão sobre os resultados obtidos no final do estágio											

5.3 Reavaliações do contrato

Ao longo do estágio o contrato anteriormente definido foi constantemente analisado e revisto de forma a haver uma mentalização constante dos pontos/metast a alcançar e a perceber se existem objetivos que ficaram em falta ou se os definidos não foram totalmente alcançados.

A fisioterapeuta estagiária atingiu as competências propostas no contrato de aprendizagem com sucesso, o que permitiu desenvolver o seu perfil enquanto fisioterapeuta em Saúde da Mulher e aumentar a sua experiência e conhecimento.

Uma das metas que ficou em falta colocar e atingir foi a de realização de classes de grupo e palestras sobre algumas temáticas na área de especialização em Saúde da Mulher, sendo algo que deve ser ainda implementado como parte da proposta de melhoria para o espaço.

Os utentes com os quais a fisioterapeuta estagiária teve a oportunidade de ter contacto foram de encontro ao proposto no contrato de aprendizagem tendo sido possível explorar também a parte da sexualidade no pós-parto. Os objetivos propostos no contrato foram praticamente todos atingidos, sendo que com o estágio e aprofundamento dos conhecimentos e prática de saúde da mulher, a estagiária desenvolveu ainda mais o gosto pela área de saúde da mulher e em explorar mais e investir na formação. Uma das áreas de maior interesse da estagiária, que teve oportunidade de contactar, tal como se propôs, foi a de disfunções sexuais. Aprofundou o conhecimento sobre a intervenção nestes casos e técnicas mais indicadas. Explorou também mais o conhecimento na área de função sexual no pós-parto o que também foi uma mais-valia, tendo criado uma ideia base para um folheto acerca desta temática para possivelmente poder disponibilizar na clínica, tendo cumprido também o objetivo neste sentido e tendo realizado material de apoio pertinente, como definido no contrato (Apêndice 4). Além disso, surgiu também a vontade de aprender mais e explorar mais a intervenção da fisioterapia pélvica nos homens.

A estagiária conseguiu também desenvolver os conhecimentos na área da gestão, sendo também uma mais-valia para o seu futuro profissional.

O *feedback* obtido por parte dos utentes e orientadora foi sempre positivo, sendo elogiada a abordagem e empatia com que a estagiária abordava as utentes e os seus casos. As utentes foram sempre envolvidas em todo o processo de intervenção e tomada de decisão, sendo um trabalho conjunto.

A prática foi sempre baseada na evidência, tendo sido realizada muita pesquisa sobre os casos, avaliação, instrumentos de avaliação e intervenção, tal como proposto no contrato.

A área menos explorada foi a de amamentação e por isso podemos afirmar que esse objetivo proposto no contrato não foi completamente cumprido. Os casos com os quais contactou

não apresentavam grandes queixas nesse sentido, sendo a maior parte seguida por uma enfermeira ou conselheira de amamentação. Foi realizada pesquisa e essa temática foi discutida com a orientadora, tendo sido aprofundado conhecimento, embora na prática não tenha ocorrido muita intervenção nesse sentido. Contudo, a estagiária obteve boas bases de conhecimento acerca desta temática no 1º ano de mestrado, sentindo alguma segurança nesse tema.

O tempo proposto inicialmente foram 10 semanas tendo sido necessário estender até às 12 semanas, por acordo com a orientadora, uma vez que por apanhar a altura do natal e ano novo, foi necessário repor algumas horas e alargar o tempo.

5.4 *Feedbacks* obtidos

Como forma de obter algum *feedback* por parte dos utentes em relação à intervenção e abordagem por parte da fisioterapeuta estagiária foi criado e entregue um questionário de *feedback* anónimo (Apêndice 5) a algumas utentes, de forma a esclarecer dúvidas, adequar e melhorar competências e comunicação, como é no raciocínio clínico, nas metodologias de intervenção, etc, O questionário e *feedbacks* tinham também como objetivo demonstrar a importância da fisioterapia nestes casos.

No Apêndice 6 podem ser consultados os questionários de *feedback* obtidos bem como alguns comentários por parte de utentes. Podemos constatar que a abordagem foi muito elogiada e a avaliação feita à fisioterapeuta estagiária muito positiva.

Foi também pedido *feedback* à orientadora que acompanhava a fisioterapeuta estagiária no local, sendo este *feedback* mais focado na atualização de conteúdos e conhecimentos nas diferentes temáticas e casos de saúde da mulher, na melhoria da linguagem científica, desenvolvimento do raciocínio clínico e processo de tomada de decisão, prática baseada na melhor evidência disponível (disponibilizar material de apoio), melhoria de competências de comunicação e abordagem. Todo este *feedback* foi obtido através de críticas construtivas e facilitadoras da reflexão, da aprendizagem e crescimento pessoal e profissional. No Apêndice 7 pode ser consultado o *feedback* pedido à orientadora, por escrito, acerca do desempenho da fisioterapeuta estagiária no estágio.

5.5 Reflexão final do processo

Com este estágio e realização do relatório, foi possível compreender como a abordagem da fisioterapia é importante na área da saúde da mulher e como a aquisição de competências nesta área torna mais abrangente e diferenciada a prática profissional, a definição de perfil da fisioterapeuta, bem como permite uma prática de maior especificidade. Os objetivos do estágio foram praticamente todos cumpridos com sucesso, o que permitiu tornar a experiência muito enriquecedora.

Este relatório de estágio teve um papel muito importante, uma vez que, através dos registos clínicos, permitiu comparar, discutir e relacionar casos, aumentando a experiência, conhecimento e a pesquisa de evidência científica. Permitiu também desenvolver as capacidades de pesquisa e de reflexão sobre a intervenção, além de desenvolver as capacidades de autocrítica da fisioterapeuta estagiária.

Essa experiência também possibilitou perceber como a relação de confiança, cuidado e respeito entre as utentes e a fisioterapeuta tem impacto nos resultados obtidos e na prestação da fisioterapeuta.

Além disso, permitiu o desenvolvimento das competências da estagiária e o aprofundamento de conhecimentos e experiência. Ficou claro que essa é uma área de constante aprendizagem e melhoria contínua, exigindo a constante atualização de conteúdos. Dessa forma, é possível adquirir novos conhecimentos relacionados com a reflexão crítica, tomada de decisão e atualização de metodologias de intervenção, melhorando a prática clínica.

Pretende-se, portanto, dar continuidade ao planeamento e participação em formações e outros modelos de aprendizagem específicos para esta área de intervenção, de forma a promover e potencializar o crescimento pessoal e profissional.

6. Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. J. (2017). *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016* (6th ed). International Continence Society.
- ACOG and the American Urogynecologic Society. (2019). Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 25(6), 397–408.
- Al-Abbadey, M., Liossi, C., Curran, N., Schoth, D. E., & Graham, C. A. (2016). Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 42(2), 99–142.
- Alarcão, V., Ribeiro, S., Miranda, F. L., Carreira, M., Dias, T., Garcia e Costa, J., & Galvão-Teles, A. (2012). General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction-Results of the Portuguese SEXOS Study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2508–2515.
- Anderson, R. U., Wise, D., Sawyer, T., & Chan, C. (2005). Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *Journal of Urology*, 174(1), 155–160.
- Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 17042.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). Padrões de Prática. (2005). Amado, S., Avilez, M., Bettencourt, C., Fonseca, J. P., Machado, I. O., Murta, O., Pascoalinho J., Souza-Guerra, I.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). Qualidade em Fisioterapia. (2015). Fonseca, J. P., Jorge, P. C., Malato, S., Marques, V., Rodrigues, B., Silva, E., Souza-Guerra, I. Tomás, D. J., Vicente, S. <http://www.apfizio.pt/>.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). O Perfil de Competências do Fisioterapeuta. (2020). Almeida, P., Castro, M. A., Cruz, E. B., Vital E. <http://www.apfizio.pt/>.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). Competências do Fisioterapeuta com especialização em Saúde da Mulher e Pavimento Pélvico. (2021). Leal de Sousa. M., Sancho. F., Santos, P. C., Valente, I., Vicente, S. <http://www.apfizio.pt/>.

- Artal, R. (2016). Exercise in Pregnancy: Guidelines. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 59(3), 639–644.
- Arvonen, T., Fianu-Jonasson, A., & Tyni-Lenné, R. (2001). Effectiveness of two conservative modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence: Physical Therapy in Women With SUI. *Neurourology and Urodynamics*, 20(5), 591–599.
- Ashrafinia, F., Mirmohammadali, M., Rajabi, H., Kazemnejad, A., Sadeghniaat Haghighi, K., & Amelvalizadeh, M. (2015). Effect of Pilates exercises on postpartum maternal fatigue. *Singapore Medical Journal*, 56(03), 169–173.
- Baeßler, K., Aigmüller, T., Albrich, S., Anthuber, C., Finas, D., Fink, T., Fünfgeld, C., Gabriel, B., Henschel, U., Hetzer, F., Hübner, M., Junginger, B., Jundt, K., Kropshofer, S., Kuhn, A., Logé, L., Nauman, G., Peschers, U., Pfiffer, T., ... Viereck, V. (2016). Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016). *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 76(12), 1287–1301.
- Banaei, M., Azizi, M., Moridi, A., Dashti, S., Yabandeh, A. P., & Roozbeh, N. (2019). Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), 161.
- Barimani, M., Forslund Frykedal, K., Rosander, M., & Berlin, A. (2018). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, 57, 1–7.
- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of sex & marital therapy*, 26(1), 51–65.
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Berghmans, B. (2018). Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *International Urogynecology Journal*, 29(5), 631–638.
- Bernards, A. T. M., Berghmans, B. C. M., Slieker-ten Hove, M. C. P., Staal, J. B., De Bie, R. A., & Hendriks, E. J. M. (2014). Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: An update. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 25(2), 171–179.

- Bø, K. (2012). Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World Journal of Urology*, 30(4), 437–443.
- Bø, K., & Sherburn, M. (2005). Evaluation of Female Pelvic-Floor. *Physical Therapy*, 85(3), 269–282.
- Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Kampen, M. Van. (2016). Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bringing science and clinical practice. *Physical Therapy in Sport* (Vol. 20).
- Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 147–154.
- Bozkurt, M., Yumru, A. E., & Şahin, L. (2014). Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 53(4), 452–458.
- Brandt, C. (2021). Physiotherapy and pelvic floor health within a contemporary biopsychosocial model of care: From research to education and clinical practice. *South African Journal of Physiotherapy*, 77(1).
- Burkhard, F. C., Lucas, M. G., Berghmans, L. C., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F., Lemack, G. E., Nambiar, A. K., Nilsson, C. G., Pickard, R., Tubaro, A., Bedretdinova, G. A. D., & Farag, F. (2020). EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults (limited update March 2018). *European Association of Urology*. <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>.
- Cassis, C., Mukhopadhyay, S., Morris, E., & Giarenis, I. (2021). What happens to female sexual function during pregnancy? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 258, 265–268.
- Castro, R. A., Arruda, R. M., & Bortolini, M. A. T. (2015). Female urinary incontinence: Effective treatment strategies. *Climacteric*, 18(2), 135–141.
- Chan, C. W. H., Au Yeung, E., & Law, B. M. H. (2019). Effectiveness of Physical Activity Interventions on Pregnancy-Related Outcomes among Pregnant Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1840.
- Choi, K. H., & Hong, J. Y. (2014). Management of Pelvic Organ Prolapse. *Korean Journal of*

Urology.

- Chou, D., Cottler, S., Khosla, R., Reed, G. M., & Say, L. (2015). Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): Implications for measurement and beyond. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 185–192.
- Clayton, A. H., & Valladares Juarez, E. M. (2019). Female Sexual Dysfunction. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 681–698.
- Correia, L. S., Brasil, C., Silva, M. D. da, Silva, D. F. da C., Amorim, H. O., & Lordêlo, P. (2016). Função sexual e qualidade de vida de mulheres: Um estudo observacional. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(6), 405–409.
- Critchley, C. J. C. (2022). Physical Therapy Is an Important Component of Postpartum Care in the Fourth Trimester. *Physical Therapy*, 102(5), pzac021.
- Deegan, E. G., Stothers, L., Kavanagh, A., & Macnab, A. J. (2018). Quantification of pelvic floor muscle strength in female urinary incontinence: A systematic review and comparison of contemporary methodologies. *Neurourology and Urodynamics*, 37(1), 33–45.
- Diz-Teixeira, P., Alonso-Calvete, A., Justo-Cousiño, L. A., González-González, Y., & Cuña-Carrera, I. D. (2023). Update on Physiotherapy I Postpartum Urinary Incontinence. A Systematic Review. *Archivos Españoles de Urología*, 76(1), 29.
- Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 140.
- Elbiss, H. M., & Abu-Zidan, F. M. (2023). Postpartum urinary incontinence of nulliparous women: A prospective cohort study. *Medicine*, 102(9), e33171.
- Ensor, A. W., & Newton, R. A. (2014). The Role of Biofeedback and Soft Tissue Mobilization in the Treatment of Dyspareunia. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 38(2), 74–80.
- Erbil, N. (2018). Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(2), 139–142.
- Esteves, A. J. C. D. F. (2016). *Trabalho Final de Mestrado: Validação na Língua Portuguesa do*

Diário da Bexiga – Tradução do International Consultation on Incontinence Questionnaire Bladder Diary (ICIQ Bladder Diary). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Eulina de Araújo, A., Delgado, A., Boaviagem, A., & Lemos, A. (2018). Prescription of breathing orientations given by the healthcare team during labor: A cross-sectional study. *O Mundo Da Saúde*, 42(3), 628–641.
- Fatton, B., de Tayrac, R., Letouzey, V., & Huberlant, S. (2020). Pelvic organ prolapse and sexual function. *Nature Reviews Urology*, 17(7), 373–390.
- Ferreira, C. W. S., & Albuquerque-Sendrín, F. (2013). Effectiveness of physical therapy for pregnancy-related low back and/or pelvic pain after delivery: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(6), 419–431.
- FitzGerald, M. P., & Kotarinos, R. (2003). Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *International Urogynecology Journal*, 14(4), 269–275.
- Fuchs, A., Czech, I., Sikora, J., Fuchs, P., Lorek, M., Skrzypulec-Plinta, V., & Drosdzol-Cop, A. (2019). Sexual Functioning in Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4216.
- Gałazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 445–454.
- Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C. F., & Chamberlain, S. (2010). Plevic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2 PART 2), 1003-1022.
- George, S. (2016). A Perspective on the Physical Therapy Management of Functional Constipation. *American Physical Therapy Association*.
- Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1849–1855.
- Ghaderi, F., & Oskouei, A. E. (2014). Physiotherapy for Women with Stress Urinary

Incontinence: A Review Article. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(9), 1493–1499.

- Ghandali, N. Y., Iravani, M., Habibi, A., & Cheraghian, B. (2021). The effectiveness of a Pilates exercise program during pregnancy on childbirth outcomes: A randomised controlled clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 480.
- Gil, J. A. N., Cabri, J., & Ferreira, P. L. (2009). Efectividade dos cuidados de fisioterapia em doentes ambulatoriais com problemas lombares não específicos. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*.
- Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J., & Kovo, M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), 300–304.
- Goforth, J., & Langaker, M. (2016). Urinary Incontinence in Women. *Ncmedicaljournal.Com*, 77(6).
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and Treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 572–590.
- Gün, İ., Doğan, B., & Özdamar, Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 13(3), 144–148.
- Harrington, K. L., & Haskvitz, E. M. (2006). Managing a Patient's Constipation With Physical Therapy. *Physical Therapy*, 86(11), 1511–1519.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: A parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 16(1), 160.
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., Gurrin, L. C., & Fairley, C. K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1681–1693.
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467.

- Krzysztozek, K., & Truszczyńska-Baszak, A. (2018). Physical therapy in stress urinary incontinence among women – a review of the literature and a suggested treatment protocol. *Rehabilitacja Medyczna*, 21(4), 60–67.
- Lamont, J., Bajzak, K., Bouchard, C., Burnett, M., Byers, S., Cohen, T., ... Senikas, V. (2012). Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(8), 769–775.
- Lawson, S., & Sacks, A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(4), 410–417.
- Liu, L., Zheng, Z., & Wang, Y. (2022). Commentary on “Are there differences in short-term pelvic floor muscle function after cesarean section or vaginal delivery in primiparous women? A systematic review with meta-analysis.” *International Urogynecology Journal*, 33(1), 163–164.
- Leite, R. N. O., Santos, I. A., Oliveira, J. B., Sousa, D. S., Balduino, A. de J., Soares, D. G. G. L., Azevedo, M. S. C. G., & Santana, L. S. (2021). Atuação da Fisioterapia na Gestação / Performance of Physical Therapy in Pregnancy. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 119004–119011.
- Leutenegger, V., Grylka-Baeschlin, S., Wieber, F., Daly, D., & Pehlke-Milde, J. (2022). The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 856.
- Lucas, M. G., Burkhard, F., Cruz, F., Tubaro, A., & Pickard, R. S. (2014). Guidelines on Urinary Incontinence. *Gofó*.
- Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary Incontinence in Women: A Review. *JAMA*, 318(16), 1592.
- McClurg, D., Pollock, A., Campbell, P., Hazelton, C., Elders, A., Hagen, S., & Hill, D. C. (2016). Conservative interventions for urinary incontinence in women: An Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Minati Moraes, J. da C., & Cavalcante de Assis, L. (2018). Role of physical therapy during pregnancy for childbirth preparation. *Pediatric Dimensions*, 3(3).
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013a). Antenatal education and the birthing

- experience of Brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 171.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013b). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 154.
 - Moreira, S. F. F., & Santos, F. (2019). Prevalência, Incidência E Métodos De Reabilitação Da Dispareunia.
 - 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.
 - Mota, P. G. F. da, Pascoal, A. G. B. A., Carita, A. I. A. D., & Bø, K. (2015). Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. *Manual Therapy*, 20(1), 200–205.
 - Mothaghi Dastenaee, B., Aein, F., Safdari, F., & Karimiankakolaki, Z. (2020). Designing an intervention program over the effects of Pilates on pregnancy outcomes among the pregnant women: A protocol study. *International Journal of Surgery Protocols*, 24, 27–30.
 - Naess, I., & Bø, K. (2013). Can a Pelvic Floor Muscle Contraction Reduce Vaginal Resting Pressure and Resting Emg Activity? *Neurourology and Urodynamics*.
 - Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., Bedretidnova, D. A., Ambühl, D., Farag, F., Lombardo, R., Schneider, M. P., & Burkhard, F. C. (2018). EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology*, 73(4), 596–609.
 - NICE- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *NICE guideline: Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management*. NICE.
 - Nogueira, N., Pinto, C., Cerqueira, C., Ramos, J. L., & Teixeira, L. (2019). Interventions in the Control of Urinary Incontinence and the Instruments that allow the Diagnosis: Integrative Review. *Conference Proceedings*.
 - Novo, R., Perez-Rios, M., Santiago-Pérez, M. I., Butler, H., Malvar, A., & Hervada, X. (2020). Prevalence and associated risk factors of urinary incontinence and dyspareunia during pregnancy

and after delivery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 245, 45–50.

- Oliveira, M., Ferreira, M., Azevedo, M. J., Firmino-Machado, J., & Santos, P. clara. (2017). Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 63(7), 642–650.

- Oyama, I. A., Rejba, A., Lukban, J. C., Fletcher, E., Kellogg-Spadt, S., Holzberg, A. S., & Whitmore, K. E. (2004). Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology*, 64(5), 862–865.

- Pachydakis, A. (2010). *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management. The Obstetrician & Gynaecologist* (Vol. 12).

- Padoa, A., McLean, L., Morin, M., & Vandyken, C. (2021a). “The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction” Part 1: Pathophysiology of OPF and Its Impact on the Sexual Response. *Sexual Medicine Reviews*, 9(1), 64–75.

- Prado, D. S., Mendes, R. B., Gurgel, R. Q., Barreto, I. D. de C., Cipolotti, R., & Gurgel, R. Q. (2018). The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and longterm outcomes. *Revista de Saude Publica*, 52, 1–11.

- Prendergast, S. A. (2017). Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia: A Clinician’s Guide. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(3), 509–522.

- Perkins, J., Hammer, R. L., & Loubert, P. V. (1998). Identification and management of pregnancy-related low back pain. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(5), 331–340.

- Ribeiro, B., Magalhães, A. T., & Mota, I. (2013). Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva—Prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(1), 16–24.

- Robinson, H. S., & Balasundaram, A. P. (2018). Effectiveness of physical therapy interventions for pregnancy-related pelvic girdle pain (PEDro synthesis). *British Journal of Sports Medicine*, 52(18), 1215–1216.

- Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., Mota, L., & Costa, F. (2017). Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional Assessment of Urinary

Incontinence in Pregnancy and Postpartum: Observational Study. *Acta médica portuguesa*, 7(8), 568–572.

- Rogers, R. G., Pauls, R. N., Thakar, R., Morin, M., Kuhn, A., Petri, E., Fatton, B., Whitmore, K., Kinsberg, S., & Lee, J. (2018). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 37(4), 1220–1240.

- Rosenbaum, T.Y. (2013) An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection, *Sexual and Relationship Therapy*, 28:1-2, 20-28.

- Rosenbaum, T. Y. (2008). The role of physical therapy in female sexual dysfunction. *Current Sexual Health Reports*, 5(2), 97–101.

- Rosenbaum, T. (2011). Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: A clinical approach. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37(2), 89–93.

- Rosenbaum, Talli Yehuda. (2007). Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: A literature review. *Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 4–13.

- Rosenbaum, T. Y., & Ben-Dror, I. (2009). The role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction. *Harefuah*, 148(9), 606–610.

- Russo, E., Caretto, M., Giannini, A., Bitzer, J., Cano, A., Ceausu, I., Chedraui, P., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Goulis, D. G., Kiesel, L., Lambrinoudaki, I., Hirschberg, A. L., Lopes, P., Pines, A., Rees, M., van Trotsenburg, M., & Simoncini, T. (2021). Management of urinary incontinence in postmenopausal women: An EMAS clinical guide. *Maturitas*, 143(September), 223–230.

- Schultz, W. W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wessellmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 301–316.

- Sigurdardottir, T., Bø, K., Steingrimsdottir, T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T., & Geirsson, R. T. (2021). Cross-sectional study of early postpartum pelvic floor dysfunction and related bother in primiparous women 6–10 weeks postpartum. *International Urogynecology Journal*, 32(7), 1847–

1855.

- Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Geirsson, R. T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T., & Bø, K. (2020). Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(3), 247.e1-247.e8.
- Silva, A. P. M. da, Montenegro, M. L., Gurian, M. B. F., Mitidieri, A. M. de S., Lara, L. A. da S., Poli Neto, O. B., & Rosa e Silva, J. C. (2016). Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles TT - Massagem perineal melhora a dispareunia causada por tensão dos músculos do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 39(1), 26–30. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000100026.
- SNS 24. (2022). *Guia para Grávidas*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/#quais-sao-os-sinais-de-alerta-durante-a-gravidez>.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. *Secção Portuguesa de Uroginecologia*, 1–331.
- Stein, A., Sauder, S. K., & Reale, J. (2019). The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 46–56.
- Tayrac, R., & Schantz, C. (2018). Childbirth pelvic floor trauma: Anatomy, physiology, pathophysiology and special situations – CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines. *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie*, 46(12), 900–912.
- Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., ... Figuers, C. (2019). The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28–35.
- Tsakiridis, I., Bakaloudi, D. R., Oikonomidou, A. C., Dagklis, T., & Chourdakis, M. (2020). Exercise during pregnancy: A comparative review of guidelines. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(6), 519–525.
- Ugwu, E. O., Ifeikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., & Ozumba, B. C. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial: APM for preventing perineal trauma. *Journal of Obstetrics and*

Gynaecology Research, 44(7), 1252–1258.

- van Benten, E., Pool, J., Mens, J., & Pool-Goudzwaard, A. (2014). Recommendations for Physical Therapists on the Treatment of Lumbopelvic Pain During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(7), 464-A15.
- van Reijn-Baggen, D. A., Han-Geurts, I. J. M., Voorham-van der Zalm, P. J., Pelger, R. C. M., Hagenaars-van Miert, C. H. A. C., & Laan, E. T. M. (2021). Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sexual Medicine Reviews*.
- Vaz, C. T., Sampaio, R. F., Saltiel, F., & Figueiredo, E. M. (2019). Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: A pragmatic controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 23(2), 116–124.
- Wagg, A., Chowdhury, Z., Galarneau, J.-M., Haque, R., Kabir, F., MacDonald, D., Naher, K., Yasui, Y., & Cherry, N. (2019). Exercise intervention in the management of urinary incontinence in older women in villages in Bangladesh: A cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*, 7(7), e923–e931.
- Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 31(6), 485–493.
- Wang, K., Xu, X., Jia, G., & Jiang, H. (2020). Risk Factors for Postpartum Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Sciences*, 27(12), 2129–2145.
- Wawryków, A., Stecko, M., Korabiusz, K., & Torbe, A. (2020). Episiotomy scar as a physiotherapeutic problem - case study. *Journal of Education, Health and Sport*, 10(9), 111–114.
- Wolpe, R. E., Toriy, A. M., Silva, F. P. da, Zomkowski, K., & Sperandio, F. F. (2015). Physical therapy in sexually dysfunctional women: A systematic review. *Acta Fisiátrica*, 22(2), 87–92.
- Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. (2017). Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: A randomized controlled trial. *Journal of Integrative Medicine*, 15(6), 456–461.

7. Apêndices

Apêndice 1: Ficha registo

ALDEIA RAIZ

Ficha de registo e proposta de ficha de registo para a clínica:

REGISTO DE UTENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Dados Pessoais	
Nome:	Nacionalidade:
Idade:	Profissão:
Sexo:	Residência:
Estado civil:	Fisioterapeuta:
Dados Clínicos	
Motivo do Pedido de Intervenção:	
Diagnóstico Médico:	
Data da avaliação:	Frequência de tratamentos:
Consentimento informado:	

EXAME/RECOLHA DE DADOS

HISTÓRIA CLÍNICA

História atual:

História ginecológica:

Gravidez:

Parto:

Pós-Parto:

Relações Sexuais:

Função Miccional:

Função Gastrointestinal:

Queixas principais neste momento:

Dor:



Estado geral:

Estado Emocional:

História médica/cirúrgica (antecedentes pessoais):

Atividade Física:

Expetativas do/a utente:

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

Limitações da atividade referidas pelo utente:

Restrições da Participação referidas pelo utente:

Principais problemas referidos pelo utente:

Expetativas em relação à fisioterapia:

Outros dados clínicos (exames complementares):

PLANEAMENTO DO EXAME FÍSICO – O caso é elegível?

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Necessidade de trabalho de equipa ou encaminhamento para outro profissional de saúde?

EXAME OBJETIVO

Observação Geral (postura; respiração; zona abdominal (Diástase, pontos de dor, etc)

Observação Externa Pavimento Pélvico (observação pele, cicatrizes, prolapso, contração, relaxamento, etc)

Palpação Períneo Tónus; cicatriz; contração; relaxamento; Força (PERFECT); pontos dolorosos; alteração da sensibilidade; POP; etc)

QUESTIONÁRIOS OU EXAMES COMPLEMENTARES

PRINCIPAIS PROBLEMAS APÓS AVALIAÇÃO SUBJETIVA E OBJETIVA:

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA (incluindo códigos e qualificadores) - CIF

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

Fatores Positivos e Negativos

AVALIAÇÃO/ ANÁLISE

DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA

PROGNÓSTICO

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO (SMART)

- Curto Prazo

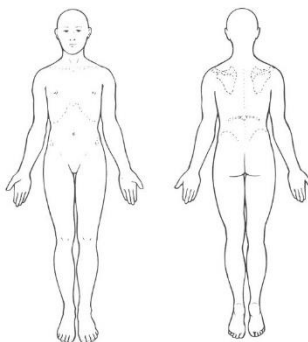
- Longo Prazo

PLANO DE TRATAMENTO/INTERVENÇÃO

RESULTADOS/REAVALIAÇÕES

Quando necessário usar Body Chart e colocar no exame objetivo

Utente _____



Ass: _____

Data _____

Apêndice 2: Registo clínico de 4 Utentes

Apêndice 2.1: Registo clínico Utente 1

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Dados Pessoais	
Nome: Utente 1	Nacionalidade: Portuguesa
Idade: 35 anos	Profissão: Designer Gráfica
Sexo: Feminino	Residência: XXX
Estado civil: Casada	Fisioterapeuta: Margarida Silva
Dados Clínicos	
Motivo do Pedido de Intervenção: Perdas de urina quando espirra, tosse ou faz algum esforço mais intenso.	
Diagnóstico Médico: Não existe diagnóstico médico uma vez que a fisioterapeuta foi a profissional de 1º contacto.	
Data da avaliação: 22/11/2022	Frequência de tratamentos: 1x p/semana
Consentimento informado: Verbal [] Escrito [X] – Apêndice 2.2.1	

EXAME SUBJETIVO/RECOLHA DE DADOS

HISTÓRIA CLÍNICA

História atual: Utente do sexo feminino, 35 anos, caucasiana, casada e designer gráfica. Decidiu iniciar fisioterapia pélvica pois apresentava algumas queixas de perdas de urina associado ao esforço (passou por um parto há cerca de 1 ano). A utente soube que a fisioterapia pélvica a poderia ajudar depois de ter tido referência de uma amiga que também tinha realizado este acompanhamento após ter tido queixas semelhantes.

Gravidez: Utente referiu que foi relativamente tranquila embora com algumas queixas. Afirma que teve náuseas ao longo de toda a gravidez, que a partir do 2º trimestre começou a ter perdas de urina (quando espirrava por exemplo), teve queixas álgicas ao nível da região lombar e diz que teve muito edema nos membros inferiores, que agravou no final da gravidez. Refere que não praticou muita atividade física ao longo da gravidez, fez mais caminhadas, mas tem noção que não foi muito ativa. Como suplementação, fez gestacare, ferro e magnésio. Refere que os intestinos sempre funcionaram relativamente bem, indo 1x por dia à casa de banho, todos os dias e refere que não tem necessidade de fazer força. Não realizou nenhum acompanhamento na gravidez de fisioterapia pélvica, nem fez nenhuns exercícios.

História Ginecológica: O ciclo menstrual sempre foi mais ou menos regular (26-29 dias), a menstruação voltou cerca de 7 meses após o parto e regularizou rapidamente. Usa DIU de cobre.

Parto: Utente mencionou que foi um parto difícil, mas que tudo correu bem. Foi a primeira gravidez da utente e o parto ocorreu no dia 15/11/2021, às 40 semanas + 3 dias de gestação (recém-nascido com 3,800kg). O início do trabalho de parto foi espontâneo, iniciaram as contrações, que foram intensificando (iniciaram dia 14/11) e cerca de 2 horas depois ocorreu rutura da bolsa e a utente foi para o hospital. Quando chegou ao hospital encontrava-se com 2cm de dilatação. O trabalho de parto teve a duração de cerca de 20 horas. Refere que durante o trabalho de parto não se mexeu muito (por vontade própria). Pediu e levou epidural quando estava nos 6cm de dilatação. Na altura do período expulsivo, este foi realizado na posição de decúbito lateral, a utente refere que foi a posição mais confortável. O expulsivo teve a duração de cerca de 1 hora, tendo tido uma laceração de grau 2, segundo os médicos. Refere que lhe fez falta o acompanhamento da fisioterapia pélvica durante a gravidez.

Pós-parto mais imediato: Os lóquios/perdas de sangue duraram cerca de 5 semanas. A utente encontra-se ainda a amamentar e refere que inicialmente também foi um processo complicado, mas que já melhorou bastante. Refere que gostaria de começar a praticar atividade física, mas que ainda não se sentiu confortável e para além disso sente que a questão das perdas de urina ao esforço estão a limitar a sua vida e são uma das razões para não ter tentado retomar uma atividade física mais regular. Refere que, no pós-parto mais imediato, teve algumas queixas ao nível da zona da laceração, mas que de forma geral recuperou bem e que neste momento já não sente queixas na zona. Nas idas à casa de banho, o defecar estabilizou relativamente bem, não tendo queixas e referindo que voltou mais ou menos ao que era antes de engravidar.

Relações Sexuais: Nenhuma dor ou outros problemas durante a atividade sexual antes do nascimento são relatados e esta função é considerada bastante satisfatória. Retomou as relações sexuais cerca de 4 meses após o parto. A utente não refere queixas ou dor a este nível, referindo que é prazeroso e consegue ter orgasmo. Sem muitas queixas associadas, referindo apenas que notava menos lubrificação.

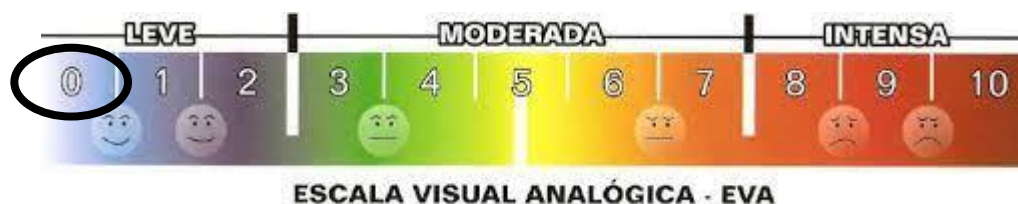
Função Miccional: Perdas ao esforço. Utiliza pensos diários. Descrita com maior detalhe mais à frente no ponto Estudo Miccional e seguintes.

Função Gastrointestinal: Sem queixas a este nível. Não sente necessidade de fazer força para evacuar. Refere que as fezes apresentam uma consistência normal. Refere que usa o banco.

Queixas sentidas pela utente neste momento: A utente refere que a sua principal queixa neste

momento é ter perdas de urina em situações de esforço ou quando espirra ou tosse. Refere que está a afetar a sua vida pois as perdas estão mais intensas e já não consegue não colocar um penso todos os dias e à noite pois tem receio de ter perdas, o que na maior parte das vezes acontece. Afirmo já sentir a necessidade de ir mais vezes à casa de banho para tentar ter menos perdas. Para além disso tem vontade de iniciar alguma atividade física e neste momento não consegue por causa das perdas. Quer resolver a situação o melhor possível e dedicar-se ao tratamento uma vez que sente que devia ter iniciado acompanhamento mais cedo, pois assim poderia não ter chegado a este ponto.

Dor:



Estado geral: A utente refere que fumava antes de engravidar e que neste momento voltou a fumar um cigarro de vez em quando. Refere ainda sofrer de alergias e por isso em certas alturas tem, com alguma regularidade, espirros e tosse recorrentes, o que não ajuda a questão das perdas de urina e agrava. Refere já ter estabilizado o peso, apresentando o que tinha antes de engravidar.

Antecedentes: Não apresenta histórico de outras patologias relevantes nem antecedentes pessoais significativos. Como dito anteriormente, a única coisa que a utente refere é a questão das alergias. Não foi realizado qualquer tratamento/intervenção relativamente ao episódio atual, referindo também nunca ter realizado fisioterapia anteriormente. De momento só toma medicação quando tem episódios de alergias (anti-histamínico).

Estado emocional: Apresentou-se na sessão um pouco ansiosa e preocupada com a situação. Refere que a questão das perdas urinárias está a afetar bastante a sua vida, estando sempre desconfortável e sentindo sempre a necessidade de colocar um penso, uma vez que com algum esforço que faça, espirrar ou tossir leve a que tenha perda de urina de imediato e por isso quer mesmo resolver a situação ao máximo. Refere que já evita fazer certas atividades com o seu filho e com outras pessoas no dia-a-dia por ter receio de perder urina em maiores quantidades.

História anterior relevante: Sem nada de relevante a relatar.

História médica/cirúrgica (antecedentes pessoais): Sem antecedentes pessoais relevantes. Fumadora.

Medicação: Refere tomar anti-histamínicos quando tem episódios de alergias mais intensos.

Atividade física: Refere ter sido sempre uma pessoa ativa praticante de atividade física. Gosta

muito de fazer ginásio, aulas de *jump* e corrida e por isso quer ao máximo resolver a situação para conseguir voltar a fazer o que gosta.

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

- + : É casada, vive com o marido e aparenta ter um ambiente familiar estável e apoio e uma situação socioeconómica estável. É colaborante e mostra-se dedicada à sua recuperação.
- : Baixa autoestima e ansiosa e preocupada com a situação e como está a afetar a sua vida.

Limitações da atividade referidas pelo utente:

- Dificuldade no seu dia-a-dia, em realizar esforços ou fazer atividade física por ter perdas de urina nessas situações.
- Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas e desmotivação por não estar a conseguir fazer o que gostaria (realizar atividade física p/ex).
- Dificuldade em lidar com o stress de toda a situação.

Restrições da Participação referidas pelo utente:

- Dificuldade nas relações sociais e dificuldade em estar com pessoas e falar acerca do assunto das perdas de urina por se sentir desconfortável e com vergonha pela situação.
- Dificuldade em participar em atividades que exijam esforço físico ou que provoque aumento da pressão abdominal (ex: espirrar) por ter perdas de urina.

Outros dados clínicos (exames complementares): Não foram realizados exames complementares de diagnóstico.

Expetativas da utente: Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e voltar a “sentir-me bem e confiante no dia-a-dia e conseguir fazer tudo sem ter perdas de urina e estar constantemente preocupada com isso” sic.

PLANEAMENTO DO EXAME FÍSICO – O caso é elegível?

É de extrema importância avaliar o pavimento pélvico e função do mesmo e fazer um exame completo de toda a parte urinária e perdas. É um caso elegível para fisioterapia. Pode ser benéfico ponderar ajuda de psicólogo uma vez que a utente se demonstra ansiosa e em baixo com a situação e que afirma estar a afetar a sua vida de tal forma que a nível psicológico também se sente um pouco afetada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No Anexo 1 apresenta-se a triagem em fisioterapia recolhida para o caso. Sem alterações de sistemas presentes. De realçar este ser um caso elegível para fisioterapia diretamente e ser de extrema importância a intervenção da mesma no sentido da melhor recuperação possível e promoção de qualidade de vida.

Algumas *red flags* a ter em consideração nestes casos passam por sintomas de incontinência associados a dor, hematúria, infeções recorrentes, sintomas significativos de micção, irritação pélvica, cirurgia pélvica radical, suspeita de fístula, resíduo pós-miccional significativo, prolapso significativo de órgãos pélvicos, massa pélvica. Para além disso estar atento a sintomas de mal-estar, febre, enjoos, sangramentos, etc. (Abrams *et al.*, 2017; Burkhard *et al.*, 2020; NICE, 2019).

EXAME OBJETIVO/ FÍSICO

OBSERVAÇÃO:

Avaliação global do estado da utente: Consciente e colaborante, ansiosa. Encontra-se um pouco em baixo com toda a situação. Sem limitações na mobilidade.

Avaliação postural e alinhamento da coluna e pélvis: Sem alterações significativas a nível postural (ligeira hiperlordose lombar presente), mas sem grandes queixas a esse nível.

Diástase: Avaliada a zona da barriga, tónus muscular e a presença de diástase abdominal. Utente deitada em decúbito dorsal e com os joelhos fletidos a 90°. Foi ensinada e requerida a contração abdominal (*abdominal crunch*), sendo solicitado à utente que levantasse a cabeça e os ombros até que as suas omoplatas deixassem de tocar na marquesa. Em seguida os dedos da fisioterapeuta foram colocados verticalmente na linha alba e utilizando o centro do umbigo como referência, as medidas foram realizadas em dois locais previamente marcados: 2 cm acima do umbigo e 2 cm abaixo. Foi também utilizado o ecógrafo para avaliar a diástase em termos de funcionalidade e para ter mais precisão na medição da mesma. Sem alterações significativas, não apresentando diástase para os valores normativos para primíparas (Mota *et al.*, 2015). Através da avaliação com recurso ao ecógrafo podemos constatar que a diástase presente era funcional, mantendo a tensão quando feita a contração abdominal e não apresentado abaulamento da linha alba (“budging”).

Avaliação mais externa de toda a musculatura que terá influência no pavimento pélvico, bem como o padrão respiratório presente: Através da palpação dos músculos foi possível notar uma ligeira tensão ao nível da zona do abdómen, ao nível do diafragma, músculo transversos. Quando feita a palpação queixas 2/10 EVA. Escala EVA no Anexo 2. Padrão respiratório mais paradoxal. Realizada uma explicação do procedimento e foi explicada a anatomia da região pélvica e musculatura e como é importante ser feita essa avaliação de forma a perceber o que pode estar

afetado e justificar as principais queixas apresentadas pela utente (foi dado o consentimento para a palpação vaginal e para o registo clínico para o relatório).

Avaliação vulva: Inspecionada toda a zona da vulva em busca de anomalias, cicatrizes, cor da mucosa, a mucosa encontrava-se com uma coloração normal. De seguida procedeu-se à palpação da musculatura mais superficial, e a utente não referiu grandes queixas, não se sentindo grande tensão na musculatura. Foi também observada a contração do pavimento pélvico exteriormente para observar se esta era perceptível ou não e pedindo à utente para contrair o pavimento pélvico observa-se uma ténue contração, quase impercetível. Por ser difícil visualizar a contração foi também difícil perceber se existia relaxamento ou não, após pedido de contração. A utente refere não ter muita consciência do pavimento pélvico.

Avaliação e observação zona laceração: Zona da laceração é quase impercetível (lado direito) e ao toque os tecidos têm boa mobilidade e aspeto e a utente não refere queixas ao toque da zona referindo também que sente a sensibilidade normal.

Palpação vaginal: Utente em decúbito dorsal com os membros inferiores semiflexionados e ligeiramente abduzidos sobre a marquês e cobertos com uma toalha, para dar mais conforto à utente. Introduzido o dedo indicador (usando lubrificante e luvas), na zona da entrada vaginal. Sem grandes queixas na zona e hiato com boa flexibilidade. Sem grandes queixas com a palpação vaginal.

Musculatura interna pavimento pélvico: Palpada toda a musculatura mais superficial e profunda para avaliar o tónus e em busca de pontos dolorosos presentes (utilizada a orientação do relógio com sínfise púbica às 12 horas e ânus às 6 horas para localizar os músculos do pavimento pélvico). A musculatura encontrava-se com uma ligeira diminuição do tónus, não apresentando grande resistência quando estirada. A utente refere que não sentiu muito desconforto ao toque e que não apresentava pontos dolorosos.

Avaliação função do pavimento pélvico e força: Segundo esquema *PERFECT* (Anexo 3). 1º avaliada a força dos músculos do pavimento pélvico segundo a escala *Oxford* Modificada (P) (Anexo 4). A manutenção da contração E – *Endurance*, repetições das contrações (R- *Repetition*), número de contrações rápidas (F- *Fast*). E- *Elevation*, em que é observado se a parede posterior da vagina se eleva durante a contração; C- *Co-contractions* em que é constatado se os músculos abdominais inferiores contraem durante a contração do pavimento pélvico, e T- *Timing* que observa se há contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico perante uma situação de aumento de pressão intra-abdominal repentina como a tosse. Foi trabalhado em primeira a consciência do pavimento pélvico e da contração. Os resultados obtidos foram 2/3/2/2 (contração de grau 2, mantida por 3s, repetida 2 vezes, seguida de 2 contrações rápidas, que foram efetuadas

de forma lentificada estando a velocidade afetada). Amplitude e capacidade de contração baixa. Relativamente às restantes letras, existe uma elevação muito ténue ou quase inexistente, da parede posterior, os músculos abdominais inferiores têm tendência a contrair (contração muito à custa destes músculos e também dos glúteos e adutores) e perante o teste da tosse a musculatura não revela contração involuntária automática (corresponde às queixas de ter perdas ao esforço).

Avaliada a capacidade de relaxamento do pavimento pélvico, após ser feita uma contração:

Relaxamento muito ténue sentido, não tendo grande capacidade de relaxamento, uma vez que não tem praticamente força nem capacidade de contração.

Avaliação prolapso: A utente não relata sensação de peso ou protusão vaginal e/ou anal, e quando feita a avaliação, pedindo à utente que inspirasse, trancasse o ar e em seguida fizesse força no pavimento pélvico para “fora” (manobra de valsalva), não foi observada descida de órgãos pélvicos não estando presente prolapso.

KHQ (King’s Health Questionnaire) (Anexo 5)

Foi aplicado o questionário KHQ (Apêndice 2.1.2), validado para português, de autopreenchimento, cujo objetivo é medir o impacto da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida. A pontuação para cada dimensão é apresentada numa escala de orientação negativa classificando o estado de saúde (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Os resultados obtidos foram de 64 correspondendo a um valor alto e de pior estado de saúde pelas queixas de perdas urinárias.

Estudo Miccional

A utente refere que tem entre 4 a 5 vezes perdas ao dia. Utiliza pensos diários, uma vez que sabe que vai ter perdas e normalmente muda 2 vezes de penso ao dia porque começa a sentir-se desconfortável e também pela questão do odor.

Quanto a sintomas urinários: para além das perdas ao esforço, não apresenta outros sintomas, não apresenta dor, nem urgência na micção.

Frequência	Urgência	Noctúria	Eneurese Nocturna	Disúria	Dificuldade miccional	Hematúria	Incontinência urinária de esforço
Dia: +/- 12 Noite: não é hábito, mas pode acontecer de vez em quando 1 vez	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim

Caracterização da micção:

Fácil	Lenta	Dor	Ardor	Sensação residual
Sim	Não	Não	Não	Não

A utente refere que por dia não chega a ingerir 1L de líquidos. Realizado um diário miccional de forma a ter um acesso mais detalhado de todo o comportamento da bexiga, perdas e ingestão de líquidos diária.

Diário Miccional

Foi então realizado um diário miccional (3 dias), pedindo à utente para apontar os líquidos ingeridos e a quantidade, bem como as perdas ao longo do dia e foi possível verificar que a utente tinha uma frequência urinária elevada, especialmente quando observada a quantidade de líquidos ingerida, que não era muita (Esteves, 2016; Nambiar et al., 2018).

Refere que se esquece de beber mais água e que evita beber pois pensa que assim não terá tanto risco de perder urina. A utente refere que sente que tem de ir mais vezes à casa de banho e que por vezes chega mesmo a forçar a saída de urina, pois sente que desta forma diminui o risco de perdas de urina indesejadas. Contudo, refere que mesmo com este comportamento tem perdas, o que acaba por frustrá-la ainda mais. As perdas ocorriam quase sempre após um esforço físico (tosse, espirro, levantar carga, corrida, saltos), sendo caracterizadas como “golfadas” (de alguma quantidade) e não ligeiras pingas.

No Apêndice 2.1.3 podemos consultar o Diário Miccional realizado pela utente.

Resumo diário miccional:

Ingerido:

1 café- 40 ml

1 chávena – 250 ml

1 copo- 250 ml

- Líquido total ingerido no primeiro dia - 790 ml (não é contabilizado no total de líquidos, líquidos como sopa, frutas etc.)

- Urina no primeiro dia - 970 ml

- Líquido total ingerido no segundo dia – 705 ml

- Urina no segundo dia - 750 ml

- Líquido total ingerido no terceiro dia –790 ml

- Urina no terceiro dia - 885 ml

As perdas referidas pela utente foram de cerca de 4x no primeiro dia, quando pegou no ovo do bebé e num saco pesado de compras, 2x quando tossiu e espirrou e outra quando teve que subir as escadas depressa até casa, mas não foram grandes quantidades (utente esvazia a bexiga várias vezes para prevenir perdas indesejadas se tiver que fazer algum esforço). No segundo dia a utente sofreu 5 perdas, 2x quando espirrou, 1 quando correu com o filho ao colo, 1 quando pegou numa caixa pesada em casa e outra quando estava a rir (gargalhadas) com o marido. No terceiro dia, teve 3 perdas, 1x a tossir, outra a subir escadas e outra a saltar com o bebé ao colo.

Pad test

- Protocolo explicado, realizado e dado à utente para a realização do *pad test (1hora)* (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021):

- 1- Foi dado a indicação de esvaziar completamente a bexiga antes de colocar o penso;
- 2- Beber 0,5 L de água;
- 3- A utente colocou um penso previamente pesado;
- 4- Caminhar e subir/descer escadas (30 minutos);
- 5- Correr no mesmo sítio (1 minuto);
- 6- Sentar/levantar (10 vezes);
- 7- Agachar (5 vezes);
- 8- Tossir (10 vezes);
- 9- Lavar as mãos em água corrente (durante 1 minuto);
- 10- Após o teste foi pesado o penso.

Peso do penso no início: 3 g

Peso do penso no final: 6 g (perda leve ou moderada) Sensação de perda de urina: Sim.

Quantidade de líquido expelido após o teste: 350 ml

Principais problemas após avaliação subjetiva e objetiva

- Perdas de urina em atividades que exijam esforço físico (correr, saltar, pegar em pesos) e quando há aumento da pressão intra-abdominal (espirrar, tossir, etc);
- Diminuição da força e resistência dos MPP;
- Necessidade de utilização diária de penso higiénico;
- Limitação das atividades no dia-a-dia por receio de perdas e perdas de urina.

Diagnóstico: CIF

Identificação dos problemas segundo a CIF	
Principais problemas	Alterações da estrutura e função
	• Perdas de urina em situações de esforço e de aumento da pressão intra-abdominal (b6202) • Aumento da frequência urinária de forma a esvaziar a bexiga o mais possível e “prevenir” a perda de urina (b6201) • Diminuição da força muscular e resistência dos músculos do pavimento pélvico (musculatura mais profunda (elevador do ânus)) (b7300) e (b7400) • Diminuição do tônus muscular nos músculos mais superficiais do pavimento pélvico e também o nível dos músculos profundos (b7350)
	Limitação da atividade
	• Dificuldade em realizar tarefas e exigências do dia-a-dia que impliquem mais esforço físico por ter perdas urinárias (d299) • Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas e desmotivação (d230) • Dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação (d240) • Dificuldade em realizar atividades físicas como correr, saltar, subir escadas, por ter perdas urinárias (d4551)(d4552)(d4553)
	Restrição da participação
	• Dificuldade nas relações sociais e dificuldade em conviver com pessoas e falar acerca do assunto pela forma como a situação a está a afetar. (d750) (d729) • Dificuldade em participar em atividades do dia-a-dia e lazer que exijam mais esforço por ter perdas de urina (d920)
Principais problemas	
• Perdas de urina ao esforço e aumento da pressão intra-abdominal (incontinência urinária de esforço) • Diminuição do tônus dos músculos do pavimento pélvico • Ligeira hipoatividade dos músculos do pavimento pélvico • Diminuição da força dos músculos do pavimento pélvico • Necessidade de utilização diária de penso higiénico; • Limitação das atividades no dia-a-dia por receio de perdas e perdas de urina.	

Identificação dos fatores contextuais	
Fatores pessoais	Fatores ambientais
• Motivada (+) • Colaborante (+) • Baixa-autoestima (-) • Ansiedade (-) • Baixo nível de atividade física (-)	• Situação socioeconómica estável (+) • Apoio familiar (+)

Diagnóstico em Fisioterapia

Com as queixas apresentadas pela utente e através da avaliação realizada, foi então estabelecido o diagnóstico em Fisioterapia para o caso em questão, nomeadamente, uma utente do sexo feminino com 35 anos que apresenta, perdas de urina em situações de esforço e aumento da pressão intra-abdominal (Incontinência Urinária de Esforço) que resulta na necessidade de utilização de penso higiénico diário, diminuição do tónus dos músculos do pavimento pélvico ligeira hipoatividade dos músculos do pavimento pélvico, diminuição da força dos músculos do pavimento pélvico e limitação das atividades no dia-a-dia por receio de perdas e perdas de urina, especialmente no que toca a atividades que exijam esforço físico (p/ex: correr, saltar, carregar pesos etc). Com as alterações e problemas encontrados, a fisioterapia terá um papel muito importante neste caso de forma a promover a recuperação total da utente. De realçar que as alterações encontradas ao nível do pavimento pélvico justificam as queixas sentidas pela utente. O facto de a utente ser fumadora e ter crises alérgicas pode também constituir um fator agravante da sintomatologia e alterações e ser um pós-parto também constitui um fator de risco para esta disfunção (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Prognóstico

Segundo a evidência e *guidelines*, está descrito que na mulher, os fatores de bom prognóstico são: habilitações literárias altas e alto nível de motivação e adesão ao programa de treino dos MPP (Bernards *et al.*, 2014). Já como fatores de mau prognóstico temos: trabalho de parto prolongado; IUE durante a gravidez ou nos 3 meses pós-parto; número de gestações; severidade/gravidade da IUE; já ter realizado, anteriormente, algum tratamento conservador para a IUE em que tenham sido obtidos maus resultados; obesidade severa (IMC>30); comorbilidade; hipermobilidade uretral; presença de prolapso (> grau 2); menopausa; presença de outras patologias (DPOC ou doenças cardiovasculares); outra disfunção do pavimento pélvico; alterações psicológicas e baixa condição física (Bernards *et al.*, 2014).

Estudos revelam que 12-16 semanas de tratamento permitem atingir bons resultados (Abrams *et al.*, 2017 Aoki *et al.*, 2017; Burkhard *et al.*, 2020; Ghaderi & Oskouei, 2014). Segundo as *guidelines* disponíveis, deve ser realizada uma intervenção ao nível do pavimento pélvico de pelo menos 3 meses (12 semanas) (Burkhard *et al.*, 2020; NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). A partir das 6-8 semanas ocorre já hipertrofia das fibras musculares (Bernards *et al.*, 2014; Bø, 2020; Burkhard *et al.*, 2020; Deegan *et al.*, 2018). Esta é uma utente que tem bom potencial de recuperação no tempo proposto.

Objetivos (SMART)

Curto/Médio Prazo (6 semanas):

- Diminuição das perdas de urina e melhoria no comportamento da bexiga e ingestão hídrica (melhoria ao nível do diário miccional e *pad test*);
- Boa consciência do pavimento pélvico e aumentar a força da MPP de grau 2 para grau 3 da escala de *Oxford* modificada restantes parâmetros da escala *PERFECT*;
- Diminuir as perdas de urina, após 4 semanas de tratamento, nas atividades como tossir, espirrar, saltar, pegar em pesos, rir, melhorando o controlo, consciência e consequente função dos MPP;
- Diminuir a necessidade do uso de proteção higiénica (penso diário);
- Diminuir a necessidade de recorrer ao esvaziamento da bexiga por “precaução”;
- Ensino do *Knack* e um maior controlo dos músculos do períneo para utilizar em situações de maior aumento de pressão abdominal;
- Melhoria da autoestima e confiança em si e no dia-a-dia não se sentindo limitada;
- Melhoria da perceção da qualidade de vida, avaliada pelo KHQ, com melhoria de pelo menos 1 ponto em cada item.

Longo Prazo (10-16 semanas)

- Sem queixas de perdas de urina e bom comportamento da bexiga e ingestão hídrica (sem alterações no diário miccional e *pad test*);
- Aumentar a força da MPP de grau 3 para grau 4 a 5 da escala de *Oxford* modificada e os restantes parâmetros da escala *PERFECT* o mais possível;
- Diminuir por completo as perdas de urina, após 12 semanas de tratamento, nas atividades como tossir, espirrar, saltar, pegar em pesos, rir, melhorando o controlo, consciência e função dos MPP;
- Não haver qualquer necessidade do uso de proteção higiénica (penso diário);
- Não haver necessidade de recorrer ao esvaziamento da bexiga por “precaução”;
- Consciência e controlo da técnica do *Knack* e dos músculos do períneo para utilizar em situações de maior aumento de pressão abdominal;
- Melhoria da autoestima e confiança em si e no dia-a-dia sem sentir qualquer limitação;
- Melhoria da perceção da qualidade de vida, avaliada pelo KHQ, com melhoria de todos os itens e melhor pontuação possível.

Intervenção

Depois de toda a avaliação subjetiva e objetiva e de definir os objetivos principais a atingir, foi em seguida delineado o plano de tratamento mais indicado. O plano de intervenção foi baseado na melhor evidência científica disponível e foi também orientado pelas *guidelines* disponíveis mais recentes. O tratamento individualizado foi efetuado 1 vez por semana durante 12 semanas. Foram observados os resultados e feitas duas reavaliações.

- Dar à utente toda a informação necessária para que esta compreenda a sua situação e dessa forma se possa dedicar melhor ao tratamento, é mostrado à utente um modelo anatómico da zona pélvica e músculos do pavimento pélvico (MPP) e explicada a sua fisiologia (Bø & Sherburn, 2005; Bø *et al.*, 2016). É explicada a importância de cada estrutura, e o seu papel na continência urinária, e como os problemas e disfunções a que pode estar sujeito, por exemplo no pós-parto, vão influenciar a função e continência urinária e queixas sentidas (Bø & Sherburn, 2005; Bø *et al.*, 2016). É importante ir sempre questionando a utente sobre como se sente, se tem dúvidas, e se não estiver confortável deve partilhar sempre com a fisioterapeuta. Na consulta foi sempre tido em atenção a correta realização dos exercícios de forma a serem realizados em condições quando não se encontrava na consulta.

- Modificação e terapia comportamental é também uma abordagem importante de intervenção neste caso (Castro *et al.*, 2015; NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). É importante trabalhar a consciência do pavimento pélvico e da contração do mesmo (Bø *et al.*, 2016). Aqui é importante inserir o treino do *Knack* de forma a prevenir perdas e consciencializar da contração dos músculos do pavimento pélvico (Arvonen *et al.*, 2001). Nesta manobra, deve ser antecedida uma contração máxima dos MPP em situações de esforço como por exemplo, a tosse ou espirro. Quando contrai os MPP a uretra é pressionada contra a sínfise púbica, impedindo que a urina saia e esta manobra pode reduzir os episódios de perda (Arvonen *et al.*, 2001). É importante reforçar a adoção de um estilo de vida saudável (alimentação, ingestão hídrica (evitar diminuir a ingestão hídrica por receio de perdas pois o efeito será o contrário, atenção ao peso, etc) (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). É também inserido o treino vesical, que tem como objetivo corrigir hábitos associados a frequência urinária, prolongar os intervalos entre micções, aumentar a capacidade vesical, reduzir os episódios de incontinência e restaurar a confiança da doente no controlo da função vesical (Nambiar *et al.*, 2018; Nogueira *et al.*, 2019; Sigurdardottir *et al.*, 2020; Vaz *et al.*, 2019; Wagg *et al.*, 2019).

- Terapia manual ao nível dos MPP de forma a trabalhar todos os tecidos e promover um maior controlo e contração destes músculos (Abrams *et al.*, 2017; Bernards *et al.*, 2014; Burkhard *et al.*, 2020; Deegan *et al.*, 2018; Novo *et al.*, 2020).

- Treino dos MPP. Este treino tem nível de evidência 1 (recomendação A) como abordagem de primeira linha nos casos de incontinência (Bø, 2020). Este é essencial no tratamento da incontinência urinária, uma vez que a integridade destes músculos é essencial ao mecanismo de continência (Bø, 2012; Bø, 2020). Em muitos casos, com estas queixas de incontinência no pós-parto, os músculos do pavimento pélvico estão fracos e podem existir laxidão das estruturas ligamentares, não conseguindo manter a função de suporte e resultando em perdas de urina ao esforço (Elbiss & Abu-Zidan, 2023; Rocha *et al.*, 2017; Sigurdardottir *et al.*, 2020). São exercícios para melhoria da força, endurance, resistência, relaxamento ou uma combinação de vários destes parâmetros, sendo a adesão da utente, durante e após a intervenção, essencial para se observar melhorias. Através destes exercícios queremos melhorar também as adaptações neurais (consciência e controlo dos músculos, melhoria da coordenação) e adaptações musculares (hipertrofia) (Bernards *et al.*, 2014; Bø, 2020; Burkhard *et al.*, 2020; Deegan *et al.*, 2018; NICE, 2019; Oliveira *et al.*, 2017). Um dos protocolos descritos consiste em realizar 3 séries de 8 a 12 contrações sustentadas dos músculos do pavimento pélvico, de 8 a 10 segundos cada, 3 vezes por dia (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Devem ser efetuadas contrações de forma a fortalecer as fibras musculares do tipo I (contrações lentas e mais duradouras) e do tipo II (contrações rápidas), dando mais ênfase às do tipo II uma vez que são as fibras mais rápidas, fortes e resistentes e as que atuam em situações de aumento de pressão abdominal e de esforço mais intenso (Aoki *et al.*, 2017; Ghaderi & Oskouei, 2014).

- Uso de *biofeedback*, onde este funciona como adjuvante do treino dos MPP e permite um recrutamento muscular com recurso ao reforço visual, isto é, perante um estímulo visual e sonoro a utente potênci a consciência da contração dos MPP (Diz-Teixeira *et al.*, 2023; Elbiss & Abu-Zidan, 2023; Ghaderi & Oskouei, 2014; Goforth & Langaker, 2016; Krzysztoszek & Truszczyńska-Baszak, 2018; Lucas *et al.*, 2014; Lukacz *et al.*, 2017; McClurg *et al.*, 2016). Ao recorrer ao mesmo durante as sessões, permite aumentar a adesão e motivação ao tratamento por parte da utente e também permite que esta possa compreender melhor a eficácia da contração e relaxamento correto dos MPP e ganhar mais consciência da função muscular. Vai permitir melhorar a intensidade, duração e rapidez da contração dos MPP (Elbiss & Abu-Zidan, 2023; Lucas *et al.*, 2014; Lukacz *et al.*, 2017; McClurg *et al.*, 2016).

- Eletroestimulação. Esta modalidade pode ter bons efeitos ao nível das queixas a este nível, quando existe uma fraca contração e proprioção dos MPP (McClurg *et al.*, 2016; Nambiar *et al.*,

2018). A corrente utilizada é bifásica e o programa é caracterizado por uma determinada frequência, intensidade (medida consoante a tolerância da utente) e tempo de contração *versus* tempo de repouso. A electroestimulação é prescrita quando a contração dos MPP é igual ou inferior a 2 (Ghaderi & Oskouei, 2014; Krzysztoszek & Truszczyńska-Baszak, 2018; NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

- Reforçar a importância de realizar os exercícios recomendados em casa, de forma a promover uma recuperação mais rápida e eficaz (McClurg *et al.*, 2016). A utente deve procurar desafiar-se a si mesma e tentar ir sempre mais além nas contrações. Recomendado fazer pelo menos 8-12 contrações, 3 vezes ao dia de forma a potenciar o trabalho realizado nas sessões em gabinete (Nambiar *et al.*, 2018; NICE, 2019).

Resultados

O acompanhamento e intervenção foram feitos ao longo de 12 semanas (tempo estágio), 1-2 sessões semanais. Foi realizada uma reavaliação às 6 semanas e outra às 12 semanas.

Reavaliação (6 semanas): 28/12/2022

Avaliação Subjetiva

- Mantém o penso higiénico diário, mas diz que não tem tido necessidade de trocar;
- Continua a ter ligeiras perdas de urina, mas menos quantidade e com menos frequência (refere que tem perdido umas “pinguinhas”, e que não tem sentido a sensação de perdas de maior quantidade)
- Sente uma boa evolução e que já não está tão limitada no seu dia a dia
- Tem feito atividade física (ainda de baixa intensidade)

Avaliação Objetiva

- Sem queixas de tensão (0/10 na EVA)
- Consciência da correta contração e relaxamento do pavimento pélvico (é possível observar a contração e relaxamento externamente)
- Melhoria da força e restantes parâmetros segundo *PERFECT* (3+/7/6/6 (contração de grau 3+, mantida por 7 segundos, repetida 6 vezes, seguida de 6 contrações rápidas))
- Treino do *Knack* (maior automatização e contração involuntária presente)
- Melhoria ao nível do tónus do pavimento pélvico

Testes complementares e questionários

Pad test

Peso do penso no início: 3 g

Peso do penso no final: 3,5 g (perda leve) Sensação de perda de urina: Muito ligeira.

Diário Miccional

- A utente refere que não tem sentido perdas significativas, mas que sente que o penso higiénico ainda se encontra ligeiramente húmido por vezes, acha que perde algumas “gotinhas”(sic) ainda quando pega em pesos maiores e corre ou salta;

- A utente começou a ir menos vezes à casa de banho, e regularizou a ingestão hídrica.

- Sente que já não está tão limitada e sente-se melhor.

(Avaliação foi mais subjetiva porque a utente nunca chegou a preencher o segundo diário)

KHQ (*King's Health Questionnaire*) (Apêndice 2.1.4)

Pontuação obtida de 34 pontos. Tendo ocorrido boas melhorias, tendo o impacto na qualidade de vida diminuído.

Reavaliação (12 semanas): 06/02/2023

Avaliação Subjetiva

- Já não usa penso higiénico diário

- Sem perdas de urina

- Sente-se muito bem e feliz com a evolução

- Tem feito atividade física sem qualquer restrição na intensidade e sem queixas

Avaliação Objetiva

- Melhoria da força e restantes parâmetros segundo *PERFECT* (4/12/10/8 (contração de grau 4, mantida por 12 segundos, repetida 10 vezes, seguida de 8 contrações rápidas))

- Utente tem alta

Testes complementares e questionários

Pad test

Peso do penso no início: 3 g

Peso do penso no final: 3 g (sem perda) Sensação de perda de urina: Não.

Diário Miccional (Anexo 2.1.5)

-
- A utente não tem sentido perdas, e já não sente necessidade de usar penso diário em nenhuma circunstância. Quando faz esforços físicos mais intensos ou tosse ou espirra já não nota perdas nem sente limitação.
 - Número de idas a casa de banho e ingestão hídrica regularizada
 - Cumpriu bem todas as recomendações dadas e o plano de tratamento foi eficaz
-

KHQ (*King's Health Questionnaire*) (Apêndice 2.1.6)

Pontuação obtida de 21 pontos. Tendo ocorrido boas melhorias, não afetando a sua qualidade de vida.

A utente teve alta às 12 semanas (Apêndice 2.1.7). Foi alertada para manter todas as indicações dadas e exercícios de forma a manter todos os ganhos obtidos nesta intervenção e prevenir futuras queixas e complicações.

Apêndice 2.1.1: Consentimento informado Utente 1

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)

Designação do Estudo

Estágio Clínico em Saúde da Mulher: Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Ramo de Especialidade Saúde da Mulher

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) — [REDACTED]

_____, 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 objetivos, 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.

Tomei conhecimento e consenti a realização da palpação vaginal durante a avaliação e tratamento, pelo Fisioterapeuta.

Tomei conhecimento e consinto estar nos registos clínicos para o relatório da aluna, com a informação acerca do meu caso e intervenção realizada.

Data: 22 / Novembro / 2022

Assinatura do doente: [REDACTED]

O Fisioterapeuta:

Nome: Mayaride Silva

Assinatura: Mayaride Silva

Apêndice 2.1.2: Questionário KHQ Utente 1 – avaliação

Avaliação : 22/11/2022

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

Para ser preenchido pela paciente (tenha a certeza de que toda a informação é registada).
Quando responder a estas questões, tenha em mente a sua experiência nas últimas 2 semanas.

1. Como descreveria a sua saúde no presente?

Muito boa Boa Razoável Má Muito má
☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Quanto é que pensa que o seu problema de bexiga afecta a sua vida?

De maneira nenhuma Um pouco Moderadamente Bastante
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4

Em baixo estão algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas de bexiga. Quanto é que o seu problema de bexiga a afecta? Gostariamos que respondesse a todas as questões. Por favor responda à questão em relação às 2 últimas semanas. Escolha simplesmente a resposta que se aplica a si.

LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
3. Até que ponto o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas diárias (p.ex. limpezas, compras, etc...)?	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 4
4. O seu problema de bexiga afecta a sua profissão ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4

LIMITAÇÕES FÍSICAS / SOCIAIS

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
5. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas (p.ex. dar um passeio, correr, ginástica, etc)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4
6. O seu problema de bexiga afecta a sua capacidade para viajar?	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 4
7. O seu problema de bexiga afecta a sua vida social?	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 4
8. O seu problema de bexiga limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 4

RELAÇÕES PESSOAIS

	N/R	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
9. O seu problema de bexiga afecta a sua relação com o seu companheiro?	☐ 10	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?	☐ 10	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?	☐ 10	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4

EMOÇÕES	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito
12. O problema de bexiga fá-la sentir-se deprimida?	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 4
13. O seu problema de bexiga fá-la sentir ansiosa ou nervosa?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4
14. O seu problema de bexiga fá-la sentir-se mal consigo própria?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4
SONO / ENERGIA	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. O problema de bexiga afecta o seu sono?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16. Sente-se cansada?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
FAZ ALGUMA COISA DO QUE SE SEGUE? Se sim, com que frequência?	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17. Usa pensos higiénicos para se manter seca?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4
19. Muda a sua roupa interior quando fica molhada ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4
20. Preocupa-se no caso de cheirar mal?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4
21. Fica embaraçada por causa do seu problema de bexiga?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4

Obrigado. Agora verifique se respondeu a todas as questões.

Assinatura do Estagiário:

Apêndice 2.1.3: Diário miccional Utente 1 - Avaliação

Hora	Tipo de Líquido	Quantidade de Líquido	Quantidade de Urina
Dia 1 – 23/11/2023			
6h45			30ml
7h30	Leite+Café	½ chávena de leite+Café (125ml+40ml)	
9h00			140ml
10h15			30ml
11h00			20ml
13h00	Água	1 copo (250ml)	
14h00			200ml
15h00			30ml
15h45			30ml
16h00	Água	½ copo (125ml)	
17h00			150ml
17h55			30ml
18h45	Chá	½ chávena (125ml)	
19h45			110ml
20h05			30ml
20h35	Água	½ copo (125ml)	
21h30			120ml
22h25			30ml
23h10			20ml
Dia 2 – 24/11/2023			
7h30	Leite+Café	½ chávena de leite+Café (125ml+40ml)	
8h45			120ml
9h55			20ml
11h00			30ml
12h45	Água	1 copo (250ml)	
13h15			180ml
14h20			40ml
15h45			30ml
16h15	Café+Água	½ copo de água+Café (125ml+40ml)	
17h00			140ml
17h45			20ml
18h25			20ml
19h45	Água	½ copo (125ml)	
20h30			100ml
21h10			30ml
22h35			20ml
Dia 3 – 25/11/2023			
6h45			20ml
7h30	Leite+Café	½ chávena de leite+Café (125ml+40ml)	
9h05			130ml
10h00			30ml
10h55			20ml

13h00	Água	1 copo (250ml)	
13h55			200ml
14h45			20ml
15h30			40ml
16h00			20ml
17h00	Chá	½ chávena (125ml)	
17h55			110ml
18h45			20ml
19h45			20ml
20h05	Água	1 copo (250ml)	
20h45			205ml
21h20			40ml
22h30			20ml
23h30			10ml

Apêndice 2.1.4: Questionário KHQ Utente 1 – reavaliação 6 semanas

Reavaliar - 28/12/2022

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

Para ser preenchido pela paciente (tenha a certeza de que toda a informação é registada).
Quando responder a estas questões, tenha em mente a sua experiência nas últimas 2 semanas.

1. Como descreveria a sua saúde no presente?

Muito boa Boa Razoável Má Muito má
☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Quanto é que pensa que o seu problema de bexiga afecta a sua vida?

De maneira nenhuma Um pouco Moderadamente Bastante
☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4

Em baixo estão algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas de bexiga.
Quanto é que o seu problema de bexiga a afecta?
Gostaríamos que respondesse a todas as questões. Por favor responda à questão em relação às
2 últimas semanas. Escolha simplesmente a resposta que se aplica a si.

LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
3. Até que ponto o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas diárias (p.ex. limpezas, compras, etc...)?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4

4. O seu problema de bexiga afecta a sua profissão ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
---	----------------------------	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------

LIMITAÇÕES FÍSICAS / SOCIAIS	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
5. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas (p.ex. dar um passeio, correr, ginástica, etc)?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4

6. O seu problema de bexiga afecta a sua capacidade para viajar?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
--	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

7. O seu problema de bexiga afecta a sua vida social?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
---	----------------------------	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------

8. O seu problema de bexiga limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
--	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

RELAÇÕES PESSOAIS	N/R	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
9. O seu problema de bexiga afecta a sua relação com o seu companheiro?	☐ 5	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?	☐ 5	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?	☐ 5	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

EMOÇÕES	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito
12. O problema de bexiga fá-la sentir-se deprimida?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13. O seu problema de bexiga fá-la sentir ansiosa ou nervosa?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
14. O seu problema de bexiga fá-la sentir-se mal consigo própria?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
SONO / ENERGIA	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. O problema de bexiga afeta o seu sono?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16. Sente-se cansada?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
FAZ ALGUMA COISA DO QUE SE SEGUE? Se sim, com que frequência?	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17. Usa pensos higiénicos para se manter seca?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
19. Muda a sua roupa interior quando fica molhada ?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
20. Preocupa-se no caso de cheirar mal?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4
21. Fica embaraçada por causa do seu problema de bexiga?	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 4

Obrigado. Agora verifique se respondeu a todas as questões.

Apêndice 2.1.5: Diário miccional Utente 1 – Reavaliação 12 semanas

Hora	Tipo de Líquido	Quantidade de Líquido	Quantidade de Urina
Dia 1 – 1/02/2023			
7h30	Leite+Café	½ chávena de leite+Café (125ml+40ml)	
8h45	Água	2 copos (250ml)	
9h30			400ml
11h	Água	1 copo (250 ml)	
12h50			190ml
13h00	Água	1 copo (250ml)	
14h45			220ml
15h10	Água	2 copos (500ml)	
16h			360ml
16h15	Água	½ copo (125ml)	
17h10			140ml
17h30	Água	1 copo (250ml)	
18h15			190ml
18h45	Chá	1 chávena (250ml)	
19h45			200ml
20h35	Água	1 copo (250ml)	
21h30			130ml
22h25			70ml
Dia 2 – 2/02/2023			
7h30	Leite+Café	½ chávena de leite+Café (125ml+40ml)	
8h45	Água	2 copos (250ml)	
9h30			410ml
10h45			100ml
11h	Chá	1 chávena (250 ml)	
12h50			160ml
13h00	Água	1 copo (250ml)	
14h45			220ml
15h10	Água	1 copos (250ml)	
16h			200ml
16h15	Água	½ copo (125ml)	
17h10			100ml
17h30	Água	1 copo (250ml)	
18h15			190ml
18h45	Chá	1 chávena (250ml)	
19h45			220ml
20h35	Água	1 copo (250ml)	
22h			200ml
Dia 3 – 3/02/2023			
7h30	Leite+Café	½ chávena de leite+Café (125ml+40ml)	
8h30	Água	2 copos (250ml)	
9h20			410ml
11h	Água	2 copo (250 ml)	

12h			180ml
13h15	Água	1 copo (250ml)	
14h25			200ml
15h10	Água	½ copo (125ml)	
16h15			150ml
16h35	Água	½ copo (125ml)	
17h15			100ml
17h45	Água	1 copo (250ml)	
18h45			2000ml
18h50	Chá	1 chávena (250ml)	
20h			190ml
20h35	Água	1 copo (250ml)	
22h15			220ml

Apêndice 2.1.6: Questionário KHQ Utente 1 – reavaliação 12 semanas

Reavaliar - 06/02/2023

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

Para ser preenchido pela paciente (tenha a certeza de que toda a informação é registada).
Quando responder a estas questões, tenha em mente a sua experiência nas últimas 2 semanas.

1. Como descreveria a sua saúde no presente?

Muito boa Boa Razoável Má Muito má
☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Quanto é que pensa que o seu problema de bexiga afecta a sua vida?

De maneira nenhuma Um pouco Moderadamente Bastante
☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Em baixo estão algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas de bexiga.
Quanto é que o seu problema de bexiga a afecta?
Gostariamos que respondesse a todas as questões. Por favor responda à questão em relação às
2 últimas semanas. Escolha simplesmente a resposta que se aplica a si.

LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
3. Até que ponto o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas diárias (p.ex. limpezas, compras, etc...)?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. O seu problema de bexiga afecta a sua profissão ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

LIMITAÇÕES FÍSICAS / SOCIAIS

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
5. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas (p.ex. dar um passeio, correr, ginástica, etc)?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6. O seu problema de bexiga afecta a sua capacidade para viajar?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7. O seu problema de bexiga afecta a sua vida social?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. O seu problema de bexiga limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

RELAÇÕES PESSOAIS

	N/R	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
9. O seu problema de bexiga afecta a sua relação com o seu companheiro?	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

EMOÇÕES	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito
12. O problema de bexiga fá-la sentir-se deprimida?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13. O seu problema de bexiga fá-la sentir ansiosa ou nervosa?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14. O seu problema de bexiga fá-la sentir-se mal consigo própria?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
SONO / ENERGIA	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. O problema de bexiga afecta o seu sono?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16. Sente-se cansada?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
FAZ ALGUMA COISA DO QUE SE SEQUE?	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Se sim, com que frequência?				
17. Usa pensos higiénicos para se manter seca?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
19. Muda a sua roupa interior quando fica molhada ?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20. Preocupa-se no caso de cheirar mal?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
21. Fica embaraçada por causa do seu problema de bexiga?	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Obrigado. Agora verifique se respondeu a todas as questões.

Apêndice 2.1.7: Nota de Alta Utente 1

SANTA
CASA
Misericórdia de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Nota de Alta (Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Declaro que a Utente [REDACTED] tem alta dos tratamentos de fisioterapia, após reavaliação da fisioterapeuta.

Foram atingidos todos os objetivos delineados e a utente já não apresenta queixas nem limitações.

Vai continuar a realizar todas as recomendações e exercícios propostos pela fisioterapeuta, após a alta dos tratamentos.

Data: 06 / fevereiro / 2023

A Fisioterapeuta:

Nome: Margarida Silva

Assinatura da profissional:



Apêndice 2.2 – Registo clínico Utente 2

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Dados Pessoais	
Nome: Utente 2	Nacionalidade: Portuguesa
Idade: 52 anos	Profissão: Empregada de Limpeza
Sexo: Feminino	Residência: XXX
Estado civil: Casada	Fisioterapeuta: Margarida Silva
Dados Clínicos	
Motivo do Pedido de Intervenção: Sensação de peso na zona da vagina que causa desconforto no dia a dia. Sente uma “bola na entrada da vagina” (sic).	
Diagnóstico Médico: Prolapso da parede anterior grau 2	
Data da avaliação: 22/11/2022	Frequência de tratamentos: 1x p/semana
Consentimento informado: Verbal [] Escrito [X] (Anexo 2.2.1)	

EXAME SUBJETIVO/RECOLHA DE DADOS

HISTÓRIA CLÍNICA

História atual: Utente do sexo feminino, 52 anos, caucasiana, casada e empregada de limpeza. Decidiu iniciar fisioterapia pélvica pois apresentava algumas queixas há algum tempo, que se têm vindo a intensificar, de sensação de peso na zona da vagina, que lhe causa desconforto no dia a dia e também na atividade profissional. A utente refere que sente mesmo uma “bola” na entrada da vagina, especialmente quando faz algum esforço ou ao final do dia. A utente ouviu falar da fisioterapia pélvica pela filha (que a ajudou a agendar a sessão) e foi também prescrita pelo médico e pensou que poderia ajudar.

História Ginecológica: Ciclo relativamente regular (cerca de 25-27 dias). Fluxo abundante.

Gravidez: Teve ao todo 3 gravidezes. Refere que foram todas relativamente tranquilas, sem grandes queixas e complicações. Refere que desde o 1º parto sente que a zona pélvica nunca mais foi a mesma e que surgiram mais queixas e desconfortos.

Partos: A utente passou por 3 partos. O 1º foi em julho de 1998 (às 40 semanas+1 dia), e o bebé nasceu com 4,050kg. Foi parto vaginal com recurso a fórceps e sujeita a episiotomia e refere que foi um parto complicado e que a recuperação foi difícil. O 2º foi em novembro de 2001 (às 39 semanas+3 dias), e o bebé nasceu com 3,800kg. Foi parto vaginal também. Foi sujeita a

episiotomia mais uma vez e refere que o expulsivo foi muito prolongado e que sentiu que deu todas as suas forças. Em ambos os partos não houve muita liberdade de movimentos e o expulsivo foi na posição de litotomia. Para além disso a utente referiu que no expulsivo a força realizada era essencialmente em apneia (trancar o ar), quando questionada sobre isso. O último parto foi em junho de 2005 (às 40 semanas+4 dias), e o bebé nasceu com 3,650 kg. Refere que foi início espontâneo e que entrou em trabalho de parto e começou a dilatar, mas que chegou uma altura em que a dilatação não evoluía. Para além disso, os batimentos do bebé começaram a alterar e aperceberam-se que tinha o cordão à volta do pescoço. Por tudo isso e por exaustão da mãe seguiram para cesariana de urgência. Tem noção que foram partos difíceis e exigentes e na altura não se apercebeu de muita coisa que agora vê de outra forma e que não foi respeitado.

Pós-parto: O pós-parto de todas as gravidezes foi complicado. Teve queixas algícas após todos eles, especialmente após a cesariana. Refere que teve muitas queixas no pós-parto (nos dois primeiros partos) ao nível da cicatriz e vulva, não conseguia mexer-se bem nem se sentar em condições, mas que com o tempo foi passando. No da cesariana refere que as queixas principais foram na cicatriz e zona abdominal. Afirma que realmente desde o primeiro parto acha que a questão do prolapso já podia existir ou estar mais propícia a, e que com os restantes partos e o passar do tempo e idade só se agravou cada vez mais. A amamentação nos dois primeiros foi desafiante, com algumas complicações, mas que acabaram por se resolver e no último foi tranquila pois já estava mais informada e preparada. Amamentou os dois primeiros até aos 8 meses e o último conseguiu amamentar até aos 2 anos. Nas idas à casa de banho refere que foi também complicado e que sempre teve tendência à obstipação o que não ajudou em nada o processo. Nunca fez muito exercício físico no pós-parto e só agora mais tarde é que procurou começar a fazer ginásio e danças de salão e se apercebeu que o prolapso está a interferir com essa questão também.

Função Miccional: Refere ter tido ligeiras perdas de urina na gravidez e no pós-parto imediato, mas que acabou por melhorar e agora tem uma ou outra perda ligeira, não constituindo um problema neste momento pois o principal problema é a questão do prolapso.

Função Gastrointestinal: Refere que neste momento tem mais tendência para obstipação porque refere que tenta evitar ir à casa-de-banho pois faz-lhe confusão o prolapso e como na maioria das vezes faz força para defecar, a tendência é piorar e sentir mais peso.

Relações Sexuais: Nenhuma dor ou outros problemas durante a atividade sexual antes dos partos são relatados e esta função é considerada bastante satisfatória. Refere que após os partos, as relações sexuais nunca mais foram as mesmas, sentindo algum desconforto, mas que com o tempo foi melhorando. Neste momento, refere que não consegue ter relações sexuais, mas pela questão

do prolapso, pois faz-lhe muita confusão e não se sente confortável e tem medo que possa vir a doer, pois sabe que tem aquela “pressão e sensação na entrada da vagina e sei o que é” (sic).

Queixas sentidas pela utente neste momento: A utente refere que, neste momento, as principais queixas são as limitações e desconforto que o prolapso lhe causam. Tem a sensação de peso na vagina que piora ao longo do dia e com esforços e tem a sensação de ter uma “bola” a fazer pressão na entrada da vagina. Refere ser incomodativo e limitar o seu dia-a-dia e profissão (sendo empregada de limpeza, tem de fazer esforços que agravam o problema) e a atividade física. A roupa interior tem de ser bem escolhida (para dar suporte) pois com o avançar do dia, o sentir a “bola” a pesar, torna-se desconfortável. Dificuldade em evacuar, pois tem tendência para obstipação e fezes duras e quando tem de evacuar o prolapso piora (por vezes tem que ajudar com os dedos a suportar a zona vaginal pois como tem que fazer força sente que o peso agrava e torna-se ainda mais desconfortável). Sente que está a afetar a sua vida no geral e também a parte psicológica e por isso quer tentar fazer os possíveis para melhorar a situação. Relativamente ao desconforto, a utente classifica as queixas como um 5/10 na EVA (escala Anexo 2).



Estado geral: A utente não apresenta comportamentos de risco. Ligeiro excesso de peso. IMC é 26,2 kg/m².

Antecedentes: Não apresenta histórico de outras patologias relevantes nem antecedentes pessoais significativos. Não foi realizado qualquer tratamento/intervenção relativamente ao episódio atual, referindo também nunca ter realizado fisioterapia anteriormente. De momento toma medicação para a hipertensão arterial.

Estado emocional: Apresentou-se na sessão um pouco desanimada e preocupada com a situação, mas motivada e com vontade de melhorar. Refere que a situação está a afetar bastante a sua vida e sente-se culpada por não ter procurado ajuda mais cedo. Inibe-se de fazer esforços e de fazer exercício para não se sentir pior e mais desconfortável. Sente impressão em olhar para a zona e tocar. Está a afetar a sua vida profissional, pois no trabalho tem de fazer alguns esforços e neste momento com toda a situação não consegue trabalhar em condições, pois começa a sentir mais desconforto e pressão. Sente que também está a afetar a sua vida pessoal e relação com os outros. Tem um pouco de receio no que irá ser feito na fisioterapia pois nunca fez anteriormente.

História anterior relevante: Sem nada a relatar.

História médica/cirúrgica (antecedentes pessoais): Sem antecedentes pessoais relevantes. Sem comportamentos de risco.

Medicação: Medicação hipertensão arterial.

Atividade Física: Refere que nunca fez muito exercício regular anteriormente, mas que gostaria de integrar no seu dia a dia e a situação não lhe permite. Quer fazer ginásio e danças de salão.

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

- + : É casada, vive com o marido e aparenta ter um ambiente familiar mais ou menos estável e apoio, e uma situação socioeconómica estável. Colaborante.
- : Baixa autoestima e preocupada com toda a situação.

Limitações da atividade referidas pelo utente:

- Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas
- Dificuldade em realizar atividade física
- Dificuldade em realizar a sua atividade profissional (pelas horas em pé, posições e esforços)
- Dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação.
- Dificuldade em ter relações sexuais e dificuldade com o marido neste momento.

Restrições da Participação referidas pelo utente:

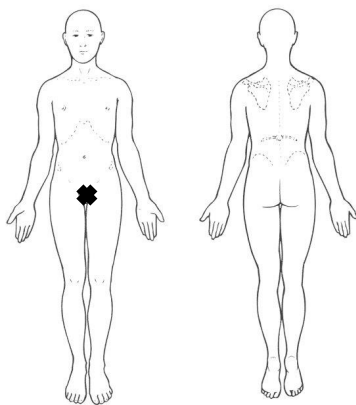
- Dificuldade em falar acerca do assunto e como a situação a está a afetar.
- Dificuldade em participar em atividades que exigem mais esforços e tempo em pé por sentir desconforto no prolapso e agravamento.

Outros dados clínicos (exames complementares): Foi realizada uma ecografia e avaliação da zona pelo médico ginecologista e em seguida atribuído um diagnóstico médico.

Expetativas da utente: Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e voltar a “não ter esta sensação de peso tão intensa e voltar a fazer a minha vida o mais normal possível e a sentir-me bem no trabalho” sic.

Utente XXXXX

Região de desconforto - ✱



PLANEAMENTO DO EXAME FÍSICO – O caso é elegível?

É de extrema importância avaliar o pavimento pélvico e função do mesmo e toda a zona do períneo e avaliar o prolapso. É um caso elegível para fisioterapia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No Anexo 6 apresenta-se a triagem recolhida para o caso. Sem alterações de sistemas presentes. De realçar este ser um caso elegível para fisioterapia diretamente e ser de extrema importância esta intervenção e pode ser recomendado haver trabalho de equipa multidisciplinar com psicólogo, para que tudo corra da melhor forma e permita à utente ter o melhor acompanhamento e recuperação possíveis.

Algumas das *red flags* a ter em conta neste casos passam por, presença de hematúria microscópica em mulheres com mais de 50 anos, hematúria visível, cancro pélvicos anteriores, dor persistente na bexiga ou uretra, massas pélvicas clinicamente benignas, dificuldades de micção (no esvaziamento da bexiga), suspeita de fístula urogenital, infeções urinárias recorrentes, cirurgia de continência anterior, suspeita de doença neurológica, incontinência fecal associada, prolapso vaginal excessivamente sintomático, falha no tratamento conservador, sintomas complexos, cirurgia/radioterapia prévia, dor uretral/bexiga, agravamento dos sintomas do trato urinário inferior com medicação (Abrams et al., 2017; ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Mal-estar geral, febre, sangramentos devem também ser tidos em atenção. Todas estas questões devem ser tidas em atenção de forma a referenciar de imediato para outro profissional de saúde e agir atempadamente.

EXAME OBJETIVO/ FÍSICO

OBSERVAÇÃO:

Avaliação global do estado da utente: Consciente e colaborante, preocupada e ansiosa com a

sessão. Encontra-se um pouco em baixo a nível psicológico com toda a situação. Sem qualquer tipo de limitações na mobilidade referindo só por vezes ter algumas queixas na coluna e membros inferiores pelo trabalho que tem.

Avaliação postural e alinhamento da coluna e pélvis: Sem alterações muito significativas, algumas alterações ao nível da coluna e ligeiras queixas a esse nível (trabalho exigente).

Avaliação mais externa de toda a musculatura que terá influência no pavimento pélvico, bem como o padrão respiratório presente: Através da palpação desses músculos não foi encontrada muita tensão na zona (uns pontos mais tensos que outros) e a utente não refere grandes queixas a esse nível (parte abdominal, adutores, glúteos, piramidal etc). Padrão respiratório mais paradoxal. Durante a consulta foi fornecida uma explicação detalhada do procedimento, abordando também a anatomia da região pélvica e musculatura. Destacou-se a importância de realizar uma avaliação minuciosa nessa área, a fim de compreender quais estruturas podem estar afetadas e justificar as queixas apresentadas pela utente (foi dado o consentimento para a palpação vaginal e para o registo clínico para o relatório). Utente mais calma com a explicação.

Avaliação vulva: Inspeccionada toda a zona da vulva em busca de anomalias, cicatrizes, cor da mucosa, foi detetada a cicatriz de episiotomia, mesmo com o passar dos anos ainda é visível e a mucosa encontrava-se com uma cor normal. Foi possível detetar logo o prolapso, ligeiramente saído na zona do introito vaginal. Pedido à utente que inspirasse, trancasse o ar e em seguida fizesse força no pavimento pélvico para “fora” (manobra de valsalva), e foi observada uma ligeira descida de órgãos pélvicos, da parede anterior, estando presente o prolapso. De seguida procedeu-se à palpação da musculatura mais superficial, e a utente não referiu grandes queixas nos músculos isqueocavernoso, bulboesponjoso e transverso superficial do períneo, classificando como (0/1)/10 na EVA e ao toque foi possível observar que a musculatura não apresentava grande tensão. Visualmente toda a zona da vulva e intróito vaginal apresenta-se laxo e com uma abertura significativa (“alargado”). Foi também observada a contração exteriormente para observar se esta era perceptível ou não e pedindo à utente para contrair o pavimento pélvico não é possível observar contração a olho. Foi pedido para relaxar e não foi observado relaxamento.

Avaliação cicatriz: Cicatriz com bom aspeto e mobilidade (incisão feita foi média-lateral direita). Quando palpada a utente não refere queixas na zona nem desconforto. Refere só que desde os partos que a zona da cicatriz ficou com maior sensibilidade.

Palpação vaginal: Utente em decúbito dorsal com os membros inferiores semiflexionados e ligeiramente abduzidos sobre a marquês e cobertos com uma toalha. Pedido à utente para respirar de forma a estar mais calma. Introduzido o dedo indicador (usando lubrificante e luvas), na zona da entrada vaginal (prolapso empurrado para permitir entrada mais profunda). Utente contraiu-se

um pouco com a introdução do dedo, mas como não teve dor, relaxou logo em seguida. Sem grandes queixas quando feita a palpação e o hiato encontrava-se muito flexível, sendo até excessivo e evidenciando alguma diminuição do tônus presente.

Avaliação prolapso: A utente relata sensação de peso ou protusão vaginal e/ou anal, e quando feita a avaliação, pedindo à utente que inspirasse, trancasse o ar e em seguida fizesse força no pavimento pélvico para “fora” (manobra de valsava), foi então observada (agora com a palpação vaginal) descida de órgãos pélvicos (parede anterior) empurrando o dedo da fisioterapeuta e estando presente prolapso de grau 2. Segundo as *guidelines* no grau 2, a porção mais distal do prolapso está localizada entre um 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Utente refere desconforto e impressão quando sente a descida do órgão e não consegue suportar nem contrariar a descida.

Musculatura interna pavimento pélvico: Palpada toda a musculatura mais superficial e profunda para avaliar o tônus e em busca de pontos dolorosos presentes - utilizada a orientação do relógio com sínfise púbica às 12 horas e ânus às 6 horas para localizar os músculos do pavimento pélvico. Musculatura com tônus diminuído, não apresentando resistência ao toque e à tentativa de estiramento, sendo que o elevador do ânus do lado direito se encontrava com maior alteração e sem grande ativação. Sem pontos dolorosos mencionados, nem encontradas zonas de tensão.

Avaliação função do pavimento pélvico e força: Seguindo o esquema PERFECT (Anexo 3), inicialmente foi realizada a avaliação da força dos MPP utilizando a escala *Oxford* Modificada (Anexo 4). Além disso, foram observados outros aspetos durante a avaliação, como a manutenção da contração (E - Endurance), as repetições das contrações (R - Repetition) e o número de contrações rápidas (F - Fast). Também foi verificado se a parede posterior da vagina se eleva durante a contração (E - Elevation), se ocorrem co-contrações dos músculos abdominais inferiores durante a contração do pavimento pélvico (C - Co-contractions) e se há contração involuntária dos MPP diante de um aumento repentino da pressão intra-abdominal, como durante a tosse (T - Timing). Os resultados obtidos foram 2/2/2/0 (contração de grau 2 (2-), mantida por 2 segundos, repetida 2 vezes, seguida de 0 contrações rápidas). Amplitude da contração muito baixa com hipotonia da musculatura presente. A utente refere ter consciência do pavimento pélvico, mas que não sente força no mesmo, quando tenta contrair. Relativamente às restantes letras, a elevação da parede posterior é quase impercetível, os músculos abdominais inferiores têm tendência a contrair e perante o teste da tosse a musculatura revela uma muito ligeira contração involuntária automática.

Avaliada a capacidade de relaxamento do pavimento pélvico, após ser feita uma contração: Não tem grande capacidade de relaxamento, pois não consegue realizar uma contração eficaz.

Questionário P-QoL (Anexo 7)

Trata-se de um questionário completo e de compreensão simples e por isso optou-se por aplicar, ainda que só se encontre validado para português do Brasil. É um questionário que permite caracterizar de forma adequada o prolapso e o seu impacto na qualidade de vida das utentes (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). No Apêndice 2.2.2 apresenta-se o questionário preenchido onde podemos constatar que o prolapso afeta a qualidade de vida da utente.

Principais problemas após avaliação subjetiva e objetiva

- Prolapso da parede anterior de grau 2, apresenta desconforto no dia a dia e sensação de peso que piora ao fim do dia;
- Diminuição da força e resistência dos MPP;
- Tónus diminuído dos MPP;
- Obstipação e fezes duras que agravam o prolapso nas idas à casa-de-banho e por isso evita;
- Limitação na realização de atividade física pela situação;
- Incapacidade de ter relações sexuais por lhe fazer “impressão e confusão” ter o prolapso ali e por receio de poder doer;
- Limitação das atividades no dia-a-dia e atividade profissional pois a descida do prolapso piora e torna-se incomodativo.

Diagnóstico: CIF

Identificação dos problemas segundo a CIF	
Principais problemas	Alterações da estrutura e função
	• Prolapso da parede anterior de grau 2 (sensação de peso e “bola” na entrada da vagina) (s620) • Sensação de desconforto causado pelo prolapso (b298) • Obstipação e fezes duras que agravam o prolapso e fazem com que a utente evite ir a casa-de-banho resultando numa diminuição da frequência da defecação (b525, b5252) • Diminuição da força muscular e resistência dos músculos do pavimento pélvico (musculatura mais profunda (elevador do ânus)) (b7300) e (b7400) • Diminuição do tónus muscular nos músculos mais superficiais do pavimento pélvico e também o nível dos músculos profundos (b7350) • Incapacidade de ter relações sexuais pela questão do prolapso lhe fazer confusão e ter receio de ter dor (b640)
	Limitação da atividade
	• Dificuldade em realizar tarefas e exigências do dia-a-dia que impliquem mais esforço físico pelo agravamento do prolapso (d299) • Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas e desmotivação (d230) • Dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação (d240)

Restrição da participação	
	• Dificuldade nas relações sociais e dificuldade em conviver com pessoas e falar acerca do assunto pela forma como a situação a está a afetar. (d750) (d729) • Dificuldade em participar em atividades do dia-a-dia e lazer que exijam mais esforço pelo agravamento do prolapso (d920) • Dificuldade em manter muito tempo a posição em pé, no trabalho e no dia-a-dia, em especial com esforço físico associado, como por exemplo a andar (d4154) (d450)
Principais problemas	
	• Prolapso da parede anterior de grau 2, sensação de peso e de uma “bola” a sair na entrada da vagina • Diminuição do tônus dos músculos do pavimento pélvico • Hipoatividade dos músculos do pavimento pélvico • Diminuição da força dos músculos do pavimento pélvico • Obstipação e fezes duras que agravam o prolapso quando evacua e por isso evita; • Incapacidade de ter relações sexuais por lhe fazer “impressão e confusão” devido ao prolapso e por receio de doer • Limitação das atividades no dia-a-dia e atividade profissional por agravamento do prolapso

Identificação dos fatores contextuais	
Fatores pessoais	Fatores ambientais
• Ligeiro excesso de peso (-) • Colaborante (+) • Baixa-autoestima (-) • Ansiedade (-) • Baixo nível de atividade física (-)	• Situação socioeconómica estável (+) • Apoio familiar (+)

Diagnóstico em Fisioterapia

Com isto, foi então estabelecido o diagnóstico em Fisioterapia para o caso em questão, nomeadamente, uma utente do sexo feminino com 52 anos que apresenta, prolapso da parede anterior de grau 2 com sensação de peso e de uma “bola” na entrada da vagina, diminuição do tônus dos músculos do pavimento pélvico, hipoatividade e diminuição da força dos músculos do pavimento pélvico, obstipação e fezes duras que agravam o prolapso quando evacua acabando por evitar fazê-lo, incapacidade de ter relações sexuais por lhe fazer “impressão e confusão” devido ao prolapso e por receio de doer, e limitação das atividades no dia-a-dia e atividade profissional por agravamento do prolapso (com mais esforços e tempo em pé prolapso agrava). Com o diagnóstico apresentado e problemas, a intervenção da fisioterapia vai ser essencial, atuando ao nível do pavimento pélvico e a nível comportamental. De destacar que as alterações apresentadas ao nível da musculatura do pavimento pélvico justificam as queixas sentidas bem como as alterações verificadas na avaliação realizada à utente. Para além disso, fatores como a idade,

paridade, peso e função gastrointestinal constituem fatores de risco para agravar o quadro (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Prognóstico

Embora possa ser bastante incómodo e por vezes doloroso, o prolapso de órgãos pélvicos não apresenta risco de vida. É de extrema importância, contudo, intervir a este nível, em especial com a ajuda da fisioterapia para proporcionar um melhor prognóstico e melhorias nestes casos. Segundo *guidelines* da NICE (NICE, 2019), entre outros estudos, deve ser considerada uma intervenção ao nível do pavimento pélvico, por pelo menos 16 semanas (para obtenção de hipertrofia muscular), como primeira opção para mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomático de grau 1 ou grau 2 (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Se o programa for benéfico, o treino do pavimento pélvico deve continuar a ser realizado. O foco e objetivo da fisioterapia é aliviar os sintomas e proporcionar uma boa qualidade de vida às utentes com queixas a este nível (através de mudanças no estilo de vida, treino do pavimento pélvico, pessários, etc). A utente tem potencial para melhorar dos sintomas, sendo que o excesso de peso constitui um fator de risco que deve ser tido em conta no que toca ao prognóstico (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Objetivos (SMART)

Curto/Médio Prazo (6 semanas):

- Melhoria do suporte e sintomas associados ao prolapso;
- Aumentar a força da MPP de grau 2 para grau 3 da escala de *Oxford* modificada e restantes parâmetros da escala *PERFECT*;
- Diminuir sensação de peso e desconforto, permitindo realizar mais atividades no dia a dia de esforço e a atividade laboral;
- Diminuir a necessidade de evitar evacuar pelo prolapso e melhorar obstipação e consistência das fezes (regular comportamento intestinal);
- Ensino do *Knack* e um maior controle dos músculos do períneo para utilizar em situações de maior aumento de pressão abdominal e esforço;
- Melhoria da autoestima e confiança no dia-a-dia e trabalho não se sentido tão limitada;

- Melhoria das relações sexuais (mais confiança) tendo mais conforto e à vontade pelas melhorias ao nível do prolapso;
- Melhoria da perceção da qualidade de vida, avaliada pelo P-QoL, e diminuição das limitações causadas pelo prolapso.

Longo Prazo (10-16 semanas)

- Melhoria do suporte e sintomas associados ao prolapso, o mais possível;
- Aumentar a força da MPP de grau 3 para grau 4 da escala de *Oxford* modificada e restantes parâmetros da escala *PERFECT* o mais possível;
- Diminuir (o máximo possível) a sensação de peso e desconforto, permitindo realizar as suas atividades no dia a dia de esforço e a atividade laboral, sem grandes limitações;
- Não apresentar queixas ao nível da evacuação apresentando um bom comportamento intestinal;
- Contração automática e eficaz quando ocorrer um aumento de pressão abdominal e esforço, apresentando um bom controlo e ativação dos MPP;
- Melhoria da autoestima e confiança no dia-a-dia e trabalho não se sentido tão limitada;
- Não apresentar queixas ao nível das relações sexuais;
- Melhoria da perceção da qualidade de vida, avaliada pelo P-QoL, diminuindo as limitações causadas pelo prolapso e já não sendo uma limitação na vida da utente.

Intervenção

Depois de toda a avaliação subjetiva e objetiva e de definir os objetivos principais a atingir, foi em seguida delineado o plano de tratamento mais indicado. O plano de intervenção foi baseado na melhor evidência científica disponível e foi também orientado pelas *guidelines* disponíveis mais recentes. O objetivo da intervenção passa pela prevenção ou agravamento do prolapso, pela diminuição da frequência ou gravidade dos sintomas causados pelo prolapso e pelo evitar ou atrasar a necessidade de cirurgia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). O tratamento individualizado foi efetuado 1 vez por semana. Foram observados os resultados e feitas duas reavaliações.

- Dar à utente toda a informação necessária para que esta compreenda a sua situação e dessa forma se possa dedicar melhor ao tratamento, é mostrado um modelo anatómico da zona pélvica e musculatura do pavimento pélvico e explicada a sua fisiologia (Bø & Sherburn, 2005; Bø *et al.*,

2016). É explicada a importância de cada estrutura e o seu papel e como os problemas e disfunções a que pode estar sujeito, como é o caso do prolapso, vão influenciar a função e queixas sentidas (Bø & Sherburn, 2005; Bø *et al.*, 2016). É importante ir sempre questionando a utente sobre como se sente, se tem dúvidas, e se não estiver confortável deve partilhar sempre com a fisioterapeuta. É importante reforçar que para além de toda a história clínica da utente, esta apresenta uma idade que também pode já constituir um fator de risco para o prolapso.

- Treino dos músculos do pavimento pélvico é também essencial nestes casos, pois este treino permite realizar um reforço muscular, para ganho de tonicidade e melhoria do suporte estrutural do pavimento pélvico ao longo do tempo. Esse treino deve ser inicialmente supervisionado e posteriormente mantido com um programa de treino fora do contexto de consulta. Promover o ensino de uma contração correta e consciente, antes e durante os episódios de aumento da pressão abdominal e maior esforço, mantendo essas contrações como terapia comportamental, preventiva da descida perineal (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). O recomendado segundo as *guidelines* e evidência disponível, é que deve ser promovida uma contração do pavimento pélvico o mais forte possível, progredindo com contrações sustentadas e adicionando contrações com maior velocidade, aguentar uma contração entre 3-10 segundos, realizar 3-4 contrações rápidas no pico de cada contração sustentada, reforço muscular diário (manter a perceção de que existe melhor evolução nas primeiras semanas de exercício, sendo necessário um trabalho intenso para ganho adicional em fases posteriores) (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). O número de contrações descrito na maioria dos estudos pode variar entre 8 a 12, 3 vezes por dia, até 20 contrações, 4 vezes por dia, com duração das contrações entre 4 a 40 segundos (NICE, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

- Deve ser explicado de que forma a obstipação e o evitar ir a casa de banho afeta o pavimento pélvico e mostrar como deve ser a posição para defecar, relembrar a importância de beber água para amolecer mais as fezes (George, 2016; Harrington & Haskvitz, 2006). Alertar para que se deve respeitar a vontade e ir quando se tem necessidade, que não deve ser feita força, deve respirar-se fundo e com a correta posição irá tornar-se mais fácil (George, 2016; Harrington & Haskvitz, 2006). Explicar também que se for necessário pode, de forma a ser mais confortável, dar suporte na zona vaginal ou até mesmo empurrar para dentro se ocorrer descida perineal de forma a facilitar o processo. Alertar para nestes casos ter sempre as mãos bem higienizadas.

- Terapia comportamental passa também pela intervenção a ser realizada, de forma a evitar situações que possam vir a agravar o seu grau de prolapso e que contribuem para melhorar a qualidade de vida e promovem a recuperação (Abrams *et al.*, 2017; ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014). A perda de

peso (utente apresenta algum excesso de peso por isso é um fator importante a ter em consideração), evitar levantar pesos e não fumar são atitudes que poderão prevenir o agravamento do prolapso. Deve ter-se em atenção o exercício físico realizado e promover um estilo de vida saudável. Para além disso, realizar os exercícios e recomendações em casa vai também ajudar na recuperação e por isso é importante alertar os utentes para isso.

- Cones vaginais. Pesos que são colocados dentro da vagina. A paciente introduz o cone vaginal e tenta conseguir mantê-lo, em posição ortostática durante um minuto, sendo que quando o conseguir sustentar por 20 minutos nessa mesma posição, pode avançar-se no programa de tratamento para a utilização de um cone de peso superior (Abrams *et al.*, 2017; ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014).

- Utilização de pessários. Os pessários são dispositivos vaginais que podem ser utilizados com eficácia e segurança na abordagem conservadora do tratamento do prolapso, independentemente do grau. Devem ser considerados para mulheres com prolapso de órgãos pélvicos sintomáticos, isoladamente ou em conjunto com o treino supervisionado dos MPP (Abrams *et al.*, 2017; ACOG & American Urogynecologic Society, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; Bø, 2012; Choi & Hong, 2014). Têm a grande vantagem de serem minimamente invasivos e proporcionarem um alívio imediato dos sintomas e permitirem maior qualidade de vida.

- Para a questão da relação sexual, explicar tudo à utente sobre de que forma o prolapso pode afetar nestes casos e explicar que é importante estar calma e em controlo de forma a perceber o que sente e a lidar com todo o processo (Choi & Hong, 2014; Fatton *et al.*, 2020).

Reavaliação/Resultados

O acompanhamento e intervenção foram feitos 1 sessão uma vez por semana. Realizada uma reavaliação às 6 semanas e outra às 12 semanas (final do estágio).

Reavaliação (6 semanas): 02/01/2023

Avaliação Subjetiva

- Utente diminuiu o seu peso
- Ligeiro alívio da sensação de peso e desconforto (queixas 4/10 na EVA)
- Sente que já consegue tolerar ligeiramente melhor a posição de pé sem sentir um peso tão acentuado – usa pessário quando tem que passar muitas horas em pé (prescrito pelo médico)

- Notou algumas melhorias relativamente à sua obstipação, apresentando fezes mais moles e já notando uma diferença na frequência das idas à casa de banho
- Sente que a limitação que sentia pelas queixas já não é tão intensa sentindo mais confiança
- Iniciou aulas de dança (suave e sem grandes esforços físicos) – usa pessário
- Melhorias ao nível das relações sexuais

Avaliação Objetiva

- Sem agravamento do prolapso, quando avaliado
- Melhoria ao nível do tónus e atividade do pavimento pélvico
- Melhoria na força dos MPP (*PERFECT* 3/5/5/5 (contração de grau 3, mantida por 5 segundos, repetida 5 vezes, seguida de 5 contrações rápidas))

Questionários

Questionário P-QoL (Apêndice 2.2.3)

Podemos observar melhorias ao nível das respostas obtidas mostrando que o impacto que o prolapso tem na qualidade de vida da utente, diminuiu.

Reavaliação (12 semanas): 06/02/2023

Avaliação Subjetiva

- Melhorias na sensação de peso (2/10 EVA)
- Já não constitui um problema muito significativo para a utente
- Já consegue fazer o seu dia a dia e rotina mais normal e tolera melhor a manutenção das posições e atividade laboral, contudo evita estar muitas horas de pé (menos desconforto e sensação de peso) – ainda recorre a pessário
- Foi possível regularizar as idas a casa de banho, tem conseguido ir todos os dias à casa de banho notando que as fezes estão mais moles e não tem necessidade de fazer força e não sente que o peso na zona da vagina agrava
- Contente com melhorias
- Tem conseguido ter relações sexuais com o marido já sem sentir a “impressão” que sentia pela “bola” na vagina sentindo-se mais à vontade
- Tem feito as aulas de dança (tenta evitar esforços muito intensos, mas não se sente limitada)
- Vai continuar o acompanhamento com a fisioterapia para tentar atingir melhores resultados

Avaliação Objetiva

-
- Ligeira alteração na descida dos órgãos pélvicos quando pedido manobra de valsalva (melhoria do prolapso)
 - Melhoria ao nível do tônus e atividade do pavimento pélvico
 - Melhoria na força dos MPP (*PERFECT* 3+/8/10/7 (contração de grau 3+, mantida por 8 segundos, repetida 10 vezes, seguida de 7 contrações rápidas))

Questionários

Questionário P-QoL (Apêndice 2.2.4)

Boas melhorias ao nível das respostas. O problema já não limita a qualidade de vida da utente em grande escala como no início da intervenção.

Apêndice 2.2.1: Consentimento Informado Utente 2

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)

Designação do Estudo

Estágio Clínico em Saúde da Mulher: Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Ramo de Especialidade Saúde da Mulher

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

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, 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.

Tomei conhecimento e consenti a realização da palpação vaginal durante a avaliação e tratamento, pelo Fisioterapeuta.

Tomei conhecimento e consinto estar nos registos clínicos para o relatório da aluna, com a informação acerca do meu caso e intervenção realizada.

Data: 22 / Novembro / 2022

Assinatura do doente: _____

O Fisioterapeuta:

Nome: Margarida Silva

Assinatura: Margarida Silva

Apêndice 2.2.2: Questionário P-QoL Utente 2 – avaliação

P-QoL

QUALIDADE DE VIDA PROLAPSO (P-QoL)	
Nome: [REDACTED]	Reg: [REDACTED]
Idade: <u>52</u> anos	Hospital: <u>/</u> Nº: <u>/</u>
Data de hoje <u>22</u> / <u>11</u> / <u>2022</u>	
UM PROLAPSO É UMA "BOLA OU ABAULAMENTO" QUE DESCE PELA VAGINA. CAUSANDO DESCONFRONTO POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO	
1. Como você descreveria sua saúde neste momento? Por favor marque uma resposta	
1a. Muito boa	☐
1b. Boa	☐
1c. Regular	☐
1d. Ruim	☒
1e. Muito ruim	☐
2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? Por favor marque uma resposta	
2a. Não afeta	☐
2b. Um pouco	☐
2c. Moderadamente	☐
2d. Muito	☒

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

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

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

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

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

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

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

6. Limitações Físicas / Sociais					
	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO	
6a. Seu prolapso afeta suas atividades físicas (ex. caminhar, correr, praticar esportes, ginástica, etc...)	☐	☐	☐	☒	
6b. O seu prolapso afeta sua capacidade de viajar?	☐	☐	☒	☐	
6c. O seu prolapso limita sua vida social?	☐	☐	☒	☐	
6d. O seu prolapso limita sua capacidade de ver/visitar amigos?	☐	☐	☒	☐	
7. Relacionamento Pessoal					
	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. LIGEIRAMENTE	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
7a. O seu prolapso afeta o relacionamento com o seu parceiro	☐	☐	☐	☒	☐
7b. O seu prolapso afeta sua vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☒
7c. O seu prolapso afeta sua vida familiar?	☐	☐	☐	☒	☐
8. Emoções					
	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO	
8a. O seu prolapso faz você se sentir deprimida?	☐	☐	☐	☒	
8b. O seu prolapso faz você se sentir ansiosa ou nervosa?	☐	☐	☐	☒	
8c. O seu prolapso faz você se sentir mal consigo mesma?	☐	☐	☐	☒	

9. Sono / Energia

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

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

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

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

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

Apêndice 2.2.3: Questionário P-QoL Utente 2 – reavaliação 6 semanas

P-QoL

QUALIDADE DE VIDA PROLAPSO (P-QoL)	
Nome: [REDACTED]	Reg: [REDACTED]
Idade: <u>52</u> anos	Hospital: <u>/</u> Nº: <u>/</u>
Data de hoje <u>02</u> / <u>01</u> / <u>2023</u>	
UM PROLAPSO É UMA "BOLA OU ABAULAMENTO" QUE DESCE PELA VAGINA CAUSANDO DESCONFRONTO POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO	
1. Como você descreveria sua saúde neste momento? Por favor marque uma resposta	
1a. Muito boa	☐
1b. Boa	☐
1c. Regular	☒
1d. Ruim	☐
1e. Muito ruim	☐
2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? Por favor marque uma resposta	
2a. Não afeta	☐
2b. Um pouco	☐
2c. Moderadamente	☒
2d. Muito	☐

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

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

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

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

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

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

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

6. Limitações Físicas / Sociais					
	0.	1.	2.	3.	
	NADA	LIGEIRAMENTE	MODERADAMENTE	MUITO	
6a. Seu prolapso afeta suas atividades físicas (ex. caminhar, correr, praticar esportes, ginástica, etc...)	☐	☐	☒	☐	
6b. O seu prolapso afeta sua capacidade de viajar?	☐	☒	☐	☐	
6c. O seu prolapso limita sua vida social?	☐	☒	☐	☐	
6d. O seu prolapso limita sua capacidade de ver/visitar amigos?	☐	☒	☐	☐	
7. Relacionamento Pessoal					
	0.	1.	2.	3.	4.
	NÃO SE APLICA	NÃO	LIGEIRAMENTE	MODERADAMENTE	MUITO
7a. O seu prolapso afeta o relacionamento com o seu parceiro	☐	☐	☐	☒	☐
7b. O seu prolapso afeta sua vida sexual?	☐	☐	☐	☒	☐
7c. O seu prolapso afeta sua vida familiar?	☐	☐	☒	☐	☐
8. Emoções					
	0.	1.	2.	3.	
	NADA	LIGEIRAMENTE	MODERADAMENTE	MUITO	
8a. O seu prolapso faz você se sentir deprimida?	☐	☒	☐	☐	
8b. O seu prolapso faz você se sentir ansiosa ou nervosa?	☐	☐	☒	☐	
8c. O seu prolapso faz você se sentir mal consigo mesma?	☐	☐	☒	☐	

9. Sono / Energia

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

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

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

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

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

Apêndice 2.2.4: Questionário P-QoL Utente 2 – reavaliação 12 semanas

P-QoL

QUALIDADE DE VIDA PROLAPSO (P-QoL)	
Nome: [REDACTED]	Reg: [REDACTED]
Idade: <u>52</u> anos	Hospital: <u>/</u> Nº: <u>/</u>
Data de hoje <u>06</u> / <u>02</u> / <u>2023</u>	
UM PROLAPSO É UMA "BOLA OU ABAULAMENTO" QUE DESCE PELA VAGINA CAUSANDO DESCONFRONTO POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO	
1. Como você descreveria sua saúde neste momento? Por favor marque uma resposta	
1a. Muito boa	☐
1b. Boa	☒
1c. Regular	☐
1d. Ruim	☐
1e. Muito ruim	☐
2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida? Por favor marque uma resposta	
2a. Não afeta	☐
2b. Um pouco	☒
2c. Moderadamente	☐
2d. Muito	☐

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

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

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

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

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

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

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

6. Limitações Físicas / Sociais

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

7. Relacionamento Pessoal

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

8. Emoções

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

9. Sono / Energia

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

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

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

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

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

Apêndice 2.3 – Registo clínico Utente 3

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Dados Pessoais	
Nome: Utente 3	Nacionalidade: Portuguesa
Idade: 30 anos	Profissão: Dona de loja de bijuteria
Sexo: Feminino	Residência: XXX
Estado civil: Casada	Fisioterapeuta: Margarida Silva
Dados Clínicos	
Motivo do Pedido de Intervenção: Grávida de 29 semanas (1ª gravidez) – Preparação para o parto, Lombalgia.	
Diagnóstico Médico: Não existe diagnóstico médico uma vez que a fisioterapeuta foi a profissional de 1º contacto.	
Data da avaliação: 28/11/2022	Frequência de tratamentos: 1x p/mês
Consentimento informado: Verbal [] Escrito [X] (Apêndice 2.3.1)	

EXAME SUBJETIVO/RECOLHA DE DADOS

HISTÓRIA

História atual: Utente do sexo feminino, 30 anos, caucasiana, casada e dona de uma loja de bijuteria. Decidiu iniciar fisioterapia pélvica pois encontra-se grávida de 29 semanas e queria aliviar algumas queixas e preparar-se o melhor possível para o parto. A utente soube que a fisioterapia pélvica a poderia ajudar depois de ter tido referência de uma amiga que também tinha realizado este acompanhamento e também através de pesquisa na internet e redes sociais.

Gravidez: Referiu que tem sido relativamente tranquila embora com algumas queixas. Refere que vai ter um menino e que está tudo a correr bem e sem complicações. Afirmar que teve algumas náuseas no primeiro trimestre, mas que acalmaram. Refere que ainda está a trabalhar e que tem tido algumas queixas na coluna, nomeadamente na zona da lombar, pois passa algum tempo de pé e a dor agrava bastante ao longo do dia, sendo que à noite é quando está mais intensa. Refere que não tem praticado muita atividade física, só umas caminhadas de vez em quando, o que também não tem ajudado às queixas. Como suplementação, fez gestacare e ferro. Ouviu falar da fisioterapia pélvica através de uma amiga e acha de extrema importância iniciar o acompanhamento para tentar aliviar as queixas atuais e para se preparar o melhor possível para o parto. Refere ter sido relativamente fácil engravidar e que nunca tomou contraceptivos e sempre foi regular.

Função Urinária: Não tem tido perdas de urina. Nota frequência urinária aumentada.

Função Gastrointestinal: Refere que quanto aos intestinos tem andado um pouco mais obstipada em relação a antes de engravidar.

Relações Sexuais: Nenhuma dor ou outros problemas durante a atividade sexual antes da gravidez são relatados e esta função é considerada bastante satisfatória. Não apresenta queixas neste momento e refere sentir que desde que engravidou, a libido aumentou. Com as queixas na lombar e o aumento da barriga, refere que por vezes é desconfortável certas posições.

Queixas sentidas pela utente neste momento: A utente refere que a sua principal queixa neste momento é as queixas que sente ao nível da lombar (classifica como um 7/10 segundo EVA (escala Anexo 2) e que têm impacto significativo no seu dia-a-dia, trabalho e funcionalidade. Para além disso quer perceber como está o seu pavimento pélvico e perceber o que pode fazer para se preparar o melhor possível para o parto. Quer também começar a ser mais ativa e fazer mais alguma atividade para além de caminhadas e por isso quer também ajuda nesse aspeto, uma vez que nota que as alterações na gravidez já estão a ter influência na sua capacidade física e no dia a dia.



Estado geral: A utente não apresenta comportamentos de risco. Já aumentou um pouco de peso, mas nada de muito preocupante (engordou 7kg desde que engravidou). Tem ingerido muito água e procurado ter uma alimentação o mais equilibrada e variada possível. IMC é 26 kg/m².

Antecedentes: Não apresenta histórico de outras patologias relevantes nem antecedentes pessoais significativos. Não foi realizado qualquer tratamento/intervenção relativamente ao episódio atual, referindo também nunca ter realizado fisioterapia anteriormente. De momento só toma medicação de suplementação para a gravidez. Anteriormente tomava medicação para as náuseas, mas como melhorou já não tem tido necessidade de tomar ultimamente.

Estado emocional: Apresentou-se na sessão descontraída e empenhada no tratamento e em esclarecer dúvidas. Referiu estar um pouco ansiosa por ser a primeira gravidez e ter receio de não estar preparada. Refere que as queixas na lombar têm piorado um pouco e por isso quer tentar aliviar o mais possível e preparar-se o melhor que possa para o parto. Muito feliz por estar grávida porque sempre quis muito ser mãe.

História anterior relevante: Sem nada de relevante a relatar.

História médica/cirúrgica (antecedentes pessoais): Sem antecedentes pessoais relevantes.

Medicação: Suplementação para a gravidez.

Atividade física: Refere que antes da gravidez tinha hábito fazer yoga, mas que deixou há uns tempos e agora, para além de caminhadas, não tem feito muita coisa, mas que gostaria de iniciar para se manter ativa e estar bem preparada fisicamente. Por isso, quer saber o que pode ou não fazer e que atividade é mais recomendada. Além disso, sente que precisa de movimento para aliviar as queixas ao nível da lombar.

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

- + : É casada, vive com o marido e aparenta ter um ambiente familiar estável e apoio e uma situação socioeconómica estável. É colaborante e mostra-se dedicada ao acompanhamento.
- : Um pouco ansiosa com a chegada do primeiro filho.

Limitações da atividade referidas pelo utente:

- Dificuldade nas rotinas do dia-a-dia quando sente mais queixas ao nível da lombar e pelas alterações impostas pela gravidez.
- Dificuldade em ter relações sexuais com companheiro.
- Dificuldade em mudar a posição do corpo pelas queixas ao nível da lombar.
- Dificuldade em manter a posição de deitado e de pé, durante muito tempo, por desconforto na lombar e todas as alterações da gravidez.
- Dificuldade em realizar as tarefas domésticas do dia-a-dia, por desconforto na lombar e pelo cansaço e desconforto que a gravidez já provoca.

Restrições da Participação referidas pelo utente:

- Dificuldade em realizar algumas atividades de lazer e desporto por desconforto na lombar e pelos desconfortos e limitações que a gravidez acarreta.

Outros dados clínicos (exames complementares): Trouxe as ecografias já realizadas e não existem complicações. Placenta posterior alta.

Expetativas da utente: Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e “sentir-me bem, confiante e preparada o melhor possível para parto, física e psicologicamente, com toda a informação necessária” sic.

PLANEAMENTO DO EXAME FÍSICO – O caso é elegível?

É de extrema importância avaliar o pavimento pélvico e função do mesmo e fazer um exame completo postural e da mobilidade da pélvis. É um caso elegível para fisioterapia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No Anexo 8 apresenta-se a triagem recolhida para o caso. Sem alterações de sistemas. De realçar este ser um caso elegível para fisioterapia diretamente e ser de extrema importância intervir e acompanhar a mulher ao longo de toda a gravidez para atuar nas queixas possíveis e preparar a mulher o melhor possível para o parto e pós-parto.

Um estudo de Perkins (nível de evidência 2A) acerca da intervenção em mulheres grávidas com dor lombar revelou que devem ser tidas algumas *red flags* em atenção como, sangramento vaginal; febre e mal-estar; tonturas/sensação de desmaio; falta de ar; dor no peito dor de cabeça intensa; fraqueza muscular; dor ou inchaço nos pés; contrações uterinas; movimento fetal diminuído; perda vaginal de líquido amniótico, sintomas neurológicos (Perkins *et al.*, 1998). Segundo a DGS e o Serviço Nacional de Saúde, *red flags* a ter em conta na gravidez passam por, sangramento vaginal ou perda de líquido pela vagina (mesmo que seja em pequena quantidade); corrimento vaginal com comichão; ardor ou cheiro não habitual; dor abdominal/pélvica contínua; arrepios ou febre ($> 37,8^{\circ}\text{C}$); dor ou ardor ao urinar; sensação que não consegue parar de urinar ou presença de sangue na urina; vômitos persistentes; dor de cabeça forte ou contínua; perturbações da visão; subida da tensão arterial; aumento acentuado do peso num curto espaço de tempo; inchaço repentino dos pés; mãos ou rosto e diminuição dos movimentos fetais (SNS 24, 2022). As mulheres devem ter o acompanhamento ao longo de toda a gravidez com os profissionais de saúde recomendados.

EXAME OBJETIVO/ FÍSICO

OBSERVAÇÃO:

Avaliação global do estado da utente: Consciente e colaborante, um pouco ansiosa por ser a primeira gravidez. Empenhada no acompanhamento.

Avaliação postural e alinhamento da coluna e pélvis: Sem alterações muito significativas na zona dorsal e cervical. A nível lombar apresenta uma hiperlordose acentuada com elevada tensão na zona lombar e sacroilíaca com pontos dolorosos ativos na zona (palpação de toda a zona). A paciente classifica as queixas como um 7/10 na escala EVA (escala Anexo 2).

Avaliação mais externa de toda a musculatura que terá influência no pavimento pélvico, bem

como o padrão respiratório presente: Palpada musculatura dos adutores, glúteos, piramidal, referindo algumas queixas e tensão sentida à palpação (4/10 na EVA) Padrão respiratório mais paradoxal.

Foi realizada uma explicação do procedimento, abordando a anatomia da região pélvica e sua musculatura. Enfatizou-se a importância dessa avaliação como parte da preparação para o parto e o pós-parto, visando identificar as necessidades de intervenção e melhorias necessárias (foi dado o consentimento para a palpação vaginal e para o registo clínico para o relatório).

Avaliação vulva: Inspeccionou-se toda a região da vulva em busca de anomalias, verificando a cor normal da mucosa. Observou-se um ligeiro edema na zona da vulva, o que é comum durante a gravidez e tende a intensificar-se no final. Procedeu-se à palpação da musculatura superficial, e utente não relatou grandes queixas, não apresentando grande tensão muscular. Realizou-se também a observação da contração do pavimento pélvico externamente, solicitando à utente que contraísse os músculos. Foi observada alguma contração. Em seguida, pediu-se para relaxar, e também foi possível visualizar o relaxamento.

Palpação vaginal: Utente em decúbito dorsal com os membros inferiores semiflexionados e ligeiramente abduzidos sobre a marquês e cobertos com uma toalha, para dar mais conforto à utente. Introduzido o dedo indicador (usando lubrificante e luvas), na zona da entrada vaginal. Sem grandes queixas na zona e hiato não apresenta muita flexibilidade. Sem queixas com a palpação vaginal. Palpação efetuada com o máximo cuidado e sempre com o *feedback* da utente, respeitando todos os cuidados e recomendações durante a gravidez.

Musculatura interna pavimento pélvico: Palpada toda a musculatura mais superficial e profunda para avaliar o tónus e em busca de possíveis pontos dolorosos presentes. A musculatura encontrava-se com um tónus normalizado. Quando mobilizados os tecidos respondem bem ao estiramento e mobilização. A utente refere que não sentiu muito desconforto ao toque e só apresentava uma ligeira tensão no elevador do ânus do lado direito, mas nada de muito significativo e sem grandes queixas associadas, referindo apenas um ligeiro desconforto.

Avaliação função do pavimento pélvico e força: De acordo com o esquema PERFECT (Anexo 3), foram avaliadas diversas características dos MPP. Em primeiro lugar, foi avaliada a força muscular utilizando a escala *Oxford* Modificada (Anexo 4) (P). Em seguida, observou-se a capacidade de manter a contração muscular (E - Endurance), o número de repetições das contrações (R - Repetition) e a velocidade das contrações (F - Fast). Além disso, verificou-se se a parede posterior da vagina se elevava durante a contração (E - Elevation) e se os músculos abdominais inferiores contraíam simultaneamente com o pavimento pélvico (C - Co-contractions). Também foi avaliado se ocorria contração involuntária dos MPP em resposta a um aumento súbito da

pressão intra-abdominal, como ao tossir (T - Timing). Boa consciência do PP e relaxamento. Os resultados obtidos foram 4/6/5/4 (contração de grau 4, mantida por 6 segundos, repetida 5 vezes, seguida de 5 contrações rápidas. Amplitude e capacidade de contração boa. Relativamente às restantes letras, existe uma elevação significativa da parede posterior, os músculos abdominais inferiores têm tendência a contrair e perante o teste da tosse a musculatura revela uma contração involuntária automática.

Avaliada a capacidade de relaxamento do pavimento pélvico, após ser feita uma contração:

Tem boa capacidade de relaxamento após ser realizada uma contração, tendo consciência do movimento.

Questionário Roland e Morris (RMQ) (Anexo 9)

Este questionário permite perceber o impacto da dor lombar na vida e dia-a-dia da utente (Gil *et al.*, 2009). No Apêndice 2.3.2 podemos ver as respostas obtidas no questionário e perceber que as queixas ao nível da lombar estão a ter alto impacto na vida da mesma.

Principais problemas após avaliação subjetiva e objetiva

- Dor lombar 7/10 na EVA
- Alterações posturais
- Dificuldades na relação sexual
- Baixo nível de atividade física
- Pouca flexibilidade ao nível do períneo
- Pouca preparação e noção de tudo o que envolve o parto

Diagnóstico: CIF

Identificação dos problemas segundo a CIF	
Principais problemas	Alterações da estrutura e função
	• Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas (d230) • Alterações a nível físico e psicológico pela gravidez (b6601) • Queixas álgicas na coluna lombar (b28013) • Baixo nível de atividade física e tolerância à mesma (b4550)
	Limitação da atividade
	• Dificuldade em ter relações sexuais com companheiro (d770) • Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas (d230) • Dificuldade em mudar a posição do corpo (p/ex: de deitado para sentado, curvar-se etc) por queixas ao nível da lombar (d410) • Dificuldade em manter a posição de deitado e de pé, durante muito tempo, por desconforto na lombar e

	todas as alterações da gravidez (d425)
	• Dificuldade em realizar as tarefas domésticas do dia-a-dia, por desconforto na lombar e pelo cansaço e desconforto que a gravidez já provoca (d6409)
	Restrição da participação
	• Dificuldade em realizar algumas atividades de lazer e desporto por desconforto na lombar e pelos desconfortos e limitações que a gravidez acarreta (d9202)
Principais problemas	
• Dor lombar 6/10 na EVA • Alterações posturais • Dificuldades na relação sexual • Baixo nível de atividade física • Pouca flexibilidade ao nível do períneo • Pouca preparação e noção de tudo o que envolve o parto	
Identificação dos fatores contextuais	
Fatores pessoais	Fatores ambientais
• Motivada (+) • Colaborante (+) • Ansiedade (-) • Baixo nível de atividade física (-)	• Situação socioeconómica estável (+) • Apoio familiar (+)

Diagnóstico em Fisioterapia

Com isto, foi então estabelecido o diagnóstico em Fisioterapia para o estudo de caso em questão, nomeadamente, uma utente do sexo feminino com 30 anos, grávida de 29 semanas que apresenta, dor lombar 6/10 na EVA, alterações posturais decorrentes da gravidez e das queixas ao nível da lombar, dificuldades na relação sexual, baixo nível de atividade física, pouca flexibilidade ao nível do períneo e encontra-se pouca informada no que toca à preparação para o parto. A fisioterapia terá então um papel fundamental no alívio das queixas da grávida e na preparação da mesma para o parto, de forma a permitir que o decorrer da gravidez e parto corram o melhor possível e a transmitir-lhe toda a informação importante. Algumas das alterações presentes na utente e queixas são comuns na gravidez por todas as alterações hormonais, físicas e psicológicas a que está sujeita.

Prognóstico

Espera-se que, até o final da gestação, as queixas da utente sejam aliviadas por meio da aplicação de estratégias e tratamentos adequados. É esperado que a utente experimente um alívio significativo e tenha menos queixas, o que contribuirá para uma gravidez mais tranquila. Caso não seja possível resolver completamente as queixas durante a gravidez, espera-se que haja uma melhoria no período pós-parto, intervindo de forma adequada.

Objetivos (SMART)

Objetivos da intervenção até ao final da gravidez:

- Melhorar queixas a nível lombar (7/10 EVA para menor dor possível);
- Melhorar as alterações posturais encontradas, nomeadamente ao nível da lombar pois é onde se observam mais alterações (ensino de posturas);
- Ensino de adaptações posturais ergonómicas durante as atividades do dia a dia, contribuindo para a melhoria da sua higiene postural;
- Melhorias ao nível das queixas sentidas na relação sexual;
- Aumento do nível de atividade física, realizando exercício físico de leve a moderado (alertar para a importância do exercício físico e em manter-se ativa);
- Aumentar a mobilidade geral e bem-estar;
- Aumento da flexibilidade do períneo de modo a preparar toda a zona para o parto;
- Informação e preparação para o parto – mais informada (questões mobilidade pélvica, preparação períneo, dinâmica do parto e posturas adequadas, questões acerca da amamentação);
- Melhorar pontuação nos questionários RMQ.

Intervenção

Depois de toda a avaliação subjetiva e objetiva e de definir os objetivos principais a atingir, foi em seguida delineado o plano de tratamento mais indicado. O plano de intervenção foi baseado na melhor evidência científica disponível e foi também orientado pelas *guidelines* disponíveis mais recentes. O tratamento individualizado foi efetuado 1 vez por mês (dependendo das queixas e das necessidades observadas) até por volta das 38 semanas. Foram observados os resultados e feita uma reavaliação.

- Mostrou-se à utente um modelo anatómico da zona pélvica e musculatura do pavimento pélvico para proporcionar maior conforto e fornecer informações completas para que ela compreenda a sua condição e entenda toda a dinâmica envolvida na gravidez e no parto, incluindo como o pavimento pélvico e outras estruturas associadas atuam fisiologicamente. (Bø & Sherburn, 2005; Bø *et al.*, 2016).

- Relativamente às queixas ao nível da zona lombar, deve, em primeira instância, explicar que durante a gravidez ocorrem alterações e que existe uma tendência para adquirir um certo tipo de postura uma vez que o centro de gravidade altera (Ferreira & Albuquerque-Sendín, 2013; Leite

et al., 2021). Deve ser promovida a educação da paciente e serem dadas dicas de posturas a adquirir e de como se movimentar no dia a dia (p/ex: dar indicações acerca de como de levantar da cama por exemplo e como levantar pesos, calçar-se), e para além disso reforçar que o exercício físico é muito importante neste sentido também (Ferreira & Albuquerque-Sendín, 2013; Leite *et al.*, 2021; van Benten *et al.*, 2014). Devem existir períodos de descanso e repouso. Utilizar calor ou gelo na zona queixosa, de forma a aliviar a sintomatologia. Devem ser realizadas massagens na zona mais queixosa, com os devidos cuidados e também deve ser ensinada ao companheiro(a) da grávida. Indicar posições de relaxamento na bola de *pilates* e exercícios de alongamento das zonas mais queixosas, dentro das capacidades da utente, bem como exercícios de fortalecimento (Leite *et al.*, 2021). Modalidades como *Pilates* e *Yoga* e Hidroterapia adaptado à gravidez pode também ajudar neste sentido e contribuir para diminuir as queixas ao nível da lombar e promover mais atividade física, pois permite aumentar a estabilidade da zona pélvica e lombar, melhorar a postura, o controlo da respiração e muscular, a flexibilidade e força (Leite *et al.*, 2021). Pode ainda ser considerada a utilização de uma cinta pélvica se as queixas não melhorarem e a utente sentir conforto e alívio com o uso da cinta especialmente quando tem que passar mais tempo em pé (van Benten *et al.*, 2014).

- No que toca à relação sexual, deve ser discutido com a utente que é normal existirem alterações na mesma, pela questão das alterações hormonais e aumento do tamanho da barriga e etc, por isso não se deve forçar e se não existir vontade não tem problema desde que exista comunicação entre o casal (Banaei *et al.*, 2019; Cassis *et al.*, 2021; Erbil, 2018; Fuchs *et al.*, 2019; Gałazka *et al.*, 2015). Reforçar que se não houver contraindicação para as relações sexuais não existe problema em fazer e desta forma tranquilizar pois existem muitas preocupações e mitos acerca desta questão. Devem ser dadas algumas indicações do que pode ajudar, como lubrificante e também posições que podem facilitar pela questão da barriga (Banaei *et al.*, 2019; Cassis *et al.*, 2021; Erbil, 2018; Fuchs *et al.*, 2019; Gałazka *et al.*, 2015). Incentivar a explorar o corpo e que a relação sexual vai muito além da penetração e que se podem experimentar outras coisas (Banaei *et al.*, 2019; Cassis *et al.*, 2021; Erbil, 2018; Fuchs *et al.*, 2019; Gałazka *et al.*, 2015). Explicar também que as relações sexuais na fase final da gravidez também podem ajudar no que toca as contrações uterinas pela libertação de prostaglandinas pelo homem (Banaei *et al.*, 2019; Cassis *et al.*, 2021; Erbil, 2018; Fuchs *et al.*, 2019; Gałazka *et al.*, 2015).

- No que toca à atividade física, deve ser reforçada a importância de se manter o mais ativa possível durante a gravidez pois ajuda no bem-estar da mãe e do bebé e vai ajudar também nas queixas durante a gravidez e na preparação para o parto (Artal, 2016; Chan *et al.*, 2019; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Miquelutti *et al.*, 2013a; Tsakiridis *et al.*, 2020; van Benten

et al., 2014). Realizar caminhadas diariamente, entre 30-45 minutos e é recomendado realizar pelo menos 150 min/sem de exercício aeróbio de intensidade moderada ou 75 min/sem de intensidade vigorosa distribuído pela maioria dos dias da semana (Artal, 2016; Chan *et al.*, 2019; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Miquelutti *et al.*, 2013a; Tsakiridis *et al.*, 2020; van Benten *et al.*, 2014). Deve-se integrar o exercício aeróbio e treino de resistência para alcançar mais benefícios. Adicionar alongamentos suaves e realizar atividades como *yoga* e *pilates* também pode ser benéfico. Com esta atividade e exercícios estamos assim a promover o aumento de mobilidade geral da utente e a contribuir para o seu bem-estar.

- Quanto ao treino do pavimento pélvico, no caso da utente não existem grandes alterações nem queixas associadas neste momento (Duncan *et al.*, 2017; Liu *et al.*, 2022; Leite *et al.*, 2021; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Miquelutti *et al.*, 2013a; Miquelutti *et al.*, 2013b; Robinson & Balasundaram, 2018). É então recomendado fazer treino destes músculos (adaptado a cada utente, consoante a avaliação) de forma a prevenir o mais possível as queixas ao longo da gravidez e pós-parto (no final da gravidez deve ser avaliada a necessidade de continuar com o treino pois vamos querer trabalhar mais o relaxamento e flexibilidade do períneo, e este treino pode não ajudar nesse sentido) (Duncan *et al.*, 2017; Leite *et al.*, 2021; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Miquelutti *et al.*, 2013a; Miquelutti *et al.*, 2013b; Robinson & Balasundaram, 2018).

- Para aumentar a flexibilidade do períneo é recomendado fazer a massagem perineal a partir das 32/34 semanas (Beckmann & Stock, 2013; Leite *et al.*, 2021; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Ugwu *et al.*, 2018). Esta deve ser feita desde a origem até a inserção do músculo com uma quantidade de pressão tolerável (alongando toda a zona da entrada vaginal em movimentos em U e laterais e inferiores), cerca de 10 minutos, 2 vezes por semana (Beckmann & Stock, 2013; Leite *et al.*, 2021; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Ugwu *et al.*, 2018). Deve ser também realizada em casa (ensino à utente e ao companheiro/a (podem fazer)).

- No que toca à preparação para o parto, devem ser, em cada sessão, esclarecidas todas as questões do casal e devem ser dadas todas as informações e estratégias necessárias e cuidados para a gravidez e para o parto (Duncan *et al.*, 2017; Leite *et al.*, 2021; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Miquelutti *et al.*, 2013a; Miquelutti *et al.*, 2013b; Robinson & Balasundaram, 2018). Dados exercícios para aumentar a mobilidade pélvica, falar sobre as posturas durante o trabalho de parto (promover posição vertical e lateral) e respiração indicada (respiração profunda e controlada), estratégias para alívio de dor, etc (Duncan *et al.*, 2017; Leite *et al.*, 2021; Minati Moraes & Cavalcante de Assis, 2018; Miquelutti *et al.*, 2013a; Miquelutti *et al.*, 2013b; Robinson & Balasundaram, 2018).

Resultados/Reavaliação – 30/01/2023

A utente foi acompanhada 1 vez por mês até às 38 semanas e foi feita uma reavaliação nesta altura para ver como se encontrava, as queixas sentidas e últimas dicas para o parto.

Avaliação Subjetiva

- Sente-se muito mais bem preparada para o parto, tendo recolhido toda a informação dada pela fisioterapeuta
- Realizou também um curso de preparação para o nascimento com uma enfermeira
- Não sente tantas queixas na lombar e sente mais facilidade de movimento
- Nota que com o grande volume da barriga já é tudo mais difícil e que já está na fase que mal pode esperar para que o dia do parto chegue

Avaliação Objetiva

- Melhoria significativa das queixas ao nível da lombar (6/10 na EVA para (1/2)/10 na EVA)
- Melhor noção corporal e das posturas corretas a adotar e as atenções que deve ter no dia a dia
- Sem grandes queixas na relação sexual
- Tem feito caminhadas diárias e praticou *pilates* e *yoga* até ao final da gravidez, que notou contribuir para aliviar as queixas ao nível da lombar e ao mesmo tempo preparar melhor o seu corpo e pavimento pélvico para o parto
- Realizou a massagem perineal até ao final da gravidez, sem grandes queixas associadas sendo notório as melhorias da flexibilidade e relaxamento ao nível do períneo
- Sem grandes queixas ao nível do pavimento pélvico apresentando boa força (3+) (não tendo queixas de perdas de urina)
- Utente deve agora voltar após a consulta de reavaliação pós-parto com o médico (cerca de 6 semanas após o parto)

Questionário

Questionário RMQ (Apêndice 2.3.4)

Melhorias nas respostas obtidas no questionário tendo sido possível aliviar as queixas da utente na lombar ao longo da gravidez, através da intervenção e recomendações dadas, não tendo já grande impacto no seu dia-a-dia e vida.

Após o parto, irá iniciar o acompanhamento da fisioterapia após ter a consulta de avaliação com o médico e estar tudo bem.

Apêndice 2.3.1: Consentimento Informado Utente 3

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)

Designação do Estudo

Estágio Clínico em Saúde da Mulher: Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Ramo de Especialidade Saúde da Mulher

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, 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.

Tomei conhecimento e consenti a realização da palpação vaginal durante a avaliação e tratamento, pelo Fisioterapeuta.

Tomei conhecimento e consinto estar nos registos clínicos para o relatório da aluna, com a informação acerca do meu caso e intervenção realizada.

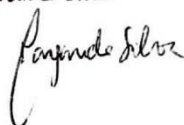
Data: 28 / Novembro / 2022

Assinatura do doente: _____

O Fisioterapeuta:

Nome: Marysilda Silva

Assinatura: _____



Apêndice 2.3.2: Questionário RMQ Utente 3 – avaliação

Avaliação - 23/11/2022

QUESTIONÁRIO DE ROLAND E MORRIS SOBRE INCAPACIDADE

Quando lhe doem as costas, pode ter dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz.

Esta lista contém algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as suas dores de costas. Quando as ler, pode achar que algumas sobressaem porque se aplicam a si *hoje*. Ao ler a lista, pense em si *hoje*. Quando ler uma frase que se aplica a si *hoje*, assinala-a. Se a frase não se aplicar a si, então deixe em branco e passe à seguinte. Lembre-se que só deve assinalar se tiver a certeza que a frase se aplica a si *hoje*.

Por causa das minhas dores nas costas ou na perna (ciática) *hoje*:

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas ☐
2. Mudo frequentemente de posição para pôr as costas numa posição confortável ☒
3. Ando mais devagar do que é costume por causa das minhas costas ☒
4. Por causa das minhas costas não consigo fazer nenhum dos trabalhos que costumo fazer em casa ☐
5. Por causa das minhas costas, apoio-me no corrimão para subir escadas ☐
6. Por causa das minhas costas, deito-me mais frequentemente para descansar ☒
7. Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em qualquer coisa para me levantar dum sofá ☐
8. Por causa das minhas costas, tento que os outros que me façam as coisas ☒
9. Visto-me mais devagar do que é costume por causa das minhas costas ☒
10. Só consigo estar de pé pouco tempo por causa das minhas costas ☒
11. Por causa das minhas costas, tento não me dobrar ou ajoelhar ☐
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa das minhas costas ☒
13. Estou quase sempre com dores nas costas ☒
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas ☒
15. Não tenho muito apetite por causa das dores nas costas ☐
16. Tenho dificuldade em calçar as meias (ou collants) por causa das dores nas costas ☒
17. Só consigo andar pequenas distâncias por causa das dores nas costas ☐
18. Durmo menos bem por causa das minhas costas ☒
19. Por causa das dores nas costas, preciso de ajuda para me vestir ☐
20. Estou quase todo o dia sentado/a por causa das minhas costas ☐
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas ☒
22. Por causa das dores nas costas, ando mais irritado/a e mal-humorado/a com as pessoas do que é costume ☒
23. Por causa das minhas costas, subo escadas mais devagar do que é costume ☒
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas ☐

© Roland and Morris Questionnaire: Roland, M. and Morris, R., 1982

© Versão Portuguesa. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2002

Apêndice 2.3.4: Questionário RMQ Utente 3 – reavaliação (38 semanas)

Reavaliação - 30/01/2023

QUESTIONÁRIO DE ROLAND E MORRIS SOBRE INCAPACIDADE

Quando lhe doem as costas, pode ter dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz.

Esta lista contém algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as suas dores de costas. Quando as ler, pode achar que algumas sobressaem porque se aplicam a si *hoje*. Ao ler a lista, pense em si *hoje*. Quando ler uma frase que se aplica a si *hoje*, assinala-a. Se a frase não se aplicar a si, então deixe em branco e passe à seguinte. Lembre-se que só deve assinalar se tiver a certeza que a frase se aplica a si *hoje*.

Por causa das minhas dores nas costas ou na perna (ciática) *hoje*:

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas ☐
2. Mudo frequentemente de posição para pôr as costas numa posição confortável ☒
3. Ando mais devagar do que é costume por causa das minhas costas ☐
4. Por causa das minhas costas não consigo fazer nenhum dos trabalhos que costumo fazer em casa ☐
5. Por causa das minhas costas, apoio-me no corrimão para subir escadas ☐
6. Por causa das minhas costas, deito-me mais frequentemente para descansar ☐
7. Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em qualquer coisa para me levantar dum sofá ☐
8. Por causa das minhas costas, tento que os outros que me façam as coisas ☐
9. Visto-me mais devagar do que é costume por causa das minhas costas ☐
10. Só consigo estar de pé pouco tempo por causa das minhas costas ☐
11. Por causa das minhas costas, tento não me dobrar ou ajoelhar ☐
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa das minhas costas ☐
13. Estou quase sempre com dores nas costas ☐
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas ☒
15. Não tenho muito apetite por causa das dores nas costas ☐
16. Tenho dificuldade em calçar as meias (ou collants) por causa das dores nas costas ☐
17. Só consigo andar pequenas distâncias por causa das dores nas costas ☐
18. Durmo menos bem por causa das minhas costas ☒
19. Por causa das dores nas costas, preciso de ajuda para me vestir ☐
20. Estou quase todo o dia sentado/a por causa das minhas costas ☐
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas ☒
22. Por causa das dores nas costas, ando mais irritado/a e mal-humorado/a com as pessoas do que é costume ☐
23. Por causa das minhas costas, subo escadas mais devagar do que é costume ☒
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas ☐

© Roland and Morris Questionnaire: Roland, M. and Morris, R., 1982

© Versão Portuguesa. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2002

Apêndice 2.4: Registo clínico Utente 4

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Dados Pessoais	
Nome: Utente 5	Nacionalidade: Portuguesa
Idade: 33 anos	Profissão: Professora
Sexo: Feminino	Residência: XXX
Estado civil: Casada	Fisioterapeuta: Margarida Silva
Dados Clínicos	
Motivo do Pedido de Intervenção: Pós-parto de 8 meses, queixas de dor na relação sexual desde o parto submetido a episiotomia (dispareunia pós-parto).	
Diagnóstico Médico: Não existe diagnóstico médico uma vez que a fisioterapia foi o profissional de 1º contacto.	
Data da avaliação: 23/11/2022	Frequência de tratamentos: 1x p/semana
Consentimento informado: Verbal [] Escrito [X] (Apêndice 2.4.1)	

EXAME SUBJETIVO/RECOLHA DE DADOS

HISTÓRIA

História atual: Utente do sexo feminino, 33 anos, caucasiana, casada e professora (ainda de licença). Decidiu iniciar fisioterapia pélvica pois apresentava algumas queixas no pós-parto no que toca à cicatriz de episiotomia e relações sexuais (+/- 8 meses pós-parto). A utente soube que a fisioterapia pélvica a poderia ajudar depois de ter tido referência de uma amiga que também tinha realizado este acompanhamento no pós-parto.

História Ginecológica: Ciclo regular, ainda não voltou a menstruar desde o parto. A tomar pílula de amamentação.

Gravidez: Utente referiu que foi relativamente tranquila, com algumas náuseas durante o 1º trimestre, ao longo da gravidez e queixas algícas ao nível da região lombar. Praticou yoga e caminhadas ao longo da gravidez, de forma a manter-se ativa. Como suplementação, fez gestacare e ferro.

Parto: Utente mencionou que foi um parto traumático e complicado. Foi a primeira gravidez da utente e o parto ocorreu no dia 26/04/2022, às 40 semanas + 2 dias de gestação (recém-nascido com 3,100kg). O início do trabalho de parto foi espontâneo, ocorreu rutura de bolsa e iniciaram as contrações. Foi de seguida para o hospital e quando chegou encontrava-se com 2cm de dilatação.

O trabalho de parto teve a duração de cerca de 14 horas. Durante o trabalho de parto não lhe foi dada muita liberdade de movimentos. Pediu e levou epidural quando estava nos 6cm de dilatação. Na altura do período expulsivo, este foi realizado na posição de semideitada, posição esta que não foi a mais confortável para a utente, mas não lhe tendo sido dada liberdade para se colocar noutra posição. O expulsivo teve a duração de cerca de 20 minutos, sendo que foi submetida a episiotomia pois, segundo o médico obstetra presente, “era preciso cortar para ajudar o bebé a sair” sic. Referiu que quando o médico obstetra suturou o corte, foi bastante doloroso e desconfortável.

Pós-parto mais imediato: Os lóquios/perdas de sangue duraram cerca de 6 semanas. A utente encontra-se ainda a amamentar. Refere que a amamentação correu bem desde o início. Refere que ainda não retomou a atividade física da forma que gostaria, mas que ainda não teve tempo para se dedicar a isso. Refere que teve muitas queixas no pós-parto ao nível da vulva e cicatriz de episiotomia, não conseguia mexer-se bem nem se sentar em condições, sendo que a questão do sentar melhorou, entretanto. Ao nível de higiene também foi complicado, uma vez que não conseguia tocar nem olhar para a cicatriz. Nas idas à casa de banho o urinar e defecar também era desconfortável e causava queixas na cicatriz, mas acabou por melhorar.

Função Miccional: Sem grandes queixas a este nível. Desconforto que sentia antes melhorou.

Função Gastrointestinal: Regularizou desde o parto não sentido já grande desconforto e queixas.

Relações Sexuais: Nenhuma dor ou outros problemas durante a atividade sexual antes do nascimento são relatados e esta função é considerada bastante satisfatória. Tentou retomar as relações sexuais cerca de 3 meses após o parto, sempre com dor e sensação de ardor associada. As queixas são mais na penetração inicial e que são de tal forma dolorosas que por vezes não consegue mesmo continuar. A utente refere sentir a zona tensa. Esta situação está a afetar bastante a sua vida.

Queixas sentidas pela utente neste momento: Queixas ao nível da cicatriz da episiotomia e desconforto, e afirma que na relação sexual apresenta queixas desde o parto. Relativamente à severidade das queixas ao nível da relação sexual a utente classifica-as na escala visual analógica (EVA) como um 10/10. Relativamente à cicatriz, quando palpada a utente classifica as queixas como um 8/10 na EVA (Escala Anexo 2).

Dor: Relação sexual



Dor: Cicatriz episiotomia



Estado geral: A utente não apresenta atualmente quaisquer comportamentos de risco. IMC é de 21,3 kg/m².

Antecedentes: Não apresenta histórico de outras patologias relevantes nem antecedentes pessoais significativos. Não foi realizado qualquer tratamento/intervenção relativamente ao episódio atual, referindo também nunca ter realizado fisioterapia anteriormente. De momento não se encontra a tomar qualquer medicação.

Estado emocional: Apresentou-se na sessão um pouco desanimada com a situação e cansada, mas com muita vontade de melhorar. Refere que a situação está a afetar bastante a sua vida, especialmente a intimidade com o seu marido e bem-estar no dia a dia e por isso quer mesmo resolver a situação ao máximo. Relativamente à cicatriz a utente refere que ainda não consegue olhar para ela nem tocar muito pois ainda é muito incomodativo e doloroso.

História anterior relevante: Sem nada a relatar.

História médica/cirúrgica (antecedentes pessoais): Sem antecedentes pessoais relevantes. Sem comportamentos de risco.

Medicação: Não se encontra a tomar qualquer medicação de momento.

Atividade Física: De momento não se encontra a fazer nada ainda. Só mais caminhadas.

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

+ : É casada, vive com o marido e aparenta ter um ambiente familiar relativamente estável e apoio, e uma situação socioeconómica estável. É colaborante e empenhada.

- : Baixa autoestima e muito em baixo e ansiosa com toda a situação.

Limitações da atividade referidas pelo utente:

- Dificuldade em ter relações sexuais e dificuldade em relacionar-se intimamente com o marido neste momento.

- Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas e desmotivação.

- Dificuldade em cuidar da cicatriz (por dor e por não querer olhar nem tocar).
- Dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação.

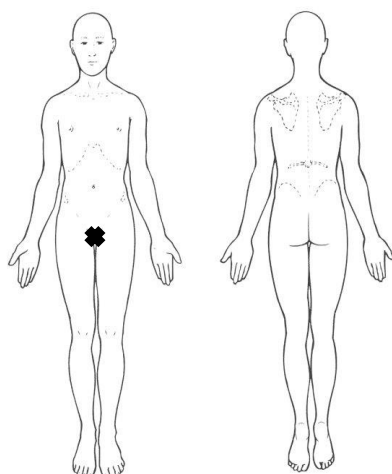
Restrições da Participação referidas pelo utente:

- Dificuldade nas relações sociais e dificuldade em estar com pessoas e falar acerca do assunto pela forma como a situação a está a afetar.

Outros dados clínicos (exames complementares): Não foram realizados exames complementares de diagnóstico.

Expetativas da utente: Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e voltar a “sentir-me bem comigo e a conseguir ter relação sexual sem dor e sem queixas ao nível da cicatriz” sic.

Utente XXXXX
Região de dor ❀



PLANEAMENTO DO EXAME FÍSICO – O caso é elegível?

É de extrema importância avaliar o pavimento pélvico e função do mesmo e toda a zona da cicatriz. É um caso elegível para fisioterapia e deve haver trabalho de equipa com psicólogo e /ou terapeuta sexual (deve ser recomendado o acompanhamento do mesmo).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No Anexo 10 apresenta-se a triagem recolhida para o caso. Sem alterações de sistemas. De realçar este ser um caso elegível para fisioterapia diretamente e ser muito importante a intervenção no mesmo. Deve haver trabalho de equipa multidisciplinar com terapeuta sexual e /ou psicólogo,

para que tudo corra da melhor forma e permita à utente ter o melhor acompanhamento e recuperação possíveis. Algumas *red flags* devem ser tidas em atenção, nomeadamente alterações de comportamento e estados depressivos progressivos apresentados pela utente, fisicamente, estar atentos a sangramentos vaginais, sangramentos durante a relação sexual, infeções, perda de peso repentina, menstruações muito dolorosas, febre, mal estar generalizado, sintomas de patologias ginecológicas (como cancro) e feridas ou alterações ao nível da vulva e/ou vagina (Chou *et al.*, 2015; Lamont *et al.*, 2012; Rogers *et al.*, 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

EXAME OBJETIVO/ FÍSICO

OBSERVAÇÃO:

Avaliação global do estado da utente: Consciente e colaborante, ansiosa e triste com toda a situação. Sem qualquer tipo de limitações na mobilidade.

Avaliação postural e alinhamento da coluna e pélvis: Sem alterações significativas, nem queixas a esse nível.

Diástase: Avaliada a zona da barriga, tónus muscular e a presença de diástase abdominal. Utente deitada em decúbito dorsal e com os joelhos fletidos a 90°. Foi ensinada e requerida a contração abdominal (abdominal *crunch*), sendo solicitado à utente que levantasse a cabeça e os ombros até que as suas omoplatas deixassem de tocar na marquesa. Em seguida os dedos da fisioterapeuta foram colocados verticalmente na linha alba e utilizando o centro do umbigo como referência, as medidas foram realizadas em dois locais previamente marcados: 2 cm acima do umbigo e 2 cm abaixo. Foi também utilizado o ecógrafo para avaliar a diástase em termos de funcionalidade e para ter mais precisão na medição da mesma. Sem alterações significativas, não apresentando diástase para os valores normativos para primíparas (Mota *et al.*, 2015). Através da avaliação com recurso ao ecógrafo podemos constatar que a diástase presente era funcional, mantendo a tensão quando feita a contração abdominal e não apresentado abaulamento da linha alba (“budging”).

Avaliação mais externa de toda a musculatura que terá influência no pavimento pélvico, bem como o padrão respiratório presente: Através da palpação dos músculos foi possível notar alguma tensão ao nível da zona do abdómen, ao nível do diafragma, músculo transverso e ao nível dos músculos adutores, piriforme e glúteos. Quando feita a palpação das queixas - 5/10 EVA. Padrão respiratório mais paradoxal.

Foi realizada uma explicação do procedimento, abordando a anatomia da região pélvica e da musculatura, enfatizando a importância dessa avaliação para compreender o que pode estar afetado

e justificar as queixas apresentadas pela utente. Nesse contexto, foi obtido o consentimento da utente para realizar a palpação vaginal e também para participar do registo clínico e do relatório.

Avaliação vulva: Inspeccionada toda a zona da vulva em busca de anomalias, cicatrizes e cor da mucosa. Foi detetada a cicatriz de episiotomia e a mucosa encontrava-se mais avermelhada e irritada. De seguida procedeu-se à palpação da musculatura mais superficial, e a utente referiu algumas queixas nomeadamente nos músculos isqueocavernoso, bulboesponjoso e transverso superficial do períneo, classificou como 6/10 na EVA e ao toque foi possível observar que a musculatura se encontrava com alguma tensão. Foi também observada a contração do pavimento pélvico exteriormente e pedindo à utente para contrair o pavimento pélvico é observada uma ténue contração. Foi pedido para relaxar e não foi observado relaxamento.

Avaliação cicatriz: Cicatriz e zona circundante (mucosa) ainda se encontra um pouco avermelhada e a cicatriz apresenta-se hipertrófica. A incisão feita foi média-lateral direita, sendo o tipo de incisão mais comum. Para além disso a cicatriz foi medida, apresentando uma dimensão de cerca de 3,5cm. A cicatriz apresenta pouca mobilidade e tem algumas aderências. Para além disso ao toque a utente referiu logo queixas álgicas (segundo EVA um 8/10), e referiu hipersensibilidade na zona da cicatriz que refere fazer com que o toque na cicatriz se torne mais complicado. A dor é 8/10 EVA ao nível da cicatriz (ao toque), segundo a utente.

Palpação vaginal: Utente em decúbito dorsal com os membros inferiores semiflexionados e ligeiramente abduzidos sobre a marquês e cobertos com uma toalha. Introduzido o dedo indicador (usando lubrificante e luvas), na entrada vaginal. Referidas algumas queixas quando sentiu tocar na cicatriz e zona circundante e a zona encontrava-se com pouca flexibilidade e encurtada (hiato com pouca flexibilidade) - queixas 8/10 na EVA. Contraiu a zona de forma automática, mas depois com calma e tendo feedback da mesma, foi possível introduzir um pouco mais o dedo.

Musculatura interna pavimento pélvico: Palpada toda a musculatura mais superficial e profunda para avaliar o tónus e em busca de pontos dolorosos presentes. A musculatura encontrava-se com tónus aumentado apresentando elevada resistência ao toque e à tentativa de estiramento, em especial no músculo elevador do ânus que apresentava tónus mais aumentado e mais pontos dolorosos - queixas de 7/10 na EVA.

Avaliação função do pavimento pélvico e força: Utilizando o esquema PERFECT (Anexo 3), primeiro foi avaliada a força dos músculos do pavimento pélvico conforme a escala *Oxford* Modificada (Anexo 4) (P). Em seguida, foram observados aspetos como a manutenção da contração (E - Endurance), o número de repetições das contrações (R - Repetition) e o ritmo das contrações rápidas (F - Fast). Além disso, foi verificado a elevação da parede posterior da vagina durante a contração (E - Elevation), a co-contração dos músculos abdominais inferiores durante a

contração do pavimento pélvico (C - Co-contractions) e a resposta dos músculos do pavimento pélvico a situações de aumento repentino de pressão intra-abdominal, como a tosse (T - Timing). Consciência do pavimento pélvico e do que tem que fazer para tentar contrair. Os resultados obtidos foram 3/5/4/3 (contração de grau 3, mantida por 5 segundos, repetida 5 vezes, seguida de 3 contrações rápidas). Amplitude da contração baixa pois a utente no seu “normal” já se encontra em contração (hiperatividade). Relativamente às restantes letras, existe uma elevação ténue da parede posterior, os músculos abdominais inferiores têm tendência a contrair e perante o teste da tosse a musculatura revela uma contração involuntária automática.

Avaliada a capacidade de relaxamento do pavimento pélvico, após ser feita uma contração:

Não tem capacidade de relaxamento, apresentando um pavimento pélvico hiperativo.

Avaliação prolapso: A utente não relata sensação de peso ou protusão vaginal e/ou anal, e quando feita a avaliação, pedindo à utente que inspirasse, trancasse o ar e em seguida fizesse força no pavimento pélvico para “fora” (manobra de valsalva), não foi observada qualquer descida de órgãos pélvicos.

Avaliação das queixas na relação sexual: Queixas (10/10 EVA) na penetração inicial e na maior parte das vezes é tão doloroso que não consegue continuar. Doloroso em qualquer posição, mesmo com o recurso a um lubrificante. Sente desejo e excitação, mas com as dores que sente cada vez que tenta, não consegue continuar e perde logo a vontade, o que está a afetar bastante a sua vida, especialmente a intimidade com o marido. Ultimamente refere que já não tenta de todo (há cerca de 1 mês e meio) por medo da dor.

Questionário *Female Sexual Function Index-6* - FSFI-6 (Anexo 11)

O FSFI-6, na sua forma atual, é um questionário de preenchimento rápido e resposta simples (Santos Pechorro *et al.*, 2016). Permite avaliar a disfunção sexual feminina. O resultado total da escala obtido pela soma dos itens pode variar entre 2-30, com os valores mais altos a indicarem melhor função sexual. Foi obtido um total de 2 que corresponde à pontuação mais baixa e corresponde a um pior funcionamento sexual (Apêndice 2.4.2).

Principais problemas após avaliação subjetiva e objetiva

- Dor na relação sexual (mais na penetração inicial) – dispareunia;
- Dor e hipersensibilidade da cicatriz de episiotomia e vulva;
- Aumento do tónus muscular e pontos dolorosos nos músculos do pavimento pélvico;
- Hiperatividade dos músculos do pavimento pélvico;

- Diminuição da força dos músculos do pavimento pélvico;
- Baixa autoestima e preocupação com toda a situação (parte psicológica).

Diagnóstico: CIF

Identificação dos problemas segundo a CIF	
Principais problemas	Alterações da estrutura e função
	• Dor na cicatriz de episiotomia e períneo (b28012) • Queixas algícas na relação sexual (mais na penetração inicial) (b6700) • Diminuição da força muscular e resistência dos músculos do pavimento pélvico (musculatura mais profunda (elevador do ânus)) (b7300) e (b7400) • Aumento do tônus muscular nos músculos mais superficiais do pavimento pélvico e também o nível dos músculos profundos (b7350) • Hipersensibilidade zona vulva e cicatriz (b270)
	Limitação da atividade
	• Dificuldade em ter relações sexuais com marido e relacionar-se intimamente com o marido neste momento (d770) • Dificuldade na sua rotina diária pelas queixas sentidas e desmotivação (d230) • Dificuldade em cuidar da cicatriz (por dor e por não querer olhar para ela e tocar-lhe depois do trauma) (d520) • Dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação (d240)
	Restrição da participação
	• Dificuldade nas relações sociais e dificuldade em conviver com pessoas e falar acerca do assunto pela forma como a situação a está a afetar. (d750)
Principais problemas	
• Dor na relação sexual (mais na penetração inicial) – dispareunia no pós-parto • Dor e hipersensibilidade da cicatriz de episiotomia e vulva • Aumento do tônus muscular e pontos dolorosos nos músculos do pavimento pélvico • Hiperatividade dos músculos do pavimento pélvico • Diminuição da força dos músculos do pavimento pélvico • Baixa autoestima e preocupação com toda a situação	

Identificação dos fatores contextuais	
Fatores pessoais	Fatores ambientais
• Motivada (+) • Colaborante (+) • Baixa-autoestima (-) • Ansiedade (-) • Baixo nível de atividade física (-)	• Situação socioeconómica estável (+) • Apoio familiar (+)

Diagnóstico em Fisioterapia

Com base nessas informações, foi estabelecido o diagnóstico em Fisioterapia para o estudo de caso em questão. Trata-se de uma utente do sexo feminino, com 33 anos, que apresenta as seguintes condições: dor na relação sexual, especialmente durante a penetração inicial (dispareunia pós-parto), dor e hipersensibilidade na cicatriz da episiotomia e na região vulvar, aumento do tônus muscular com pontos dolorosos nos músculos do pavimento pélvico, dificuldade em realizar um relaxamento eficaz com hiperatividade do pavimento pélvico, diminuição da força muscular na região e baixa autoestima e preocupação com toda a situação. Com base nesse diagnóstico, é importante intervir neste caso específico, a fim de promover a recuperação da utente e restaurar sua qualidade de vida o máximo possível.

Prognóstico

No pós-parto há uma grande probabilidade de vir a desenvolver dor na relação sexual, em especial se a mulher for submetida a episiotomia no parto (Cattani *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2018; Moreira & Santos, 2019; Rosenbaum & Ben-Dror, 2009). É de extrema importância intervir nestes casos de forma a restabelecer a melhor função sexual à mulher e ao casal. Acompanhamento semanal (1x por semana) durante 10-16 semanas permite restabelecer completamente, na maior parte dos casos, a função sexual, permitindo que não haja queixas na penetração e permitindo também restabelecer o controlo sem surgir ansiedade na relação sexual (Cattani *et al.*, 2021; Ghaderi *et al.*, 2019). Alguns estudos referem que intervenção durante 12 semanas da fisioterapia, permite obter bons resultados. A utente em causa tem boa probabilidade de recuperação no tempo referido, sendo que o acompanhamento por parte do psicólogo, constitui também um fator de bom prognóstico.

Objetivos (SMART)

Objetivos a Curto Prazo (6 semanas)

- Melhoria na tensão sentida ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere com o pavimento pélvico (adutores, piriforme, glúteos) (5/10 EVA para 3/10 EVA).
- Diminuir queixas ao nível da musculatura superficial mais externa (6/10 EVA para 4/10 EVA).
- Diminuir as queixas sentidas ao nível da cicatriz e a sua mobilidade (8/10 EVA para 6/10 EVA) e melhorar a sensibilidade ao nível da cicatriz e vulva.

- Diminuir a tensão e queixas na musculatura perineal mais superficial (intróito vaginal) (8/10 EVA para ((5/6)/10 EVA).
- Melhorias ao nível do tónus sentido ao nível da musculatura do pavimento pélvico e de pontos dolorosos e queixas algicas existentes (7/10 EVA para 5/10 EVA).
- Promover o correto relaxamento do pavimento pélvico e da musculatura.
- Promover a correta contração e fortalecimento do pavimento pélvico (melhoria nos parâmetros da escala *PERFECT*)
- Diminuir as queixas sentidas na relação sexual e ansiedade sentida e promover o maior controlo – dispareunia no pós-parto (10/10 EVA para 8/10 EVA) e sensação de ardor na penetração.
- Melhorar pelo menos 8/10 pontos no FSIF-6 e 1/2 pontos no domínio dor/desconforto na relação sexual.

Objetivos a Longo Prazo (10-16 semanas)

- Sem tensão sentida ao nível do diafragma e musculatura abdominal e que interfere com o pavimento pélvico (adutores, piriforme, glúteos) – manutenção da mesma (0/10 EVA)
- Sem queixas ao nível da musculatura superficial mais externa (0/10 EVA)
- Sem queixas sentidas ao nível da cicatriz e a sua mobilidade (0/10 EVA) e sensibilidade normal ao nível da cicatriz e vulva.
- Sem de tensão na musculatura perineal mais superficial (intróito vaginal) – (0/10 EVA).
- Sem alterações no tónus muscular sentido ao nível da musculatura do pavimento pélvico e de sem pontos de dor e queixas algicas existentes (0/10 EVA).
- Correto relaxamento do pavimento pélvico e relaxamento total da musculatura.
- Manutenção correta contração e força pavimento pélvico (força máxima 5, resistência e repetições - melhoria nos parâmetros da escala *PERFECT* o mais possível).
- Sem queixas sentidas na relação sexual, sem ansiedade e com controlo total – dispareunia no pós-parto (5/10 EVA para menor dor possível e não significativa e incomodativa se possível 0/10 EVA) e sem sensação de ardor na penetração.
- Pontuação máxima no FSIF-6 (30 pontos) e do domínio dor/desconforto (5 pontos) durante a relação sexual (sem queixas), melhor função sexual, prazerosa e sem queixas.

Intervenção

Depois de toda a avaliação subjetiva e objetiva e de definir os objetivos principais a atingir, foi em seguida delineado o plano de tratamento mais indicado. O plano de intervenção foi baseado na melhor evidência científica disponível mais recente. O tratamento individualizado foi efetuado 1 vez por semana. Foram observados os resultados e feitas duas reavaliações.

- Foi apresentado à utente um modelo anatómico da região pélvica e dos MPP, com o objetivo de deixá-la mais confortável e fornecer todas as informações necessárias para que ela compreenda sua situação. Isso permite que ela se dedique melhor ao tratamento, entendendo de forma mais clara o que está envolvido e como pode se envolver ativamente no processo de recuperação. (Bø & Sherburn, 2005; Bø *et al.*, 2016; Morin *et al.*, 2017; Sigurdardottir *et al.*, 2021). É explicada a importância de cada estrutura, e o seu papel na função sexual.

- Falar sobre a sexualidade com a utente, de forma que se sinta à vontade com o tema, explicar-lhe a importância de explorar o seu corpo e o do parceiro (Lamont *et al.*, 2012; Schultz *et al.*, 2005; Stein *et al.*, 2019).

- Ensino do controlo da respiração e desta forma começar já a trabalhar o relaxamento global, com uma respiração calma e controlada e de preferência abdomino-diafragmática (Moreira & Santos, 2019; Bø *et al.*, 2016; Sigurdardottir *et al.*, 2021; Tayrac & Schantz, 2018).

- Alívio e relaxamento da musculatura e articulações que têm ligação direta com o pavimento pélvico (van Reijn-Baggen *et al.*, 2021). Devem ser mobilizadas, alongadas e massajadas todas essas estruturas (mobilizar sacroilíaca e zona pélvica, alongar e massajar zona abdominal, adutores, glúteos, piriforme), de forma a aliviar o mais possível a tensão e pontos dolorosos presentes. Deve ainda ser realizada massagem e manipulação de tecido conectivo e de alívio de zonas de tensão muscular nestas estruturas, segundo as queixas manifestadas pela utente (Padoa *et al.*, 2021b).

- Massagem da cicatriz. Realizar movimentos em direções opostas ao longo da cicatriz. Realizar movimentos circulares sobre a cicatriz e região circundante. Tentar alongar (dentro dos limites) a cicatriz de modo a promover a sua flexibilidade e ao mesmo tempo quebrar aderências e promover a sensibilidade normal da zona (FitzGerald & Kotarinos, 2003; Gün *et al.*, 2016; L. Liu *et al.*, 2022; Oyama *et al.*, 2004; Wawrykówe *et al.*, 2020). Ensino da automobilização e massagem da cicatriz para realizar diariamente em casa.

- Alívio de tensão e pontos dolorosos na musculatura mais superficial do pavimento pélvico (bulboesponjoso, isqueocavernoso e transverso superficial períneo) deve ser também realizada, massagem miofascial de toda a zona, com ênfase nas zonas mais queixosas (Aderson *et al.*, 2005; Ensor & Newton, 2014; Goldstein *et al.*, 2016). Deve ser também realizada compressão isquémica

entre 10-15 segundos no ponto doloroso de forma a aliviar as estruturas (Oyama *et al.*, 2004). Deve ser realizada massagem e alongamentos das zonas e estruturas que apresentem estes pontos de forma a facilitar o seu alívio e desaparecimento.

- Incentivar a utente a tocar-se a ela própria e a conhecer o seu corpo, pois é a melhor forma de saber o que sente e que zonas são mais ou menos confortáveis e a olhar a sua vulva e cicatriz ao espelho (realizar em casa) (T. Y. Rosenbaum, 2013; T. Rosenbaum, 2011).

- Técnicas manuais e terapia manual que serão realizadas com a modalidade de palpação vaginal. Para promover o relaxamento da zona mais superficial e ao mesmo tempo ajudar na dor sentida na relação sexual e na sensibilidade da zona, a massagem de alongamento perineal tem bons efeitos nestes casos (Silva *et al.*, 2016). Esta deve ser feita desde a origem até a inserção do músculo com uma quantidade de pressão tolerável (alongando toda a zona da entrada vaginal em movimentos em U e laterais e inferiores), cerca de 5 minutos em cada sessão e deve ser ensinada à utente e de preferência ao companheiro para também ser realizada em casa (Ghaderi *et al.*, 2019; Prendergast, 2017).

- Relaxamento e diminuição do tónus da musculatura mais interna e profunda do pavimento pélvico, através de técnicas de massagem de relaxamento e de alívio miofascial de pontos dolorosos e de alongamento/estiramento da musculatura (através da palpação), de forma a quebrar pontos dolorosos também encontrados (técnicas usadas como descrito anteriormente e usar também compressão isquémica) (van Reijn-Baggen *et al.*, 2021; Trahan *et al.*, 2019).

- Treino dos MPP. É primeiro ensinada a correta contração (movimento de sucção, ascendente), relaxamento (retornar ao estado de repouso inicial antes da contração) e coordenação dos músculos do pavimento pélvico (Bø *et al.*, 2016; Ghaderi *et al.* 2019; Liu *et al.*, 2022; Naess & Bø, 2013; Talli Yehuda Rosenbaum, 2007). É importante reforçar sempre que o relaxamento deve ser eficaz e mais prolongado de forma a potenciar mais o relaxamento e desta forma podemos integrar aqui o recurso ao *biofeedback* (Ensor & Newton, 2014; Gentilcore-Saulnier *et al.*, 2010). As contrações trabalhadas foram as mantidas/lentas, durante cerca de 10 segundos com tempo de relaxamento de 12 segundos, 2 series de 8 repetições. Fazer em casa também.

- Terapia comportamental é muito importante nestes casos (Gentilcore-Saulnier *et al.*, 2010; Rosenbaum, 2013; Pachydakis, 2010). A educação e o treino devem centrar-se no controlo motor adequado, isto é, no relaxamento dos músculos do pavimento pélvico durante a relação sexual, em vez de contrair ou tensionar os músculos por medo da dor.

- Uso de dilatadores, para ajudar a eliminar pontos dolorosos miofasciais, alongar e relaxar mais os músculos do pavimento pélvico e ajudar no alongamento passivo dos tecidos no introito vaginal (Berghmans, 2018; Goldstein *et al.*, 2016; Rosenbaum, 2011).

- Reforçada a importância do trabalho em casa e de cumprir as indicações da terapia comportamental (Padoa *et al.*, 2021a; Prendergast, 2017). Deve também procurar manter uma alimentação equilibrada e manter-se hidratada, pois são fatores que irão contribuir para o seu bem-estar físico e psicológico.

Reavaliação/Resultados

O acompanhamento e intervenção decorreram ao longo de 12 semanas, 1 sessão semanal. Foi realizada uma reavaliação às 6 semanas e outra às 12 semanas.

Reavaliação (6 semanas): 21/12/2022

Avaliação Subjetiva

- Diminuição dos níveis de ansiedade e receio que todas as questões da relação sexual lhe causavam. O acompanhamento pelo psicólogo fez toda a diferença para também controlar esses pensamentos e ansiedade presentes.
- Conseguiu ter muito mais intimidade com o marido e que foi possível explorar muito mais para além da penetração. Refere que as tentativas de penetração foram mais calmas e não tão stressantes sentindo maior controlo.

Avaliação Objetiva

- Melhorias na tensão ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere diretamente com o pavimento pélvico. Classificou as queixas como 2/10 na EVA.
- Padrão respiratório abdomino-diafragmático.
- Na musculatura mais superficial (bulboesponjoso, isqueocavernoso e transverso superficial do períneo), as queixas passaram para um (3/4)/10 na EVA.
- Na cicatriz foi possível notar melhorias, classificando como um 5/10 na EVA. Nota melhorias ao nível da sensibilidade da cicatriz e zona envolvente. Tolerava mais tempo sentada (queixas (2/3)/10 EVA). Vulva apresentava menos irritação.
- Ao nível do intróito vaginal ocorreram melhorias. Maior facilidade de palpação e menos tensão na zona. Queixas 5/10 na EVA.
- Ocorreram melhorias ao nível do tónus nos MPP. A musculatura diminuiu a resistência apresentada. Menos desconforto. Queixas 4/10 na EVA.
- Maior consciência do relaxamento do pavimento pélvico (maior controlo hiperatividade). Mais consciência do pavimento pélvico e da sua contração correta apresentando melhorias nos

parâmetros de força, endurance e repetições (segundo *PERFECT* – força 4, mantida 7 segundos, repetida 6 vezes, e 6 contrações rápidas).

- Ainda sentiu alguma dor na penetração, embora esta tenha sido menor e o desconforto já não seja tão intenso à entrada (6/10 na EVA). Zona da cicatriz mais tolerável na penetração.

Questionários

Questionário FSFI-6 (Apêndice 2.4.3)

Ao nível do questionário FSIF-6 foi possível notar uma melhoria no *score* final (19), subiu 3 pontos no domínio da dor, sendo o objetivo cumprido no prazo estipulado.

Reavaliação (12 semanas): 06/02/2023

Avaliação Subjetiva

- Relação sexual prazerosa e sem grande ansiedade associada. Bom *feedback* do psicólogo.
- Sem queixas ao nível da intimidade com o marido.

Avaliação Objetiva

- Sem queixas de tensão ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere diretamente com o pavimento pélvico. Classificou as queixas como 0/10 na EVA.
- Na musculatura mais superficial, queixas passaram para um 0/10 na EVA.
- Na cicatriz foi possível muito boas melhorias, classificando neste momento como um (1/2)/10 na EVA. Sensibilidade estabilizada. Sem queixas na posição de sentada.
- Ao nível do intróito vaginal ocorreram melhorias, queixas 0/10 EVA.
- Ocorreram melhorias ao nível do tónus nos MPP, não apresentando já grandes alterações. Queixas 1/10 na EVA.
- Melhorias no pp ao nível dos parâmetros de força, endurance e repetições (segundo *PERFECT* – força 4, mantida 7 segundos, repetida 6 vezes, e 6 contrações rápidas).
- Já sem grandes queixas na penetração, (1/2)/10 na EVA. Zona da cicatriz muito mais tolerável na penetração. Mais confiante e com mais autoestima e muito satisfeita com toda a evolução.
- Deverá ter alta em breve.

Questionário

Questionário FSFI-6 (Apêndice 2.4.4)

Ao nível do questionário FSIF-6 foi possível notar ótimas melhorias no *score* final (29), subiu 2 pontos no domínio da dor (sem queixas).

Apêndice 2.4.1: Consentimento Informado Utente 4

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)

Designação do Estudo

Estágio Clínico em Saúde da Mulher: Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Ramo de Especialidade Saúde da Mulher

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, 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.

Tomei conhecimento e consenti a realização da palpação vaginal durante a avaliação e tratamento, pelo Fisioterapeuta.

Tomei conhecimento e consinto estar nos registos clínicos para o relatório da aluna, com a informação acerca do meu caso e intervenção realizada.

Data: 23 / Novembro / 2022

Assinatura do doente: _____

O Fisioterapeuta:

Nome: Margarida Silva

Assinatura: Margarida Silva

Apêndice 2.4.2: Questionário FSFI-6 Utente 4 – avaliação

Avaliar - 23/11/2022

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si **em relação às últimas 4 semanas**. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

Apêndice 2.4.3: Questionário FSFI-6 Utente 4 – reavaliação 6 semanas

Reavaliação – 21/12/2022

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si **em relação às últimas 4 semanas**. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

Apêndice 2.4.4: Questionário FSFI-6 Utente 4 – reavaliação 12 semanas

Reavaliar - 06/02/2023

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si **em relação às últimas 4 semanas**. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
(5)	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	(5)	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	(5)	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	(4)	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
(5)	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	(5)	4	3	2	1

Apêndice 2.5: REFLEXÃO DOS CASOS CLÍNICOS GERAL

Em jeito de conclusão e refletindo sobre os casos clínicos apresentados, podemos destacar a importância da fisioterapia pélvica no tratamento das alterações e patologias mencionadas. A intervenção nesses casos permitiu que a estagiária aprofundasse os seus conhecimentos nessa área e desenvolvesse a sua prática clínica.

No local de estágio, foi possível lidar com uma diversidade de casos clínicos, explorando diferentes realidades na área da fisioterapia em Saúde da Mulher, sempre com o objetivo de proporcionar a melhor qualidade de vida e recuperação às utentes.

Seguindo as recomendações da evidência disponível, utilizaram-se instrumentos e intervenções adequados e completos. Os planos de tratamento implementados nos casos tiveram resultados positivos, evidenciando melhorias significativas. Recebeu-se *feedback* positivo por parte das pacientes, que demonstraram o impacto da intervenção nas suas vidas. A dedicação das pacientes ao processo de recuperação e o cumprimento das recomendações foram essenciais para o sucesso do tratamento.

Durante todo o tratamento e registo dos casos, foi solicitado *feedback* constante e orientação da orientadora de estágio, o que contribuiu para o desenvolvimento profissional da estagiária, fornecendo-lhe ferramentas e conhecimentos necessários.

Ao longo do estágio, percebeu-se a necessidade de realizar mais estudos e pesquisas nessa área, pois as queixas apresentadas pelas mulheres são muito comuns nos dias de hoje e merecem o devido reconhecimento, acompanhamento e informação de que essas alterações não são normais.

Para a estagiária, este relatório e o tratamento dos dados e registos dos casos foram uma experiência enriquecedora, aumentando ainda mais a paixão pelo trabalho e permitindo o desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e o contacto com uma variedade de casos, conforme os objetivos do estágio. Além disso, o processo contribuiu para o desenvolvimento do meu raciocínio clínico, baseado em práticas informadas pela evidência, estimulando a pesquisa e a busca de informações sobre cada caso e suas respetivas alterações, a fim de adequar a intervenção e abordagem da melhor maneira possível.

Apêndice 3: Análise Crítica de 3 CAT (*Critically Appraised Topic*)

Análise Crítica I: “*Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial*” (Anexo 12)

RCT THERAPY STUDY: Os resultados têm validade interna? (Internal Validity)

Qual é a questão clínica? Será que um grupo de mulheres (Grupo Experimental (com intervenção) – GE), com diagnóstico de dispareunia, sujeitas a um programa de técnicas de reabilitação do pavimento pélvico e modificação do tônus dos músculos do pavimento pélvico, vai ter efeitos e melhorias nestas queixas, comparativamente a um grupo de mulheres (Grupo de controlo (sem intervenção) – GC), com diagnóstico de dispareunia que não é sujeito a estas mesmas técnicas?

Pacientes – O ensaio clínico envolveu 64 mulheres com dispareunia que foram encaminhadas para a clínica de fisioterapia pelo uroginecologista da Universidade de Ciências Medicinas de Tabriz. O uroginecologista fez todos os exames necessários e exames laboratoriais relevantes para excluir quaisquer outras causas de dispareunia, exceto problemas a nível muscular.

Intervenção: De 84 mulheres, avaliadas para elegibilidade, 64 mulheres com dispareunia foram randomizadas em dois grupos – Mulheres com dispareunia inseridas no grupo experimental (eletroterapia, terapia manual e treino do PP) receberam 10 sessões de tratamento (1 vez p/semana) durante 3 meses e fizeram exercícios progressivos para os músculos do pavimento pélvico, em casa, todos os dias. A primeira sessão consistiu essencialmente em ganhar consciência do pavimento pélvico e da contração. Não foi realizado nenhum tratamento durante a menstruação. Cada sessão continha 15–20 min de técnicas manuais para libertar pontos dolorosos no pavimento pélvico usando massagem miofascial intravaginal de tecidos moles e massagem intravaginal profunda, e 20–25 min de TENS de alta frequência usando elétrodos intravaginais (a 110 Hz para um pulso de 80 ms duração e intensidade máxima tolerável para aliviar a dor). As participantes também foram instruídas a realizar exercícios graduais para os músculos do pavimento pélvico e receberam instruções sobre como realizar esses exercícios progressivamente a cada semana. Avaliações de força e resistência dos MPP, dor e função sexual foram feitas diretamente antes e após 3 meses de tratamento e na consulta follow-up de 3 meses.

Comparação – Mulheres com dispareunia sem intervenção (grupo de controlo) que não receberam

nenhum tratamento enquanto aguardavam na lista de espera. Foi preferível não ser dado a este grupo qualquer tipo de programa de exercícios de alongamento ou fortalecimento de rotina porque poderia influenciar os MPP e confundir quaisquer resultados.

Outcome(s) – Efeito de um programa de técnicas de reabilitação do pavimento pélvico e modificação do tônus dos músculos do pavimento pélvico num grupo de mulheres (Grupo Experimental (com intervenção) – GE), com diagnóstico de dispareunia, comparativamente a um grupo de mulheres (Grupo de controlo (sem intervenção) – GC), com diagnóstico de dispareunia que não é sujeito a essas técnicas de reabilitação. Os *Outcomes* estudados foram, avaliação da capacidade de contração e relaxamento do pavimento pélvico e avaliação da força e resistência dos MPP (avaliadas usando a escala de *Oxford* modificada (escala de 0-5 graus), através de um exame por palpação vaginal para examinar as contrações e relaxamento do pavimento pélvico), avaliação da intensidade da dor nos pontos dolorosos do pavimento pélvico (avaliada através da escala EVA), e avaliação do funcionamento sexual e queixas na relação sexual (através do questionário FSFI (dividido em seis partes que avaliam desejo (pontuação de 2 a 10), excitação (pontuação de 0 a 20), lubrificação (pontuação de 0 a 20), orgasmo (pontuação de 0 a 15), satisfação (pontuação de 0 a 15) e relação sexual sem dor (pontuação de 0 a 15); a pontuação total varia de 2 a 95).

1a. R- Houve alocação aleatória dos utentes?
No artigo: SIM
Comentário: Os participantes foram randomizados, usando software de alocação aleatória (RAS), em dois grupos (um procedimento de bloco aleatório de tamanho 2 foi usado). Ocultação da alocação do grupo foi realizada.
1b. R- Os grupos eram semelhantes no início do estudo?
No artigo: SIM
Comentário: Sessenta e quatro das 84 mulheres elegíveis foram incluídas e randomizadas para o grupo experimental (n = 32) ou de controlo (n = 32). Os critérios de inclusão foram: dor na área genital antes, durante ou após a relação sexual vaginal e dor superior a 8 numa escala visual analógica (EVA) de 10 cm.
No início do estudo, os dois grupos tinham características iniciais semelhantes, com exceção da intensidade da dor e da força e resistência dos MPP. No estudo na Tabela 1 apresentada é possível ver as características basais dos participantes nos dois grupos (comparada idade, altura, peso, IMC, EVA, FSFI, força do PP e resistência do PP).
2a. A – À parte do tratamento em estudo, os grupos foram tratados de forma igual?

No artigo: NÃO Comentário: O grupo experimental recebeu tratamentos de fisioterapia uma vez por semana durante 3 meses, enquanto o grupo de controlo foi colocado em uma lista de espera e não recebeu nenhum tratamento (não lhes foi dado nenhum programa de exercícios de alongamento ou fortalecimento, de rotina, porque isso poderia influenciar os MPP e confundir quaisquer resultados). Os grupos não foram assim tratados de forma igual uma vez que um grupo foi submetido a um protocolo de intervenção e o outro não.
2b. A – Todos os utentes que participaram no estudo foram considerados? E todos foram analisados dentro do grupo em que foram alocados? No artigo: SIM Comentário: Considerando um intervalo de confiança de 0,95, um poder de 0,8 usando informações obtidas do estudo piloto, eram necessários pelo menos 29 pacientes por grupo, que foi aumentado para 32 pacientes por grupo tendo em consideração uma taxa de abandono de 10%. 84 mulheres com dispareunia foram avaliadas para elegibilidade. 20 foram excluídas (11 não cumpriam os critérios de inclusão, 5 recusaram participar e 4 não participaram por outras razões). O ensaio clínico incluiu assim 64 mulheres com dispareunia que foram randomizadas para o grupo experimental (n = 32) ou de controlo (n = 32), tendo sido todas avaliadas e acompanhadas até ao final, não ocorrendo desistências.
3. M - As medidas foram objetivas e/ou foram os utentes e fisioterapeutas cegos relativamente ao tratamento recebido? No artigo: NÃO Comentário: Apenas o avaliador (um fisioterapeuta especializado em reabilitação do pavimento pélvico avaliou os participantes sem saber a alocação dos grupos) e o investigador encarregado da estatística. Devido à natureza da intervenção e controlo, os participantes e fisioterapeutas não puderam ser “cegos”.

Quais foram os resultados?

1. Qual o tamanho do efeito de tratamento? A comparação dos dois grupos mostrou que houve diferenças significativas entre os grupos após o tratamento. De acordo com os resultados, as mudanças entre os grupos mostraram melhorias significativas no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo. A diferença média na força dos MPP (de acordo com a escala de <i>Oxford</i> de 0-5) entre os grupos foi de 2,01 e a diferença média de resistência foi de 6,26 s. Além disso, a diferença média na pontuação do FSFI (a pontuação varia de 2 a 95) foi de 51,05. Todas as alterações foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$). As mudanças na EVA diminuíram drasticamente no grupo experimental durante o estudo, e a diferença média na pontuação EVA antes e depois do tratamento foi de 7,32. Três meses após a última sessão de tratamento, o grupo experimental continuou a apresentar melhores scores na EVA em comparação com o grupo de controlo (a diferença média entre os grupos foi de 7,57).
2. Quão precisa foi a estimativa de efeito de tratamento?

Em todos os *outcomes* avaliados é possível observar diferenças estatisticamente significativas e relevantes comparando o grupo sujeito a intervenção (grupo experimental) com o grupo não sujeito a intervenção (grupo de controlo). O grupo experimental apresentou melhorias significativas em relação ao de controlo em todos os parâmetros do questionário FSFI e nos scores finais, ocorrendo melhorias na função sexual. A força e resistência dos músculos do pavimento pélvico também teve boas melhorias com a intervenção realizada quando comparado com o grupo de controlo, que não teve qualquer intervenção. Por fim, os scores da escala EVA também tiveram alterações significativas quando comparados os dois grupos.

Todas as diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para um intervalo de confiança de 95% tornando os resultados do estudo precisos e a intervenção foi eficaz.

Os resultados ajudam na tomada de decisão de tratamento do meu utente? (validade externa)

- **Os pacientes no local de prática são tão diferentes dos que o artigo estuda, que faz com que os resultados não se possam aplicar?**

A patologia estudada neste RCT vai de encontro a casos encontrados no local de estágio. Dessa forma, muito do que podemos encontrar neste artigo pode ser transposto para a realidade clínica.

É importante destacar algumas limitações do estudo, como o tamanho reduzido da amostra e a falta de instrumentos de medida mais objetivos e fidedignos, especialmente para avaliar a força e a resistência. No local de estágio, temos observado um aumento nos casos relacionados a essa temática, o que demonstra a importância de abordar esse assunto e intervir de acordo.

O estudo de caso presente neste relatório também trata dessa temática, sendo a intervenção baseada no artigo mencionado e obtendo resultados positivos que corroboram com os encontrados no RCT.

- **O tratamento estudado é possível de implementar no meu contexto?**

O treino dos músculos do pavimento pélvico já mostrou em diversos estudos anteriores que é um tratamento eficaz na melhoria das queixas na função sexual, nomeadamente em casos de disfunção sexual. E neste estudo, em específico, os resultados foram muito positivos, ocorrendo melhorias significativas ao nível das queixas na relação sexual e força do pavimento pélvico, sendo por isso uma forma de intervenção importante nestes casos. Para além disso o questionário aplicado encontra-se também validado para a população portuguesa o que permite aplicar igualmente na prática clínica e no local de estágio.

- **Os benefícios do tratamento são superiores a efeitos prejudiciais?**

Neste caso não existem riscos propriamente ditos para as utentes sujeitas a este tratamento e por isso, tendo em conta os resultados obtidos no estudo, é de extrema importância intervir nestes casos procurando obter melhorias em todos os parâmetros avaliados.

Devem ser feitos mais estudos neste sentido de forma a apoiar estes resultados e permitir a existência de evidência científica de qualidade.

Análise Crítica II: *“Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial”* (Anexo 13)

RCT Therapy Study: *Os resultados têm validade interna?* (**Internal Validity**)

Qual é a questão clínica? Será que a massagem perineal pré-natal é eficaz na redução do trauma perineal e das morbilidades no pós-parto?

Pacientes – Mulheres grávidas pela primeira vez (primíparas).

Intervenção - O grupo intervenção recebeu massagem perineal pré-natal. Todas as mulheres grávidas pela primeira vez (primíparas), com gestações únicas, sem complicações e em apresentações cefálicas, com 34–36 semanas de gestação e sem contrações uterinas, foram elegíveis para o estudo.

Comparação – O grupo experimental (com intervenção) foi então comparado com o grupo de controlo (sem intervenção) que não foi sujeito à massagem perineal pré-natal, sendo observadas as diferenças entre grupos.

Outcome(s) – Foi observado o efeito da massagem perineal, realizada em grávidas, na redução do trauma perineal e das morbilidades no pós-parto. Os *Outcomes* primários incluíram a proporção de pacientes com períneo intacto após o parto; taxa de episiotomia; e as taxas de laceração perineal de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau. Períneo intacto foi definido como aquele períneo no qual não há laceração perineal ou episiotomia após o parto. Os *Outcomes* secundários incluíram a incidência de rutura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, infeção do trato

urinário, asfixia no parto, sepsis neonatal, incontinência urinária, incontinência fecal e incontinência de gases, às 6 semanas e 3 meses pós-parto.

1a. R- Houve alocação aleatória dos utentes?
No artigo: SIM Comentário: As mulheres elegíveis foram randomizadas para o grupo de intervenção (A) ou grupo de controlo (B). A randomização dos participantes foi adaptada de um estudo recente. A randomização dos participantes foi realizada usando um gerador de sequência aleatória baseado em computador (RANDOM.ORG) desenvolvido por um estatístico que foi “cego” no estudo. Envelopes opacos selados, foram rotulados sequencialmente de 1 a 122; cada envelope numerado continha um papel branco de 5 × 9 × 5 cm rotulado como 'A' para grupo de intervenção ou 'B' para grupo de controlo com base na randomização. Os envelopes foram entregues a um médico estagiário (terceiro), sem conhecimento dos objetivos do estudo (“cego”). Os números de série de 1 a 122 foram atribuídos consecutivamente aos participantes durante o recrutamento.
1b. R- Os grupos eram semelhantes no início do estudo?
No artigo: SIM Comentário: Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação às suas características iniciais, incluindo idade materna, idade gestacional no recrutamento, idade gestacional no parto e paridade. Os grupos tinham então características iniciais semelhantes. No estudo na Tabela 1 apresentada é possível ver as características basais dos participantes nos dois grupos.
2a. A – À parte do tratamento em estudo, os grupos foram tratados de forma igual?
No artigo: NÃO Comentário: Não, pois o estudo não o permitia. Sendo um grupo sujeito a uma intervenção durante um determinado período e outro não, os grupos não puderam ser tratados de forma igual.
2b. A – Todos os utentes que participaram no estudo foram considerados? E todos foram analisados dentro do grupo em que foram alocados?
No artigo: NÃO Comentário: Um total de 122 mulheres grávidas elegíveis foram recrutadas para o estudo. 108 deram à luz no hospital onde ocorreu o estudo. Nove deram à luz noutro lugar, enquanto cinco desistiram voluntariamente após os maridos terem recusado. Das 108 participantes, 53 estavam no grupo de intervenção (sujeito à massagem perineal pré-natal), enquanto 55 estavam no grupo de controlo (sem intervenção). 5 mulheres perderam o acompanhamento após o parto em cada grupo; assim, 48 mulheres no grupo de intervenção e 50 mulheres no grupo de controlo foram acompanhadas com sucesso por 3 meses após o parto.
3. M - As medidas foram objetivas e/ou foram os utentes e fisioterapeutas cegos relativamente ao tratamento recebido?

No artigo: NÃO

Comentário: No estudo em causa não foi possível que todos os participantes e clínicos envolvidos fossem “cegos”. Os participantes souberam a intervenção a que estavam sujeitos e eles próprios também a realizaram. Os médicos obstetras foram “cegos” quanto aos grupos de participantes no estudo. Os clínicos encarregues de ensinar a massagem e supervisionar não foram “cegos”. A randomização foi feita por um investigador “cego”.

Quais foram os resultados?

1. Qual o tamanho do efeito de tratamento?

Vinte e sete mulheres (27/53, 50,9%) no grupo de intervenção tiveram um períneo intacto após o parto vaginal, em comparação com 16 (16/55, 29,1%) no grupo de controlo. A diferença observada foi estatisticamente significativa ($p = 0,02$).

A incidência de episiotomia foi significativamente menor no grupo de intervenção do que no grupo de controlo [20/53 (37,7%) vs 32/55 (58,2%); $p = 0,03$]. A incidência cumulativa de incontinência de gases após o parto foi significativamente menor no grupo de intervenção do que no grupo de controlo [8,3% (4/53) vs 26,0% (13/55); $p = 0,03$]. No entanto, não houve diferenças significativas na incidência de IU e IF entre os dois grupos ($p > 0,05$).

Não houve diferença significativa entre os dois grupos com relação: à incidência de lacerações espontâneas ou localização específica das lacerações, rutura prematura das membranas, trabalho de parto prematuro, ITU materna, pontuação de Apgar dos recém-nascidos em 5 min, peso neonatal ao nascer e incidência de sépsis neonatal, tipo de parto, duração dos diferentes estágios do trabalho de parto e necessidade de intensificação do trabalho de parto com ocitocina ($p > 0,05$).

Pelos resultados do estudo a massagem perineal parece ter um efeito benéfico e ser uma importante abordagem na preparação para o parto, adequado a cada mulher.

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

A massagem perineal nas últimas semanas de gestação reduz a probabilidade de episiotomia, aumentando assim a incidência de períneo íntegro e intacto após o parto. Também reduz o risco de incontinência urinária e de gases. Os resultados a este nível foram precisos e estatisticamente significativos para um intervalo de confiança de 95%.

As grávidas devem, portanto, ser informadas sobre os prováveis benefícios dessa técnica e devem receber informações sobre a melhor forma de esta ser realizada. A técnica também deve ser considerada uma prática de rotina pré-natal de forma a reduzir a incidência de trauma perineal e incontinência de gases após o parto vaginal.

Os resultados ajudam na tomada de decisão de tratamento do meu utente? (validade externa)

- **Os pacientes no local de prática são tão diferentes dos que o artigo estuda, que faz com que os resultados não se possam aplicar?**

Não. As pacientes na Aldeia Raiz vão de encontro à população à qual este estudo se dirige. Mulheres grávidas, sendo a primeira gravidez (primíparas). É importante ter noção dos benefícios e de que forma a massagem perineal realizada durante a gravidez pode ajudar a agilizar o parto e diminuir o risco de sequelas no pós-parto. No local de estágio é uma população muito presente que cada vez mais procura o acompanhamento por parte da fisioterapia e em particular com a preparação do períneo através da massagem perineal, demonstrando o crescimento da área e a preocupação das mulheres grávidas em ter esta ajuda.

- **O tratamento estudado é possível de implementar no meu contexto?**

Sim. A intervenção descrita neste estudo é replicável no local de estágio e vai de encontro ao seguido pelos profissionais do mesmo. É uma técnica importante no acompanhamento das grávidas e este estudo com os resultados positivos atingidos demonstra essa mesma importância. Esta técnica tem tido bom *feedback* e resultados no local de estágio indo de encontro aos do artigo em questão.

- **Os benefícios do tratamento são superiores a efeitos prejudiciais?**

Sim. Esta intervenção se for bem realizada, ensinada e replicada, nas sessões, com a fisioterapeuta e em casa, pelos participantes, trará bons benefícios e não existem grandes riscos associados, se, mais uma vez reforçando, for tudo realizado conforme o recomendado e ensinado. Salvo alguns casos de complicações na gravidez (por exemplo placenta prévia, colo dilatado etc) e risco de parto prematuro, aí não é indicado realizar este tipo de massagem de forma a não colocar em risco a mãe ou o bebé.

Análise Crítica III: “*Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy*” (Anexo 14)

Que questão PICO foi abordada?
No artigo: <i>UNCLEAR</i> Comentário: O objetivo desta revisão foi avaliar sistematicamente a literatura atual sobre a eficácia da intervenção da fisioterapia em pavimentos pélvicos com tónus aumentado. Portanto, a questão deste estudo é: De que forma a fisioterapia nos músculos do pavimento pélvico tem efeito em pavimentos pélvicos com tónus aumentado? É evidenciado o objetivo do estudo, mas não especificada a questão PICO do mesmo. Pela análise do estudo podemos concluir que: P- Mulheres ou homens com idade superior a 18 anos com queixas de PP com tónus aumentado I - Nos estudos incluídos a duração do tratamento variou entre 5 e 12 sessões, com sessões entre 30-75 minutos, num período que variou de 5 dias a 3 meses. Os protocolos de fisioterapia do pavimento pélvico nos estudos consistiram em pelo menos 3 das seguintes intervenções: educação sobre anatomia e função do pavimento pélvico e sintomas relacionados; palpação vaginal do pavimento pélvico para propriocepção e orientação de exercícios domiciliares; técnicas manuais para libertação de pontos dolorosos do pavimento pélvico e massagem dos tecidos moles, incluindo alongamento, manipulação externa do pavimento pélvico e músculos adjacentes; técnicas de inserção com dilatadores; exercícios musculares focados na consciência e relaxamento; termoterapia infravermelha; exercícios em casa e treino da bexiga, electroestimulação. C – No objetivo não é explícito se existe comparação ou não, mas pela análise do artigo é possível constatar que não existe comparação entre intervenções, mas é sim analisado um conjunto de intervenções da fisioterapia em pavimentos pélvicos com tónus aumentado e concluído se existem alterações e efeitos benéficos ou não. O – Os <i>outcomes</i> estudados nesta revisão são: Tónus e função muscular, dor, função sexual, sintomas do pavimento pélvico, qualidade de vida e efeito da intervenção percebido pelos utentes.
F - As chances de falha de inclusão de estudos relevantes são reduzidas?

No artigo: *UNCLEAR*

Comentário: Esta revisão sistemática seguiu as diretrizes detalhadas na declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA). Uma pesquisa abrangente da literatura foi realizada usando várias plataformas de pesquisa desde o início até fevereiro de 2020.

Diferentes termos de pesquisa relevantes sobre fisioterapia do pavimento pélvico e pavimento pélvico com tônus aumentado foram usados (aumento de tônus do pavimento pélvico, pavimento pélvico hiperativo, pavimento pélvico não relaxado, disfunção da micção, disfunção da defecação, disfunção sexual, dor pélvica crónica, fisioterapia, *biofeedback* e electroestimulação). As listas de referência dos estudos elegíveis e revisões sistemáticas relevantes foram pesquisadas, para encontrar artigos adicionais que não tivessem surgido na busca principal.

No total, 570 estudos foram identificados por meio de pesquisa eletrónica, dos quais 237 duplicados foram removidos. Dos 333 estudos restantes, 298 foram excluídos com base na triagem do título e do resumo. Trinta e cinco referências foram lidas na íntegra, das quais, 25 referências foram excluídas. Um total de 10 estudos preencheram os critérios de inclusão. Quatro estudos foram RCTs, houve um estudo de caso e 5 estudos de coorte prospetivos. Não foram encontrados estudos a decorrer. Os estudos representaram um total de 581 participantes, os tamanhos das amostras nos estudos variaram de 19 a 138 pacientes. Pacientes com queixas sexuais foram investigados em 2 RCTs e num estudo de coorte prospetivo. Esses estudos envolveram pacientes com dispareunia e vestibulodinia provocada. Pacientes com cistite intersticial e síndrome da bexiga dolorosa foram investigados em 2 RCTs e 1 estudo prospetivo. Pacientes com prostatite crónica e síndrome de dor pélvica crónica foram estudados num RCT, 3 estudos prospetivos e 1 estudo de caso.

É descrito assim, de forma detalhada todos os artigos selecionados e incluídos e as suas características no que toca a população, intervenção, *outcomes* e resultados, bem como toda o processo de seleção desses artigos reduzindo assim as chances de artigos relevantes terem sido esquecidos. Contudo não é completamente claro e para além disso é referido que são selecionados apenas artigos em inglês e com texto completo disponível, pelo que poderiam existir artigos relevantes noutras línguas e artigos relevantes, a que não se teve acesso ao texto completo e que deveriam ter sido incluídos.

A - Os critérios de inclusão para seleção dos artigos eram adequados?

No artigo: SIM

Comentário: Ensaios clínicos randomizados (RCTs), estudos cruzados, estudos de coorte prospectivos e retrospectivos e estudos de caso envolvendo fisioterapia do pavimento pélvico em pacientes com pavimento pélvico com tônus aumentado foram incluídos na revisão. Os critérios de inclusão foram: homens e/ou mulheres (>18 anos) com problemas do pavimento pélvico e queixas sugestivas do pavimento pélvico; tônus muscular diagnosticado por palpação e/ou EMG; descrição adequada da intervenção. Estudos com as seguintes medidas de *outcome* foram elegíveis: tônus muscular do pavimento pélvico, dor, função sexual, qualidade de vida, sintomas do pavimento pélvico e efeito da intervenção percebido pelos utentes. Os estudos deveriam ser originais, disponíveis em texto completo e escritos em inglês.

Foram excluídos estudos com pacientes com doenças neurológicas, baixo tônus muscular do pavimento pélvico, medicamentos, cirurgias, neuromodulação sacral e estimulação percutânea do nervo tibial.

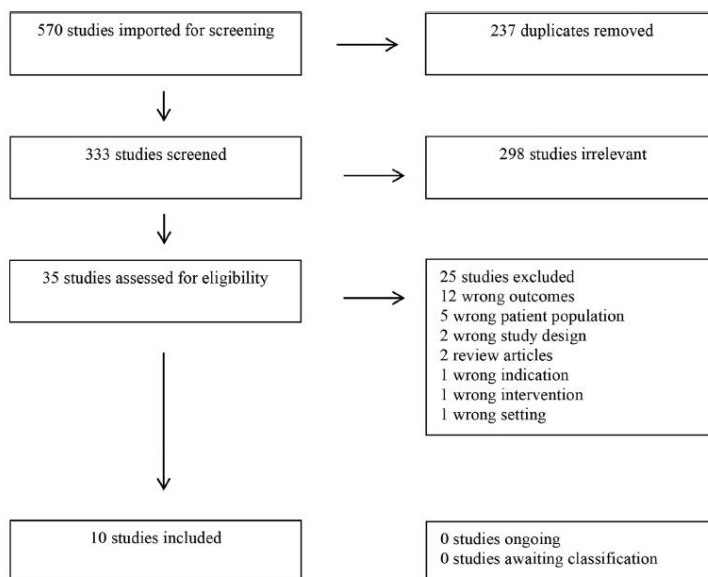


Figure 1. PRISMA flowchart.

Considero que os critérios de inclusão e exclusão foram bem selecionados tendo em conta o objetivo do estudo e os *outcomes* que se pretendiam estudar.

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

No artigo: SIM

Comentário: Os estudos selecionados apresentavam os dados para responder à questão colocada na revisão.

O estudo apresenta dados sobre os artigos que foram analisados, referindo a população estudada, a intervenção utilizada, os *outcomes* e os resultados obtidos. Na revisão são então apresentados dados específicos e detalhados de cada um dos artigos incluídos, através de uma tabela com a sumarização do seu nível de evidência, amostra, intervenção, *outcomes* e resultados, de acordo com a condição e questão descrita, como já referido.

T - Os resultados eram semelhantes entre os estudos?

No artigo: SIM

Comentário: Três dos 4 RCTs encontraram efeitos positivos da fisioterapia no pavimento pélvico em comparação com os grupos de controlo em cinco das seis medições de resultado (tónus e função muscular em repouso do pavimento pélvico, várias características da dor, função sexual, sintomas do pavimento pélvico e efeito da intervenção percebido pelo utente). A qualidade de vida permaneceu inalterada em dois dos três RCTs. Os 5 estudos prospetivos encontraram melhorias significativas do pré ao pós-tratamento em todas as medidas de resultados que avaliaram (tónus e função muscular em repouso em 3 estudos; dor em todos os estudos; função sexual em 1 estudo; sintomas de pavimento pélvico em 4 estudos, qualidade de vida em 4 estudos e efeito da intervenção percebido pelos utentes em 1 estudo). Por fim, o estudo de caso encontrou efeitos positivos em todas as medidas de resultado avaliadas (dor, função sexual, sintomas, qualidade de vida e efeito da intervenção percebido pelos utentes). Tomados em conjunto, os achados desta revisão sistemática sugerem que a fisioterapia do pavimento pélvico pode ser benéfica em pacientes com o pavimento pélvico com tónus aumentado, tendo os resultados sido semelhantes comparando os estudos incluídos na revisão.

Quais foram os resultados?

Como são apresentados os resultados?

A revisão sistemática apresenta várias tabelas relativas aos estudos analisados e aos resultados neles encontrados. Apresenta nos resultados a divisão de acordo com os *outcomes* analisados e as respetivas conclusões encontradas nos diversos estudos. Os *outcome measures* foram: Função e tónus muscular; Dor; Função Sexual; Sintomas do pavimento pélvico; Qualidade de vida; Perceção do efeito da intervenção por parte do utente. A distribuição e análise é realizada de forma detalhada permitindo tirar boas conclusões acerca da questão base da revisão.

Análise de heterogeneidade

Na revisão é referido que dada a marcada heterogeneidade dos estudos, com diferentes indicações, medições de resultados e intervenções, todos os estudos foram revistos narrativamente, de forma a dar maior qualidade à revisão.

A heterogeneidade dos grupos de pacientes e medidas de resultados, o pequeno número de RCTs que atenderam aos critérios de inclusão e a ampla gama de modalidades de tratamento, são limitações apontadas na revisão pelos autores.

Apêndice 4: Folheto informativo – Função sexual no pós-parto

A SUA FUNÇÃO SEXUAL E BEM-ESTAR IMPORTAM!

A Fisioterapia Pélvica tem um papel muito importante neste sentido, fornecendo toda a informação necessária acerca deste período e das alterações que podem ocorrer na função sexual e de que forma podemos intervir e ajudar



**PROCURE-NOS E
ESCLAREÇA TODAS
AS SUAS DÚVIDAS!**

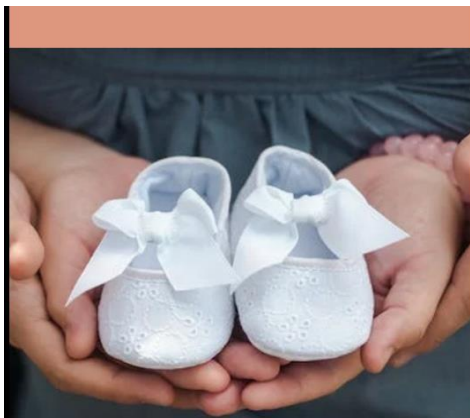
www.aldeiairaiz.com



FUNÇÃO SEXUAL NO PÓS-PARTO

A importância desta
temática nos dias de hoje!

www.aldeiairaiz.com



A saúde sexual é uma componente importante da qualidade de vida de uma pessoa e a função sexual, uma parte essencial da vida, é um fenómeno multidimensional que é influenciado por muitos fatores.

O período do pós-parto é de grandes desafios para a mulher e casal. Após o parto, as mulheres passam por muitas alterações que podem afetar a função sexual.

A função sexual pode sofrer várias alterações durante a gravidez e não retornar aos seus níveis normais durante o período pós-parto.

89% das mulheres retomam a atividade sexual até 6 meses após o parto. As taxas de prevalência de disfunção sexual variam de 41% a 83% aos 2-3 meses pós-parto a 64% aos 6 meses pós-parto. A alta prevalência de distúrbios e queixas na função sexual no pós-parto tem um impacto significativo na qualidade de vida.



Alguns dos fatores que podem afetar a função sexual no pós-parto são:

- Tipo de parto
- Paridade
- Laceração perineal
- Episiotomia
- Amamentação
- Fadiga
- Baixa autoestima e depressão
- Disfunções do pavimento pélvico



No período pós-parto, alterações como dor durante a relação sexual, falta de desejo sexual, secura vaginal e incapacidade de atingir o orgasmo podem afetar o ciclo de resposta sexual da mulher.

É muito importante a comunicação entre o casal e interajuda, procurando respeitar sempre as necessidades de cada um.

Apêndice 5: Questionário *Feedback* (modelo não preenchido)

Questionário de Satisfação e Feedback

(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Cara utente,

O estágio em causa, no âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Saúde da mulher permitiu aprofundar conhecimentos e intervir nesta área, promovendo a prática clínica baseada na melhor evidencia disponível e seguindo os padrões e competências que um fisioterapeuta deve ter em conta.

Como já estou na fase final do estágio e como é uma componente importante para a realização do relatório final de estágio de forma a colmatar toda esta aprendizagem, tenho em seguida um questionário de forma a ter feedback da sua parte relativamente ao desempenho da fisioterapeuta estagiária ao longo das sessões e intervenção e de que forma foi relevante e importante esta intervenção na sua recuperação.

O questionário é anónimo. Os dados são tratados unicamente para o processo de autoanálise das minhas competências, sendo o formulário destruído após a análise das respostas. O preenchimento do mesmo, será considerado como o seu Consentimento Informado.

Assinale com (X) a opção que escolhida em cada item de resposta.

Obrigada pela participação e disponibilidade,

Atenciosamente,

O Fisioterapeuta:

Margarida Silva

Questionário de satisfação e feedback
(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

**SANTA
CASA**
Associação de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Numa escala de 1-5, sendo:
1 – Nada Satisfeita; 2 – Pouco satisfeita; 3 - Satisfeita; 4 – Muito Satisfeita e 5 – Totalmente Satisfeita
Assinale com (X) a opção escolhida:

	Pontuação				
	1	2	3	4	5
1-Abordagem inicial da fisioterapeuta estagiária e primeiro contacto					
2-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de avaliação, baseada na melhor evidencia disponível					
3-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de intervenção, baseada na melhor evidencia disponível					
4-Capacidade de comunicação assertiva e simples, por parte da fisioterapeuta estagiária					
5-Demonstração de interesse e preocupação pela bem-estar da utente, por parte da fisioterapeuta estagiária					
6-Envolvimento da utente ao longo de todas as sessões, estabelecendo objetivos conjuntos					
7-Participação e envolvimento, por parte da fisioterapeuta estagiária, na intervenção					
8-Partilha de informação e explicação de todos os passos da avaliação, prevenção e intervenção, por parte da fisioterapeuta estagiária					
9-Satisfação relativamente aos resultados obtidos após acompanhamento com a fisioterapeuta estagiária					

Observações e feedback que queira acrescentar:

Obrigada pela participação e disponibilidade

Apêndice 6: Questionários *Feedback* (preenchidos)

Questionário de Satisfação e Feedback (Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Cara utente,

O estágio em causa, no âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Saúde da mulher permitiu aprofundar conhecimentos e intervir nesta área, promovendo a prática clínica baseada na melhor evidencia disponível e seguindo os padrões e competências que um fisioterapeuta deve ter em conta.

Como já estou na fase final do estágio e como é uma componente importante para a realização do relatório final de estágio de forma a colmatar toda esta aprendizagem, tenho em seguida um questionário de forma a ter feedback da sua parte relativamente ao desempenho da fisioterapeuta estagiária ao longo das sessões e intervenção e de que forma foi relevante e importante esta intervenção na sua recuperação.

O questionário é anónimo. Os dados são tratados unicamente para o processo de autoanálise das minhas competências, sendo o formulário destruído após a análise das respostas. O preenchimento do mesmo, será considerado como o seu Consentimento Informado.

Assinale com (X) a opção que escolhida em cada item de resposta.

Obrigada pela participação e disponibilidade,

Atenciosamente,

O Fisioterapeuta:

Margarida Silva

Questionário de satisfação e feedback
(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

SANTA CASA
Município de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Numa escala de 1-5, sendo:

1 – Nada Satisfeita; 2 – Pouco satisfeita; 3 - Satisfeita; 4 – Muito Satisfeita e 5 – Totalmente Satisfeita

Assinale com (X) a opção escolhida:

	Pontuação				
	1	2	3	4	5
1-Abordagem inicial da fisioterapeuta estagiária e primeiro contacto					
2-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de avaliação, baseada na melhor evidencia disponível					X
3-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de intervenção, baseada na melhor evidencia disponível					X
4-Capacidade de comunicação assertiva e simples, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
5-Demonstração de interesse e preocupação pela bem-estar da utente, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
6-Envolvimento da utente ao longo de todas as sessões, estabelecendo objetivos conjuntos					X
7-Participação e envolvimento, por parte da fisioterapeuta estagiária, na intervenção					X
8-Partilha de informação e explicação de todos os passos da avaliação, prevenção e intervenção, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
9-Satisfação relativamente aos resultados obtidos após acompanhamento com a fisioterapeuta estagiária					X

Observações e feedback que queira acrescentar:

Excelente Profissional! Muito dedicada.
Agradeço e sei-me muito bem acompanhada.
Sei-me muito melhor e bem graças a si.
Obrigada por tudo e por toda a paciência e
simpatia!

Obrigada pela participação e disponibilidade

Questionário de Satisfação e Feedback

(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Cara utente,

O estágio em causa, no âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Saúde da mulher permitiu aprofundar conhecimentos e intervir nesta área, promovendo a prática clínica baseada na melhor evidencia disponível e seguindo os padrões e competências que um fisioterapeuta deve ter em conta.

Como já estou na fase final do estágio e como é uma componente importante para a realização do relatório final de estágio de forma a colmatar toda esta aprendizagem, tenho em seguida um questionário de forma a ter feedback da sua parte relativamente ao desempenho da fisioterapeuta estagiária ao longo das sessões e intervenção e de que forma foi relevante e importante esta intervenção na sua recuperação.

O questionário é anónimo. Os dados são tratados unicamente para o processo de autoanálise das minhas competências, sendo o formulário destruído após a análise das respostas. O preenchimento do mesmo, será considerado como o seu Consentimento Informado.

Assinale com (X) a opção que escolhida em cada item de resposta.

Obrigada pela participação e disponibilidade,

Atenciosamente,

O Fisioterapeuta:

Margarida Silva

Questionário de satisfação e feedback
(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

**SANTA
CASA**
Município de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Numa escala de 1-5, sendo:

1 – Nada Satisfeita; 2 – Pouco satisfeita; 3 - Satisfeita; 4 – Muito Satisfeita e 5 – Totalmente Satisfeita

Assinale com (X) a opção escolhida:

	Pontuação				
	1	2	3	4	5
1-Abordagem inicial da fisioterapeuta estagiária e primeiro contacto					X
2-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de avaliação, baseada na melhor evidencia disponível					X
3-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de intervenção, baseada na melhor evidencia disponível					X
4-Capacidade de comunicação assertiva e simples, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
5-Demonstração de interesse e preocupação pela bem-estar da utente, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
6-Envolvimento da utente ao longo de todas as sessões, estabelecendo objetivos conjuntos					X
7-Participação e envolvimento, por parte da fisioterapeuta estagiária, na intervenção					X
8-Partilha de informação e explicação de todos os passos da avaliação, prevenção e intervenção, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
9-Satisfação relativamente aos resultados obtidos após acompanhamento com a fisioterapeuta estagiária					X

Observações e feedback que queira acrescentar:

Gostei muito mais por ter tido a sorte de ser
acompanhada pela fisioterapeuta.
Excelente profissional e pessoa! Muito feliz com os
resultados. Obrigada por tudo!

Obrigada pela participação e disponibilidade

Questionário de Satisfação e Feedback

(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Cara utente,

O estágio em causa, no âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Saúde da mulher permitiu aprofundar conhecimentos e intervir nesta área, promovendo a prática clínica baseada na melhor evidencia disponível e seguindo os padrões e competências que um fisioterapeuta deve ter em conta.

Como já estou na fase final do estágio e como é uma componente importante para a realização do relatório final de estágio de forma a colmatar toda esta aprendizagem, tenho em seguida um questionário de forma a ter feedback da sua parte relativamente ao desempenho da fisioterapeuta estagiária ao longo das sessões e intervenção e de que forma foi relevante e importante esta intervenção na sua recuperação.

O questionário é anónimo. Os dados são tratados unicamente para o processo de autoanálise das minhas competências, sendo o formulário destruído após a análise das respostas. O preenchimento do mesmo, será considerado como o seu Consentimento Informado.

Assinale com (X) a opção que escolhida em cada item de resposta.

Obrigada pela participação e disponibilidade,

Atenciosamente,

O Fisioterapeuta:

Margarida Silva

Questionário de satisfação e feedback
(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

SANTA CASA
Município de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Numa escala de 1-5, sendo:

1 – Nada Satisfeita; 2 – Pouco satisfeita; 3 - Satisfeita; 4 – Muito Satisfeita e 5 – Totalmente Satisfeita

Assinale com (X) a opção escolhida:

	Pontuação				
	1	2	3	4	5
1-Abordagem inicial da fisioterapeuta estagiária e primeiro contacto					
2-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de avaliação, baseada na melhor evidencia disponível					X
3-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de intervenção, baseada na melhor evidencia disponível					X
4-Capacidade de comunicação assertiva e simples, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
5-Demonstração de interesse e preocupação pela bem-estar da utente, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
6-Envolvimento da utente ao longo de todas as sessões, estabelecendo objetivos conjuntos					X
7-Participação e envolvimento, por parte da fisioterapeuta estagiária, na intervenção					X
8-Partilha de informação e explicação de todos os passos da avaliação, prevenção e intervenção, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
9-Satisfação relativamente aos resultados obtidos após acompanhamento com a fisioterapeuta estagiária				X	

Observações e feedback que queira acrescentar:

Adeci o trabalho! Muito boa pessoa e profissional!
Parabéns pelo trabalho!

Obrigada pela participação e disponibilidade

Questionário de Satisfação e Feedback

(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Cara utente,

O estágio em causa, no âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Saúde da mulher permitiu aprofundar conhecimentos e intervir nesta área, promovendo a prática clínica baseada na melhor evidência disponível e seguindo os padrões e competências que um fisioterapeuta deve ter em conta.

Como já estou na fase final do estágio e como é uma componente importante para a realização do relatório final de estágio de forma a colmatar toda esta aprendizagem, tenho em seguida um questionário de forma a ter feedback da sua parte relativamente ao desempenho da fisioterapeuta estagiária ao longo das sessões e intervenção e de que forma foi relevante e importante esta intervenção na sua recuperação.

O questionário é anónimo. Os dados são tratados unicamente para o processo de autoanálise das minhas competências, sendo o formulário destruído após a análise das respostas. O preenchimento do mesmo, será considerado como o seu Consentimento Informado.

Assinale com (X) a opção que escolhida em cada item de resposta.

Obrigada pela participação e disponibilidade,

Atenciosamente,

O Fisioterapeuta:

Margarida Silva

Questionário de satisfação e feedback
(Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

SANTA CASA
Município de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Numa escala de 1-5, sendo:

1 – Nada Satisfeita; 2 – Pouco satisfeita; 3 - Satisfeita; 4 – Muito Satisfeita e 5 – Totalmente Satisfeita

Assinale com (X) a opção escolhida:

	Pontuação				
	1	2	3	4	5
1-Abordagem inicial da fisioterapeuta estagiária e primeiro contacto					
2-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de avaliação, baseada na melhor evidencia disponível					X
3-Fisioterapeuta estagiária apresenta boas competências de intervenção, baseada na melhor evidencia disponível					X
4-Capacidade de comunicação assertiva e simples, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
5-Demonstração de interesse e preocupação pela bem-estar da utente, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
6-Envolvimento da utente ao longo de todas as sessões, estabelecendo objetivos conjuntos					X
7-Participação e envolvimento, por parte da fisioterapeuta estagiária, na intervenção					X
8-Partilha de informação e explicação de todos os passos da avaliação, prevenção e intervenção, por parte da fisioterapeuta estagiária					X
9-Satisfação relativamente aos resultados obtidos após acompanhamento com a fisioterapeuta estagiária					X

Observações e feedback que queira acrescentar:

FISIOTERAPEUTA MUITO ATENCIOSA E PREOCUPADA.
DEDICA-SE MUITO AO TRATAMENTO E O MEU BEM-ESTAR
SENTI-ME MUITO BEM ACOMPANHADA E ESTOU
MUITO CONTENTE COM OS RESULTADOS.
PARABÉNS PELO SEU TRABALHO.

Obrigada pela participação e disponibilidade

Apêndice 7: *Feedback* orientadora clínica do local de estágio



A Fisioterapeuta Margarida Silva realizou o seu estágio do mestrado de fisioterapia em saúde da mulher na Aldeia Raiz em Sintra, com a fisioterapeuta Ana Miguel. Durante todo o estágio foi sempre pontual, interessada e muito dedicada aos casos que estava a acompanhar. Quando surgia alguma dúvida questionava e pesquisava para obter mais informação para melhor dar resposta às necessidades da paciente. Penso que a área da saúde da mulher é mesmo a vocação da fisioterapeuta Margarida.

Sintra, 22 de Junho de 2023

Ana Fidalgo Miguel

8. Anexos

Anexo 1: Triage em Fisioterapia Utente 1

UTENTE 1

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Idade:35

Sexo:☒ Feminino ☐

Masculino

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

Perdas de urina quando espirra, tosse ou faz algum esforço mais intenso.

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e voltar a sentir-se bem e confiante no dia-a-dia e conseguir fazer tudo sem ter perdas de urina e estar constantemente preocupada com isso.

☒ Acesso direto ☐ Referenciado pelo profissional:

Fisioterapeuta responsável: Margarida Silva

Data: 22/11/2022

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?

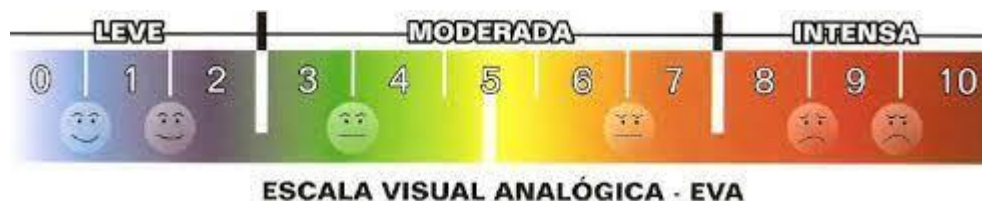
Não

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, infecção, fraturas</i>)	✓	
Dor não relacionada com movimento (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Mal-estar geral (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Febre inexplicada (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Sudorese noturna (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Perda de peso inexplicado (>5kg em duas semanas) (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	
História de cancro (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	

Os elementos desta triagem, devem estar sempre presentes no processo de intervenção e serem reavaliados sempre que se verificarem sinais de alarme. Em patologias específicas, será necessário despistar *Red Flags* específicos a adicionar a esta triagem.

Anexo 2: Escala EVA



Anexo 3: Esquema *PERFECT*

P	Power	Contração voluntária máxima
E	Endurance	Resistência: refere-se ao tempo em que se consegue manter o grau de função muscular alcançado em P
R	Repetitions	Número de repetições em que se consegue manter o grau em P durante o tempo registrado em E. Com intervalos de 4 seg de repouso entre cada contração.
F	Fast	Contrair e relaxar MAP de maneira vigorosa e rápida com o grau em P
E	Elevation	Elevação da parede vaginal durante uma contração voluntária máxima
C	Co-contraction	Co-contração dos músculos acessórios durante uma contração voluntária máxima
T	Timing	Contração involuntária MAP durante a tosse

Anexo 4: Escala *Oxford* Modificada

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

Anexo 5: KHQ (não preenchido)

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

Para ser preenchido pela paciente (tenha a certeza de que toda a informação é registada).
Quando responder a estas questões, tenha em mente a sua experiência nas **últimas 2 semanas**.

1. Como descreveria a sua saúde no presente?

Muito boa Boa Razoável Má Muito má
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Quanto é que pensa que o seu problema de bexiga afecta a sua vida?

De maneira nenhuma Um pouco Moderadamente Bastante
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Em baixo estão algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas de bexiga. Quanto é que o seu problema de bexiga a afecta? Gostaríamos que respondesse a todas as questões. Por favor responda à questão em relação às **2 últimas semanas**. Escolha simplesmente a resposta que se aplica a si.

LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
3. Até que ponto o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas diárias (p.ex. limpezas, compras, etc...)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. O seu problema de bexiga afecta a sua profissão ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

LIMITAÇÕES FÍSICAS / SOCIAIS	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
5. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas (p.ex. dar um passeio, correr, ginástica, etc)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6. O seu problema de bexiga afecta a sua capacidade para viajar?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7. O seu problema de bexiga afecta a sua vida social?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. O seu problema de bexiga limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

RELAÇÕES PESSOAIS	N/R	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
9. O seu problema de bexiga afecta a sua relação com o seu companheiro?	☐ 96	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?	☐ 96	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?	☐ 96	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

EMOÇÕES	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito
12. O problema de bexiga fá-la sentir-se deprimida?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13. O seu problema de bexiga fá-la sentir ansiosa ou nervosa?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14. O seu problema de bexiga fá-la sentir-se mal consigo própria?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

SONO / ENERGIA	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. O problema de bexiga afecta o seu sono?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16. Sente-se cansada?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

FAZ ALGUMA COISA DO QUE SE SEGUE? Se sim, com que frequência?	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17. Usa pensos higiénicos para se manter seca?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
19. Muda a sua roupa interior quando fica molhada ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20. Preocupa-se no caso de cheirar mal?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
21. Fica embaraçada por causa do seu problema de bexiga?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Obrigado. Agora verifique se respondeu a todas as questões.

Anexo 6: Triagem em Fisioterapia Utente 2

UTENTE 2

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Idade:52

Sexo:☒ **Feminino** ☐

Masculino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):
Sensação de peso na zona da vagina que causa desconforto no dia a dia. Sente uma bola a sair da vagina.

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e voltar a não ter sensação de peso e voltar a fazer a sua vida o mais normal possível e a sentir-se bem no trabalho.

☒ **Acesso direto** ☐ Referenciado pelo profissional: **Médico Ginecologista**

Fisioterapeuta responsável: Margarida Silva

Data: 22/11/2022

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		IMC – 26,2 kg/m ²
SISTEMA NERVOSO		
Coordenação de movimentos	✓	
Alterações de sensibilidades nos membros	✓	
Perda de força inexplicada	✓	
Tonturas e enjoos	✓	
Alterações do equilíbrio ou visão	✓	
SISTEMA TEGUMENTÁRIO		
Integridade da pele	✓	
Cor da pele	✓	
Tecido cicatricial	✓	
RED FLAGS GERAIS		
Uso prolongado de cortico-esteroides (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
História de trauma (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor severa que não melhora (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor noturna (<i>Despiste de cancro, infecção, fraturas</i>)	✓	
Dor não relacionada com movimento (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Mal-estar geral (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Febre inexplicada (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Sudorese noturna (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Perda de peso inexplicado (>5kg em duas semanas) (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	
História de cancro (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	

Os elementos desta triagem, devem estar sempre presentes no processo de intervenção e serem reavaliados sempre que se verificarem sinais de alarme. Em patologias específicas, será necessário despistar *Red Flags* específicos a adicionar a esta triagem.

Anexo 7: P-QoL (não preenchido)

QUALIDADE DE VIDA PROLAPSO (P-QoL)	
Nome: _____	Reg: _____
Idade: _____ anos	Hospital: _____ Nº: _____
Data de hoje ____ / ____ / ____	
UM PROLAPSO É UMA "BOLA OU ABAULAMENTO" QUE DESCE PELA VAGINA CAUSANDO DESCONFRONTO POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO	
1. Como você descreveria sua saúde neste momento?	Por favor marque uma resposta
1a. Muito boa	☐
1b. Boa	☐
1c. Regular	☐
1d. Ruim	☐
1e. Muito ruim	☐
2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida?	Por favor marque uma resposta
2a. Não afeta	☐
2b. Um pouco	☐
2c. Moderadamente	☐
2d. Muito	☐

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

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

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

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

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

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

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

6. Limitações Físicas / Sociais

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

7. Relacionamento Pessoal

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

8. Emoções

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

9. Sono / Energia

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

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

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

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

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

Anexo 8: Triagem em Fisioterapia Utente 3

UTENTE 3

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Idade:30

Sexo:☒ **Feminino** ☐

Masculino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):
Grávida de 29 semanas (1ª gravidez) – Preparação para o parto, Lombalgia.

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e sentir-se bem, confiante e preparada o melhor possível para parto, física e psicologicamente, com toda a informação necessária.

☒ **Acesso direto** ☐ Referenciado pelo profissional:

Fisioterapeuta responsável: Margarida Silva

Data: 28/11/2022

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, infecção, fraturas</i>)	✓	
Dor não relacionada com movimento (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Mal-estar geral (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Febre inexplicada (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Sudorese noturna (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Perda de peso inexplicado (>5kg em duas semanas) (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	
História de cancro (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	

Os elementos desta triagem, devem estar sempre presentes no processo de intervenção e serem reavaliados sempre que se verificarem sinais de alarme. Em patologias específicas, será necessário despistar *Red Flags* específicos a adicionar a esta triagem.

Anexo 9: RMQ (não preenchido)

QUESTIONÁRIO DE ROLAND E MORRIS SOBRE INCAPACIDADE

Quando lhe doem as costas, pode ter dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz.

Esta lista contém algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as suas dores de costas. Quando as ler, pode achar que algumas sobressaem porque se aplicam a si *hoje*. Ao ler a lista, pense em si *hoje*. Quando ler uma frase que se aplica a si *hoje*, assinale-a. Se a frase não se aplicar a si, então deixe em branco e passe à seguinte. Lembre-se que só deve assinalar se tiver a certeza que a frase se aplica a si *hoje*.

Por causa das minhas dores nas costas ou na perna (ciática) *hoje*:

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas ☐
2. Mudo frequentemente de posição para pôr as costas numa posição confortável ☐
3. Ando mais devagar do que é costume por causa das minhas costas ☐
4. Por causa das minhas costas não consigo fazer nenhum dos trabalhos que costumo fazer em casa ☐
5. Por causa das minhas costas, apoio-me no corrimão para subir escadas ☐
6. Por causa das minhas costas, deito-me mais frequentemente para descansar ☐
7. Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em qualquer coisa para me levantar dum sofá ☐
8. Por causa das minhas costas, tento que os outros que me façam as coisas ☐
9. Visto-me mais devagar do que é costume por causa das minhas costas ☐
10. Só consigo estar de pé pouco tempo por causa das minhas costas ☐
11. Por causa das minhas costas, tento não me dobrar ou ajoelhar ☐
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa das minhas costas ☐
13. Estou quase sempre com dores nas costas ☐
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas ☐
15. Não tenho muito apetite por causa das dores nas costas ☐
16. Tenho dificuldade em calçar as meias (ou collants) por causa das dores nas costas ☐
17. Só consigo andar pequenas distâncias por causa das dores nas costas ☐
18. Durmo menos bem por causa das minhas costas ☐
19. Por causa das dores nas costas, preciso de ajuda para me vestir ☐
20. Estou quase todo o dia sentado/a por causa das minhas costas ☐
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas ☐
22. Por causa das dores nas costas, ando mais irritado/a e mal-humorado/a com as pessoas
do que é costume ☐
23. Por causa das minhas costas, subo escadas mais devagar do que é costume ☐
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas ☐

Anexo 10: Triagem em Fisioterapia Utente 4

UTENTE 4

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Idade: 33

Sexo: ☒ **Feminino** ☐ Masculino

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

Pós-parto de 8 meses, queixas de dor na relação sexual desde o parto submetido a episiotomia (dispareunia pós-parto). Queixas na cicatriz.

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Espera com esta intervenção deixar de ter dor na relação sexual, melhorar a cicatriz e as queixas na mesma e deixar de ter perdas de urina ao esforço.

☒ **Acesso direto** ☐ Referenciado pelo profissional:

Fisioterapeuta responsável: Margarida Silva

Data: 23/11/2022

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? Psicólogo

☐ Não

Preenchimento: se não existirem alterações, coloque um ✓; se existirem alterações, indique os valores ou descritivo adequado.

REVISÃO GERAL DE SISTEMAS		
SINAL OU SINTOMA	SEM ALTERAÇÕES	COM ALTERAÇÕES
SISTEMA CARDIORESPIRATÓRIO E VASCULAR		
Pressão arterial	✓	
Frequência cardíaca	✓	
Frequência respiratória	✓	
Presença de edema	✓	
SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO		
Amplitudes articulares	✓	
Força muscular	✓	
Simetria geral	✓	
Altura	✓	
Peso	✓	
SISTEMA NERVOSO		
Coordenação de movimentos	✓	
Alterações de sensibilidades nos membros	✓	
Perda de força inexplicada	✓	
Tonturas e enjoos	✓	
Alterações do equilíbrio ou visão	✓	
SISTEMA TEGUMENTÁRIO		
Integridade da pele	✓	
Cor da pele	✓	
Tecido cicatricial	✓	
RED FLAGS GERAIS		
Uso prolongado de cortico-esteroides (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
História de trauma (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor severa que não melhora (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor noturna (<i>Despiste de cancro, infecção, fraturas</i>)	✓	
Dor não relacionada com movimento (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Mal-estar geral (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Febre inexplicada (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Sudorese noturna (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Perda de peso inexplicado (>5kg em duas semanas) (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	
História de cancro (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	

Os elementos desta triagem, devem estar sempre presentes no processo de intervenção e serem reavaliados sempre que se verificarem sinais de alarme. Em patologias específicas, será necessário despistar *Red Flags* específicos a adicionar a esta triagem.

Anexo 11: FSFI-6 (não preenchido)

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si em relação às últimas 4 semanas. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente desconforto ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

Anexo 12: Artigo I - análise crítica RCT

International Urogynecology Journal
https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3

ORIGINAL ARTICLE



Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial

Fariba Ghaderi¹ · Parvin Bastani² · Sakineh Hajebrahimi³ · Mohammad Asghari Jafarabadi^{4,5} · Bary Berghmans⁶

Received: 11 May 2019 / Accepted: 31 May 2019
© The Author(s) 2019

Abstract

Introduction and hypothesis Dyspareunia, the symptom of painful sexual intercourse, is a common sexual dysfunction in reproductive-aged women. Because of its multifactorial etiology, a multidisciplinary approach may be required to treat it. Musculoskeletal factors play an important role; thus, rehabilitating the pelvic floor and modifying the tone of the pelvic floor muscles (PFMs) may be an effective way to treat this dysfunction. The aim of this randomized controlled clinical study was to evaluate the effects of pelvic floor rehabilitation techniques on dyspareunia.

Methods Of 84 women, assessed for eligibility, 64 women with dyspareunia were randomized into two groups: the experimental group ($n = 32$) received electrotherapy, manual therapy, and PFM exercises and the control group ($n = 32$) had no treatment while on the waiting list. Evaluations of PFM strength and endurance, sexual function, and pain were made directly before and after 3 months of treatment and at the 3-month follow-up.

Results Between-group changes showed significant improvement in the experimental group in comparison with control group. Mean difference in the PFM strength (according to the 0–5 Oxford scale) between groups was 2.01 and the mean difference of endurance was 6.26 s. Also, the mean difference in the Female Sexual Function Index score (the score ranges from 2 to 95) was 51.05, and the mean difference in the VAS score was 7.32. All of the changes were statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusions According to the results, pelvic floor rehabilitation is an important part of a multidisciplinary treatment approach to dyspareunia.

Keywords Sexual dysfunction · Dyspareunia · Pelvic floor rehabilitation

Introduction

Dyspareunia is the complaint of persistent or recurrent pain or discomfort associated with attempted or complete vaginal

penetration [1]. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V-text revision (DSM-V-T), dyspareunia is sub-classified in genito-pelvic pain/penetration disorders in which a woman experiences recurrent genital pain before, during, or after vaginal penetration [1]. In the USA, the reported prevalence of dyspareunia was 8% to 21% of women [2]. However, because of cultural differences, the prevalence of dyspareunia is very different in undeveloped or developing countries. In these countries, most women with dyspareunia experience pain during sexual intercourse in their lifetimes, but they do not report their pain or seek treatment because of shame or other cultural factors such as gender superiority. For example, in a study in Iran of 319 women between the reproductive ages of 15 and 49 years, 54.5% of the women had dyspareunia [3].

Despite the high prevalence of dyspareunia, few clinical trials have been performed on the diagnosis and treatment of dyspareunia. It has been proposed that the possible causes of dyspareunia are multifactorial, including pelvic floor injury during vaginal delivery, pelvic inflammatory disease,

Bary Berghmans
bary.berghmans@maastrichtuniversity.nl

¹ Department of Physiotherapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Department of Gynaecology, Woman's Reproductive Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁶ Pelvic Care Centre Maastricht, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands

infection, interstitial cystitis, adhesions, sexual violence, or sexual abuse [4], in addition to psychosocial factors, such as depression, anxiety, or other psychological disorders [5]. The musculoskeletal elements of the pelvic floor play an important role in dyspareunia. Previous literature showed that the pelvic floor muscles (PFMs) become weak and overactive simultaneously in dyspareunia [6, 7].

Because of its multifactorial etiology, a multidisciplinary approach is required to treat dyspareunia. Pelvic floor rehabilitation is an important part of this multidisciplinary treatment approach [8, 9]. An expert physiotherapist in pelvic floor rehabilitation uses different manual techniques (such as myofascial release, intra-vaginal massage techniques, etc.) and modalities (such as transcutaneous electrical neural stimulation [TENS], functional electrical stimulation [FES], heat and cold) to treat dyspareunia. Trigger and tender points have been reported to be one of the musculoskeletal sources of dyspareunia; thus, pelvic floor physiotherapy including manual techniques can play an important role in treating dyspareunia [10]. Manual techniques increase the woman's awareness of her PFMs, may release trigger and tender points, normalize the overactivity, and increase the strength of the PFMs [11]. These aims are reported to be achieved by PFM exercises with or without biofeedback, myofascial release techniques, deep intravaginal massages, and electrotherapeutic modalities [11–13].

According to Bo et al. and Fisher, education also plays an important role in the treatment of dyspareunia [14, 15]. Instructing a woman about the anatomy and function of the PFMs and educating her on how to self-control the activity of these muscles are very important parts of the treatment. In this way, she can relax her pelvic floor muscles when she wants and contract them when needed.

Biofeedback to develop or increase awareness of the patient is an important adjunct to supporting a patient how to realize normal activity of the pelvic floor muscles [16]. Biofeedback by digital palpation is an effective way of achieving this goal because in doing so the pelvic physiotherapist instructs and educates the patient to find and feel the pelvic floor muscles as a prelude to forcing/strengthening the pelvic floor; although it takes more time, it may be more effective than instrumental biofeedback [8, 15].

Myofascial release techniques and intravaginal massage can be useful in improving vascularization and releasing muscle trigger points in the pelvic floor and, thus, can be efficient in treating pain and sexual dysfunction [15–17]. Many of the relevant studies on dyspareunia focused only on pain, and did not examine the strength, activity, and tone of the PFMs.

According to previous studies, pelvic floor rehabilitation is an effective approach in the treatment of dyspareunia [10–17]. However, most of these studies were retrospective or observational. The aim of the present study was to evaluate the effects of pelvic floor rehabilitation on dyspareunia using a randomized controlled clinical trial.

Materials and methods

A randomized controlled clinical trial (RCT) was performed to evaluate the effects of pelvic floor rehabilitation on adult women with dyspareunia. The study was approved by the Ethics Committee of Tabriz University of Medical Sciences (9349/2014) and was performed at the Department of Physiotherapy. This trial was registered in the Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT 2014070118311 N1). All of the participants who attended the study signed a standard written consent form. The study design was controlled by the CONSORT checklist for RCTs.

Eighty-four women with dyspareunia were assessed for eligibility.

The clinical trial involved 64 women with dyspareunia who were referred to the physiotherapy clinic by our urogynecologist. The urogynecologist did all of the necessary examination and relevant laboratory tests to exclude any other causes of dyspareunia except for muscular problems.

The sample size of the study was calculated using Pocock's formula based on the main outcomes of the study Female Sexual Function Index (FSFI). Considering a confidence interval of 0.95, a power of 0.8 using information obtained from the study pilot, at least 29 patients were needed per group and this was increased to 32 patients per group taking into account a dropout rate of 10%.

Participants in this trial met the following inclusion criteria: pain in the genital area before, during, or after vaginal intercourse, and pain was greater than 8 on a 10-cm visual analog scale (VAS). If the women had any history of other pathophysiological conditions, such as infections, tumors, major psychiatric illnesses, vaginism, vestibulodynia, vulvar dermatological conditions, painful bladder syndrome or interstitial cystitis, endometriosis, pregnancy, surgery on pelvic organs, or any ongoing treatment for dyspareunia, they were excluded from the study. The flow diagram is shown in Fig. 1.

The participants were randomized using random allocation software (RAS) into two groups; a randomized block procedure of size 2 was used [18]. Concealment of group allocation was performed.

Blinding was only in place for the assessor and the statistician. Because of the nature of the intervention and control, participants and physiotherapists could not be blinded.

The experimental group received physiotherapy treatments once a week for 3 months, whereas the control group was put on a waiting list and received no treatment. It was preferred not to give them a routine stretching or strengthening exercise program because it could influence the PFMs and confound any results. The state clinic had a long waiting list and if a patient did not want to be added to the waiting list, she was referred to another clinic.

A specialized physiotherapist in pelvic floor rehabilitation assessed the participants without knowing group allocations.

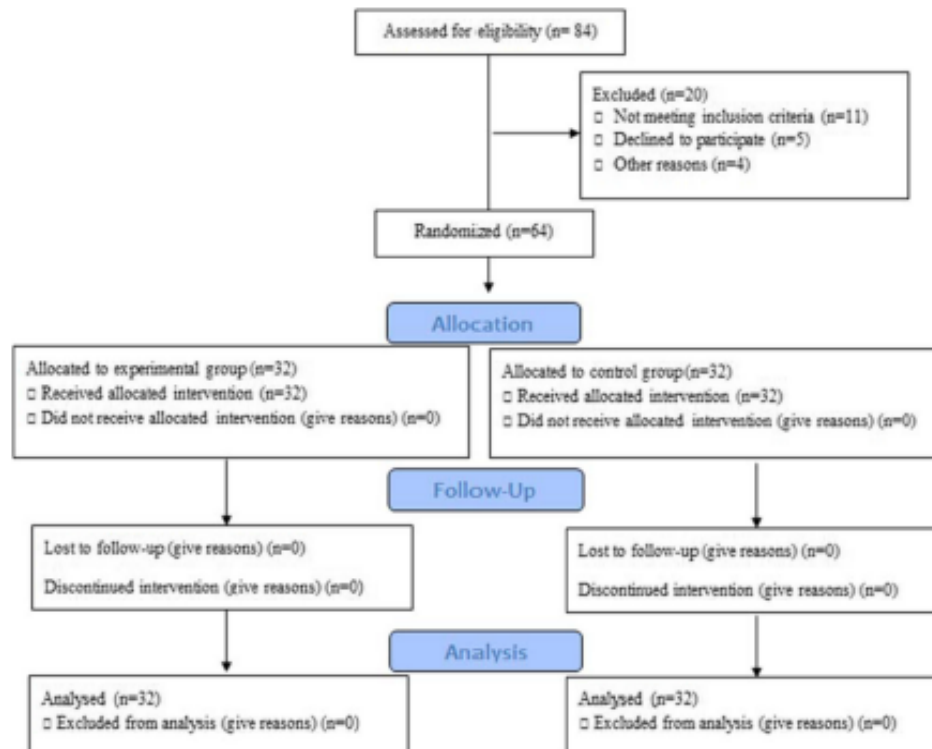


Fig. 1 CONSORT 2010 flow diagram of the study

A standardized and structured functional vaginal examination was performed by digital palpation to examine pelvic floor contractions and relaxation, whereas strength and endurance of the PFMs were evaluated using the modified Oxford scale (0–5 grade scale) [9]. The severity of pain at tender or trigger points of the pelvic floor was evaluated using a VAS. The VAS is a 10-cm line on which the patient exactly indicates the severity of her pain (0 = no pain; 10 = extreme pain) [19].

A standardized Persian version of the FSFI [20] was also used in this study. This questionnaire consists of six parts that evaluate desire (2–10 score), arousal (0–20 score), lubrication (0–20 score), orgasm (0–15 score), satisfaction (0–15), and painless intercourse (0–15 score); the total score ranges from 2 to 95. All of the outcomes, including the pelvic floor strength and endurance, and VAS and FSFI scores, were measured directly before the start of the study, directly after the end of the study, i.e., after 3 months of treatment, and at the 3-month follow-up.

In the experimental group, another specialized physiotherapist explained the anatomy and function of the PFMs to each patient at the first session using simple and understandable words. During the vaginal examination, feedback of the PFM activity by digital palpation was given to the patient. The vaginal examination took 20 min or more during the first

session. In this way, realizing the increase in the patient's awareness of the PFM activity increased, she was prepared to better use and control the activity of her PFMs.

Participants in the experimental group received 10 sessions of treatment (once a week) for 3 months and they did progressive pelvic floor muscle exercises at home every day. They did not receive any treatment during menstruation. Each session contained 15–20 min of manual techniques to release trigger points in the pelvic floor using intravaginal myofascial soft-tissue release and deep intravaginal massage, and 20–25 min of high frequency TENS using intravaginal electrodes (at 110 Hz for an 80-ms pulse duration and maximal tolerable intensity to relieve pain). The participants were also instructed to perform graded pelvic floor muscle exercises (PFMEs) and were given instructions on how to perform these exercises progressively each week.

A written instruction and an educational video CD for home exercises and a diary checklist for controlling their daily exercise was given to them to increase their adherence to the PFME.

Statistical analysis was performed using SPSS software (version17; SPSS, Chicago, IL, USA). Normality of the numeric variables was checked and confirmed using the Kolmogorov–Smirnov test. Data were presented using mean

(SD), median (min–max) for the numeric normal and non-normal variables respectively and frequency (percentage) for categorical variables. The between-group comparisons of baseline measures and demographic variables were carried out using the independent Student's *t* test, and/or Chi-squared test where appropriate. For within-group before and after intervention comparisons, repeated measures ANOVA were used. To assess the effect of intervention, the analysis of covariance (ANCOVA) was used to control for baseline measures and confounders. In all analyses, *p* values <0.05 were considered statistically significant.

Results

Sixty-four out of 84 eligible women were included and randomized to the experimental (*n* = 32) or to the control group (*n* = 32).

At the beginning of the study, the two groups had similar baseline characteristics, with the exception of the severity of pain and the PFM strength and endurance. Table 1 shows the baseline characteristics of the participants in the two groups.

Comparison of the two groups showed that there were significant differences between groups after treatment (Table 2).

According to the results, between-group changes showed significant improvement in the experimental group in comparison with the control group. Mean difference in the PFM strength (according to the 0–5 Oxford scale) between groups was 2.01 and the mean difference of endurance was 6.26 s. Also, the mean difference in the FSFI score (the score ranges from 2 to 95) was 51.05. All of the changes were statistically significant (*p* < 0.05).

The VAS changes decreased dramatically in the experimental group during the study, and the mean difference in the VAS score before and after treatment was 7.32. Three months after the last treatment session, the superiority of the experimental to control group in VAS continued (mean difference between groups was 7.57; Fig. 2).

Discussion

This study showed that our pelvic floor rehabilitation program improved genito-pelvic pain, sexual function, PFM strength, and endurance in women with symptomatic dyspareunia. Our pelvic floor rehabilitation program consisted of digital biofeedback, intravaginal manual techniques, supervised PFMEs, and electrotherapy.

According to a recent systematic review (2014) on the role of biofeedback and soft-tissue mobilization in the treatment of dyspareunia, only four relevant studies could be identified in patients with dyspareunia [16]. Each of these studies had a different design and methodology. The studies used biofeedback and soft-tissue release with or without PFME; overall, the results showed significant improvement in pain and sexual dysfunction with subjective measurements [12, 21–23].

Two recent clinical trials have shown similar results by treating dyspareunia patients with PFME and myofascial release [24, 25].

The new clinical guideline for vulvodynia including overactive pelvic floor suggested manual therapy techniques, pelvic floor reeducation treatments, behavioral and lifestyle modification, and PFME for treatment of dyspareunia [26].

In general, our study cannot be compared with previous studies because of the differences in treatment protocols. Most studies used instrumental biofeedback, whereas digital biofeedback by vaginal palpation was used in ours, as recommended by Fisher in 2007 [15], who showed that this type of biofeedback may be more effective than instrumental biofeedback.

Digital biofeedback is a simple but effective way of enhancing a patient's awareness of her PFMs [15]. Such an intervention does not need any device, but is highly dependent on the practical skills, knowledge, and experience of a highly educated pelvic physiotherapist, together with perseverance, time, and patience.

Digital biofeedback has also been reported to be effective in teaching a patient to control the activity of PFMs especially during intercourse [15]. In our study, we have shown that in the

Table 1 Baseline characteristics of study participants

Variables	Experimental group (<i>n</i> = 32)	Control group (<i>n</i> = 32)	<i>p</i> value
Age	34.94 (9.15)	35.72 (8.01)	0.718
Height	158.13 (8.87)	159.81 (9.54)	0.467
Weight	70.34 (11.49)	69.09 (12.50)	0.679
BMI	28.13 (3.99)	26.97 (3.98)	0.247
VAS	9.03 (0.86)	8.34 (0.97)	0.004*
FSFI	31.16 (8.31)	35.25 (10.04)	0.081
PFM strength	1.72 (0.72)	2.50 (0.88)	0.000*
PFM endurance	4.53 (2.30)	6.44 (2.78)	0.004*

Data are presented as mean (SD)

BMI body mass index, VAS visual analog scale, FSFI Female Sexual Function Index, PFM pelvic floor muscle

**p* < 0.05, unpaired Student *t* test

Table 2 Analytical statistics before/after results between two groups

Variable		Experimental group (n = 32)	Control group (n = 32)	MD (95% CI) between groups
Desire	Before	3.59 (1.60)	3.56 (1.52)	0.031 (-0.813 to 0.750)
	After	8.38 (1.28)	4.00 (1.52)	4.409 (3.697 to 5.121)**
Arousal	Before	5.06 (2.35)	4.56 (2.04)	0.500 (-1.602 to 0.602)
	After	14.47 (1.86)	5.03 (1.30)	9.310 (8.495 to 10.125)**
Lubrication	Before	4.44 (1.93)	5.25 (2.92)	0.813 (-0.428 to 2.053)
	After	14.44 (1.77)	5.94 (3.61)	9.026 (7.758 to 10.294)**
Orgasm	Before	3.63 (1.89)	4.13 (1.80)	0.500 (-0.426 to 1.426)
	After	11.56 (1.39)	4.91 (1.59)	6.709 (5.924 to 7.495)**
Satisfaction	Before	4.31 (1.37)	4.53 (1.79)	0.219 (-0.581 to 1.019)
	After	10.53 (1.10)	4.97 (2.07)	5.666 (4.882 to 6.451)**
Painless	Before	3.88 (1.94)	4.28 (1.87)	0.406 (-0.548 to 1.360)
	After	12.78 (1.38)	4.81 (1.58)	8.073 (7.260 to 8.886)**
FSFI	Before	31.16 (8.31)	35.25 (10.04)	4.094 (-0.514 to 8.701)
	After	88.59 (4.92)	38.69 (6.72)	51.051 (48.274 to 53.828)**
PFM strength	Before	1.72 (0.72)	2.50 (0.88)	0.781 (0.378 to 1.185)**
	After	4.19 (0.72)	2.47 (0.80)	2.014 (1.641 to 2.378)**
PFM endurance	Before	4.53 (2.30)	6.44 (2.78)	1.906 (0.631 to 3.182)**
	After	12.25 (2.07)	6.56 (2.59)	6.267 (5.084 to 7.450)**
VAS	Before	9.03 (0.86)	8.34 (0.97)	-0.68 (-1.14 to -0.22)
	After	1.66 (1.09)	8.72 (1.14)	7.32 (6.76 to 7.88)**
	After 3 months	1.41 (1.10)	8.87 (0.83)	7.57 (7.03 to 8.10)**
p value for RMANOVA		<0.001*	0.059*	

CI confidence interval, MD mean difference, RMANOVA repeated measures ANOVA

All values are presented as mean (SD)

*RMANOVA

** $p < 0.05$, between group analyses of covariance adjusted for baseline measurements

experimental group, it did indeed serve to significantly restore painless intercourse by breaking the vicious pain-spasm cycle.

To our knowledge, our study showed for the first time, comparing an experimental group with a control group

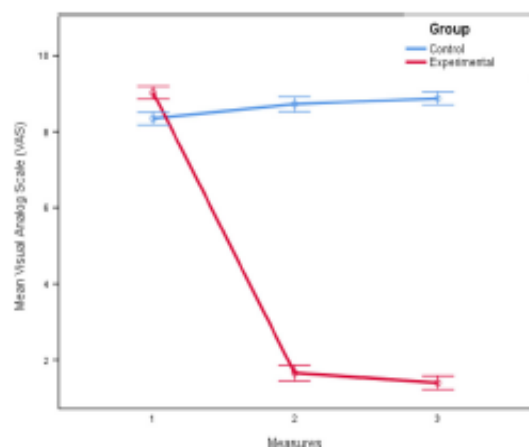


Fig. 2 The trend of visual analog scale (VAS) changes before/after and follow-up measurements in both groups

without treatment, that in women with musculoskeletally and myofascially based dyspareunia intravaginal manual techniques, including massage and myofascial release of PFMs, result in significantly relaxing PFMs, diminishing over-activity of the PFMs, and a significant decrease in genito-pelvic pain during sessions.

Because other causes of dyspareunia such as infections, endometriosis, etc., were excluded, we tried to investigate a more homogeneous patient population with musculoskeletally and myofascially based genito-pelvic pain. Although a recent review reported doubts about the existence of myofascial trigger points, our digital techniques focused on the treatment of myofascial trigger points and the relaxation of PFMs enabling significant pain reduction [27].

As dyspareunia is related to a decrease in the strength and endurance of PFMs, in addition to overactivity [9], PFMEs were added to the treatment protocol. We decided to incorporate a supervised PFME program because of the apparent [8, 28, 29] superiority of supervised to non-supervised PFME.

Our patients in the experimental group received 12 weeks' treatment aiming to improve their pelvic floor muscle strength

and endurance. Next to this intensive supervised exercise program once a week we sought to control the patient's daily home exercises by using a diary checklist to support compliance and adherence. This strategy of combined clinic and at home-based PFME program has been reported to be effective for urinary incontinence [28, 29], but has not been investigated so far in patients with dyspareunia.

As Naess and Bø have shown that maximal voluntary pelvic floor muscle contraction can reduce vaginal resting pressure and resting electromyography activity [30], it can be concluded that using maximal contractions may help in overactive pelvic floor to reduce tone.

After 3 months of the pelvic floor rehabilitation under investigation, there was a significant improvement in PFM strength and endurance. In a study by Murina et al., PFMEs were one part of the treatment protocol, but unfortunately the authors did not report any data on PFM strength or endurance [21]. Because of this, their study cannot be compared with the present study.

Another strategy for reducing genito-pelvic pain is transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). TENS may inhibit pain based on the so-called gate control theory [31]. In women in whom digital intravaginal techniques increased pain in particular, we first used TENS to reduce genito-pelvic pain.

In our study, we measured sexual function using the FSFI questionnaire. The results of the FSFI questionnaire showed that all domains, i.e., desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and painless intercourse, were significantly improved after treatment. Because dyspareunia affects a woman's quality of life and marital relationship, subjective improvement of sexual function plays an important role in preserving her marriage and family life, especially in a patriarchal society like Iran.

Women with dyspareunia feel pain during intercourse, which is induced by trigger points in the PFMs. Relevant literature indicates that transvaginal techniques, such as myofascial release techniques and massage, improve the circulation in the PFMs and release taut bands of muscles and trigger points to break the cycle of genito-pelvic pain and PFM over-activity [17, 26]. Digital biofeedback and education of the patient as elements of the multifaceted intervention also play important roles in alleviating sexual pain and PFM over-activity. Our follow-up measurements showed that women in the experimental group continued to experience the effects of treatment 3 months later.

It was our hypothesis that genito-pelvic pain and sexual dysfunction during intercourse should be treated with a multifaceted intervention consisting not only of massage and release techniques, but also PFM training to improve both PFM strength and endurance. Our results showing significant improvement using the FSFI as a valid subjective outcome and the modified Oxford scale and VAS as objective primary outcome measures support this hypothesis.

Another recent systematic review (2018) was carried out to investigate physiotherapy effects in treating sexual pain disorders

in women. In line with our study results, in that systematic review, the conclusions were that increasing muscle awareness and proprioception, improving muscle relaxation, restoring normal activity of PFMs, and increasing the elasticity of the tissues can help to reduce pain in sexual pain disorders [10].

The effect of PFME on pre- and postnatal female sexual function have been reviewed systematically and showed that PFME alone improved postnatal sexual function [32].

Therefore, it can be concluded that the complexity of the diagnosis and treatment of dyspareunia requires a dedicated multidisciplinary team to share their findings so as to understand the causes of dyspareunia [33]. Physical therapists may therefore greatly contribute to treating dyspareunia signs and symptoms. After a comprehensive assessment, multimodal treatment, including biofeedback, manual techniques, electrotherapy, and PFMEs could be useful tools in physiotherapists' hands to manage the pain and symptoms of dyspareunia. Physiotherapists may provide simple anatomical information from the pelvic floor and teach the patient how to control her pelvic floor tone using a mirror, digital vaginal palpation, or biofeedback. If the physiotherapist finds that there are tender or trigger points in the pelvic floor, minimally invasive methods such as myofascial release and pain relief electrotherapy methods such as TENS can help with the management of pain.

Most dyspareunia patients have overactive PFMs and at the same time weak muscles; thus, PFMEs can help to strengthen the pelvic floor and at the same time reduce pelvic floor resting tone. To participate in the multidisciplinary team to assess and treat dyspareunia adequately, a highly educated and well-trained pelvic physiotherapist is needed.

One of the most important limitations of this study was the absence of objective outcomes, such as EMG or perineometer measurements for PFM strength and endurance.

Conclusion

According to the results, pelvic floor rehabilitation is an important part of a multidisciplinary treatment approach to dyspareunia.

Acknowledgements We would like to thank our clients in the rehabilitation clinic for their kind cooperation with this research.

Funding This study was funded by the Tabriz University of Medical Sciences.

Compliance with ethical standards

Conflicts of interest None.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use,

distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

References

- Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E, et al. An international Urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2018;29(5):647–66. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3603-9>.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537–44.
- Sobhyol SS, Mohammad Alizadeh Chardabee S. Rate and related factors of dyspareunia in reproductive age women: a cross-sectional study. *Int J Impot Res*. 2007;19:88–94.
- Polland AR, Davis M, Zeymo A, Iglesia CB. Association between comorbidities and female sexual dysfunction: findings from the third National Survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *Int Urogynecol J*. 2019;30(3):377–83. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3739-7>.
- Lathe P, Mignini L, Gray R. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006;332:749–55.
- Goldfinger C, Pukall CF, Gentilecore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*. 2009;6(7):1955–68.
- Piassatelli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Rev Bras Gynecol Obstet*. 2010;32(5):234–40.
- Bo K, Berghmans B, Mørked S, Van Kampen M. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 2014.
- Rosenbaum TV, Owens A. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med*. 2008;5:513–23.
- Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J*. 2018;29(5):631–8. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>.
- Montenegro MLLS, Vasconcelos ECLM, Candido dos Reis FJ, Nogueira AA. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*. 2008;62(2):263–9.
- Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Menna M. A randomized comparison of group cognitive behavioural therapy, surface electromyographic biofeedback and vestibulotomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*. 2001;91:297–306.
- Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, De Stefani S. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *J Sex Med*. 2010;7:1200–8.
- Bo K, Kvarstein B, Hagen R, Larsen S. Pelvic floor muscle exercises for the treatment of female stress urinary incontinence: II. Validity of vaginal pressure measurements of pelvic floor muscle strength and the necessity of supplementary methods for control of correct contraction. *Neurourol Urodyn*. 1990;9:479–87.
- Fisher KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle over activity. *Phys Ther*. 2007;87:935–41.
- Ensor AW, Newton RA. The role of biofeedback and soft tissue mobilization in the treatment of dyspareunia: a systematic review. *J Womens Health Phys Ther*. 2014;38(2):74–80.
- Morin M, Carroll MS, Bergeron S. Systematic review of the effectiveness of physical therapy modalities in women with provoked vestibulodynia. *Sex Med Rev*. 2017;5(3):295–322.
- Asghari Jafarabadi M, Sadeghi-Bazargani H. Randomization: techniques and software aided implementation in medical studies. *J Clin Res Gov*. 2015;4(2):1–6.
- Hartick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a misnomer? *Pain Pract*. 2003;3(4):310–6.
- Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshadi H, Zeidi IM. The female sexual function index: translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med*. 2012;9(2):514–23.
- Murina F, Bernorio R, Palmiotto R. The use of Amielle vaginal trainers as adjuvant in the treatment of vestibulodynia: an observational multicentric study. *Medscape J Med*. 2008;10(1):23.
- Danielsson I, Torstensson T, Brødda-Jansen G, Böhm-Stärke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(11):1360–7.
- Holland A. Physical therapy intervention for dyspareunia: a case report. *J Sect Womens Health*. 2003;2(7):18–20.
- Schvartzman R, Schvartzman L, Ferreira CF, Vettoretti J, Bettolo A, Wender MCO. Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial. *J Sex Marital Ther*. 2019;14:1–17.
- Shigeta M, Sekiguchi Y, Nakamura R. Effects of physical therapy on female dyspareunia in Japan. *J Sex Med*. 2016;13(6):S255.
- Préndegast SA. Pelvic floor physical therapy for vulvodynia: a clinician's guide. *Obstet Gynecol Clin*. 2017;44(3):509–22.
- Denneny D, Frawley HC, Petersen K, McLoughlin R, Brook S, Hassan S, et al. Trigger point manual therapy for the treatment of chronic noncancer pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100:562–77.
- Felissimo MF, Carneiro MM, Salame CS, Pinto RZ, da Fonseca AM, da Silva-Filho AL. Intensive supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized comparative trial. *Int Urogynecol J*. 2010;21(7):835–40.
- Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10:CD005654.
- Naess I, Bo K. Can maximal voluntary pelvic floor muscle contraction reduce vaginal resting pressure and resting EMG activity? *Int Urogynecol J*. 2018;29(11):1623–7.
- Kaplan B, Rabinerson D, Pardo J, Krieser RU, Neri A. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as a pain-relief device in obstetrics and gynaecology. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1997;24(3):123–6.
- Sobhyol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The effect of pelvic floor muscle exercise on female sexual function during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Sex Med Rev*. 2019;7(1):13–28.
- Manresa M, Peneda A, Batailler E, Terro-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2019;30(6):853–68. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03894-0>.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Anexo 13: Artigo II - análise crítica RCT

THE JOURNAL OF Obstetrics and Gynaecology Research doi:10.1111/jog.13640	J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 44, No. 7: 1252–1258, July 2018
--	---

Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial

Emmanuel Onyebuchi Ugwu^{1,2} , Eric Sunday Ifeikigwe², Samuel Nnamdi Obi^{1,2}, George Uchenna Eleje³ and Benjamin Chukwuma Ozumba^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medical Sciences, College of Medicine, University of Nigeria Ituku/Ozalla Campus, ²Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nigeria Teaching Hospital, Ituku/Ozalla, Enugu, Enugu State and ³Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, College of Health Sciences, Nnamdi Azikiwe University, Nnewi Campus, Anambra State, Nigeria

Abstract

Aim: The study aimed to evaluate the effectiveness of antenatal perineal massage (APM) in reducing perineal trauma and post-partum morbidities.

Methods: A randomized controlled trial of 108 primigravidae at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria, was conducted from January 2013 to May 2014. The intervention group received APM, while the control group did not receive APM.

Results: Women who received APM were significantly more likely to have an intact perineum after childbirth [27/53 (50.9%) vs 16/55 (29.1%); RR: 1.75; 95% CI: 1.07–2.86; $P = 0.02$]. The incidence of episiotomy was lower in the intervention group [20/53 (37.7%) vs 32/55 (58.2%); RR: 0.65; 95% CI: 0.43–0.98; $P = 0.03$; NNT = 5]. Women who received APM were significantly less likely to develop flatus incontinence [4/53 (8.3%) vs 13/55 (26.0%); RR: 0.32; 95% CI: 0.11–0.91; $P = 0.03$]. However, the incidences of premature rupture of membranes, preterm labor and birth asphyxia were similar between the two groups ($P > 0.05$).

Conclusion: APM reduces the incidence of episiotomy and increases the incidence of women with an intact perineum after vaginal delivery. It also reduces the risk of flatus incontinence after childbirth without increased maternal or neonatal complications. Women should therefore be counseled on the likely benefits of APM and the information provided during antenatal care. Obstetricians should consider the technique as routine prenatal care for nulliparous women so as to reduce the incidence of perineal trauma during vaginal birth.

Key words: antenatal perineal massage, episiotomy, flatus incontinence, perineal trauma, post-partum morbidities.

Introduction

Perineal trauma during childbirth is a very common event. It can occur spontaneously as a laceration or intentionally as an episiotomy, especially during the first vaginal birth.¹ The incidence is high and ranges from 30 to 85%, with 60–70% requiring suturing.^{1,2} It

is associated with significant morbidities, including post-partum hemorrhage, precarious maternal bonding with her baby, post-partum perineal pain, post-partum urinary incontinence (UI), anal incontinence (AI), sexual dysfunction and delayed time to resume sexual intercourse.^{1–3} The risk factors include nulliparity, macrosomia, mal-presentation, malposition and

Received: November 28 2017.

Accepted: February 20 2018.

Correspondence: Dr Emmanuel Onyebuchi Ugwu, Department of Obstetrics/Gynaecology, Faculty of Medical Sciences, College of Medicine, University of Nigeria Ituku/Ozalla Campus, Enugu, Enugu State, Nigeria. Email: emmanuel.v.ugwu@unn.edu.ng

APM for preventing perineal trauma

operative vaginal deliveries, among others.⁴⁻⁷ Antenatal perineal massage (APM) is thought to improve perineal outcomes by stretching out the vaginal tissues, promoting perineal relaxation and improving circulation to the tissues.⁸ The overall effect of all these methods is that the parturient is able to 'push her baby out' more easily, thus reducing the risk of trauma to her perineum and vagina.⁹

Despite the anticipated favorable effects of APM on pregnancy outcome, there is a paucity of research presenting sound evidence on which to base clinical practice. According to a recent Cochrane systematic review on APM for reducing perineal trauma, only one of four studies included in the review examined the incidence of UI and AI after childbirth.¹⁰ It was concluded in the review that limited data currently exist on the effects of APM on these conditions.¹⁰ Furthermore, none of the studies included in the Cochrane review was from sub-Saharan Africa where the burden of perineal trauma is high because of the high fertility rate in the subregion and the aversion to caesarean section. A recent study from the subregion has also documented a high incidence of UI and AI following vaginal birth.¹¹

This study therefore aims to evaluate the effectiveness of APM in preventing perineal trauma during childbirth and reducing subsequent post-partum morbidities in Nigeria.

Methods

The study was a randomized controlled trial of primigravida women attending the antenatal clinic (ANC) of the University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH), Ituku/Ozalla, Enugu, Nigeria, between 1 January 2013 and 31 May 2014. Eligible women were randomized to either the intervention group (A) or control group (B). The intervention group received APM, while the control group did not receive APM. All primigravidae with uncomplicated singleton pregnancies in cephalic presentations, at 34-36 weeks gestation, without uterine contractions, were eligible for the study. Exclusion criteria were being unsure of date, evidence of any contraindications to vaginal delivery, medical diseases in pregnancy, vaginal herpes or thrush and premature rupture of membranes (PROM). Written informed consent was obtained from all eligible women before recruitment. Ethical clearance for the study was obtained from the Institutional Review Board of the

UNTH, Enugu (UNTH/CSA.329/VOL.5; Approval date: 28 December 2012).

The minimum sample size (*n*) for each group was calculated to be 61 based on a power of 80, 5% error margin and an estimated attrition rate of 20%.

Participants' randomization was adapted from a recent study.¹² The randomization of participants was accomplished using a computer-based random sequence generator (RANDOM.ORG) developed by a blinded statistician. Sealed opaque envelopes were labeled sequentially from 1 to 122; each numbered envelope contained a 5 × 9 × 5 cm white paper labeled either 'A' for intervention group or 'B' for control group based on the randomization. The envelopes were given to a medical intern (third party), blinded to the study's objectives. The serial numbers 1-122 were consecutively assigned to the participants as they were being recruited. Participants randomized to receive APM were asked to perform 10 min of daily APM starting from 34-36 weeks of gestational age (GA) until the delivery of the baby. However, they were asked to discontinue APM should they develop PROM and to present to the hospital for management. They were also asked to maintain daily records of the performance of the APM in a diary. The massage was conducted by inserting the thumb and index finger, with or without middle finger, 3-5 cm into the vagina either by the pregnant woman herself or by her husband and then sweeping downward and sideways using a KY jelly for lubrication until she feels a burning, tingling or stinging sensation, after which she holds her thumb steady on her perineum until the area feels numb. The first episode of the massage was carried out in the ANC under supervision, and the procedure was reinforced at each antenatal visit. Thereafter, the procedure was undertaken at least once a day at her convenience and at a regular period of time. The participants were telephoned at interval of 1 week to reinforce compliance. They were also asked to give a call at the onset of labor and then to present immediately to the hospital's labor ward for their deliveries. Following delivery, the labor outcomes were collected, including incidence of spontaneous perineal tears (SPT) of any degree and the incidence of episiotomy. The obstetrics care providers were blinded to the participants' study groups. Upon discharge from hospital after delivery, the participants were followed up at 6 weeks and at 3 months to access for any developments of UI and/or AI. The AI could be flatus incontinence and/or fecal incontinence (FI). Participants' baseline data that were recorded included maternal age, GA at recruitment and GA at delivery. In order to minimize loss to follow up, participants' phone numbers and home

E. O. Ugwu *et al.*

addresses were collected with their consent, and they were contacted whenever necessary. Participants who were randomly assigned to non-APM were also asked to give a call at the onset of labor and then to present to the labor ward immediately for assessment and management of their labor. They were also followed up as described for the APM group. Following the development of active-phase labor, routine intrapartum active management of labor was adopted regardless of the study group using the standard protocol of the hospital, as described in a recent study.¹³ Failure to achieve a spontaneous labor by any arm of the study at 41 weeks and 3 days gestation necessitated induction of labor using a formal method (oxytocin or misoprostol) or caesarean section, as deemed appropriate to prevent prolonged pregnancy. The primary outcome measure included the proportion of the parturients with intact perineum after childbirth; rate of episiotomy; and the rates of first-, second-, third- and fourth-degree perineal tear. Intact perineum was defined as that perineum in which there is no SPT or episiotomy after childbirth.¹⁴ The secondary outcome measures included the incidence of PROM, preterm labor, urinary tract infection (UTI), birth asphyxia, neonatal sepsis, UI, FI and flatus incontinence at 6 weeks and 3 months post-partum.

Cases of PROM were managed expectantly using the hospital protocol, as documented in a recent study.¹² Data concerning the development of UI at 6 weeks and 3 months were obtained with the aid of a validated 'International Consultation on Incontinence Questionnaire on Urinary Incontinence Short Form' (ICIQ-UI-SF) (Appendix S1).¹⁵ On the other hand, data concerning the development of AI were obtained using a pretested questionnaire (Appendix S2).¹¹ Operational definitions of UI and AI were as described in recently published studies.^{11,15} The cumulative incidence rate of UI was defined as the proportion of women who ever reported any type of UI during the 3-month follow up and cumulative AI as the proportion of women who ever reported any type of AI during the 3-month follow up.¹¹

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) computer software version 21 was used for data analyses. Continuous and categorical data were compared using Student's *t* test and Fisher's exact test, respectively. Relationships were expressed using relative risks and confidence intervals. The number needed to treat (NNT) analysis was also determined. All tests were two sided, and statistical significance was considered to be at a probability value of 0.05.

Results

A total of 122 eligible pregnant women were recruited for the study; however, 108 delivered in our hospital. Nine delivered elsewhere, while five voluntarily withdrew due to husbands' refusal. Of the 108 participants who delivered in our hospital, 53 were in the intervention group (APM), while 55 were in the control group (Figure 1). Furthermore, five women were lost to follow up after delivery in each group; thus, 48 women in the intervention group and 50 women in the control group were successfully followed up for 3 months post-partum.

There were no statistically significant differences between the two groups regarding their baseline characteristics, including maternal age, gestational age at recruitment, gestational age at delivery and parity (Table 1).

Twenty seven women (27/53, 50.9%) in the intervention group had an intact perineum after vaginal birth, compared with 16 (16/55, 29.1%) in the control group. The observed difference was statistically significant (RR: 1.75; 95% CI: 1.07–2.86; *P* = 0.02).

The incidence of episiotomy was significantly lower in the intervention group than in the control group [20/53 (37.7%) vs 32/55 (58.2%); RR: 0.65; 95% CI: 0.43–0.98; *P* = 0.03; NNT = 5].

There was no significant difference between the two groups with regard to the incidence of SPT or specific location of the tears (*P* > 0.05). Details are as shown in Table 2.

The difference in observations for PROM, preterm labor, maternal UTI, Apgar score of the neonates at 5 min, neonatal birthweights and incidence of neonatal sepsis were not statistically significant (*P* > 0.05). Details are as shown in Table 3.

Similarly, there were no statistically significant differences in the two groups regarding the mode of delivery, duration of different stages of labor and need for oxytocin augmentation of labor (*P* > 0.05). Details are as shown in Table 4.

The cumulative incidence of flatus incontinence after childbirth was significantly less in the intervention group than control group [8.3% (4/53) vs 26.0% (13/55); RR: 0.32; 95% CI: 0.11–0.91; *P* = 0.03]. However, there were no significant differences in the incidence of UI and FI between the two groups (*P* > 0.05). Details are as shown in Table 5.

Detailed analysis shows that seven women in both groups (three in intervention group and four in control group) reported UI, giving a cumulative incidence

APM for preventing perineal trauma

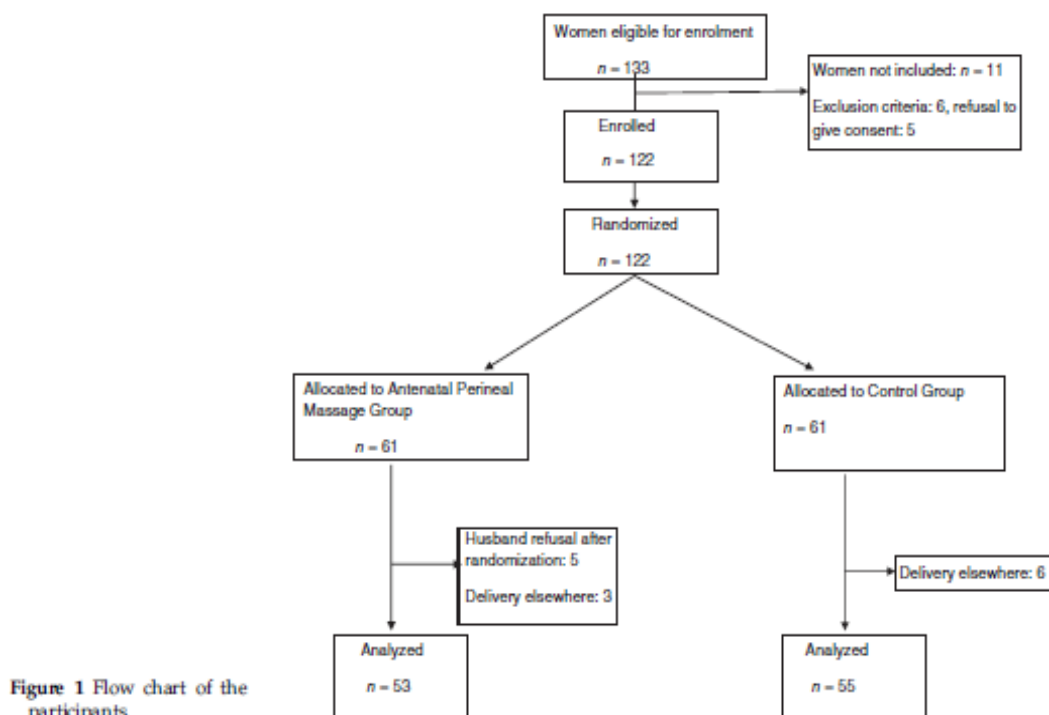


Table 1 Baseline characteristics of participants[†]

	Intervention (n = 53)	Control (n = 55)	P value
Maternal age	28.02 ± 4.35	28.77 ± 3.70	0.29
GA at recruitment	35.09 ± 0.72	34.93 ± 0.78	0.36
GA at delivery	39.48 ± 1.56	39.58 ± 1.40	0.70
Parity			
Nulliparous	53 (100%)	55 (100%)	1.00
Primiparous	0 (0%)	0 (0%)	–
Multiparous	0 (0%)	0 (0%)	–

†† test for continuous variables; Fisher's exact for categorical variables and GA, gestational age.

Table 2 Association between perineal trauma and antenatal perineal massage after labor

	Intervention (n = 53)	Control (n = 55)	RR	CI for RR	P value
Rate of episiotomy	20 (37.7%)	32 (58.2%)	0.65	0.43–0.98	0.03
Rate of intact perineum	27 (50.9%)	16 (29.1%)	1.75	1.07–2.86	0.02
Rate of perineal tear					
First degree	6 (11.3%)	5 (9.1%)	1.25	0.40–3.84	0.70
Second degree	0 (0.0%)	2 (3.6%)	0.21	0.01–4.22	0.50
Specific location of tears					
Lateral	3 (5.7%)	2 (3.6%)	1.55	0.27–8.95	0.59
Posterior	3 (5.7%)	5 (9.1%)	0.62	0.16–2.48	0.41

χ^2 or Fisher's exact test for categorical variables.

E. O. Ugwu *et al.*

Table 3 Association between antenatal perineal massage and certain maternal and neonatal complications

	Intervention (<i>n</i> = 53)	Control (<i>n</i> = 55)	<i>P</i> value
PROM			
Yes	3 (5.7%)	7 (12.7%)	0.32
No	50 (94.3%)	48 (87.3%)	
Preterm labor			
Yes	3 (5.7%)	2 (3.6%)	0.68
No	50 (94.3%)	53 (94.4%)	
Maternal UTI			
Yes	2 (3.8%)	1 (1.8%)	0.61
No	51 (96.2%)	54 (98.2%)	
Neonatal birthweight	3.14 ± 0.42	3.09 ± 0.52	0.58
APGAR score			
<7 at 5 min	8 (15.1%)	6 (10.9%)	0.52
≥7 at 5 min	45 (84.9%)	49 (89.1%)	
Neonatal sepsis			
Yes	1 (1.89%)	0 (0%)	
No	52 (98.11%)	55 (100%)	

t test for continuous variables and χ^2 or Fisher's exact test for discrete variables. and UTI, urinary tract infection.

Table 4 Associations between antenatal perineal massage and mode of delivery, duration of labor and oxytocin augmentation of labor

	Intervention (<i>n</i> = 53)	Control (<i>n</i> = 55)	<i>P</i> value
Method of delivery			
Spontaneous	35 (66.0%)	31 (56.4%)	0.78
Induction	4 (7.5%)	5 (9.14%)	
Instrumental	2 (3.8%)	3 (5.5%)	
Caesarean section	12 (22.6%)	16 (29.1%)	
Duration of labor	Mean ± SD	Mean ± SD	
Active phase (h)	10.25 ± 1.34	10.27 ± 1.93	0.95
2nd stage (h)	1.25 ± 0.40	1.33 ± 0.48	0.35
3rd stage (min)	17.02 ± 4.98	17.30 ± 6.06	0.90
Oxytocin augmentation	53 (100.0%)	55 (100.0%)	–

Table 5 Association between antenatal perineal massage and cumulative urinary incontinence (UI), flatus incontinence and fecal incontinences (FI) at 3 months post-partum

	Intervention (<i>n</i> = 48)	Control (<i>n</i> = 50)	Relative risk (RR)	95% CI	<i>P</i> value
UI	3 (6.3%)	4 (8.0%)	0.78	0.18–3.31	0.74
Flatus incontinence	4 (8.3%)	13 (26.0%)	0.33	0.11–0.91	0.03
FI	2 (4.2%)	8 (16.0%)	0.26	0.06–1.16	0.08

NB: 5 women lost to follow up after delivery in each group were excluded.

rate of 7.1%. Specifically, six women (6/98, 6.1%) reported stress urinary incontinence (SUI), while one (1/98, 1.0%) reported urgency urinary incontinence (UUI). None of the women experienced overflow urinary incontinence (OUI) or vesicovaginal fistulous (VVF) incontinence. Of the seven women with UI, five (5/7, 71.4%) reported a mild degree, and two (2/7, 28.6%) reported a moderate-severe degree. The incidence of UI at 6 weeks and 3 months post-partum

were 5.1% (5/98) and 3.1% (3/98), respectively. Overall, 27 women reported involuntary passage of flatus and/or feces, giving a cumulative incidence rate of 27.6% for AI. Specifically, 17 women (17.3%) reported flatus incontinence, and 10 (10.0%) reported FI. The incidence of AI at 6 weeks and 3 months post-partum were 23.5% (23/98) and 17.3% (17/98), respectively. Furthermore, two women reported both UI and AI incontinence, giving a cumulative incidence rate of

APM for preventing perineal trauma

2% for the combined forms. The incidence of combined UI/AI at 6 weeks and 3 months post-partum were 2.0% (2/98) and 0% (0/98), respectively.

Discussion

The results of this study demonstrated that APM can prevent perineal trauma during labor and decrease the incidence of episiotomy in nulliparous women. The incidence of episiotomy in the APM group was significantly lower than the incidence in the control group. This significant reduction in episiotomy rate may likely reduce post-partum maternal pain and, thus, improve maternal bonding with the neonates. It also suggests that the need for post-partum analgesia would be decreased, and extra costs for procuring analgesics would be saved. This advantage is very important in low-income countries where payment for maternal and neonatal healthcare services is often out of pocket. Interestingly, the study also shows that only five women need to receive APM in order to prevent a case of episiotomy (numbers needed to treat (NNI) = 5). This interesting observation will be useful in counseling women on the effectiveness of APM in preventing perineal trauma during childbirth. The technique will therefore be useful for all women who cherish or desire an intact perineum after vaginal birth.

The technique is also capable of reducing the incidence of flatus incontinence after childbirth. This significant observation is probably due to the increased incidence of intact perineal structures and the reduction of adverse effects of trauma on the nerve endings.

Reports from previous randomized studies on the effect of APM on perineal trauma during childbirth have been conflicting. While a previous study in 2008⁸ concluded that APM started between 34–36 weeks gestation has no clinically important benefit but is harmless, recent reviews^{10,16} showed that APM reduces perineal trauma, including episiotomy and perineal tears, and recommended its worldwide application, even in primary health settings. Our findings agree with recent reviews^{10,16} that APM reduces the incidence of episiotomy and increases the incidence of intact perineum after childbirth. The lack of difference in this study regarding the incidence of SPT may be related to the hospital policy, which prescribes episiotomy for all cases of 'threatening' perineal tears in order to minimize the incidence of SPT during labor.

Although a recent Cochrane systematic review¹⁰ did not observe any reductions in the incidence of UI

and AI after childbirth, the present study found that APM significantly reduces the incidence of flatus incontinence. The increased incidence of flatus incontinence in the control group could be due to the adverse effects of perineal trauma on the pelvic floor musculature and nerves. No doubt, episiotomy can extend to involve the anal sphincter or decrease the integrity of the perineum, thereby predisposing the clients to fecal and/or flatus incontinence.^{17,18} The observed incidence of UI, AI and their distributions at various post-partum periods are similar to that of a recent study from the study area.¹¹

APM does not seem to predispose to any adverse effects, including caesarean section, PROM, preterm labor or birth asphyxia, similar to observations in a recent Cochrane systematic review.¹⁰

Despite the randomized design of this study, there were some limitations. APM is a blind procedure, and hence, the level at which the finger is introduced into the vagina could not be standardized despite specifications, and this could have affected the results obtained. The procedure was not conducted by one person; hence, this might have affected the extent of the massage and the outcome of the study. Furthermore, as the massage was performed at home, the consistency and compliance might not have been as directed. The very small frequencies and wide confidence intervals obtained in some of the outcome measures of interest in the study suggest that a larger sample size would have improved the study's precision and external validity. Training of the participants, interviewers and other quality control strategies noted in the study's methods ruled out substantial measurement bias. The strength of this study, however, lies in the fact that it was robust and prospective in design, with reduced likelihood of bias, which limited most previous studies on APM. The study also assessed the effect of APM on UI and AI, which was lacking in most previous studies. It also appears to be the first RCT on APM in Africa where the burden of perineal trauma is expected to be high due to high fertility rate and aversion to caesarean section.

In conclusion, APM in the last weeks of gestation reduces the likelihood of episiotomy, thereby increasing the incidence of an intact perineum after childbirth. It also reduces the risk of flatus incontinence. Nulliparous women should therefore be made aware of the likely benefits of this technique and should be provided with information on how best to perform it. The technique should also be considered a routine prenatal care to reduce the incidence of perineal trauma and flatus incontinence after vaginal birth.

E. O. Ugwu *et al.*

Disclosure

The authors report no conflicts of interest.

Author contribution

Author 1: Conception and design, data collection, data analysis, manuscript writing/editing and supervision.

Author 2: Conception and design, data collection and interpretation, data analysis and manuscript writing/editing.

Author 3: Data Collection, data analysis and interpretation, manuscript writing/editing and supervision.

Author 4: Data Collection, data analysis and interpretation and manuscript writing/editing.

Author 5: Data Collection, data analysis and interpretation, manuscript writing/editing and supervision.

Compliance with Ethical Standards

Ethical approval: All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent: Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

References

- Leonid K. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *Isr Med Assoc J* 2008; 10: 531–533.
- Belihu FB, Small R, Davey MA. Episiotomy and severe perineal trauma among eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: A population based study in Victoria, Australia. *Women Birth* 2017; 30: 282–290.
- Shahoei R, Zaheri F, Nasab LH, Ranaei F. The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electron Physician* 2017; 9: 5588–5595.
- Mikolajczyk RT, Zhang J, Tronendle J, Chan L. Risk factors for birth canal lacerations in primiparous women. *Am J Perinatol* 2008; 25: 259–264.
- Okeke TC, Ugwu EO, Okezie OA, Enwenji JO, Ezenyesku CC, Ikesko LO. Trends and determinants of episiotomy at the University of Nigeria Teaching Hospital (UNTH), Enugu, Nigeria. *Niger J Med* 2012; 21: 304–307.
- Meister MR, Cahill AG, Conner SN, Woolfolk CL, Lowder JL. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215: 310.e1–310.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.02.041>.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth* 2006; 33: 94–100.
- Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: A prospective controlled trial. *Isr Med Assoc J* 2008; 10: 499–502.
- Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52: 246–253.
- Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 (Apr 30); (4): CD005123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>.
- Obioha KC, Ugwu EO, Obi SN, Dim CC, Ogunuwo TC. Prevalence and predictors of urinary/anal incontinence after vaginal delivery: Prospective study of Nigerian women. *Int Urogynecol J* 2015; 26: 1347–1354.
- Ugwu EO, Obi SN, Ifeikigwe ES, Dim CC, Ezugwu FO. Membrane stripping to prevent post-term pregnancy in Enugu, Nigeria: A randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289: 29–34.
- Ezedukwu PC, Ugwu EO, Obi SN, Chigbu CO. Oral versus vaginal misoprostol for induction of labor in Enugu, Nigeria: A randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 291: 537–544.
- Hastings-Tolsma M. Antenatal perineal massage decreases risk of perineal trauma during birth. *Evid Based Nurs* 2014; 17: 77. <https://doi.org/10.1136/eb-2013-101451>.
- Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J, ICIQ Advisory Board. The international consultation on incontinence questionnaire on urinary incontinence: www.Iciq.Net. *J Urol* 2006; 175 (3Pt 1): 1063–1066 discussion 1066.
- Seehusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. *Am Fam Physician* 2014; 89: 335–336.
- LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: A systematic review and meta-analysis. *J Midwifery Womens Health* 2015; 60: 37–47.
- Nyengidiki TK, Nyeche S. Post-episiotomy morbidity amongst parturients at the University of Port-Harcourt Teaching Hospital, port-Harcourt, Nigeria. *Niger Health J* 2008; 8: 16–19. Available from URL: <https://www.ajol.info/index.php/nhj/article/view/90797>. Last accessed 14 Oct 2017.

Supporting information

Additional Supporting Information may be found in the online version of this article at the publisher's web-site

Appendix S1: International Consultation on Incontinence Questionnaire on urinary incontinence – short form” (ICIQ-UI-SF).

Appendix S2: Anal Incontinence Questionnaire.

Anexo 14: Artigo III - análise crítica Revisão Sistemática

ARTICLE IN PRESS

SEXUAL MEDICINE REVIEWS

REVIEWS

Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy

Daniëlle A. van Reijn-Baggen, MSc,^{1,2} Ingrid J.M. Han-Geurts, MD, PhD,¹ Petra J. Voorham-van der Zalm, PhD,²
Rob C.M. Pelger, MD, PhD,² Caroline H.A.C. Hagenaars-van Miert, BSc,³ and Ellen T.M. Laar, PhD⁴

ABSTRACT

Introduction: Hypertonicity of the pelvic floor (PFH) is a disabling condition with urological, gynecological and gastrointestinal symptoms, sexual problems and chronic pelvic pain, impacting quality of life. Pelvic floor physical therapy (PFPT) is a first-line intervention, yet no systematic review on the efficacy of PFPT for the treatment of PFH has been conducted.

Objectives: To systematically appraise the current literature on efficacy of PFPT modalities related to PFH.

Methods: PubMed, Embase, Emcare, Web of Science, and Cochrane databases were searched from inception until February 2020. A manual search from reference lists of included articles was performed. Ongoing trials were reviewed using clinicaltrials.gov. Randomized controlled trials (RCTs), prospective - and retrospective cohorts and case-study analyses were included.

Outcome measures were pelvic floor muscle tone and function, pain reports, sexual function, pelvic floor symptom scores, quality of life and patients' perceived effect.

Results: The literature search resulted in 10 eligible studies including 4 RCTs, 5 prospective studies, and 1 case study published between 2000 and 2019. Most studies had a high risk of bias associated with the lack of a comparison group, insufficient sample sizes and non-standardized interventions. Six studies were of low and 4 of medium quality. All studies were narratively reviewed. Three of 4 RCTs found positive effects of PFPT compared to controls on five out of 6 outcome measures. The prospective studies found significant improvements in all outcome measures that were assessed. PFPT seems to be efficacious in patients with chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, vulvodynia, and dyspareunia. Smallest effects were seen in patients with interstitial cystitis and painful bladder syndrome.

Conclusion: The findings of this systematic review suggest that PFPT can be beneficial in patients with PFH. Further high-quality RCTs should be performed to confirm the effectiveness of PFPT in the treatment of PFH.

van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, et al. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sex Med Rev* 2021;XX:1–22.

Copyright Copyright © 2021 The Authors. Published by Elsevier Inc. on behalf of the International Society for Sexual Medicine. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Key Words: Pelvic Floor; Hypertonicity; Overactivity; Pelvic Floor Physical Therapy; Physiotherapy

INTRODUCTION

The pelvic floor (PF) is a multifunctional complex of muscle fibers, fascia, ligaments, and connective tissue that form a hammock at the bottom of the abdomino-pelvic cavity. The muscles of the PF consist of superficial muscles including the m. bulbospongiosus, m. ischioavemosus, the perineal muscles, and external anal sphincter muscle. The deep PF muscles are the levator ani composed of the puborectalis, pubococcygeus, and iliococcygeus. The PF provides anatomical support for the pelvic and abdominal viscera and is involved in urinary, defecatory, and sexual function.^{1–4} The PF is capable of generating and controlling intra-abdominal pressure together with other muscles surrounding the abdominal cavity and contributes to lumbar spine stiffness.^{5,6}

Received November 30, 2020. Accepted March 3, 2021.

¹Proctos Clinic, Department of Surgery, Utrecht, The Netherlands;

²Leiden University Medical Centre, Department of Urology, Leiden, The Netherlands;

³Avans+, University of Applied Sciences, Master Pelvic Physical Therapy, Breda, The Netherlands;

⁴Amsterdam University Medical Centers, University of Amsterdam, Department of Sexology and Psychosomatic Gynaecology, The Netherlands
Copyright Copyright © 2021 The Authors. Published by Elsevier Inc. on behalf of the International Society for Sexual Medicine. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.03.002>

Sex Med Rev 2021;000:1–22

1

ARTICLE IN PRESS

2

van Reijn-Baggen et al

Pelvic floor hypertonicity (PFH) is often associated with urological, gynecological, gastrointestinal and sexual problems as well as chronic pelvic pain. Prevalence ranges from 50% to 90%.^{7,8} These complaints have a profound impact on quality of life.^{9–12} Several terms are used for PFH in the literature, such as pelvic floor spasm, nonrelaxing pelvic floor and overactivity. Currently, the International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) defines the term “non-neurogenic hypertonicity” as an increase in muscle tone related to the contractile or viscoelastic components that can be associated with either elevated contractile activity and/or passive stiffness in the muscle.¹³ In addition, the hypertonic muscle tissue may contain myofascial trigger points (MTrPs).¹⁴ A MTrP is a discrete, hyperirritable nodule in a taut band of a skeletal muscle which is palpable and tender during physical examination. An active MTrP is clinically associated with spontaneous pain in the surrounding tissue and/or to distant sites in specific referred pain patterns.^{15,16}

PFH can be a primary problem or a secondary adaptation to an acute or chronic injury to one or more musculoskeletal components in the PF and surrounding structures. Pelvic surgery, traumatic vaginal delivery, traumatic injury of the back or pelvis, gait disturbances, pelvic pain, experienced threat, and (chronic) stress are found to be associated with PFH.^{17–20} PFH is assumed to be related to learned behavior, otherwise acquired in adulthood through voluntary holding to inhibit micturition or defecation or to avoid incontinence. This might be related to habit, lifestyle, and/or stressful occupation.⁹ A history of physical or sexual abuse or insecure attachment is common among women with PFH and is associated with impaired sexual arousal, desire, and orgasm.^{21,22} Laan et al.²³ conceptualized PFH as a symptom of chronic activation of the defensive stress-system, and should thus be regarded as a physical manifestation of emotional dysregulation.

Clinically, PFH is diagnosed by digital palpation of the PF. This includes assessment of muscle tone (resistance provided by a muscle when a pressure/deformation or a stretch is applied to it) and muscle function (voluntary contractility, strength, endurance, repeatability, co-contraction, and relaxation ability).^{8,13,24,25} There is no single accepted or standardized way of measuring muscle tone and there are no normative values.¹³ Digital palpation can be combined with the use of surface electromyography (s-EMG) and dynamometry.^{8,26} To assess pain and MTrPs, patient-reported outcome measures can be used and include numerical rating scales (NRS), visual analog scales (VAS),^{27,28} and simple verbal pain rating scales.¹³

Pelvic floor physical therapy (PFPT) is considered to be an important part of treatment of PFH and includes strategies to optimize lumbopelvic, spinal and PF muscle function and to improve urinary, defecatory, and sexual function.^{29–31} The aim of PFPT is to increase awareness and proprioception, to improve muscle relaxation and elasticity of the PF and to reduce pain. Interventions consist of education about the PF and related symptoms, behavioral modifications, exercises aimed at PF awareness and relaxation combined with soft-tissue manipulation and myofascial release.^{30,32–35}

Another frequently used treatment modality is s-EMG to register PF muscle activation with intravaginal or anal electrode probes.^{36,37} Electro galvanic stimulation is used to improve muscle proprioception and relaxation of the PF muscles and is used as form of neuromodulation for pain relief.^{38–41} To date, efficacy of this range of treatments is not yet well established. Investigation by systematically reviewing the effectiveness of PFPT for PFH as a stand-alone entity has not yet been performed.

The goal of this review was to systematically appraise the current literature on the effectiveness of PFPT for the treatment of PFH.

METHODS

Search strategy

This systematic review adhered to guidelines detailed in the Preferred reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) statement.⁴²

A comprehensive literature search was conducted using the following electronic databases: MEDLINE, Embase, Emtree, and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Wiley Interface, current issue) from inception until February 2020. Protocol registry (<http://www.clinicaltrials.gov>) was screened for upcoming trials. The search strategy was developed by a health science librarian with experience in systematic review searching. Different relevant search terms (thesaurus terms and terms in title, abstract, or both) concerning PFH and PFPT were used. The following medical subject headings and text words were used: hypertonicity of the pelvic floor, overactive pelvic floor, non-relaxing pelvic floor, micturition disorder, defecation disorder, sexual dysfunction, chronic pelvic pain, physical therapy, myofeedback, and electrogalvanic stimulation. The reference lists of eligible studies and relevant systematic reviews were searched for additional articles that were not found in the main search. Search strings are listed in Appendix 1.

Inclusion and exclusion criteria

Randomized control trials (RCTs), cross-over studies, prospective and retrospective cohort studies and case studies involving PFPT in patients with PFH were included in the review. Inclusion criteria were: men and/or women (>18 years) with PF problems and complaints suggestive of PFH; muscle tone diagnosed by palpation and/or s-EMG; adequate description of the intervention. Studies with the following outcome measures were eligible: PF muscle tone, pain, sexual function, quality of life, PF symptoms and patients' perceived effect. Studies had to be original, available as full-text and written in English. Studies with patients with neurological diseases, low PF muscle tone, medication, surgery, sacral neuromodulation, and percutaneous tibial nerve stimulation were excluded.

Data collection and analysis

Two authors independently selected studies by screening titles and abstracts followed by full text screening. Any discrepancies

ARTICLE IN PRESS

Pelvic Floor Physical Therapy for PFH

3

were resolved by discussion until consensus. The following data were extracted: first author, year of publication, country, inclusion and exclusion criteria, sample size, participants characteristics (such as age, gender, sample size), study design, details of the pelvic floor interventions, outcomes measurements and outcome. Level of bias was assessed using the Cochrane Collaboration's Risk of Bias criteria. For each of these risk domains, studies were categorized as at low, uncertain or high risk of bias based on random sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and personnel, blinding of outcome assessment, incomplete outcome data, selective outcome reporting, and other bias.⁴³

Outcome measures

All outcome measures of included studies are listed in Table 1.

Treatments

The duration of treatment varied between 5 and 12 sessions, with sessions lasting between 30-75 minutes, over a period varying from 5 days to 3 months. PFPT protocols in the studies consisted of at least 3 of the following interventions: education about anatomy and function of the PF and related symptoms⁴⁴⁻⁴⁷; digital vaginal palpation of the PF for proprioception and to guide home exercises^{46,48}; manual techniques to release MTrPs of the PF and soft-tissue massage, including stretching, external manipulation of the PF and surrounding muscles^{35,45,46,48-52}; insertion techniques using dilators⁴⁵; muscle exercises focused on awareness and relaxation^{35,44,46,48,49,51,52}; infrared thermotherapy⁴⁸; home exercises^{35,45-49,51,52} and bladder training.⁴⁷ Four studies used s-EMG^{44,45,47,48} and 2 studies used electrogalvanic stimulation.^{45,46} Treatment in the control-arm of the 4 RCTs consisted of no-treatment⁴⁶; western massage of lower back

Table 1. Outcome measures

Muscle tone and function	- Modified Oxford-scale⁵⁰ 7-point digital palpation scale muscle tone (-3 to +3)⁴⁵ 4-point digital palpation score for muscle flexibility and muscle relaxation (0-4)⁴⁵ - Vulvalgesiometer⁴⁵ - Rest s-EMG-values^{44,45,48} - Modified Oxford-scale function^{45,46} - The New PERFECT-scale⁴⁸
Pain	- Digital palpation of the pelvic floor muscles (levator, obturator internus, diaphragm urogenital)⁵¹ - Visual analog scales (VAS)^{35,45,47,49} - The National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)^{35,44,49,51} - Pelvic pain symptom scale (PPSS)^{35,49} - Likert visual analog scale^{50,52} - VAS-scores to assess vulvar pain⁴⁵ - Degree of pain during sexual intercourse⁴⁸
Sexual Function	- Female Sexual Function Index (FSFI)^{46,48,51,52} - Cervantes scale measuring sexual response cycle on Quality of Life (QoL)⁴⁸ - Sexual health domain of the PPSS^{35,49} - Sexual Health Inventory for Men (SHIM)⁵¹
Pelvic floor symptoms	- O'Leary-Sant IC Symptom/Problem Index (ICSI/ICPI)⁵⁰⁻⁵² - NIH-CPSI^{35,44,49,51} - American Urological Association (AUA) symptom and bother score⁴⁷ - VAS-urgency/VAS-voiding frequency⁴⁷ - Likert visual analog scale urgency^{50,52} - Likert visual analog scale frequency⁵² - Pelvic pain symptom scale (PPSS)^{35,49}
Quality of life	- Cervantes QoL⁴⁸ - VAS-QoL⁴⁵ - NIH-CPSI domain QoL^{35,44,49,51} 12-item Short Form survey (SF-12)⁵⁰⁻⁵²
Patient's perceived effect	Global Response Assessment (GRA)^{35,49,51,52}

ARTICLE IN PRESS

4

van Reijn-Baggen et al

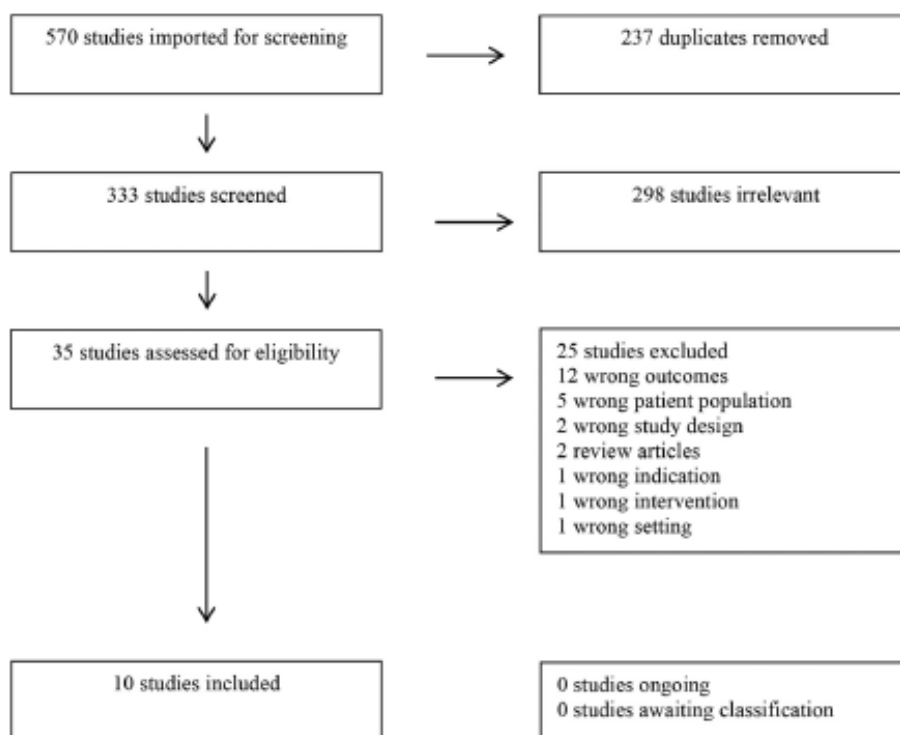


Figure 1. PRISMA flowchart.

muscles^{51,52}; heat applied to lower back and myofascial release of the abdominal diaphragm, piriformis, and iliopsoas muscles.⁴⁸

in the case study.³⁵ Given the marked heterogeneity of the studies, with different indications, outcome measurements and interventions, all studies were narratively reviewed.

RESULTS

Search results

In total, 570 studies were identified through electronic searches of which 237 duplicates were removed. Of the remaining 333 studies, 298 were excluded based on title and abstract screening. Thirty-five references were read in full, after which 25 references were excluded (see Figure 1 for exclusion reasons). A total of 10 studies met the inclusion criteria. Four studies were RCTs,^{46,48,51,52} there was one case study³⁵ and 5 prospective cohort studies.^{44,45,47,49,50} No ongoing studies were found. Studies represented a total of 581 participants, samples sizes in the studies varied from 19 to 138 patients. Patients with sexual problems were investigated in 2 RCTs^{46,48} and in one prospective cohort study.⁴⁵ These studies involved patients with dyspareunia and provoked vestibulodynia (PVD). Patients with interstitial cystitis and painful bladder syndrome (IC/PBS) were investigated in 2 RCTs^{51,52} and 1 prospective study.⁵⁰ Patients with chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) were studied in one RCT,⁵¹ 3 prospective studies^{44,47,49} and

Study quality assessment

A summary of study design, patient characteristics, sample size, interventions, outcome assessments and findings are listed in Table 2.

The quality assessment (see Figure 2) related to selection bias indicated a high risk of bias for six studies due to the absence of randomization or a comparison group. Blinding of participants and personnel for treatment received was feasible in none of the studies. Blinding of outcome assessment was at high risk in 8 studies.^{35,44–48,50,51} Attrition bias (dropout) was high in 3 studies.^{35,47,50} Risk of reporting bias was high due to insufficient information about the exact treatment protocol in 2 studies,^{35,50} and high due to insufficient information about interpretation of the results.⁵² Eight of the 10 studies described their treatment protocols in detail.^{44–49,51,52} Sample-size calculation was reported in the 4 RCTs.^{46,48,51,52} Other risks of bias concerned loss of funding or insurance to complete the study. We considered 6 studies to be of low quality, with only 0–2 low bias risks.^{35,44,45,47,49,50} The other 4 studies were of medium quality.^{46,48,51,52}

Sex Med Rev 2021;0001-22

Table 2. Study characteristics of the included studies

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
Fitzgerald et al. (2009)	RCT N = 47	Women and men with IC/ PBS and CP/CPPS PFPT: 41.1(11.4) Controls: 44.9(14.0)	PFPT Internal (pelvic) and external MTrP and connective tissue manipulation PF, hip girdle and abdomen Neuromuscular education Proprioceptive awareness exercises/ home exercises	PF digital palpation tenderness/ pain	Pre- to post-treatment: IC/PBS ($P < .001$) CP/CPPS ($P < .001$) PFPT vs control: IC/PBS ($P < .05$) CP/CPPS ns
			Control Full body Western massage	Likert pelvic pain	Pre- to post-treatment: IC/PBS ($P < .01$) CP/CPPS ($P < .001$) PFPT vs control: IC/PBS ns CP/CPPS ns
			10 weekly 1-hour sessions	NIH-pain	Pre- to post-treatment: CP/CPPS ($P < .001$) PFPT vs control ns
				SHIM	Pre- to post-treatment:ns PFPT vs control:ns
				FSFI	Pre-post treatment: IC/PBS ($P < .01$) PFPT vs control:ns
				ICSI	Pre- to post-treatment: IC/PBS ($P < .05$) CP/CPPS ($P < .01$) PFPT vs control: IC/PBS ($P < .05$) CP/CPPS ns
				ICPI	Pre- to post-treatment: IC/PBS ($P < .01$) CP/CPPS ($P < .01$) PFPT vs control:

(continued)

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
					IC/PBS ($P < .05$) CP/CPPS ns
				NIH-CPSI total	Pre- to post-treatment: CP/CPPS ($P < .001$) PFPT vs control:ns
				NIH-urinary	Pre- to post-treatment: CP/CPPS ($P < .001$) PFPT vs control ($P < .01$)
				NIH- QoL	Pre- to post-treatment: CP/CPPS ($P < .05$) PFPT vs control ns
				Likert urinary urgency score	Pre- to post-treatment: IC/PBS ($P < .01$) PFPT vs control ns
				Likert urinary frequency score	Pre- to post-treatment: IC/PBS ($P < .05$) PFPT vs control ns
				SF-12 physical scale	Pre- to post-treatment: IC/PBS ns CP/CPPS ($P < .05$) PFPT vs control: IC/PBS ns CP/CPPS ns
				SF-12 mental scale	Pre- to post-treatment: IC/PBS ns CP/CPPS ns PFPT vs control: IC/PBS ns CP/CPPS ns

(continued)

Sex Med Rev 2021;0001-22

van Reijn-Baagen et al

ARTICLE IN PRESS

ARTICLE IN PRESS

Sex Med Rev 2021;0001-22

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
Schvartz-man et al. (2019)	RCT N=42	Pre- and postmenopausal women with dyspareunia PFPT: 51.9 (5.3) Controls: 50.6 (4.7)	PFPT PF digital palpation using NEW PERFECT scale Myofascial release PF PF infrared thermotherapy Hold/relax exercises Myofascial release of abdominal diaphragm, piriformis and iliopsoas S-EMG biofeedback training	GRA	PFPT vs control: IC/PBS ($P < .05$) CP/CPPS ns
				New PERFECT scale	Pre- to post-treatment: P-mean ($P < .0001$) E-mean ($P < .001$) R-mean ($P < .001$) F-mean ($P < .001$) E-mean: NA C-mean ($P \leq .001$) T-mean ns
					PFPT vs control: P-mean ($P < .005$) E-mean ($P < .005$) R-mean ($P < .05$) F-mean ($P < .01$) E-mean: NA C-mean ($P < .001$) T-mean: ($P < .05$)
				Control Heat applied to lower back and myofascial release of abdominal diaphragm, m. piriformis, m. iliopsoas	Pre- to post-treatment ns
				S-EMG resting tone (uV)	PFPT vs control ns
				S-EMG sustained contraction duration	Pre- to post-treatment ns
			7 one-hour sessions	VAS pain during sexual intercourse	PFPT vs control ($P < .05$) Pre- to post-treatment $P < .001$ PFPT vs control $P < .001$
				FSFI	Pre- to post-treatment: Desire ($P < .05$) Arousal ($P < .05$) Lubrication ($P < .05$) Orgasm ($P < .001$) Satisfaction ($P < .001$) Pain ($P < .001$) Total Score ($P < .001$)

(continued) 7

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
Chaderi et al.(2019)	RCT N=64	Premenopausal women with dyspareunia PFPT: 34.9 (9.2) Controls: 35.7 (8.0)	PFPT Explanation of pelvic anatomy and function PF digital palpation proprioception Manual techniques PF Intravaginal EGS (110Hz, 80ms) PF home exercises		PFPT vs control: Desire ns Arousal ns Lubrication ($P < .05$) Orgasm ns Satisfaction ns Pain ($P < .05$) Total Score: ns
				Cervantes QoL	Pre-to posttreatment: Menopause Health ($P < .001$) Sexuality ($P < .001$) Couple relationship ns Physical ns Total Score ($P < .001$)
				Modified Oxford -scale	PFPT vs control: Menopause Health ns Sexuality ns Couple relationship ns Physical ns Total Score ns
					PFPT vs control: PF muscle strength: ($P < .001$) PF muscle endurance ($P < .05$)

(continued)

Sex Med Rev 2021;0001-22

van Reijn-Baagen et al

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
			Control No treatment	VAS pain	PFPT vs control: ($P < .05$) Significant difference remains at 3-months follow-up
			10 sessions in 3 months	FSFI	PFPT vs control: Desire ($P < .05$) Arousal ($P < .05$) Lubrication ($P < .05$) Orgasm ($P < .05$) Satisfaction ($P < .05$) Pain ($P < .05$) Total Score ($P < .05$)
Fitzgerald et al. (2012)	RCT N=81	Women with IC/PBS PFPT: 43.1 (15.1) Controls: 43.0 (12.9)	PFPT Internal(pelvic) and external MTrP and connective tissue manipulation PF, hip girdle and abdomen Neuromuscular education Proprioceptive awareness exercises/ home exercises	Likert bladder pain score	PFPT vs controls ns
			Control Full body global therapeutic massage	FSFI Total Score	PFPT vs controls ns
			10 weekly 1-hour sessions	ICSI ICPI Likert urgency score Likert frequency score	PFPT vs controls ns PFPT vs controls ns PFPT vs controls ns PFPT vs controls ns
				SF-12 physical scale	PFPT vs control ns
				SF-12 mental scale	PFPT vs control ns
				GRA	PFPT vs control ($P < .005$)

(continued)

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
Gentilcore –Saulnier et al. (2010)	Prospective cohort study N=22	Women with and without PVD PFPT: 22.0 (2.0) Controls: 21.0 (1.0)	PFPT Explanation of pelvic anatomy and function Digital intravaginal techniques Insertion techniques using dilators S-EMG- biofeedback training and ECS (15Hz,250msec) PF home exercises and dilator insertion	Vaginal palpation general tone	Pre-treatment group difference ($p < .005$) Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .01$)
			Control No treatment	Vaginal palpation flexibility at the vaginal opening	Pre-treatment group difference ($P < .01$) Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .01$)
			8 one -hour treatments in 12 weeks	Vaginal palpation relaxation capacity after contraction	Pre-treatment group difference ($P < .05$) Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .05$)
				Vaginal palpation strength	Pre-treatment group difference ns Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .05$)

(continued)

Sex Med Rev 2021;0001-22

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
				S-EMG PFM tonic activity at rest	Pre-treatment group difference ns
				Deep PF muscles	Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ns
				Superficial PF muscles	Pre-treatment group difference ($P < .05$) Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ns
				S-EMG PF maximum voluntary contractile activity	Pre-treatment group difference ns Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ns
				S-EMG At rest and during painful pressure stimulus	Pre-treatment group difference ($P < .005$) Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .01$)

(continued)

Pelvic Floor Physical Therapy for PFH

ARTICLE IN PRESS

11

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
				S-EMG PF pain responses	
				Deep PF muscles	Pre-treatment group difference ns Post-treatment group difference ns
				Superficial PF muscles	PFPT pre-posttreatment ns Pre-treatment group difference ($P < .05$) Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .0001$)
				Pain intensity	Pre-treatment group difference ($P < .01$) Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .01$)
				Pain unpleasantness	Pre-treatment group difference ns Post-treatment group difference ns PFPT pre-posttreatment ($P < .001$)
				QoL	PFPT pre-posttreatment ($P < .01$)

(continued)

van Reijn-Baggen et al

ARTICLE IN PRESS

Sex Med Rev 2021;0001-22

Sex Med Rev 2021;0001-22

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
Oyama et al. (2004)	Prospective pilot study N = 21	Women with IC PFPT: 42 (21–64)	PFPT Intravaginal massage and MTrP-release No control group 10 sessions for period of 5 weeks	Modified Oxford scale muscle tone	Pre- to post-treatment (P < .05)
				m iliococcygeus	Pre- to post-treatment (P < .05)
				m pubococcygeus	Pre- to post-treatment (P < .05)
				m obturator internus	Pre- to post-treatment (P < .05)
				m coccygeus	Pre- to post-treatment (P < .05)
					Pre- to post-treatment ns
				Likert pain	Pre- to post-treatment (P < .01) Pre-treatment- to follow-up (P < .01)
				Likert urgency	Pre- to post-treatment (P < .001) Pre-treatment- to follow-up (P < .005)
				ICPI	Pre- to post-treatment (P < .05) Pre-treatment- to follow-up (P < .05)
				ICSI	Pre- to post-treatment (P < .05) Pre-treatment- to follow-up (p < 0.05)
				SF-12 physical scale	Pre- to post-treatment (P < .05) Pre-treatment- to follow-up ns
				SF-12 mental scale	Pre- to post-treatment (P < .05) Pre-treatment- to follow-up ns

(continued)

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
Cornel et al. (2005)	Prospective cohort study N = 31	Men with CP/CPSP PFPT: 43.9 (23–70)	PFPT Explanation of pelvic anatomy and function s-EMG biofeedback training PF exercises No control group 6–8 sessions initially once a week later on every 2–4 weeks	s-EMG rest uV	Pre- to post treatment (P < .001)
				NIH-CPSI pain	Pre- to post treatment (P < .001)
				NIH-CPSI micturition	Pre- to post treatment (P < .001)
				NIH-CPSI total	Pre- to post treatment (P < .001)
				NIH-CPSI QoL	Pre- to post treatment (P < .001)
Clemens et al. (2000)	Prospective cohort study N = 19	Men with CP/CPSP PFPT: 36 (18–67)	PFPT Explanation of pelvic anatomy and function s-EMG biofeedback training Bladder training Hold/relax PF home exercises No control group 6 biweekly 1-hour sessions	VAS pain score	Pre- to post treatment (P < .001)
				AUA bother score	Pre- to post treatment (P < .001)
				AUA symptom score	Pre- to post treatment (P < .001)
				VAS urgency	Pre- to post treatment (P < .005)
				VAS voiding frequency	Pre- to post treatment (P < .005)
Anderson et al. (2011)	Prospective cohort study N = 116	Men with CP/CPSP PFPT: 48 (19–80)	PFPT Internal manual techniques PF home exercises Psychologist daily instructions on reducing nervous system	VAS pelvic pain	Pre- to post treatment (P < .001)

(continued)

Sex Med Rev 2021;0001-22

van Reijn-Baagen et al

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
Anderson et al.(2005)	Case study N = 138	Men with CP/CPPS PFPT: 40.5 (16–79)	No control group	PPSS sexuality	Pre- to post treatment ($P < .001$)
				PPSS symptom severity	Pre- to post treatment ($P < .001$)
			5 (30 to 60 min) sessions for 6 days	NIH-CPSI Total Score	Pre- to post treatment ($P < .001$) Pretreatment- to follow up ($P < .001$)
				NIH-CPSI QoL	Pre- to post treatment ($P < .001$)
			PFPT Internal manual techniques Deep tissue mobilisation Relaxation exercises Daily PF home relaxation exercises	GRA	59% of patients reported symptoms as moderately or markedly improved
				VAS-pelvic pain	Pre- to post treatment: Markedly improved group ($P < .01$) Moderately improved group ns
			No control group	PPSS pain	Pre- to post treatment: Markedly improved group ($P < .001$) Moderately improved group ns
			8 biweekly sessions and 4 weekly sessions	NIH CPSI pain	Pre- to post treatment: Markedly improved group ($P < .001$) Moderately improved group ($P < .05$)
				PPSS sexual function	63% of the patients had a 25% or greater improvement in sexual function; 56 (43%) achieved a 50% or greater response after PFPT

(continued)

Table 2. Continued

Study	Design/N	Population/ mean age SD/ range)	Interventions/duration	Outcome Measures (muscle tone/ function, pain, sexual function, pelvic floor symptoms, QoL, PPE)	Results
				PPSS urinary symptoms	Pre- to post treatment: Markedly improved group ($P < .001$) Moderately improved group ns
				NIH-CPSI Total score	Pre- to post treatment: Markedly improved group ($P < .001$) Moderately improved group ($P < .01$)
				NIH-CPSI urinary symptoms	Markedly improved group ($P < .05$)
				NIH-CPSI QoL	Moderately improved group ns
					Markedly improved group ($P < .001$) Moderately improved group ($P < .05$)

AUA = American Urological Association Symptom and Bother Score; CP/CPPS = Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome; EGS = Electrogalvanic Stimulation; FSFI = Female Sexual Function Index; GRA = Global Response Assessment; IC/PBS = Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome; ICI = Interstitial Cystitis Problem Index; ICSI = Interstitial Cystitis Symptom Index; MTrP = Myofascial Trigger Point; MVC = Maximum Voluntary Contraction; NA = not applicable; NEW-PERFECT = Performance/Endurance/Repetition/Fast/Elevation/Co-contraction/Timing; NIH/CPSI = National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index; PFPT = Pelvic Floor Physiotherapy; PPE = patient's perceived effect; PF = pelvic floor; PPSS = Pelvic Pain Symptom Scale; PVD = Provoked Vulvodynia; QoL = Quality of Life; RCT = Randomized Controlled Trial; SF-12 = 12-item Short Form Survey; SHIM = Sexual Health Inventory for Men; s-EMG = surface Electromyography; TENS = Transcutaneous Electro Neuro Stimulation; VAS = Visual Analogue Scale.
Note. Ns = non-significant.

ARTICLE IN PRESS

Pelvic Floor Physical Therapy for PFH

17

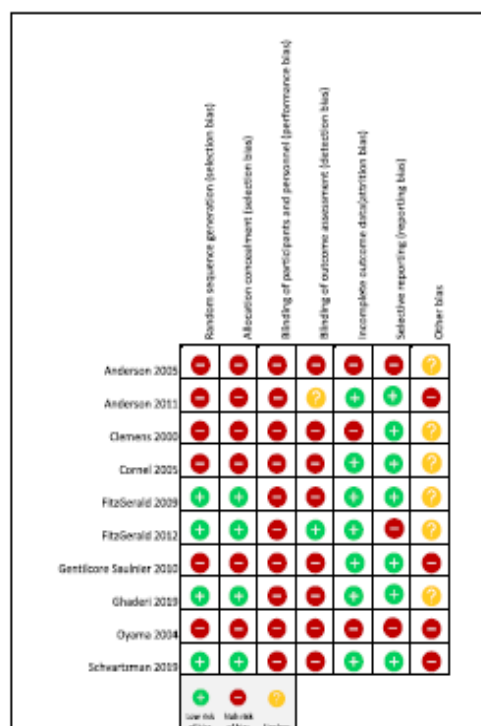


Figure 2. Risk of bias assessment.

Outcome assessments

Pelvic floor muscle resting tone and function. Changes in muscle tone as a result of PFPT were directly measured in one RCT⁴⁸ and in three prospective cohort studies.^{44,45,50} The RCT⁴⁸ involved patients with dyspareunia and found that PFPT did not significantly decrease resting activity from baseline to post-treatment using s-EMG. In 1 prospective study⁴⁴ in men with CPPS, the mean value of the muscle tone measured with s-EMG decreased significantly from pre- to post-treatment. The second prospective cohort study⁴⁵ in women with PVD found a significant reduction in muscle tone, measured with the 7-point digital palpation scale, a significant increase from pre- to post-treatment in PF muscle flexibility and in the ability to relax the PF muscles after contraction measured with 4-point digital palpation scale. S-EMG demonstrated a higher tonic rest activity at pre-treatment in the superficial layer of PF muscles in the patient group compared to controls but not in the deeper layer of the PF muscles. The last prospective study⁵⁰ in women with IC showed significant improvement in muscle tone after PFPT in all PF muscles except for the coccygeus, using the modified Oxford Scale.

PF muscle function was measured in 2 RCTs^{46,48} and 1 prospective study.⁴⁵ One RCT⁴⁸ involving patients with

dyspareunia found that PFPT significantly increased sustained contractions from baseline to post-treatment and the number of peaks were significantly higher in the PFPT-group using s-EMG and compared to control who received heat applied to lower back and myofascial release of the abdominal diaphragm, piriformis, and iliopsoas muscle. A significant improvement was found in post-treatment PF muscle function measured with New-PERFECT scores in the PFPT-group and relative to baseline. The second RCT⁴⁶ involved patients with dyspareunia and found significant improvement in PF muscle strength and endurance in the PFPT group in comparison with a no-treatment control group using the modified Oxford-scale. One prospective cohort study⁴⁵ found a significant increase in PF muscle strength from pre- to post-treatment but not compared to control measured with the modified Oxford scale.

Pain. Pain scores were assessed in all studies. In 1 RCT⁵¹ in patients with CP/CPPS and IC/PBS, PFPT resulted in significant relief of tenderness/pain in 4 muscle groups (levator ani posterior and anterior, obturator internus, and urogenital diaphragm) from pre- to post-treatment in both groups measured with digital examination. In the IC/PBS group a significant relief of tenderness/pain was found compared to controls who received full body global therapeutic massage. This study also found reduced pain scores measured with Likert pelvic pain score to be significantly reduced from pre- to post-treatment in both groups but not compared to controls. The second RCT⁴⁸ found a significant reduction in post-treatment dyspareunia pain scores using VAS in the PFPT group relative to controls. The third RCT⁴⁶ found post-treatment VAS pain scores in the genital area before, during, and after vaginal intercourse to be significantly decreased compared to no-treatment controls, which sustained after follow-up of three months. Only 1 RCT⁵² was unable to show a decrease in pelvic/bladder discomfort and/or pain after PFPT compared to controls who received full body global therapeutic massage. One prospective study⁵⁰ in women with IC, found a significant decrease in pelvic pain measured with Likert scores compared to baseline. The second prospective cohort study,⁴⁵ in women with PVD demonstrated significant reduce of pain in the superficial PF muscles to a painful pressure stimulus induced with a vulvalgesiometer. Vulvar pain intensity ratings were also significantly decreased after treatment and no longer differed from non-affected controls. The third prospective study,⁴⁷ in men with CPPS, found significantly lower pelvic pain-scores after PFPT measured with VAS. The fourth prospective study⁴⁴ in men with CP/CPPS found a significant decrease in the subdomain pain of the National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) after PFPT. The fifth prospective study⁴⁹ in men with CP/CPPS also found significant improvement in pain from pre- to post-treatment in the subdomain of the NIH-CPSI and Pelvic Pain Symptom Scale (PPSS). Finally, the case study³⁵ demonstrated a more than 25% reduction in pelvic pain symptom scores using VAS-scores.

ARTICLE IN PRESS

18

van Reijn-Baggen et al

Sexual function. Sexual function was investigated in all 4 RCTs,^{46,48,51,52} in one prospective study⁴⁹ and the case study.³⁵ One RCT⁵¹ found significantly higher post-treatment Female Sexual Function Index (FSFI) total scores for women in the IC/PBS patient group compared to pre-treatment, no significant differences were found relative to control. In men with CP/CPSS, no significant differences in sexual function were found from pre- to post-treatment and relative to controls using the Sexual Health Inventory for Men. In the second RCT⁵² no significant changes in FSFI total scores were observed from pre- to post-treatment, the same was true for controls. In the third RCT⁴⁶ in women with dyspareunia, the FSFI total scores were significantly improved after PFPT compared to no treatment controls. In the fourth RCT⁴⁸ in women with dyspareunia, the FSFI-scores improved significantly from pre- to post-treatment, FSFI-lubrication and pain improved significantly compared to controls. Cervantes QoL-sexuality improved significantly from pre- to post-treatment but not compared to controls. The prospective study⁴⁹ found significant improvement in sexual function measured with the sexual health domain of the PPSS. The case study³⁵ demonstrated an improvement in sexual function measured with PPSS of more than 50% in 51% of the patients after PFPT.

Improvement of pelvic floor symptoms. Symptom improvement was investigated in 2 RCTs,^{51,52} 4 prospective studies^{44,47,49,50} and the case study.³⁵ One RCT⁵¹ found equal and significant improvement in urinary symptoms in the CP/CPSS group measured with the NIH-CPSI Interstitial Cystitis Symptom Index/Interstitial Cystitis Problem (ICSI/ICPI) scores also showed improvement in urinary symptoms but only in the IC/PBS patient group. Another RCT⁵² was unable to demonstrate a decrease in urgency and frequency ratings and ICSI/ICPI scores after PFPT. In a prospective study⁴⁹ in patients with CP/CPSS, NIH-CPSI total scores significantly decreased with approximately 30% after treatment. The second prospective study⁴⁴ in CP/CPSS patients showed significant symptom improvement in the subdomain NIH-CPSI-micturition. The third prospective study⁴⁷ found significant improvement in the American Urological Association Symptom and Bother Score and VAS urgency and VAS voiding frequency scores in patients with CP/CPSS. Significant improvement in symptoms measured with ICSI/ICPI was seen in the fourth prospective study⁵⁰ in patients with IC. At long-term follow-up, the improvement in ICPI and ICSI scores remained statistically significant. The case study³⁵ found that overall 72% of patients reported marked (46%) or moderate (26%) improvement after PFPT. Urinary symptoms decreased significantly in patients reporting marked improvements. More than half of the patients treated with PFPT had a 25% or greater decrease in urinary symptom scores, as assessed by the PPSS.

Quality of life. Quality of life was measured in 3 RCTs,^{48,51,52} and 4 prospective studies^{44,45,49,50} and the case

study.³⁵ One RCT⁴⁸ in patients with dyspareunia found significant improvement in QoL from pre- to post-treatment but not compared to controls measured with the Cervantes scale. Another RCT⁵² in IC/PBS patients found no significant improvement relative to controls in quality of life using the 12-item Short Form Survey (SF-12). In the RCT⁵¹ with CP/CPSS and IC/PBS patients no differences were found between treatment groups in the QoL-domain of the SF-12, whereas a significant pre-post treatment improvement was found using both the SF-12 and NIH-CPSI, but in the CP/CPSS group only. One prospective study⁴⁵ found a significant decrease in the perceived negative impact of PVD on QoL measured with a VAS-scale. Two prospective studies^{44,49} in men with CP/CPSS found a significant improvement in the NIH-CPSI subdomain QoL scores. Another prospective study⁵⁰ in women with IC showed significant improvements in the physical component summary score and mental component summary score of the SF-12. The case study³⁵ found significant improvement in quality of life domain of the NIH-CPSI after PFPT.

Patients' perceived effect. Patients' perceived effect was measured in 2 RCTs,^{51,52} one prospective study⁴⁹ and the case study.³⁵ In a RCT⁵² comparing PFPT with lower back massage, a significantly larger proportion of patients than controls reported having benefited from treatment (59% vs 26%, respectively). Likewise, another RCT⁵¹ found a significantly larger proportion of patients (57%) reporting benefit relative to controls (21%). In one prospective study⁴⁹, 59% of the patients with CP/CPSS reported symptoms as moderately or markedly improved. In the case study,³⁵ 72% of patients had higher global response assessment scores indicating global improvement.

DISCUSSION

Three of 4 RCTs found positive effects of PFPT compared to controls on five of six outcome measurements (PF muscle resting tone and function, various features of pain, sexual function, PF symptoms, and patients' perceived effect). QoL remained unchanged in two of three RCTs. The 5 prospective studies found significant improvements from pre- to post-treatment on all of the outcome measures that they assessed (PF muscle resting tone and function in 3 studies; pain in all studies; sexual function in 1 study; PF symptoms in 4 studies, QoL in 4 studies and patients' perceived effect in 1 study). Finally, the case study found positive effects on all outcome measures that were assessed (pain, sexual function, symptoms, QoL, and patients' perceived effect). Taken together, the findings of this systematic review suggest that PFPT can be beneficial in patients with PFH. However, it should be noted that the RCT⁵² with the largest sample size demonstrated an effect of PFPT in only 1 of 5 outcome measures, namely patients' perceived effect. This was 1 of 2 RCTs^{51,52} that measured the least effect of PFPT in patients with IC/PBS. It is not entirely clear why this particular RCT

ARTICLE IN PRESS

Pelvic Floor Physical Therapy for PFH

19

yielded negative results. Possibly, PFH in these patients is secondary to a visceral abnormality and therefore they may benefit less from PFPT than other PFH patient groups. The treatment modalities of PFPT used in this protocol may have been insufficient for this patient group, or perhaps the pain and urological complaints in this patient group was unrelated to PFH. This was also the study in which a substantial proportion of the participants (62%) reported at least one adverse event, the most common adverse event being pain in the bladder or pelvis. The high pain ratings may have negatively influenced the other outcome measurements. The other RCT⁵¹ had post treatment data of only 11 participants with IC/PBS and should therefore be considered less reliable.

Treatment of PFPT proved to be most efficacious in improving muscle resting tone and function and pain. The five studies that measured muscle resting tone and function directly, all found significant improvements,^{44–46,48,50} and for pain 9 of 10 studies found pain to significantly decrease with PFPT. Interestingly, the 2 RCTs^{46,48} in women with dyspareunia found treatment effects in muscle function, a reduction in pain, as well as improvements in sexual function. Muscle function may be an important variable involved in sexual function. In an experimental study in women with PVD, Naess, and Bo⁵³ found maximal voluntary PF muscle contraction to reduce vaginal resting pressure and resting s-EMG activity. Their findings suggest that improving maximal voluntary PF muscle contractions are instrumental in treating PFH. In a study in patients with PVD⁴⁵ pain and muscle resting tone improved but unfortunately, sexual function was not investigated. Three studies^{45,46,48} showed that PFPT decreased vulvar pain and pain during intercourse. These findings suggest that PFH is a maintaining factor in vulvar pain syndromes. Sexual function was also improved in patients who did not present with sexual problems as their primary complaint.^{35,49}

QoL improved significantly in 6 of 8 studies,^{35,44,45,48–50} but no improvement was seen in the 2 RCTs that measured QoL.^{51,52} These were the RCTs in patients with IC/PBS, the majority of whom had high pain ratings during treatment. Possibly other contributing factors may be involved that affect their QoL, such as depression and anxiety as a consequence of chronic pain.⁵⁴ An outcome measure related to QoL, self-reported global perceived effect, improved significantly in all 4 studies that assessed this variable.^{35,49,51,52} Surprisingly, the RCT⁵² with the largest sample of IC/PBS patients did report greater global perceived effect than the controls. Even though their symptoms did not improve significantly, patients apparently did feel that the treatment was worthwhile. The authors of the study neither noted nor discussed this discrepancy. Other than a possible placebo effect, we have no explanation for this finding.

Several limitations of the studies in this systematic review impede the interpretation of the findings, such as the heterogeneity of patient groups and outcome measures, the small number of RCTs that met our inclusion criteria and the wide range of

treatment modalities. In addition, an RCT is a prerequisite for preventing selection bias, performance bias, and detection bias which was a common limitation in most of the reviewed studies. Treatment programmes varied considerably in their content and duration and some data were incompletely reported. Most studies did not present follow-up data of adequate duration. In addition, none of the 10 studies were of high quality.

Although muscle resting tone improved in most studies that measured this, these findings should be interpreted with caution. Muscle resting tone was mostly quantified by digital palpation using various scales. These scales require a subjective interpretation on the part of the assessor and in some studies, the physical therapist providing the treatment was also the one assessing improvement. This may have biased the findings towards a positive outcome. In four studies muscle resting tone and function was established using more objective measures such as s-EMG,^{44,45,47,48} but caution is warranted in clinical use and interpretation of this measure as well. Many factors influence amplitude, skin conductance and artefacts. Other common problems with s-EMG include a wide variation in equipment and electrodes, protocols and nonstandardized normal rest s-EMG values.⁵⁵ It would be advisable to use s-EMG measures in conjunction with other muscle resting tone measures.^{13,48} Overall, it is clear that better outcome measures are needed. Another issue concerns the use of questionnaires. The wide range of conditions in which PFH seems to be involved as well as the wide range of PFH symptoms render the decision about which questionnaires to include in a study a difficult one. Only validated patient related outcome measures will bring this field further along.

CONCLUSION

The findings of this systematic review suggest that PFPT can be beneficial in patients with PFH. Given the low to moderate study quality, more high-quality RCTs with standardized treatment protocols, sufficient sample sizes, validated outcome measures, and long-term follow-ups should be performed to confirm the effectiveness of PFPT in the treatment of PFH.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank Mr J.W. Schoones, collection development coordinator at Leiden Medical Centre for his help with the development of the search strategy.

Corresponding Author: Danielle van Reijn, MSc. Tel: +31622141471; E-mail: davr@me.com

Conflict of interest: The authors report no conflicts of interest.

Funding: None.

STATEMENT OF AUTHORSHIP

Category 1

ARTICLE IN PRESS

20

van Reijn-Baggen et al

- (a) Conception and design: Daniëlle A. van Reijn-Baggen, Rob C.M. Pelger, Petra J. Voorham-van der Zalm
- (b) Acquisition of data: Daniëlle A. van Reijn-Baggen, Caroline H.A.C. Hagenaars-van Miert
- (c) Analysis and interpretation of data: Daniëlle A. van Reijn-Baggen, Ellen T.M. Laan, Ingrid J.M. Han-Geurts

Category 2

- (a) Drafting the manuscript: Daniëlle A. van Reijn-Baggen, Ellen T.M. Laan, Ingrid J.M. Han-Geurts
- (b) Revising it for intellectual content: Daniëlle A. van Reijn-Baggen, Ellen T.M. Laan, Ingrid J.M. Han-Geurts, Caroline H.A.C. Hagenaars-van Miert, Rob C.M. Pelger, Petra J. Voorham-van der Zalm

Category 3

- (a) Final approval of the completed manuscript: Daniëlle A. van Reijn-Baggen, Ellen T.M. Laan, Ingrid J.M. Han-Geurts, Caroline H.A.C. Hagenaars-van Miert, Rob C.M. Pelger, Petra J. Voorham-van der Zalm

REFERENCES

1. Strohbehn K. Normal pelvic floor anatomy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:683–705.
2. Rocca Rossetti S. Functional anatomy of pelvic floor. *Arch Ital Urol Androl* 2016;88:28–37.
3. Eickmeyer SM. Anatomy and physiology of the pelvic floor. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28:455–460.
4. Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci*. 2007;1101:266–96.
5. Pool-Goudzwaard A, van Dijke GH, van Gurp M, et al. Contribution of pelvic floor muscles to stiffness of the pelvic ring. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2004;19:564–571.
6. Hodges PW, Sapsford R, Pengel LH. Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. *NeuroUrol Urodyn* 2007;26:362–371.
7. Voorham-van der Zalm PJ, Lycklama ANGAB, Elzevier HW, et al. Diagnostic investigation of the pelvic floor*: a helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:864–871.
8. Morin M, Binik YM, Bourbonnais D, et al. Heightened pelvic floor muscle tone and altered contractility in women with provoked vestibulodynia. *J Sex Med* 2017;14(4):592–600.
9. Butrick CW. Pelvic floor hypertonic disorders: identification and management. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009;36:707–722.
10. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, et al. Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17:39–46.
11. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, et al. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med* 2011;8:497–503.
12. Katz L, Tripp DA, Nickel JC, et al. Disability in women suffering from interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *BJU Int* 2013;111:114–121.
13. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2017;28:191–213.
14. Zermann DH, Ishigooka M, Doggweiler R, et al. Neurourological insights into the etiology of genitourinary pain in men. *J Urol* 1999;161:903–908.
15. Shah JP, Thaker N, Heimur J, et al. Myofascial trigger points then and now: a historical and scientific perspective. *PM R* 2015;7:746–761.
16. Simons D, Travell J, Simons L. *Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999.
17. Butrick CW. Persistent postoperative pain: pathophysiology, risk factors, and prevention. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2016;22:390–396.
18. Tu FF, Holt J, Gonzales J, et al. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:272e1–7.
19. Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:550–561.
20. van der Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behav Res Ther* 2001;39:395–408.
21. Beck JJ, Elzevier HW, Pelger RC, et al. Multiple pelvic floor complaints are correlated with sexual abuse history. *J Sex Med* 2009;6:193–198.
22. Gichowski SB, Dunivan GC, Komesu YM, et al. Sexual abuse history and pelvic floor disorders in women. *South Med J* 2013;106:675–678.
23. Laan E, van Lunsen RHW. *Overactive Pelvic Floor; Female sexual functioning*. Springer; 2016. p. 17–31.
24. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *NeuroUrol Urodyn* 2019;38:433–477.
25. Simons DG, Mense S. Understanding and measurement of muscle tone as related to clinical muscle pain. *Pain* 1998;75:1–17.
26. Morin M, Gravel D, Bourbonnais D, et al. Reliability of dynamometric passive properties of the pelvic floor muscles in postmenopausal women with stress urinary incontinence. *NeuroUrol Urodyn* 2008;27:819–825.
27. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain* 2008;9:105–121.

ARTICLE IN PRESS

Pelvic Floor Physical Therapy for PFH

21

28. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(Suppl 11):S240–S252.
29. Whitehead WE, Bharucha AE. Diagnosis and treatment of pelvic floor disorders: what's new and what to do. *Gastroenterology* 2010;138:1231–1235 5 e1–4.
30. Stein A, Sauder SK, Reale J. The role of physical therapy in sexual health in men and women: evaluation and treatment. *Sex Med Rev* 2019;7:46–56.
31. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2012;87(2):187–193.
32. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:269–275 discussion 75.
33. Bonder JH, Chi M, Rispoli L. Myofascial pelvic pain and related disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28:501–515.
34. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med* 2008;5:513–523 quiz 24–5.
35. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, et al. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *J Urol* 2005;174:155–160.
36. Keshwani N, McLean L. State of the art review: intravaginal probes for recording electromyography from the pelvic floor muscles. *NeuroUrol Urodyn* 2015;34:104–112.
37. Voorham JC, De Wachter S, Van den Bos TWL, et al. The effect of EMG biofeedback assisted pelvic floor muscle therapy on symptoms of the overactive bladder syndrome in women: A randomized controlled trial. *NeuroUrol Urodyn* 2017;36:1796–1803.
38. Cadeddu F, Salis F, De Luca E, et al. Efficacy of biofeedback plus transanal stimulation in the management of pelvic floor dys-synergia: a randomized trial. *Tech Coloproctol* 2015;19:333–338.
39. Schmitt JJ, Singh R, Weaver AL, et al. Prospective outcomes of a pelvic floor rehabilitation program including vaginal electrogalvanic stimulation for urinary, defecatory, and pelvic pain symptoms. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2017;23:108–113.
40. John H, Ruedi C, Kotting S, et al. A new high frequency electrostimulation device to treat chronic prostatitis. *J Urol* 2003;170(4 Pt 1):1275–1277.
41. Rowe E, Smith C, Laverick L, et al. A prospective, randomized, placebo controlled, double-blind study of pelvic electromagnetic therapy for the treatment of chronic pelvic pain syndrome with 1 year of followup. *J Urol* 2005;173:2044–2047.
42. Moher D, Shamseer L, Clarke M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* 2015;4:1.
43. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration 2011 Version 5.1.0. Available at: www.handbook.cochrane.org. Accessed 28 Jan 2020.
44. Cornel EB, van Haarst EP, Schaarsberg RW, et al. The effect of biofeedback physical therapy in men with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III. *Eur Urol* 2005;47:607–611.
45. Gentilecore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, et al. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med* 2010;7(2 Pt 2):1003–1022.
46. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrabimi S, et al. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J* 2019;30:1849–1855.
47. Clemens JQ, Nadler RB, Schaeffer AJ, et al. pelvic floor re-education, and bladder training for male chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2000;56:951–955.
48. Schwartzman R, Schwartzman L, Ferreira CF, et al. Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial. *J Sex Marital Ther* 2019;45:378–394.
49. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, et al. 6-day intensive treatment protocol for refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using myofascial release and paradoxical relaxation training. *J Urol* 2011;185:1294–1299.
50. Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology* 2004;64:862–865.
51. FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol* 2009;182:570–580.
52. FitzGerald MP, Payne CK, Lukacz ES, et al. Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness. *J Urol* 2012;187:2113–2118.
53. Naess IA-O, Bø K. Can maximal voluntary pelvic floor muscle contraction reduce vaginal resting pressure and resting EMG activity? *Int Urogynecol J* 2018;29:1623–1627.
54. Dybowski C, Lowe B, Brunahl C. Predictors of pain, urinary symptoms and quality of life in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS): a prospective 12-month follow-up study. *J Psychosom Res* 2018;112:99–106.
55. Voorham-van der Zalm PJ, Voorham Jc Fau - van den Bos TWL, van den Bos Tw Fau - Ouwerkerk TJ, et al. Reliability and differentiation of pelvic floor muscle electromyography measurements in healthy volunteers using a new device: the Multiple Array Probe Leiden (MAPLe). *NeuroUrol Urodyn* 2013;32:341–348.

ARTICLE IN PRESS

22

van Reijl-Baggen et al

APPENDIX 1

Search strategy

((("Pelvic floor"[ti] OR "Pelvic Diaphragm"[ti] OR "Pelvic Floor"[majr] OR "Pelvic Floor/physiopathology"[mesh] OR "Pelvic Floor Disorders"[majr] OR ("Practice Guideline"[ptyp] AND "pelvic"[ti] OR "pelvic"[ti]) AND (Overactivity OR hypertonicity OR hypertonic OR hypertonic* OR tone OR tonic OR relaxation OR Non-relaxing OR Non-relaxing OR spasm OR spasms OR stiffness OR stiff OR contracture OR contracting OR cramp OR cramps OR cramp OR "levator ani"[tw] OR "levator ani syndrome" OR "levator syndrome"[tw] OR "muscle activity"[tw] OR "Practice Guideline"[ptyp] OR "tenderness"[tw])) OR "pelvic floor hypertonia" OR "pelvic floor hypertonicity" OR "pelvic floor hypertonus") AND (micturition OR micturit* OR defecation OR defaecation OR defecat* OR defaecat* OR sexual function OR sexual dysfunction OR sexual function* OR sexual dysfunction* OR prolapse OR prolaps* OR stress Urinary incontinence OR Urge urinary incontinence OR mixed incontinence OR incontinence OR incont* OR overactive bladder OR urgency OR frequency OR obstructed micturition OR constipation OR constipat* OR dyssynergia OR dyssynerg* OR obstipation OR obstipat* OR vulvodinia OR vulvodynia OR vulvod* OR vulvodyn* OR dyspareunia OR vaginism OR vaginismus OR vaginism* OR erectile dysfunction OR chronic testicular pain OR chronic pelvic pain OR chronic pelvic pain syndrome OR CPPS OR ejaculation OR premature ejaculation OR premature ejacul* OR Provoked vestibulodynia OR Dysfunctional voiding OR Voiding dysfunction OR Obstructed defaecation OR Obstructed defecation OR Coccygodynia OR Anal pain OR Chronic anal fissure OR Chronic anal fissures OR Proctalgia OR Ejaculation praecox OR Ejaculation praecox OR Scrotal pain) NOT (((("Child"[mesh] OR "child"[ti] OR "children"[ti] OR "girl"[ti] OR "girls"[ti] OR "boy"[ti] OR "boys"[ti] OR "pediatr*[ti] OR "paediatr*[ti]) NOT ("Adult"[mesh] OR

"adult"[ti] OR "adults"[ti])) OR "Pharmaceutical Preparations"[majr] OR "medication"[ti] OR "medications"[ti] OR "drug"[ti] OR "drugs"[ti] OR "Drug Therapy"[majr] OR pharmac*[ti] OR "Botulinum Toxins"[majr] OR "Botulinum Toxins"[ti] OR "Botulinum Toxin"[ti] OR "botox"[ti] OR "Cholinergic Antagonists"[majr] OR "Cholinergic Antagonists"[ti] OR "Cholinergic Antagonist"[ti] OR anticholinergic*[ti] OR anti-cholinergic*[ti] OR ("Nervous System Diseases"[majr] OR "Nervous System Diseases"[ti] OR "Nervous System Disease"[ti] OR "neurological diseases"[ti] OR "neurological disease"[ti]) NOT ("Spasm"[majr] OR "spasm"[ti] OR "spasms"[ti]) OR ("Surgical Procedures, Operative"[majr] OR "surgery"[ti] OR surgical*[ti]) NOT "after"[ti] OR "Implantable Neurostimulators"[majr] OR "Implantable Neurostimulators"[ti] OR "Implantable Neurostimulator"[ti] OR neuromodular*[ti] OR rehabilitat*[ti] OR "Rehabilitation"[majr] OR "rehabilitation"[Subheading] OR "physical therapy modalities"[majr] OR "physical therapy"[ti] OR "physiotherapy"[ti] OR physiotherap*[ti] OR "exercise"[majr] OR "exercise"[ti] OR "exercises"[ti] OR "exercise therapy"[majr] OR "biofeedback, psychology"[majr] OR "biofeedback"[ti] OR "bio-feedback"[ti] OR bio-feedback*[ti] OR "myofeedback"[ti] OR myofeedback*[ti] OR "myo-feedback"[ti] OR myo-feedback*[ti] OR "electrostimulation"[ti] OR electrostimulat*[ti] OR "electric stimulation"[majr] OR "electric stimulation"[ti] OR "electrical stimulation"[ti] OR "life style"[majr] OR "life style"[ti] OR "lifestyle"[ti] OR "Conservative Treatment"[majr] OR "conservative management"[ti] OR "conservative treatment"[ti] OR "muscle therapy"[ti] OR "Electromyography"[majr] OR "electromyography"[ti] OR electromyogr*[ti] OR "EMG"[ti] OR "EMGs"[ti] OR "magnetic resonance imaging"[majr] OR "magnetic resonance"[ti] OR "Ultrasonography"[majr] OR ultrasoun*[ti] OR ultrason*[ti] OR "mapping"[ti] AND english[la]) AND ("2009/01/01"[PDAT]: "3000/12/31"[PDAT])

Parte II – Estudo de Caso

13ª Edição Mestrado em Fisioterapia em

Saúde da Mulher

Ano letivo 2021/23

Disfunção sexual e associação com a tensão do
pavimento pélvico numa atleta – estudo de caso

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Docente: Professora Doutora Patrícia Maria Duarte de Almeida

Discente: Margarida Cordeiro Carrilho Silva, nº20210133

Alcoitão, julho de 2023

Resumo

Introdução: Disfunção sexual e mais especificamente dispareunia são comuns e podem afetar seriamente a intimidade e vida. Músculos do pavimento pélvico (MPP) hiperativos e hipertônicos não conseguem relaxar corretamente e estão muitas vezes associados a pontos dolorosos e dor. Estas alterações podem contribuir e ser uma das causas de dispareunia. O exercício de alta intensidade pode contribuir para aumentar essa tensão e assim aumentar o risco de dispareunia, embora existam ainda poucos estudos neste sentido. **Objetivo:** De que forma o aumento da tensão muscular e hiperatividade no pavimento pélvico (PP) pode estar relacionado com disfunção de dor sexual. **Descrição do caso:** Utente de 20 anos, sexo feminino, atleta de ginástica rítmica e crossfit, com queixas álgicas na relação sexual. Este problema está a afetar bastante a sua qualidade de vida e por isso espera com a fisioterapia pélvica recuperar totalmente. Após avaliação apresenta aumento de tónus, hiperatividade e elevada tensão nos MPP e músculos associados, dor e hipersensibilidade na vulva, diminuição da força dos MPP e dor na relação sexual (penetração inicial) - questionário FSF-6 (pontuação mais baixa (2) que corresponde a pior função sexual. **Resultados:** Verificaram-se boas melhorias ao nível das queixas na relação sexual (10/10 na EVA para (0/1))/10 na EVA), no questionário FSFI-6 (30 pontos) e no tónus e atividade do PP, após 12 semanas. Ocorreu um aumento da força dos MPP e a utente ganhou consciência e por isso ocorreu um relaxamento mais eficaz dos músculos. Refere menos ansiedade e receio da relação sexual e sente mais controlo. **Discussão:** A intervenção implementada e discutida com a utente foi de sucesso e boas melhorias foram observadas e também percecionadas pela utente. Há necessidade de realizar mais estudos de qualidade acerca desta temática. **Conclusão:** Mediante o resultado do estudo de caso, parece ter havido uma relação entre a disfunção sexual e a tensão do pavimento pélvico. Após a intervenção da fisioterapia centrada na redução da tensão e melhoria da ativação e tonicidade muscular, a utente em estudo apresentou melhorias significativas nas queixas associadas à disfunção sexual. É, no entanto, necessário desenvolver mais estudos na área e promover a criação de mais instrumentos de avaliação objetivos e relações sólidas entre a tensão e o exercício físico intenso e o impacto da fisioterapia.

Palavras-chave: Atletas, Disfunção Sexual Feminina, Dispareunia, Pavimento pélvico, Pavimento pélvico com Tónus Aumentado, Pavimento pélvico Hiperativo, Pavimento pélvico que não relaxa, Exercício Intensivo, Atletas, Fisioterapia, Intervenção na Disfunção Sexual

Abstract

Introduction: Sexual dysfunction and more particularly dyspareunia are a common health condition that can affect intimacy and quality of life. Hypertonic and overreacting Pelvic floor muscles (PFM) are not able to relax and are commonly associated with trigger points and pain. These disturbances contribute and can be one of the causes of dyspareunia. These signs and symptoms can result from High intensity sport. However the relations between sports, hypertonicity and dyspareunia are not well established yet. **Objective:** How increased tension and overactivity of the pelvic floor (PF) can be related to sexual pain dysfunction. **Case Description:** Patient, 20 years old, female, gymnastics and crossfit athlete, with pain complaints during sexual intercourse. This problem is affecting her quality of life immensely and her expectations are that PF physiotherapy will resolve the situation. After evaluation, she presents increased tone, hyperactivity and increased tension on the PFM and associated muscles, pain and hypersensitivity in the vulvar area, decreased strength of the PFM and pain during sexual intercourse (initial penetration) - FSF-6 questionnaire applied (lower score obtained (2)) corresponding to the worst sexual function). **Results:** Pain absence was referred to in terms of sexual intercourse complaints (10/10 on the VAS to (0/1)/10 on the VAS), increased FSFI-6 questionnaire punctuation (30 points) and improved tone and reduced reactivity on the PF, after 12 weeks. There was an increase in PFM strength and the patient gained more awareness and therefore more effective relaxation of the muscles occurred. Reports less anxiety and fear of sexual intercourse and feels more control. **Discussion:** The intervention implemented and discussed with the patient was successful and improvements were perceived and observed. There is a need for more studies in the area and of scientific quality. **Conclusion:** Considering the results obtained, it seems adequate to infer a relationship between the sexual dysfunction and the pelvic muscles tension in this patient. After a physiotherapy intervention focused on tension reduction, regular muscular activation and tonicity, the patient referred to significant improvements in the sexual dysfunction-related complaints. For the future, it is necessary further scientific studies to create more objective measures and a stronger relationship between muscular tension, intense physical exercise and physiotherapy impact.

Keywords: Female Athletes, Female Sexual Dysfunction, Dyspareunia, Pelvic Floor, Increased Tone Pelvic Floor, Overactive Pelvic Floor, Non-relaxing Pelvic Floor, High Intensity Exercise, Athletes, Physical Therapy, Sexual Dysfunction Intervention

1. Introdução

O presente estudo de caso foi realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, inserida no 2º ano do Mestrado em Fisioterapia pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão. O estágio, intervenção e registo decorreu ao longo de 12 semanas, tendo iniciado no dia 23 de novembro de 2022, 1 sessão semanal. A utente assinou o consentimento informado para participar no estudo (Apêndice 1).

Este estudo foi desenvolvido através do acompanhamento de uma utente, no contexto de prática em clínica privada, em que o utente pode procurar o nosso acompanhamento não tendo necessariamente de ser avaliado/encaminhado previamente por um médico ou outro profissional de saúde. Isto implica que, muitas vezes, o fisioterapeuta seja o profissional de primeiro contacto e que possa, em conjunto com o utente, definir os seus objetivos e plano de intervenção.

Neste caso, temos uma utente do sexo feminino com 20 anos, atleta de ginástica rítmica e praticante de *crossfit*, com queixas álgicas ao nível da relação sexual (penetração), sendo que já não consegue ter relações penetrativas há já cerca de 8 meses, pelo que procurou fisioterapia pélvica pois a situação está a afetar bastante a sua vida e intimidade.

Quanto à fundamentação teórica do caso em estudo, a saúde sexual é definida pela OMS como “um bom estado físico, emocional, mental e social em relação às questões sexuais (Alarcão *et al.*, 2012; Chou *et al.*, 2015). A saúde sexual é um componente importante da qualidade de vida de uma pessoa e a função sexual, uma parte essencial da vida, é um fenómeno multidimensional e multifatorial sendo por isso influenciado por muitos fatores físicos, biológicos e psicológicos (Basson, 2000; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Lamont *et al.*, 2012; McCabe *et al.*, 2016).

A resposta sexual feminina é complexa e foi caracterizada, mais recentemente, por *Helen Kaplan* em 1979, sendo constituída pelas seguintes fases: desejo, excitação e orgasmo e resolução (Basson, 2000; Clayton & Valladares Juarez, 2019). Esta classificação é a base das atuais classificações da disfunção sexual feminina que se baseiam na falência de uma ou mais fases deste ciclo podendo existir, uma alteração no desejo sexual, na presença ou manutenção da excitação sexual, na capacidade de obter o orgasmo, presença de perturbação dolorosa da função sexual ou sobreposição de qualquer uma destas alterações (APA, 2013; Basson, 2000).

A sexualidade das mulheres só surgiu recentemente como uma preocupação central e afeta a intimidade, o bem-estar e a autoestima das mesmas (Antônio *et al.*, 2017; Chou *et al.*, 2015).

As disfunções sexuais são divididas em quatro categorias: desejo sexual hipotivo; distúrbios da excitação; perturbações do orgasmo e perturbações de dor sexual (onde está incluída

a dispareunia) e são disfunções com elevada taxa de prevalência no mundo, sendo que em Portugal as prevalências variam de 40 a 74%, embora existam muito poucos estudos neste sentido, nos dias de hoje, havendo necessidade de aprofundar este tema (Ribeiro *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2018).

Dispareunia é a queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente associado à tentativa ou à penetração vaginal parcial e/ou completa. Atualmente, a dispareunia está integrada numa condição clínica designada de perturbação de dor génito-pélvica/penetração (APA, 2013). Segundo o Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSMV) (APA, 2013), esta perturbação caracteriza-se por dificuldade recorrente ou persistente, com duração de pelo menos seis meses, incluindo pelo menos um dos seguintes critérios: 1) incapacidade de ter relações com penetração vaginal; 2) dor vulvovaginal ou pélvica marcada durante a relação sexual vaginal ou tentativa de penetração; 3) medo ou ansiedade de dor vulvovaginal ou pélvica antes, durante ou como resultado da penetração vaginal; 4) tensão ou contração marcada dos músculos do pavimento pélvico (MPP) durante a tentativa de penetração vaginal (APA, 2013; Lamont *et al.*, 2012).

A forma como as mulheres lidam com a dor varia desde o evitar o contato sexual, à perpetuação de relações sexuais dolorosas (Arnold *et al.*, 2006). É um problema que pode ter grande impacto nas suas vidas e em que há uma grande necessidade de intervenção, nomeadamente da fisioterapia (Goldstein *et al.*, 2016). Podem ser muitas as causas de dispareunia resultando de várias condições físicas e comportamentais (McCabe *et al.*, 2016; Tim & Mazur-Bialy, 2021). Dentro dos fatores físicos, segundo alguns estudos, o aumento do tônus e a diminuição da força muscular nos MPP podem contribuir para a dispareunia (Butrick, 2009; McCabe *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2018). Mulheres com dispareunia apresentam, muitas vezes, menos desejo, excitação e satisfação sexual, dificuldade no orgasmo, menor frequência de relações sexuais e atitudes negativas em relação à sexualidade (Padoa *et al.*, 2021a).

Podemos constatar então que o pavimento pélvico (PP) é essencial na função sexual e que alterações no mesmo podem mais facilmente potenciar estas queixas (Rosenbaum, 2007). É por isso importante abordar o papel do PP e como o aumento de tensão pode contribuir para a dispareunia e como, tendo em conta este estudo em específico, a prática desportiva excessiva pode ser um fator contributivo para o PP hipertónico e hiperativo e para a disfunção sexual.

Pavimento pélvico com tônus aumentado, elevada tensão e hiperativo

O PP é um complexo multifuncional de fibras musculares, fáscias, ligamentos e tecido conjuntivo que formam uma rede no fundo da cavidade abdomino-pélvica. Os MPP são constituídos por músculos mais superficiais (bulboesponjoso, isquiocavernoso, transverso superficial do períneo, perineais e o músculo esfíncter anal externo) e profundos (elevador do ânus

(composto pelo puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo) e pelo coccígeo e transverso profundo do períneo) (Baessler *et al.*, 2008; Bø *et al.*, 2016; Bø & Sherburn, 2005; Frawley *et al.*, 2021).

A integridade e o funcionamento dos MPP e as suas estruturas neurais, vasculares e do tecido conjuntivo são essenciais para algumas das funções primárias da vida como a suporte e controlo funcional dos órgãos pélvicos, armazenamento e evacuação de urina e fezes, função sexual, entre outros (Frawley *et al.*, 2021; Meister *et al.*, 2018; Padoa & Rosenbaum, 2016). Disfunções nos MPP podem resultar então em queixas ao nível sexual uma vez que os músculos têm um papel importante na resposta sexual (Baessler *et al.*, 2008; Rosenbaum, 2007). A hiperatividade e hipertonicidade está muito associada a distúrbios de dor sexual, como é o caso da dispareunia (Baessler *et al.*, 2008; Butrick, 2009; McCabe *et al.*, 2016; Thibault-Gagnon, 2016).

O tónus, a força e a atividade dos MPP (em particular do elevador do ânus), são um dos principais contribuintes para a capacidade de resposta vaginal, o prazer coital (para ambos os parceiros) e para a resposta muscular orgásmica (Bø *et al.*, 2016; Faubion *et al.*, 2012).

Uma das causas de disfunção dos MPP pode ser a hiperatividade dos mesmos sendo que, disfunções urinárias, do intestino e disfunção sexual, estão comumente associadas a músculos considerados hiperativos e, consequentemente, hipertónicos (Butrick, 2009; Faubion *et al.*, 2012; Fisher, 2007). A hiperatividade muscular crónica pode resultar em fibras musculares encurtadas ou contraídas, resultando numa hipomobilidade da camada mais superficial do tecido conjuntivo (Padoa & Rosenbaum, 2016; Thibault-Gagnon, 2016). Um PP hiperativo apresenta um alto nível de atividade muscular em repouso e dificuldade em retornar a um estado de relaxamento muscular (Thibault-Gagnon, 2016; Thibault-Gagnon & Morin, 2015; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021).

A Sociedade Internacional de Continência (ICS), definiu “MPP hiperativos” como “músculos que não relaxam ou podem até contrair quando o relaxamento é funcionalmente necessário” (Frawley *et al.*, 2021; Rogers *et al.*, 2018). Os músculos encontram-se encurtados, com fraqueza, em contração mantida e estas alterações também podem ser descritas como a ausência ou presença ténue de relaxamento após uma contração do PP (Latthe *et al.*, 2006; McCabe *et al.*, 2016; Morin *et al.*, 2017). Deve existir um relaxamento eficaz, pois é importante para a atividade sexual (p/ex para permitir a penetração) (McCabe *et al.*, 2016; Thibault-Gagnon, 2016).

Numa contração dos MPP, no caso de hiperatividade, irá provavelmente existir uma fraca propriocepção, movimento mínimo ou ausente, fadiga precoce e é frequentemente observada atividade muscular acessória (adutores e flexores da coxa, glúteos e abdómen) (Latthe *et al.*, 2006; McCabe *et al.*, 2016; Morin *et al.*, 2017; Padoa *et al.*, 2021a; Padoa *et al.*, 2021b).

O tónus aumentado dos MPP é definido como, um aumento do tónus muscular relacionado com os componentes contráteis e viscoelásticos que podem estar associados a atividade contrátil

elevada e/ou rigidez passiva no músculo, resultando num aumento de tensão muscular presente (Butrick, 2009; Faubion *et al.*, 2012; McCabe *et al.*, 2016). Esta é frequentemente associada a problemas urológicos, ginecológicos, gastrointestinais e sexuais, bem como a dor pélvica crónica. A sua prevalência varia de 50% a 90% tendo essas queixas um impacto profundo na qualidade de vida (Correia *et al.*, 2016; Padoa & Rosenbaum, 2016; Thibault-Gagnon, 2016; Thibault-Gagnon & Morin, 2015; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021). Os tecidos musculares com tónus aumentado apresentam maior tensão e podem conter pontos dolorosos miofasciais (nódulos discretos e hiperirritáveis numa faixa tensa de um músculo esquelético, que são palpáveis e dolorosos ao toque), que ativos, estão clinicamente associados a dor espontânea no tecido circundante e/ou em locais distantes, em padrões específicos de dor referida (McCabe *et al.*, 2016; Morin *et al.*, 2017; Padoa & Rosenbaum, 2016; Thibault-Gagnon, 2016; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021).

Clinicamente, o PP com estas alterações é, na maior parte das vezes, diagnosticado pela palpação digital, incluindo, avaliação do tónus muscular (resistência fornecida por um músculo quando uma pressão ou alongamento é aplicado), função e atividade muscular (contratilidade voluntária, força, resistência, repetibilidade, co-contração e capacidade de relaxamento) e queixas algicas (Padoa & Rosenbaum, 2016; Thibault-Gagnon, 2016; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021).

Existe uma interação complexa entre elementos biológicos e psicossociais que levam a um PP com estas alterações e ambos precisam de ser considerados na etiologia da disfunção sexual quando associada a estas alterações (Bø *et al.*, 2016; Bø & Sherburn, 2005; Butrick, 2009; Padoa & Rosenbaum, 2016; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021). São então muitos os fatores que podem estar na base de um PP com estas características, sendo uma temática pouco estudada nos dias de hoje. Contudo sabe-se que estas características podem aumentar queixas na relação sexual, como dor na penetração, sendo um fator de risco para disfunção sexual (Padoa & Rosenbaum, 2016).

Uma temática ainda muito pouco estudada e que pode ter algum efeito nestas alterações do PP, é a prática desportiva de alto rendimento, bem como efeito no risco de disfunção sexual.

Prática desportiva excessiva como fator contributivo para DPP

A prática de exercício traz inúmeros benefícios como melhorar a aptidão cardiovascular, a resistência física, força, coordenação, equilíbrio, reduzir o risco de doenças, etc, e acima de tudo melhora a qualidade de vida, mas quando o exercício assenta mais na prática de alto rendimento desportivo, pode trazer consequências para a saúde, pela sobrecarga, elevadas horas de treino e movimentos repetidos (Almeida *et al.*, 2016; Bezerra *et al.*, 2021; Bø & Nygaard, 2020; Casey & Temme, 2017; Culleton-Quinn *et al.*, 2022).

A prática de alto rendimento desportivo e de alta competição, tem sido sugerida como um

fator que promove a disfunção do PP em mulheres (Maté-Muñoz *et al.*, 2017; Middlekauff *et al.*, 2016; Moser *et al.*, 2018). Os músculos e fáscias são importantes para dar suporte estrutural a todos os órgãos internos e para o correto funcionamento do PP e disfunções a esse nível podem causar incontinência urinária e/ou fecal, prolapso de órgãos pélvicos, dor e disfunções sexuais. (Almeida *et al.*, 2016; da Silva Borin *et al.*, 2013; Giagio *et al.*, 2022; Nygaard & Shaw, 2016).

O impacto desta prática desportiva, ao nível do PP ainda apresenta poucos estudos e é ainda uma área pouco desenvolvida na população das atletas, existindo alguns estudos no que toca à prevalência de incontinência urinária, mas no que toca à disfunção sexual, não existe grande material de suporte científico disponível (Almeida *et al.*, 2016; Carvalhais *et al.*, 2018).

O efeito desta prática, no PP ainda não é claro. O impacto negativo do exercício parece estar associado ao aumento da pressão intra-abdominal e o exercício intenso pode piorar a função do PP (Almeida *et al.*, 2016; Carvalhais *et al.*, 2018; da Silva Borin *et al.*, 2013; Fergus *et al.*, 2020; Giagio *et al.*, 2022; Louis-Charles *et al.*, 2019; Nygaard & Shaw, 2016; Schettino *et al.*, 2014). Durante o treino de longa duração e alta intensidade, os MPP não conseguem relaxar adequadamente e estão constantemente em contração, o que pode levar à sua disfunção, para além de que a força das contrações diminui com a duração do treino (Easley *et al.*, 2017; Middlekauff *et al.*, 2016; Moser *et al.*, 2018; Tim & Mazur-Bialy, 2021).

A maioria da investigação sobre PP e desporto, foca-se na IU e pouco em MPP "tensos" ou "hipertónicos" em atletas (Almeida *et al.*, 2016; Carvalhais *et al.*, 2018; da Silva Borin *et al.*, 2013; Fergus *et al.*, 2020; Giagio *et al.*, 2022; Nygaard & Shaw, 2016). Durante o exercício intenso e de alto impacto, a dor e sensação de tensão podem intensificar (Louis-Charles *et al.*, 2019).

As modalidades desportivas exigem um nível de compromisso elevado o que se traduz em muito tempo dedicado a uma prática intensiva. Um estudo que comparou dados de mulheres atletas praticantes de exercício intensivo (treino de pelo menos 8h p/semana) e não praticantes, concluiu haver maior prevalência de sintomas de incontinência anal e dispareunia nas mulheres que realizavam exercício intensivo (Vitton *et al.*, 2011). Uma das razões apontadas é que o exercício físico intenso leva a maior aumento da pressão intra-abdominal, podendo originar fadiga e ter consequências nas estruturas musculares do PP (Ferreira & Santos, 2009; Vitton *et al.*, 2011).

Como já referido anteriormente, a hipertonia e hiperatividade dos MPP são um dos fatores que podem contribuir para queixas na relação sexual, podendo esta tensão e aumento de tónus, ser encontrado em atletas e por isso, queixas ao nível da relação sexual pode ser uma das disfunções possíveis, embora ainda existam muito poucos estudos e suporte acerca desta temática nesta população em específico (Dias *et al.*, 2017; Easley *et al.*, 2017; Ferreira & Santos, 2009; Kruger *et al.*, 2007; Rial Rebullido *et al.*, 2020; Vitton *et al.*, 2011). Nesse distúrbio, os músculos

permanecem contraídos, causando aumento da pressão e dor e presume-se que a hipertonidade ao nível do PP esteja relacionada a hábitos, estilo de vida e/ou ocupação stressante (Padoa *et al.*, 2021a; Rial Rebullido *et al.*, 2020; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021; Vitton *et al.*, 2011). As atletas de alta competição estão expostas a *stress* constante sobre elas próprias e de fatores externos, para conseguirem os melhores resultados e terem a melhor performance possível. Este fator pode também contribuir, como já referido, para o PP das mesmas se encontrar com estas alterações e assim poder contribuir para queixas a nível sexual, sendo também um fator de risco para a disfunção sexual (Fergus *et al.*, 2020; Louis-Charles *et al.*, 2019; Nygaard & Shaw, 2016; van Reijn-Baggen *et al.*, 2022). Estudos anteriores identificaram a hipertonía muscular como um fator de risco para dor sexual, que pode estar aumentada em ciclistas e outros atletas (Donnelly & Moore, 2023; Fergus *et al.*, 2020; van Reijn-Baggen *et al.*, 2022).

As atletas são então uma população em que é comum encontrar disfunções e alterações no PP e queixas associadas (Moser *et al.*, 2018; Rial Rebullido *et al.*, 2020; Romero-Franco *et al.*, 2021; T. Pires *et al.*, 2020; T. F. Pires *et al.*, 2020). Apesar de serem necessários mais estudos biomecânicos, atualmente considera-se que estas taxas elevadas possam resultar de um desequilíbrio da força de contração do PP com aumento da pressão intra-abdominal durante o exercício, pois o exercício extenuante pode diminuir a pressão de contração máxima dos MPP (Almeida *et al.*, 2016; Carvalhais *et al.*, 2018; da Silva Borin *et al.*, 2013; Fergus *et al.*, 2020; Giagio *et al.*, 2022; Louis-Charles *et al.*, 2019; Nygaard & Shaw, 2016; Schettino *et al.*, 2014).

Os MPP contribuem para proteger o tecido conjuntivo da carga excessiva, mantendo constantemente a sua atividade e, assim, aliviar a tensão na fáscia endopélvica e outras estruturas conjuntivas. O possível aumento da atividade muscular do PP para compensar a deficiência nos tecidos conjuntivos, pode ser responsável pela ocorrência de sintomas de dispareunia entre as atletas (Almeida *et al.*, 2016; Carvalhais *et al.*, 2018; Nygaard & Shaw, 2016). Outra explicação simples é a de que qualquer músculo fica “tenso” quando é trabalhado/treinado, sendo que a recomendação do alongamento pós-exercício aponta exatamente no sentido de reverter esta tensão, algo que pode não acontecer com os MPP. Em atletas que fazem uma ativação isométrica constante dos músculos do core, incluindo os MPP, reforça a hipótese de que a tensão pós-exercício poderá ser um fator explicativo e/ou concorrente.

A sobrecarga muscular repetitiva, aguda ou mantida, como ocorre quando o PP é mantido numa posição encurtada (contraída), pode lesar a placa motora (Easley *et al.*, 2017; Ferreira & Santos, 2009; Maté-Muñoz *et al.*, 2017; Middlekauff *et al.*, 2016; Moser *et al.*, 2018; Rial Rebullido *et al.*, 2020). Com o tempo, o músculo mantém-se sempre encurtado e pode desenvolver focos de dor (pontos dolorosos), podendo essas mudanças estruturais nas regiões de ancoragem

das fibras musculares impedir o alongamento do PP e gerar dor local (Almeida *et al.*, 2016; Carvalhais *et al.*, 2018; da Silva Borin *et al.*, 2013; Fergus *et al.*, 2020; Giagio *et al.*, 2022). Um estudo realizado por Maseroli *et al.* (2021) demonstrou que a prática de alto rendimento desportivo e alta competição, está associada a menor satisfação sexual e maior risco de disfunção sexual.

As alterações descritas acima, são encontradas nesta utente. Considerando o raciocínio hipotético-dedutivo de relação entre a tensão e contração e a dispareunia, consideramos que a normalização da contração e tensão muscular possa reduzir a sintomatologia. Seguindo um raciocínio ético, o raciocínio de relação entre problemas, a abordagem e os níveis de evidência científica, devem ser discutidos com a utente.

Componente emocional e psicológica e catastrofização da dor

Associado a muitos casos da dor está o mecanismo da catastrofização e hipervigilância que levam ao aumento da dor pelo medo de suscitar dor. Este mecanismo é também descrito na literatura, como um estilo cognitivo associado à dor sexual (Baron *et al.*, 2011). É importante perceber que nestes casos, muitas vezes, pelas repetidas experiências dolorosas e negativas no que toca à relação sexual, sentimentos de stress, pensamentos negativos e de catastrofização da dor podem surgir, o que vai contribuir para que as queixas na relação sexual possam aumentar (Bergeron & Lord, 2010; Rosenbaum, 2011; ter Kuile *et al.*, 2010). Podemos em seguida ver, de que forma o ciclo de catastrofização pode ter efeito na relação sexual (Figura 1).

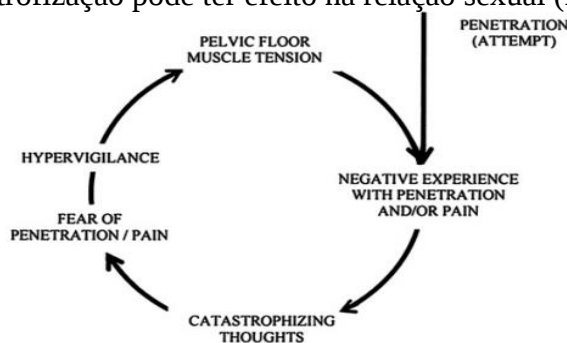


Figura 1 – Ciclo da Catastrofização (retirado de (ter Kuile *et al.*, 2010).

É importante perceber o envolvimento do PP no processamento emocional, quando se trata de entender o seu papel no funcionamento sexual (Baron *et al.*, 2011; Bergeron & Lord, 2010; ter Kuile *et al.*, 2010). Em casos de dor física ou mental, real ou iminente, os MPP contraem-se involuntariamente e muitas vezes inconscientemente, aumentando significativamente a sua atividade e tónus (Ariza-Mateos *et al.*, 2019; Baron *et al.*, 2011; Bergeron & Lord, 2010; Rosenbaum, 2013; ter Kuile *et al.*, 2010). Assim a hiperatividade do PP e aumento de tensão pode também, nas tentativas de penetração, ser intensificada, tendo em conta esta componente, e ser considerada como parte de um mecanismo de defesa, contribuindo para intensificar a disfunção

sexual (Ariza-Mateos *et al.*, 2019; Bergeron & Lord, 2010; T. Rosenbaum, 2011; T. Y. Rosenbaum, 2013). A fisioterapia terá um papel importante neste sentido, sendo essencial o trabalho em equipa com psicólogo e/ou sexólogo (Padoa & Rosenbaum, 2016; Rosenbaum, 2011).

Tendo em consideração o estudo de caso em causa, este mecanismo pode estar presente.

Intervenção da Fisioterapia

A fisioterapia é ainda uma área recente no campo da sexualidade e por meio das várias técnicas e recursos pode trazer benefícios quando existem disfunções neste sentido (Al-Abbadey *et al.*, 2016; Alarcão *et al.*, 2012; Trahan *et al.*, 2019). Além de apoio médico e psicológico (Faubion *et al.*, 2012), a fisioterapia tem papel fundamental na reabilitação sexual e na dor genitopélvica/desordens da penetração e apesar da literatura ainda ser reduzida acerca deste tema, é possível afirmar que a fisioterapia pélvica proporciona satisfação pessoal e sexual e melhora da qualidade de vida da mulher (Bergeron & Lord, 2010; Berghmans, 2018; Fisher, 2007; FitzGerald & Kotarinos, 2003; Gentilcore-Saulnier *et al.*, 2010).

Vários estudos apontam várias técnicas e estratégias a ter em conta na intervenção da fisioterapia, como o treino dos MPP, terapia manual, a eletroterapia, *biofeedback*, massagem perineal, dilatadores, terapia comportamental e educação (Bø *et al.*, 2016 Burkhard *et al.*, 2020; Giagio *et al.*, 2022; Goldfinger *et al.*, 2009; Goldstein *et al.*, 2016). Os principais objetivos da fisioterapia são: a sensibilização e propriocepção dos músculos, a consciencialização da contração e relaxamento muscular, normalizar o tônus muscular e hiperatividade, aumentar a elasticidade na abertura vaginal, dessensibilizar áreas dolorosas, diminuir o medo na penetração vaginal e proporcionar uma vida sexual saudável (Prendergast, 2017; Shigeta *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2019).

Através da terapia manual, o fisioterapeuta é capaz de aliviar os pontos dolorosos de tensão e alongar a musculatura vaginal, através de várias técnicas, incluindo libertação miofascial, alongamento, massagem, dessensibilização, manipulação visceral, etc (Al-Abbadey *et al.*, 2016; Anderson *et al.*, 2005; Baessler *et al.*, 2008; Berghmans, 2018; Fisher, 2007; Meister *et al.*, 2018).

Através do treino dos MPP, a paciente aprende a contrair e relaxar totalmente os músculos, sem recrutar sinergistas, ganha força, coordenação e resistência muscular (Ghaderi *et al.*, 2019; Giagio *et al.*, 2021; Montenegro *et al.*, 2007; Oliveira *et al.*, 2017; Padoa *et al.*, 2021b). O treino é eficaz para promover o relaxamento muscular e melhorar o controlo motor e também pode melhorar o fluxo sanguíneo na região vulvovaginal, promovendo assim a oxigenação do tecido e reduzindo inflamação (Prendergast, 2017; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021; Vandyken & Hilton, 2017). Mulheres que tendem a manter a musculatura perineal pré contraída beneficiam muito com o correto controlo e treino, de forma que, a paciente identifique momentos ao longo do dia em que

está a contrair involuntariamente os músculos e, logo em seguida, seja capaz de relaxá-los, prevenindo tensões indesejadas e mantendo a região funcional e saudável (Berghmans, 2018; Bø *et al.*, 2016; Padoa & Rosenbaum, 2016; Rosenbaum, 2013).

A eletroterapia, dependendo dos parâmetros usados, pode ser um bom método de intervenção (Al-Abbadey *et al.*, 2016; Berghmans, 2018; Bø *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2019).

O *biofeedback* é um recurso externo que usa elétrodos perineais, permitindo ter *feedback* visual ou auditivo da atividade dos MPP, monitorizando a sua força e tónus e permite o treino da contração e relaxamento, melhorando o controlo e coordenação da musculatura, assim como, o seu tónus (Bø *et al.*, 2016; Ensor & Newton, 2014; Goldstein *et al.*, 2016; Trahan *et al.*, 2019).

Dilatadores vaginais são dispositivos lisos e cilíndricos, que são inseridos na vagina para facilitar o alongamento e o relaxamento dos tecidos subjacentes e o alívio de pontos dolorosos (M. Liu *et al.*, 2021; Trahan *et al.*, 2019). Podem auxiliar nas sessões, em casa e no momento da penetração vaginal (Liu *et al.*, 2021).

A massagem perineal também tem demonstrado ter bons efeitos ao nível das disfunções sexuais e é eficaz no tratamento da dispareunia, em que há hipertonia dos MPP pois permite o alívio da dor a longo prazo (Ghaderi *et al.*, 2019; Morin, Carroll & Bergeron *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2016; Prendergast, 2017; Vandyken & Hilton, 2017). Esta promove um relaxamento e alongamento progressivo da musculatura, melhora o recrutamento muscular e estimula a vascularização local (Ghaderi *et al.*, 2019; Prendergast, 2017; Trahan *et al.*, 2019).

Fornecer educação sobre a anatomia e função do PP é importante e deve fazer parte da rotina dos cuidados de saúde da mulher (Bergeron & Lord, 2010; Padoa & Rosenbaum, 2016). É importante explicar a importância do PP na função sexual e como alterações podem potenciar estas queixas e disfunções (Al-Abbadey *et al.*, 2016; Bergeron & Lord, 2010; Stein *et al.*, 2019).

A terapia comportamental e mudança de estilos de vida é também importante em casos de disfunção sexual e na reabilitação dos MPP (Ariza-Mateos *et al.*, 2019; Bergeron & Lord, 2010; ter Kuile *et al.*, 2010). Controlo do stress, respiração abdomino-diafragmática controlada, práticas de meditação e foco no relaxamento fisiológico, podem aumentar o relaxamento do PP e melhorar a saúde sexual (Bergeron & Lord, 2010; Borell-Carrió *et al.*, 2004; Montenegro *et al.*, 2007; T. Rosenbaum, 2011; Stein *et al.*, 2019).

Por fim, também é importante cumprir todas as recomendações, técnicas e exercícios dados pelos fisioterapeutas, de forma a potenciar a recuperação e envolver a utente no tratamento (Al-Abbadey *et al.*, 2016; Ghaderi *et al.*, 2019; Trahan *et al.*, 2019).

Relativamente à relação com o exercício de alta competição desportiva, por se tratar de um tema ainda pouco estudado, pouco se sabe sobre a intervenção e *guidelines* neste sentido.

O raciocínio clínico deste estudo de caso é fundamentado nas evidências científicas anteriormente apresentadas que, embora limitadas, representam o conhecimento atual. O objetivo deste estudo é verificar a correção desse raciocínio e, consequentemente, investigar como a disfunção sexual está relacionada ao aumento da tensão muscular, possivelmente associado à prática intensa de exercício físico nesta utente, que se dedica a várias horas de exercício intenso. Os objetivos pessoais deste trabalho incluem: desenvolvimento do raciocínio clínico como fisioterapeuta, melhoria da capacidade de desenvolver uma prática baseada em evidência e de adaptar a intervenção e evidência disponível às características e ao contexto da utente.

2. Estudo de Caso

2.1 História e Exame Subjetivo

Utente do sexo feminino, 20 anos, caucasiana, solteira e atleta de ginástica rítmica e de *crossfit*. Encontra-se atualmente a tirar o curso de desporto. Decidiu iniciar fisioterapia pélvica pois apresentava algumas queixas ao nível das relações sexuais. Foi esclarecida acerca do objetivo do estudo e dos procedimentos que este envolvia, tendo dado o seu consentimento para a realização do mesmo. Foram realizadas 12 sessões ao longo de 12 semanas, 1 sessão por semana de 1 hora.

Além do registo clínico completo da utente (Apêndice 2), foi também realizado o registo SOAP (Apêndice 3). SOAP é um acrónimo, sendo que a letra S corresponde ao *subject* (subjetivo), O *objective* (objetivo), A *assessment* (avaliação) e P *plan* (planeamento), que foi criado por Dr. *Lawrence Weed* que ajuda na comunicação entre outros profissionais (Kettenbach, 2009). É um registo simples e estruturado, que permite ao profissional de saúde escrever os resultados da evolução do utente ao longo das sessões. Estes registos permitem passar informação acerca da evolução e planeamento de intervenção a outros colegas, bem como, a sua realização permite um desenvolvimento do raciocínio clínico do fisioterapeuta (Queiroz, 2009).

Relativamente à atividade física e prática desportiva, pratica ginástica rítmica desde os 5 anos, sendo que atualmente já é federada e tem várias competições anualmente, nacional e internacionalmente. Tem constantemente treinos (6 dias p/semana 3/4h repartido em treinos de força, equilíbrio, coreografia e flexibilidade). Para além disso também pratica *crossfit* (exercícios caracterizados por alta intensidade e atividade variável, como exercícios baseados em força, como levantamentos olímpicos, usando uma barra ou outro equipamento de pesos livres, exercícios de

ginástica, impacto e corrida) (Maté-Muñoz *et al.*, 2017), 4 a 5 vezes p/semana (1h/1,5h) e compete também a esse nível. Refere que procura sempre atingir o limite e fazer o máximo que puder. Sente que tem uma vida stressante e que acha que abusa nos esforços físicos e nas horas de treino e carga.

Quanto às relações sexuais e ciclo menstrual, iniciou a atividade sexual aos 16 anos e nunca foi muito agradável havendo sempre algum desconforto e dor associada à mesma (penetração) que tem vindo a agravar, especialmente desde que intensificou também a atividade física, sendo que neste momento, por vezes, as queixas são mesmo incapacitantes não permitindo ter relação sexual de todo. Encontra-se a tomar a pílula e refere que se recorda de, na altura que iniciou a menstruação (12 anos), esta não ser muito regular e que tinha muitas dores menstruais. Afirma que as queixas são maioritariamente na penetração inicial e que neste momento são de tal forma intensas que por vezes não consegue mesmo continuar e ter relação. Neste momento não existe praticamente tentativa de relação sexual por medo da dor e por sentir que este assunto lhe traz muita ansiedade. Sente desejo, excitação e lubrificação. Refere que com a estimulação clitoriana se sente mais confortável e que consegue ter orgasmo. Sente a zona bastante tensa e que tem a sensação de se estar sempre a contrair e não conseguir relaxar. Esta situação está a afetar bastante a sua vida, a relação com o namorado e o seu psicológico, autoestima e relação com o corpo.

Ao nível de hábitos miccionais, não tem perdas e não sente queixas a esse nível. Refere ir cerca de 7-8 vezes à casa de banho por dia e que bebe cerca de 2L de água por dia. Refere que por vezes só nota alguma dificuldade em iniciar a micção. Relativamente aos hábitos defecatórios, afirma que é por fases e que por vezes tem alturas que tem mais tendência para obstipação e que noutras não nota dificuldade. Diz que quando não tem queixas vai 1 vez por dia à casa de banho. Quando anda mais obstipada, na pior das hipóteses, está 2 dias sem ir à casa de banho e nota algum desconforto (fezes mais duras e mais inchaço abdominal).

As principais queixas sentidas são na relação sexual (penetração). Há cerca de 8 meses que não consegue ter relações penetrativas e refere que a situação está a afetar bastante a sua vida e intimidade com o namorado. Refere que já é algo que a preocupa diariamente e que está a afetar a sua concentração nos treinos (sente-se mais tensa) e qualidade de vida. Relativamente à severidade das queixas na relação sexual a utente classifica-as na escala visual analógica (EVA) como um 10/10 (Hawker *et al.*, 2011). Refere sentir ardor na zona quando tenta ter relações com penetração.

A utente não apresenta comportamentos de risco (IMC de 21,2 kg/m²). Nega antecedentes ou outras patologias. Já teve algumas lesões devido à prática desportiva intensa, mas conseguiu sempre recuperar. De momento só se encontra a tomar suplementos e vitaminas.

Apresentou-se na sessão um pouco desanimada com a situação, mas motivada e com vontade de melhorar. A situação está a afetar bastante a sua vida, nomeadamente a intimidade com

o seu namorado e a própria concentração nos treinos (e também sente cada vez mais tensão) e por isso quer resolvê-la. Refere ser uma pessoa bastante ansiosa e stressada especialmente pela prática desportiva e vida que tem, onde muito lhe é exigido física e psicologicamente. É solteira, tem namorado, vive com os pais e aparenta ter um ambiente familiar e situação socioeconómica estáveis.

2.2 Diagnóstico diferencial

No Anexo 1 apresenta-se a triagem em Fisioterapia recolhida para o caso. De realçar este ser um caso elegível para fisioterapia diretamente e ser de extrema importância haver referenciação e trabalho de equipa multidisciplinar com terapeuta sexual e /ou psicólogo, para que tudo corra da melhor forma e permita à utente ter o melhor acompanhamento e recuperação possíveis (Lamont *et al.*, 2012; Rogers *et al.*, 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Algumas *red flags* devem ser tidas em atenção, nomeadamente alterações de comportamento e estados depressivos progressivos apresentados pela utente, fisicamente, estar atentos a sangramentos vaginais, sangramentos na relação sexual, infeções, perda de peso repentina, menstruações muito dolorosas, febre, sintomas de patologias ginecológicas (como cancro) e feridas ou alterações ao nível da vulva e/ou vagina (Chou *et al.*, 2015; Clayton & Valladares Juarez, 2019; Donnelly & Moore, 2023; Lamont *et al.*, 2012).

2.3 Exame Objetivo

Foi pedido e dado o consentimento para avaliação e palpação, à utente. A nível de exame objetivo e físico (mais detalhado Apêndice 2), começou-se por uma avaliação global, na qual a utente se mostrou consciente e colaborante. Encontra-se psicologicamente afetada com a situação e ansiosa. Sem qualquer tipo de limitações na mobilidade e avaliando o alinhamento da coluna e pélvis, não foram encontradas alterações significativas, nem queixas a esse nível (Bø & Sherburn, 2005; Rogers *et al.*, 2018). Apresenta uma boa postura uma vez que a prática desportiva o exige.

A Direção Geral da Saúde (DGS) considera a dor o quinto sinal vital e por isso é de extrema importância classificar a dor sentida pelo utente. O instrumento utilizado foi a Escala Visual Análoga (EVA), que apresenta uma alta correlação de *Pearson*, $p = 0.904$, e validade preditiva antes e após tratamento ($p < 0.001$) (Hawker *et al.*, 2011). A EVA (Anexo 2) consiste numa linha horizontal numerada de 0 a 10 onde o utente classifica a dor sentida: 0 (sem dor), 1 a 2 a dor é considerada leve, 3 a 7 moderada e 8 a 9 intensa e 10 dor máxima (Hawker *et al.*, 2011).

Segundo Stein *et al.* (2019) e *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain* é importante realizar também uma avaliação mais externa de toda a musculatura que terá influência no PP, bem como

o padrão respiratório presente (Burkhard *et al.*, 2020; Lamont *et al.*, 2012; Rogers *et al.*, 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). Através da palpação, foi possível notar alguma tensão muscular e pontos dolorosos na zona do abdómen, diafragma, músculo transverso e músculos adutores, piriforme e glúteos. Quando feita a palpação foi referido algum desconforto na mesma (6/10 EVA). Apresenta um padrão respiratório mais paradoxal.

De acordo com a Associação Internacional Uroginecológica (IUGA)/ Sociedade Internacional de Continência (ICS), a função da musculatura do PP pode ser avaliada por inspeção visual, manómetro, ultrassonografia, ressonância magnética e pela palpação vaginal (Rogers *et al.*, 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

De seguida, para deixar a utente mais à vontade com a avaliação, foi explicado o procedimento e a anatomia da região pélvica e musculatura e como é importante ser feita essa avaliação de forma a perceber o que pode estar afetado e justificar as queixas apresentadas (assinado consentimento para palpação vaginal) (Bø & Sherburn, 2005; Padoa *et al.*, 2021b). A observação deve ser efetuada da parte externa para a interna (Padoa & Rosenbaum, 2016).

Foi observada e inspecionada a zona da vulva em busca de anomalias, cor da mucosa (Bø & Sherburn, 2005; Faubion *et al.*, 2012; Padoa *et al.*, 2021b; Prendergast, 2017). A mucosa encontrava-se mais avermelhada e irritada. De seguida procedeu-se à palpação da musculatura mais superficial e externa (Meister *et al.*, 2018), e a utente referiu algumas queixas nomeadamente nos músculos isqueocavernoso, bulboesponjoso e transverso superficial do períneo (maior tensão), classificando como 7/10 na EVA. Ao toque foi possível observar que a musculatura se encontrava com alguma tensão. Observou-se a contração do PP exteriormente para ver se esta era perceptível. Pedindo à utente para contrair o pavimento pélvico foi observada uma ténue e ligeira contração, mostrando alguma consciência da contração e do PP (Prendergast, 2017).

A *International Continence Society* (ICS) recomenda avaliar a capacidade de relaxamento dos MPP após uma contração (Padoa & Rosenbaum, 2016). Foi pedido para relaxar e não foi observado qualquer relaxamento. Foi também observada a zona do ânus em busca de alterações (como hemorroidas, alterações na mucosa, etc) e não foram observadas nenhuma. Reflexo anal e clitoriano presente, sem alterações (Prendergast, 2017).

A utente refere ainda que sente toda a zona da vulva mais sensível ao toque e que é uma hipersensibilidade que por vezes dificulta a distinção entre dor e só aumento da sensibilidade.

Procedeu-se à palpação vaginal, segundo Bo *et al.* (2016), com a utente em decúbito dorsal com os membros inferiores semiflexionados e ligeiramente abduzidos sobre a marquesa e cobertos com uma toalha (Bø & Finckenhagen, 2001; Bø & Sherburn, 2005; Olivier, 2016). Introduziu-se o dedo indicador (usando lubrificante e luvas) na zona da entrada vaginal e a utente referiu queixas

quando se tentou colocar o dedo. A zona encontrava-se com pouca flexibilidade e encurtada (hiato com pouca flexibilidade) (Padoa & Rosenbaum, 2016), referindo queixas 7/10 na EVA. A utente contraiu a zona de forma automática, mas depois aos poucos, com calma e com *feedback* da mesma, foi possível introduzir um pouco mais o dedo. Referiu também que a colocação do dedo provoca sensação de ardor na zona. Palpou-se toda a musculatura para avaliar o tónus e pontos dolorosos presentes - utilizada a orientação do relógio com sínfise púbica às 12 horas e ânus às 6 horas para localizar os MPP (Padoa *et al.*, 2021a; Thibault-Gagnon & Morin, 2015; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021). A ICS define o termo “aumento de tónus” como um aumento relacionado com os componentes contráteis ou viscoelásticos que podem estar associados à atividade contrátil elevada e/ou rigidez passiva no músculo (Rogers *et al.*, 2018). Para além disso, musculatura com aumento de tónus apresenta na maior parte das vezes pontos dolorosos associados (Rogers *et al.*, 2018). Não foi possível avaliar e palpar muito tempo a musculatura mais profunda uma vez que a utente sentiu queixas e não permitiu a palpação completa muito tempo. Apesar disso, toda a musculatura apresentava tónus aumentado e hiperatividade, apresentando elevada resistência ao toque e ao estiramento, sendo que o elevador do ânus de ambos os lados (ligeiramente mais à direita) se encontrava com mais tensão e pontos dolorosos, que causavam queixas de 8/10 na EVA (Padoa *et al.*, 2021a; Thibault-Gagnon & Morin, 2015; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021).

Avaliação da consciência do PP, ensino da contração do PP e classificação da força e função dos MPP através do esquema *PERFECT* (Anexo 3) (Laycock & Jerwood, 2001). Em primeira instância é avaliada a força dos músculos (P-Power) do PP segundo a escala *Oxford* Modificada (Anexo 4), a força muscular recebe um score de 0 a 5, sendo 0 ausência de força e 5 força e resistência máxima. A manutenção da contração (E – *Endurance*) mostra a efetividade das fibras musculares lentas e é expressa pela relação entre o tempo em segundos com a contração voluntária mantida, sendo a contração ideal maior que 10 segundos. As repetições das contrações (R- *Repetition*) correspondem ao número de contrações com sustentações satisfatórias (cinco segundos), que se conseguem realizar após um período de repouso de quatro segundos entre as mesmas, e o número conseguido, sem comprometimento da intensidade, é registado. O número de contrações rápidas (F- *Fast*) é a medida para a contratilidade das fibras musculares rápidas durante um segundo, sendo determinadas após um minuto de repouso. O número de contrações rápidas anotadas será, no máximo, de 10 contrações. E- *Elevation*, em que é observado se a parede posterior da vagina se eleva durante a contração; C- *Co-contractions* em que é constatado se os músculos abdominais inferiores contraem durante a contração do PP, e T- *Timing* que observa se há contração involuntária dos MPP perante uma situação de aumento de pressão intra-abdominal repentina (tosse). Apresenta alguma consciência da contração do PP. Os resultados obtidos foram

3/4/2/3 (contração de grau 3, mantida por 4 segundos, repetida 2 vezes, seguida de 3 contrações rápidas). Foi notório que o problema de força observado se deve muito ao facto de a amplitude da contração ser reduzida pois a utente no seu “normal” já se encontra em contração. Relativamente às restantes letras, existe uma elevação muito ténue da parede posterior, os músculos abdominais inferiores têm tendência a contrair e perante o teste da tosse a musculatura revela uma contração involuntária automática. Foi também avaliada a capacidade de relaxamento do PP, após ser feita uma contração, e não há capacidade de relaxamento, apresentando hiperatividade. Padoa *et al.* (2021a) define PP hiperativo como o que não consegue relaxar ou que tem tendência a contrair quando o relaxamento é funcionalmente necessário (Padoa *et al.*, 2021b; Thibault-Gagnon, 2016).

De realçar, embora não existam queixas a esse nível, que com o comportamento dos músculos e força apresentada, juntamente com a desporto praticado, a utente apresenta também risco de ter perdas involuntárias de urina, sendo importante estar alerta e promover a prevenção.

Não relata sensação de peso ou protusão vaginal e/ou anal, e quando feita a avaliação (observando e palpando), através da manobra de Valsava, não ocorreu descida de órgãos pélvicos não estando presente prolapso (Padoa & Rosenbaum, 2016 Rogers *et al.*, 2018).

Foi em seguida avaliada a questão da dor na relação sexual, implementando o questionário *Female Sexual Function Index -6* (FSFI-6 (Anexo 5)) validado para a versão portuguesa por Pechorro *et al.* (2012), com uma consistência interna boa (alfa de Cronbach de 0,80 para a amostra normativa e 0,84 para a amostra clínica). O FSFI-6, na sua forma atual, é um questionário de preenchimento rápido que demora menos de 5 minutos a responder. Os resultados dos estudos feitos até ao momento classificam-no como uma medida curta, válida e fiável para avaliação da disfunção sexual feminina. Os itens relativos ao desejo e à satisfação variam entre 1-5 pontos, enquanto os itens relativos à excitação, lubrificação, orgasmo e dor variam entre 0-5 pontos. De salientar que o item relativo à dor está formulado utilizando uma escala de sentido inverso aos restantes itens, de forma que valores mais elevados indicam a ausência ou quase ausência de desconforto durante a penetração. O resultado total obtido pela soma dos itens, pode variar entre 2-30, com os valores mais altos a indicarem melhor função sexual (Santos Pechorro *et al.*, 2012). Foi obtido um score de 2 pontos, sendo o mais baixo e de pior função sexual (Apêndice 4).

Por fim foi registada uma avaliação mais pormenorizada das queixas na relação sexual. A utente refere queixas (10/10 EVA) na penetração inicial/superficial e que a maior parte das vezes é tão doloroso que não permite continuar (dor no início, durante e após a relação sexual). É doloroso em qualquer posição, mesmo com o recurso a lubrificante. Quer durante, quer depois tem também sensação de ardor associada. Sente desejo e excitação, mas com as queixas na penetração acaba por perder a vontade. Sente que consegue ficar suficientemente lubrificada e que, com

estimulação clitoriana consegue sentir-se melhor e ter orgasmo (embora refira que é algo que demora algum tempo pois sente a toda a zona mais externa tensa o que pensa dificultar o processo e para além disso não tem acontecido, por não se sentir tão confortável e bastante ansiosa com toda a situação), mas que com a penetração não consegue mesmo pela questão da dor. Tem feito algumas tentativas, mas é sempre muito difícil e já não sente grande vontade por saber como vai ser, sentido que o seu desejo também está afetado. Já há cerca de 8 meses que não consegue ter relações sexuais com penetração, por receio da dor. É de esperar que exista maior tensão como resposta defensiva às queixas sentidas e por isso no momento de tentativa de penetração a utente tenha tendência a contrair a musculatura mais superficial, dificultando mais a entrada do pénis e tendo mais queixas (Ariza-Mateos *et al.*, 2019; Rosenbaum, 2011; ter Kuile *et al.*, 2010).

2.4 Diagnóstico em Fisioterapia

O diagnóstico em fisioterapia foi realizado com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (DGS, 2004), encontrando-se apresentado em forma de quadro no Apêndice 3. Em relação aos seus problemas, e mais especificamente às alterações da estrutura e função, a utente apresenta, queixas álgicas na relação sexual (penetração) (b6700), diminuição da força muscular e resistência dos músculos do pavimento pélvico (b7300) e (b7400), aumento do tônus muscular nos músculos mais superficiais e profundos do pavimento pélvico e músculos associados (b7350), hipersensibilidade na zona da vulva (b270). Relativamente ao domínio de limitação da atividade, é de referir dificuldade em ter relações sexuais e relacionar-se intimamente com o namorado neste momento (d770), dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação (d240). Por fim no domínio relativo à restrição da participação, a utente apresenta dificuldade nas relações sociais e dificuldade em conviver com pessoas e falar acerca do assunto pela forma como a situação a está a afetar (d750) e dificuldade em concentrar-se nos treinos pelo stress que tem sentido e por se sentir muito tensa (d9201) (Apêndice 5).

Ainda com base na CIF, foram identificados os fatores pessoais da utente, de forma a perceber a existência de aspetos facilitadores ou barreiras à intervenção e recuperação da utente. A nível pessoal, é uma pessoa motivada e colaborante o que constitui um fator facilitador. Como fatores limitantes temos o facto de apresentar baixa autoestima devido a toda a situação, apresentar altos níveis de ansiedade, não ser acompanhada por um psicólogo e o facto de apresentar níveis de atividade física excessiva. Já no que diz respeito aos fatores contextuais, apresenta bom apoio familiar e uma situação socioeconómica estável como fatores facilitadores. O facto de estar sobrecarregada com os treinos e sentir pressão constante dos treinadores, para atingir os melhores

resultados e estar em boa forma não facilita a situação (mais stress), constitui um fator limitante.

Com isto, foi estabelecido o diagnóstico em Fisioterapia: Utente do sexo feminino com 20 anos, que pratica ginástica rítmica de competição e crossfit, com elevada exigência física diária, que apresenta, dor na relação sexual (mais na penetração inicial) – dispareunia, dor e hipersensibilidade na vulva, aumento de tónus dos MPP (tensão e pontos dolorosos associados), incapacidade em realizar relaxamento eficaz (hiperatividade do PP), diminuição da força dos MPP.

Dada a complexidade do caso, consideramos relevante explicitar o modelo de raciocínio clínico mais detalhado, de forma a suportar a intervenção selecionada. Em função dos dados encontrados na anamnese e no exame objetivo, confirmamos a componente multifatorial de influência para a dispareunia. A prática do exercício intensivo, pode estar associada ao aumento e agravamento da tensão do pavimento pélvico, que poderá ter conduzido às dores iniciais na relação sexual. Com a persistência do problema, os níveis de ansiedade e medo aumentaram, tendo contribuído para o aumento da tensão nos músculos e também para o aumento da dor (processo de catastrofização da dor). Por último, o facto de a utente ter tido um início de menstruação irregular e doloroso, pode ser também um fator contributivo para o aumento da tensão na região. Nesta linha de pensamento, consideramos que o principal problema físico a minimizar, prioritariamente, é o relaxamento do pavimento pélvico e a aprendizagem de estratégias de relaxamento global.

2.5 Prognóstico

Na verdade, ainda existe pouca evidência que indiquem ao certo o prognóstico e número de sessões necessário para atingir os objetivos a longo prazo estipulados. É de extrema importância intervir nestes casos de forma a restabelecer a melhor função sexual à mulher e ao casal. Estudos onde existe intervenção da fisioterapia em casos de queixas na relação sexual, realizam o acompanhamento semanal (1x por semana) durante 10-16 semanas, atingindo os resultados esperados, na maior parte às 12 semanas, onde se restabelece completamente, na maior parte dos casos, a função sexual permitindo que esta seja prazerosa para a mulher e que não existam queixas na penetração e se restabeleça o controlo sem surgir ansiedade na relação sexual (Fisher, 2007; Ghaderi *et al.*, 2019; Goldstein *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2019; Trahan *et al.*, 2019; Vandyken & Hilton, 2017). A motivação e dedicação das pacientes no tratamento é de extrema importância. Segundo um estudo realizado por Prendergast (2017) idealmente nestes casos, 1 a 2 sessões semanais, durante 8-12 semanas permite ter bons resultados. A ter em conta que cada caso é único e que pode haver casos que se atinge os resultados mais rapidamente e noutros não. Por vezes o acompanhamento pode levar vários meses dependendo do empenho da utente e evolução.

Tendo em conta este caso em específico, a colaboração e empenho da utente e a avaliação

realizada, é possível que a recuperação total seja alcançada num período de 10 a 16 semanas. Como pontos positivos destaca-se o bom apoio familiar e estabilidade económica da utente. Como pontos negativos, temos principalmente a presença de ansiedade, que interfere no processo de recuperação, a falta de acompanhamento por um psicólogo ou terapeuta sexual e o envolvimento em treinos intensivos e prolongados no dia-a-dia, o que resulta em atividade física excessiva.

2.6 Objetivos

De seguida, tendo em conta toda a avaliação da utente, o diagnóstico em fisioterapia e prognóstico, foram definidos os objetivos referentes à intervenção da fisioterapia. O objetivo principal da intervenção ao nível estrutural foi de diminuir a tensão muscular do pavimento pélvico e ao nível de atividade e participação a redução das queixas na relação sexual em 12 semanas. No Apêndice 6 encontra-se a descrição mais detalhada de todos os objetivos a curto e longo prazo.

2.7 Plano de Tratamento

A utente foi acompanhada em contexto de prática privada, 1 sessão semanal de 1h. A intervenção foi definida com base nos problemas encontrados e objetivos definidos. A intervenção mais detalhada realizada em cada sessão encontra-se em anexo nos registos SOAP (Apêndice 3).

Em linhas gerais o tratamento aplicado foi o seguinte:

- Informação e educação necessária acerca da sua situação para se dedicar melhor ao tratamento. Por exemplo, mostrar modelo anatómico da zona pélvica e musculatura do pavimento pélvico (explicar a importância de cada estrutura, o seu papel na função sexual), etc.
- Abordar o tema da sexualidade, para que se sinta à vontade e ocorra uma diminuição dos níveis de ansiedade e receio que o assunto “relação sexual” causam.
- Ensino do controlo da respiração para promover o relaxamento global (integrar no dia a dia), com uma respiração calma e controlada e preferencialmente num padrão abdomino-diafragmático.
- Incentivo ao conhecer o seu próprio corpo e tocar-se, para saber o que sente, que zonas são mais ou menos confortáveis e ao mesmo tempo aliviar a tensão e ansiedade. Recomendado comprar um vibrador, de forma a explorar o corpo e sensações (usar também com o companheiro).
- Terapia manual, mobilização, alongamento e massagem do tecido conectivo (libertar tensão) ao nível da musculatura e articulações que têm ligação direta com o PP. Realizar alongamentos e exercícios em casa e integrar na rotina de exercício (Anexo 7).
- Massagem miofascial para o alívio de tensão e pontos dolorosos na musculatura mais superficial e externa do PP. Realizar também compressão isquémica (10-15s no ponto), para aliviar

as estruturas. Realizar massagem e alongamentos das zonas e estruturas com pontos dolorosos.

- Estratégias de exposição gradual in vivo para promover o relaxamento, reduzir a ansiedade, de forma que a utente transponha essa redução para a vida real e se exponha à situação, em vez de a evitar, ganhando mais controlo.

- Terapia manual (palpação vaginal). Realizar massagem perineal para promover o relaxamento do PP e ajudar na melhoria das queixas na relação sexual e da sensibilidade da zona. Massagem, cerca de 5 minutos, ensinada à utente, para realizar em casa, 1/2 vezes por semana.

- Técnicas de massagem de relaxamento, de alívio miofascial de pontos dolorosos e de alongamento/estiramento da musculatura para promover o relaxamento e diminuição do tónus da musculatura mais interna e profunda do PP.

- Treino dos MPP. O objetivo é que ocorra um treino eficaz, de forma que haja um bom controlo dos músculos, sabendo quando relaxar e contrair e fortalecendo-os. Ensinar a correta contração, relaxamento e coordenação dos músculos. Integrar no plano de treino e dia-a-dia. Realizar contrações máximas, durante cerca de 6s a 10s com tempo de relaxamento de 12s, 3 séries de 8 a 12 repetições (com progressão), em várias posições, com a correta respiração, diariamente.

- *Biofeedback*, para aumentar a adesão ao tratamento e também para que seja mais fácil compreender a eficácia da contração e relaxamento.

- Terapia comportamental, para quebrar o ciclo de disfunção e dor. A educação e o treino devem centrar-se no controlo motor adequado, isto é, no relaxamento do PP durante a relação sexual, em vez de contrair ou tensionar os músculos por medo da dor.

- Modificações e terapias comportamentais e de estilo de vida que ajudam no relaxamento fisiológico, como controlo do stress e ansiedade, respirações profundas e controladas, relaxamento dos MPP, tempo para relaxar (caminhada, banho quente, posturas de relaxamento e alongamento). Acompanhamento por psicólogo vai também ajudar neste sentido. Estas técnicas, antes ou depois da atividade sexual, podem ajudar a relaxar e facilitar o processo.

- Uso de dilatadores, para ajudar a eliminar os pontos dolorosos miofasciais, alongar e relaxar os MPP, ajudar no alongamento passivo dos tecidos no intróito vaginal e reduzir o receio da penetração. Iniciar pelo mais leve e pequeno e progredir gradualmente.

- Reforçar a importância do trabalho em casa e de cumprir as indicações dadas.

- Hábitos de vida diária e estilo de vida. Higienizar bem toda a zona, evitar usar cuecas apertadas e produtos que irrite a vagina e vulva. Manter uma alimentação equilibrada, hidratação, bons hábitos miccionais e defecatórios. Exercícios como *pilates* e *yoga* podem ter bons benefícios.

- Aconselhado ter atenção à carga e horas de treino diárias. Gerir os treinos e a prática de forma a não sobrecarregar tanto o PP. Integrar as contrações e relaxamento nos treinos, de forma

a promover um melhor controlo dos músculos nos esforços físicos. Consciente e alerta para não estar sempre em contração mantida, de forma a facilitar o relaxamento e prevenir o aumento da atividade, tónus e tensão e consequentemente ajudar na relação sexual.

No Apêndice 7, encontra o suporte científico para os diversos procedimentos de tratamento.

2.8 Resultados

O acompanhamento e intervenção registados, decorreu ao longo de 12 semanas, 1 sessão semanal. Foi realizada uma reavaliação às 6 semanas (objetivos a curto/médio prazo) e outra às 12 (objetivos a longo prazo). No Apêndice 8, encontram-se os resultados, de forma detalhada.

Reavaliação (6 semanas) – 28/12/2022: O objetivo de melhorar a tensão sentida ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere diretamente com o PP, foi cumprido, pois ocorreram melhorias. Classificou como 2/10 na EVA superando os objetivos. Ao nível da musculatura mais superficial do PP, classificou como (3/4)/10 na EVA cumprindo o objetivo.

Na musculatura do intróito vaginal, ocorreram melhorias, sendo a palpação mais fácil e reduzindo a tensão na zona. As queixas passaram para um (4/5)/10 na EVA cumprindo o objetivo.

Em relação ao tónus da musculatura, foi possível notar redução e eliminação de pontos dolorosos ativos e diminuição da resistência apresentada. Queixas de 8/10 para 6/10 na EVA.

Ganhou consciência do correto relaxamento do PP, realizando já algum relaxamento autonomamente, e transpondo para o dia-a-dia e desporto, controlando a hiperatividade presente. Ganhou mais consciência da contração correta. Integrado algum treino dos MPP. Após avaliação segundo *PERFECT* – força 3+/4, mantida 6/7s, repetida 5/6 vezes, e 6 contrações rápidas.

A abordagem da sexualidade, controlo do corpo e autoconhecimento, a comunicação com o namorado e exploração da relação sexual para além de penetração, também contribuíram para diminuir os níveis de ansiedade e receio na relação sexual. A utente também começou a ser acompanhada por um psicólogo, o que ajudou muito na recuperação. Foi mantido o contacto com o psicólogo (emails, reuniões), de forma a dar e receber *feedback* da evolução da utente.

No que toca à relação sexual, a utente refere que conseguiu ter mais intimidade e satisfação com o namorado e consigo, que se sentiu mais confortável e à vontade com o corpo e com mais confiança. Mais controlo e autoestima. Sente menos ansiedade com a relação sexual, mesmo que implique penetração, sentindo mais à vontade para ter alguma iniciativa e experimentar. Ainda sentiu alguma dor e não foi possível realizar a penetração total, em todas as tentativas e por muito tempo, embora esta tenha sido menor e o desconforto já não seja tão intenso à entrada ((5/6)/10 na EVA). No questionário FSIF-6 foi possível notar melhorias significativas no *score* final (2 para

20), subindo 3 pontos no domínio da dor e cumprindo o objetivo (Apêndice 9).

A utente organizou a rotina de treino. Tentou conjugar o treino do PP e relaxamento com os treinos e notou diferenças e mais controlo e consciência. Realizou, nos treinos, os exercícios de relaxamento e alongamentos. Notou melhorias e menos tensão nos treinos.

Reavaliação (12 semanas) – 08/02/2023: Sem queixas e tensão sentida ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere diretamente com o PP, classificando como um 0/10 na EVA. Ao nível da musculatura mais externa do PP, refere não sentir queixas, 0/10 na EVA sendo cumprido o objetivo.

Na musculatura do intróito vaginal, atingimos os objetivos esperados, reduzindo as queixas o mais possível. As queixas passaram para um (0/1)/10 na EVA cumprindo o objetivo.

Em relação ao tónus da musculatura, foi possível notar boas melhorias. A musculatura diminuiu a resistência apresentada e as queixas foram caracterizadas como (0/1)/10 na EVA.

Consciência total do PP e correta contração e relaxamento, apresentando um PP mais funcional e eficaz. Tem realizado o treino proposto. Após avaliação segundo *PERFECT* – força 5, mantida 10s, repetida 10 vezes, e 8 contrações rápidas.

Confortável com a relação sexual e exploração da sexualidade, sentindo controlo e boa autoestima. Tem tido relações sexuais penetrativas com alguma regularidade e sem queixas significativas. Consegue realizar penetração total, não sente receio da dor e sente-se relaxada e sem queixas. Tem notado muito mais controlo e desejo e menos ansiedade. Classificou como um (0/1)/10, tendo sido atingidos os objetivos por completo. No FSIF-6 foi possível atingir o *score* final ideal (30), domínio da dor sem queixas, ocorrendo as melhorias esperadas (Apêndice 10).

Treinos têm corrido bem e sente-se satisfeita com a sua vida e com o namorado.

A utente teve alta às 12 semanas (Apêndice 11). Foi alertada para a necessidade de manter as indicações e exercícios, para conservar os ganhos obtidos e prevenir futuras queixas/complicações.

2.9 Escala da Catastrofização da Dor

A catastrofização da dor é um fator que tem influência no PP e relação sexual. A escala de catastrofização da dor é uma ferramenta importante para avaliar esta componente e perceber de que forma estes pensamentos podem estar presentes e influenciar a sintomatologia. Foram comparados itens da escala com dados da anamnese em busca de fatores apontados como pensamentos de catastrofização. Foi, por fim, aplicada a escala, após 12 semanas (Apêndice 13), tendo ocorrido boas melhorias. No Apêndice 12 é apresentada uma análise detalhada deste ponto.

3. Discussão

A realização deste estudo levou à reflexão da prática clínica dos fisioterapeutas nos casos de disfunção sexual, sobre as quais existem aspetos a salientar, dentro dos vários passos do processo da fisioterapia.

Considera-se que a avaliação realizada foi adequada uma vez que os resultados vão de encontro à literatura científica sobre os problemas esperados em disfunções sexuais, mais concretamente em dor na penetração (dispareunia), segundo um RCT de Ghaderi *et al.* (2019) e uma revisão de literatura de Thibault-Gagnon (2016), validando o raciocínio clínico efetuado. A avaliação confirma-se também fundamental, uma vez que permitiu conduzir o planeamento da intervenção em termos de prioridades e relações de impacto entre problemas, tendo ajudado na definição dos objetivos SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e definir o tempo em que se quer atingir) a curto/médio e longo prazo, em conjunto com a utente, tendo em conta os problemas e expectativas da mesma. Foi realizado um plano de intervenção, de forma a atingir os objetivos delineados. Os registos ocorreram ao longo de 12 semanas, 1 sessão semanal de 1h, em contexto de prática clínica privada, tendo os objetivos sido cumpridos, com boas melhorias.

Foi realizado o prognóstico do caso tendo em conta o diagnóstico e queixas, bem como a valorização de fatores pessoais e ambientais, que revelaram aspetos muito importantes na interpretação do caso clínico e na definição do prognóstico e intervenção. Analisando criticamente este ponto, podemos afirmar que ocorreram algumas limitações neste sentido, uma vez que existiu alguma dificuldade em encontrar evidência científica e de elevada qualidade que suplesse o prognóstico esperado e tempo de intervenção em casos de disfunção sexual, não havendo *guidelines* nesse sentido. É algo que depende de muitos fatores, especialmente relacionados com a parte emocional e pessoal da utente. Para este ponto a análise foi baseada em estudos com intervenção nas disfunções sexuais, no tempo proposto pelos mesmos e quando foram obtidos os resultados e recuperação total, na maior parte dos casos, para ter uma previsão.

De realçar também, a falta de instrumentos de avaliação validados para português, no que toca à avaliação do PP e mais concretamente na avaliação de disfunção sexual. Quer para as avaliações do tónus e força do PP, quer para a questão específica da dor na relação sexual, existiu alguma dificuldade em encontrar evidência e instrumentos com elevada especificidade e validade científica. Quer em Portugal, quer a nível internacional, há necessidade de proceder à validação de instrumentos psicométricos relativos ao campo da sexualidade humana que cumpram critérios métricos rigorosos, sendo uma área de extrema e crescente importância nos dias de hoje. Por exemplo, para a avaliação da força do PP, de forma a ter resultados mais fidedignos e científicos,

a medição deveria ter sido feita com a um perineómetro, mas não tendo acesso ao mesmo na prática clínica, avalia-se por palpação vaginal e classifica-se através do toque, o que acaba sempre por limitar, de alguma forma, o nível de fidedignidade e reprodutibilidade dos resultados obtidos.

A área de disfunções sexuais ainda está em crescimento e desenvolvimento e por isso a evidência científica a que se teve acesso, e a qualidade da mesma, ainda fica um pouco aquém no que toca a instrumentos, intervenção, prognóstico, etc, comparando com outras patologias (músculo-esqueléticas, neurológicas) e condições na área de saúde da mulher (incontinência têm mais evidência), sendo fundamental crescer a este nível e promover mais investigação.

No plano de intervenção existiu igualmente alguma dificuldade na construção do mesmo, uma vez que na literatura disponível não existe grande evidência científica de qualidade que suplemente a intervenção feita, especialmente ao nível de número de sessões, frequência, duração e explicação das técnicas utilizadas. Não existem também *guidelines* de intervenção neste sentido, sendo uma necessidade, de forma a guiar a intervenção. Não existe muita informação e estudos quanto ao treino específico do PP nestes casos (no que toca a repetições, séries, etc), tendo sido o treino recomendado, baseado em estudos de disfunções sexuais realizados, bem como em estudos de incontinência urinária. Tudo isto fez com que fosse uma limitação delinear o plano de tratamento, mas ao mesmo tempo, foi desafiante e aumentou o interesse na área.

As técnicas utilizadas na intervenção, como a massagem, a educação da utente ao nível da sexualidade, a terapia manual utilizada para alívio da musculatura e exercícios usados, o treino do PP e técnicas de relaxamento e o facto de a utente realizar o trabalho em casa, fez com que os objetivos delineados a curto/médio e longo prazo fossem realmente atingidos com satisfação. Os principais objetivos da utente eram melhorar as queixas sentidas ao nível da relação sexual e sentir-se bem com ela própria. A intervenção implementada e a evolução da mesma, teve um efeito positivo nos objetivos estipulados, demonstrando que, embora tenha havido alguma dificuldade em encontrar muita evidência de qualidade científica para a intervenção, este foi o indicado para o caso em estudo. Estas técnicas e mudanças de comportamento são essenciais para uma recuperação de sucesso em casos de dor sexual (Goldstein *et al.*, 2016; Prendergast, 2017; T. Y. Rosenbaun, 2005; T. Rosenbaun, 2011; ter Kuile *et al.*, 2010; Wolpe *et al.*, 2015). Apesar destes constrangimentos, o raciocínio clínico efetuado aparenta ter sido adequado dado que os resultados são satisfatórios.

Mulheres com dispareunia apresentam muitas vezes menos desejo, excitação e satisfação sexual, dificuldade no orgasmo, menor frequência de relações sexuais e atitudes mais negativas em relação à sexualidade, que como podemos ver vai de encontro às queixas apresentadas pela utente do presente estudo de caso (Padoa *et al.*, 2021a). A fisioterapia desempenha um papel

fundamental nestes casos. O tratamento deve ser individualizado e especializado para as necessidades de cada um. Segundo um estudo realizado por Stein *et al.* (2019), a fisioterapia apresenta diversas técnicas manuais e de relaxamento que contribuem para melhorar as queixas ao nível do PP com elevada tensão muscular e melhorar a funcionalidade do mesmo, permitindo diminuir significativamente as queixas ao nível da dor sexual. Também segundo um ensaio clínico randomizado realizado por Schvartzman *et al.* (2019), a fisioterapia e nomeadamente o treino dos MPP, pode contribuir para normalizar a atividade em repouso, promovendo o aumento do número de capilares no músculo treinado e melhorando o fluxo sanguíneo vulvovaginal, permitindo normalizar a função do PP e eliminando as queixas sentidas, como queixas de dor sexual.

Numa revisão sistemática, Trahan *et al.* (2019) demonstrou a importância da fisioterapia e mais precisamente da terapia manual na abordagem de mulheres com dispareunia, tendo obtido bons resultados nesse sentido. Contudo é referido no estudo a falta de mais estudos na área, de melhor qualidade científica e de amostras de maior dimensão, de forma a corroborar os resultados e a dar mais credibilidade às estratégias de intervenção propostas. É sem dúvida uma das lacunas que foi evidente ao longo do desenvolvimento do estudo de caso, o facto de existir pouco suporte científico acerca desta temática, o que demonstra a necessidade de promover a investigação na área de disfunções sexuais e PP com tónus aumentado e hiperativos, de elevada qualidade científica.

Focando agora mais concretamente no objetivo do estudo de caso, que consistia em perceber de que forma o aumento da tensão muscular e hiperatividade no PP pode estar relacionado com o desenvolvimento da disfunção de dor sexual. Consideramos ter sido atingido uma vez que houve melhoria dos problemas principais da utente após uma intervenção centrada no relaxamento do PP. De forma indireta, consideramos que a teoria de que o exercício intensivo em atletas pode contribuir para o aumento da tensão do PP, tenha sido bem aplicada neste caso específico.

Tensão, tónus aumentado e hiperatividade muscular no PP, são disfunções que podem trazer inúmeras queixas que afetam a qualidade de vida e bem-estar. As condições associadas a estas alterações são multifatoriais e incluem múltiplas etiologias e sintomas possíveis. A função sexual é significativamente afetada por estas alterações e as disfunções de dor sexual, como a dispareunia, costumam ser a manifestação primária dessa condição (Padoa *et al.*, 2021a; Thibault-Gagnon, 2016; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021). Segundo um estudo realizado em atletas, por Donnelly & Moore (2023) os MPP tensos, mantêm um recrutamento prolongado e elevado, comprometendo a sua função e levando à diminuição da circulação, hipóxia localizada e isquemia, que podem levar a dor em situações como a relação sexual. Podemos por isso afirmar que há uma relação direta entre estas disfunções no PP e o risco de disfunção sexual, em particular dor sexual.

Relativamente à prática de exercício físico intensivo e de alto rendimento, não existem praticamente estudos nesta temática. Um estudo de Maseroli *et al.* (2021) que relaciona a atividade física com a disfunção sexual, menciona essa mesma falta de estudos e conclui que, atividade física realizada de forma intensiva e elevada sobrecarga, leva a uma diminuição da satisfação sexual e contribui para um pior funcionamento sexual. Segundo um estudo de Rial Rebullido *et al.* (2020) atletas que praticam muito exercício de forma intensiva têm grande probabilidade de desenvolver disfunções e alterações no PP. Uma das disfunções possíveis nesta população, segundo um estudo de Louis-Charles *et al.* (2019), é o aumento de tensão muscular, hipertonia e hiperatividade do PP, sendo que a atividade física intensiva pode aumentar essa tensão e provocar mais queixas e dor. Como pudemos constatar o aumento de tensão e alterações no PP, pode ser um dos fatores que contribuem para disfunção sexual, nomeadamente dor na relação sexual e por isso, podemos afirmar que existe uma relação entre os dois fatores. Para além disso existem estudos que demonstram que disfunção sexual é uma das queixas nas atletas e por isso é muito importante abordar esta temática e realizar mais estudos, de forma a relacionar todos os fatores e perceber efetivamente, do ponto de vista biomecânico e fisiopatológico, quais os mecanismos que estão na base desta relação (exercício - tensão no PP - disfunção sexual) (Carvalhais *et al.*, 2018; da; Fergus *et al.*, 2020; Giagio *et al.*, 2022; Nygaard & Shaw, 2016; Schettino *et al.*, 2014 Vitton *et al.*, 2011).

Outro fator a ter em conta é o da catastrofização da dor e componente mais psicológica e emocional. Sendo a disfunção sexual algo multifatorial, nunca podemos atribuir uma causa única a uma alteração neste sentido. Por norma existem sempre muitos fatores envolvidos e que, em conjunto, contribuem e potenciam as queixas na relação sexual. A dispareunia também está associada a sofrimento psicológico, relacional e sexual. Segundo um estudo de Rosenbaum (2013), maior catastrofização, medo da dor e hipervigilância estão associados ao aumento de tensão do PP e consequente aumento da intensidade da dor na relação sexual. Também segundo um estudo de Kuile *et al.* (2010) supõe-se que a dor durante a penetração, ou lembranças catastróficas dessa dor, levam ao medo da mesma e à hipervigilância em novas situações de relação sexual, podendo resultar num aumento do tónus do PP (como uma reação de defesa). Isto pode resultar em dor ou aumentar a dor já existente. Estes pensamentos negativos também podem interferir com o desejo, excitação e lubrificação e contribuir para aumentar as queixas de dor.

A Escala de Catastrofização da Dor, foi somente aplicada no final da intervenção, o que também constituiu uma limitação para o estudo. O foco principal era na questão da tensão, alterações no PP e disfunção sexual e ao longo da avaliação, estudo e intervenção, foi possível detetar sinais e ver como esta componente teve também influência nas queixas da utente e por isso foi, em seguida, aplicado o instrumento. As causas são sem dúvida multifatoriais e por isso é difícil

ter em conta todos os fatores possíveis associados, mas futuramente, noutros estudos desenvolvidos dentro da mesma temática, deve ser aplicado desde o início.

Podemos constatar, neste caso, o evidente contributo da fisioterapia, com os resultados obtidos. A relação de confiança criada entre a utente e a fisioterapeuta é um ponto-chave na recuperação. Sendo algo muito íntimo para a utente, deve ser tudo feito com a maior atenção e cuidado possível. É importante ter sempre o *feedback* da utente e ter a certeza que se sente confortável, sem receio de expor as suas preocupações e medos. O fisioterapeuta deve sentir-se confortável com o tema da sexualidade para transmitir tranquilidade e maior confiança à utente.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo foram utilizados, maioritariamente, três tipos de raciocínio clínico. O raciocínio Hipotético-Dedutivo, onde há o levantamento de hipóteses, através da identificação dos problemas e seleção de procedimentos para intervir, baseados nos dados clínicos recolhidos e no conhecimento do fisioterapeuta, que neste caso, possuía ainda pouca experiência clínica acerca da patologia em causa. O raciocínio baseado na Prática Informada pela Evidência, no qual as decisões clínicas são suportadas pela melhor e mais atual evidência científica disponível. É importante o fisioterapeuta ter capacidade crítica, de forma a questionar tudo o que faz e lê e conseguir desta forma ir sempre ao encontro da melhor qualidade de tratamento e benefício para o utente. Por fim este estudo foi feito com base num raciocínio narrativo e colaborativo, sendo dada liberdade à utente para falar sobre a sua condição, os seus medos, receios e expetativas, promovendo a discussão de todos os pontos inerentes ao seu processo da fisioterapia.

Outro ponto importante a destacar, é o facto de o fisioterapeuta ser o profissional de primeiro contacto, permitindo maior autonomia e aumentando a relação de confiança entre ambas, ao longo das sessões. Outro fator importante é o de perceber quando é necessário acompanhamento de outro profissional de saúde, de forma a existir trabalho de equipa permitindo dar o melhor acompanhamento possível. Neste caso, era essencial existir também acompanhamento do psicólogo, sendo notável a diferença que teve ao nível da evolução e melhorias observadas.

É importante reforçar a necessidade de existir mais informação e assistência neste sentido para mostrar às mulheres que queixas na relação sexual não são normais e que devem procurar ajuda. Mulheres com queixas a este nível passam muitas vezes anos em sofrimento, por vergonha e por acharem que é normal ou uma fase, não procurando ajuda, muitas vezes por medo ou por desinformação. É importante divulgar a importância da intervenção nestes casos por toda a comunidade da saúde, de forma a estarem despertos e encaminharem para os devidos profissionais. Os médicos devem também, nestes casos, referenciar logo para o acompanhamento da fisioterapia. Através da divulgação no mundo digital, de palestras, etc o tema deve ser falado com a população, para estarem mais informados e saberem quando procurar ajuda.

Resumindo, a intervenção no presente estudo foi de sucesso e os objetivos foram cumpridos. A evolução foi boa e o plano de tratamento teve muito bons resultados. O empenho da utente foi notório o que facilitou o processo. Há cada vez mais procura de ajuda, nestes casos, o que potencia o crescimento na área. Ainda existe um longo caminho a percorrer, especialmente na investigação, com estudos sobre estas alterações no PP e disfunções sexuais e como o exercício intensivo pode estar relacionado (estudos de follow-up a longo prazo são importantes), e divulgação de informação e da sua importância. Com os resultados obtidos podemos verificar a importância da fisioterapia na recuperação da qualidade de vida, satisfação e autoestima.

4. Conclusão

Mediante os resultados do estudo de caso, parece ter havido relação entre a disfunção sexual e a tensão do PP. Após a intervenção, centrada na redução da tensão e melhoria da ativação e tonicidade muscular, ocorreram boas melhorias nas queixas associadas à disfunção sexual.

Como abordado, considera-se de extrema importância a realização de mais estudos e investigação nesta área, pois é algo que ainda acontece muito atualmente e que merece o devido reconhecimento. É também importante realizar mais estudos acerca da disfunção sexual e também estudar a relação entre a tensão no PP e o exercício intensivo de alto rendimento desportivo e o impacto da fisioterapia. A disfunção sexual é multifatorial e merece a devida atenção, devendo as mulheres ser informadas e alertadas acerca de queixas a este nível e que devem procurar ajuda.

Como limitações neste estudo, reforça-se a questão de existir pouca evidência científica e de qualidade acerca deste tema, pouca quantidade e qualidade de instrumentos de avaliação objetivos à disposição e intervenção mais apropriada e detalhada. Recomendam-se por isso estudos que investiguem em maior detalhe estas disfunções e alterações e que demonstrem a efetividade da intervenção da fisioterapia, o desenvolvimento de protocolos e *guidelines* de intervenção.

Este estudo foi uma mais-valia para a estagiária, pois aumentou o gosto pelo trabalho e pela área de saúde da mulher, despertando vontade de melhorar e promover investigação na área, contribuindo para o seu crescimento. Este estudo foi de encontro às suas motivações pessoais e profissionais, desenvolvendo a sua prática clínica, ampliando o seu conhecimento e aperfeiçoando o seu raciocínio clínico baseado em evidências, impulsionando o seu crescimento profissional.

5. Referências Bibliográficas

- Al-Abbadey, M., Liossi, C., Curran, N., Schoth, D. E., & Graham, C. A. (2016). Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 42(2), 99–142.
- Alarcão, V., Ribeiro, S., Miranda, F. L., Carreira, M., Dias, T., Garcia e Costa, J., & Galvão-Teles, A. (2012). General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction-Results of the Portuguese SEXOS Study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2508–2515.
- Almeida, M. B. A., Barra, A. A., Saltiel, F., Silva-Filho, A. L., Fonseca, A. M. R. M., & Figueiredo, E. M. (2016). Urinary incontinence and other pelvic floor dysfunctions in female athletes in Brazil: A cross-sectional study: Pelvic floor dysfunctions in female athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 26(9), 1109–1116.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC.
- Anderson, R. U., Wise, D., Sawyer, T., & Chan, C. (2005). Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *Journal of Urology*, 174(1), 155–160.
- Antônio, J. Z., Da Silva, A., Da Costa, P. P. B., Jung, D., Pereira, C. F., Nunes, E. F. C., & Latorre, G. F. S. (2017). Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. *Fisioterapia Brasil*, 17(6), 544–550.
- Ariza-Mateos, M. J., Cabrera-Martos, I., Ortiz-Rubio, A., Torres-Sánchez, I., Rodríguez-Torres, J., & Valenza, M. C. (2019). Effects of a Patient-Centered Graded Exposure Intervention Added to Manual Therapy for Women With Chronic Pelvic Pain: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(1), 9–16.
- Arnold, L. D., Bachmann, G. A., Kelly, S., Rosen, R., & Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: characteristics and associations with co-morbidities and quality of life. *Obstetrics and gynecology*, 107(3), 617.
- Baessler, K., Burgio, K. L., Norton, P. A., Schüssler, B., Moore, K. H., & Stanton, S. L. (Eds.).

- (2008). *Pelvic Floor Re-education*. Springer London. <https://doi.org/10.1007/978-1-84628505-9>.
- Barnes, J.F., 1990. Myofascial Release: the Search for Excellence, tenth ed. *Rehabilitation Services Inc*, Paoli, PA.
 - Baron, S. R., Florendo, J., Sandbo, S., Mihai, A., & Lindau, S. (2011). Sexual Pain Disorders in Women. *Clinician Reviews*, 21(5), 32-38.
 - Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model Th e Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of sex & marital therapy*, 26(1), 51–65.
 - Bergeron, S., & Lord, M. J. (2010). The integration of pelvi-perineal re-education and cognitive-behavioural therapy in the multidisciplinary treatment of the sexual pain disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(3), 299–305.
 - Berghmans, B. (2018). Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: An untapped resource. *International Urogynecology Journal*, 29(5), 631–638. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>.
 - Bezerra, K. M., Monteiro, R. D. S., Da Costa Lima, T. D. C., & De Macêdo, R. C. (2021). Influência da prática do CrossFit® sobre a função muscular do assoalho pélvico em mulheres. *Saúde em Revista*, 21(1), 117–130.
 - Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Kampen, M. V. (2016). Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice. Em *Physical Therapy in Sport* (Vol. 20).
 - Bø, K., & Finckenhagen, H. B. (2001). Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: Inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal squeeze pressure. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 80(10), 883.
 - Bø, K., & Nygaard, I. E. (2020). Is Physical Activity Good or Bad for the Female Pelvic Floor? A Narrative Review. *Sports Medicine*, 50(3), 471–484.
 - Bø, K., & Sherburn, M. (2005). Evaluation of Female Pelvic-Floor. *Physical Therapy*, 85(3), 269–282.

- Borell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582.
- Burkhard, F. C., Lucas, M. G., Berghmans, L. C., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F., Lemack, G. E., Nambiar, A. K., Nilsson, C. G., Pickard, R., Tubaro, A., Bedretdinova, G. A. D., & Farag, F. (2020). EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults (limited update March 2018). *European Association of Urology*. <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>.
- Butrick, C. W. (2009). Pathophysiology of Pelvic Floor Hypertonic Disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(3), 699–705.
- Carvalhais, A., Da Roza, T., & Sacomori, C. (2018). Pelvic Floor in Female Athletes: From Function to Dysfunction. Em S. Brandão, T. Da Roza, I. Ramos, & T. Mascarenhas (Eds.), *Women's Health and Biomechanics* (Vol. 29, pp. 145–153). Springer International Publishing.
- Casey, E. K., & Temme, K. (2017). Pelvic floor muscle function and urinary incontinence in the female athlete. *The Physician and Sportsmedicine*, 45(4), 399–407.
- Chou, D., Cottler, S., Khosla, R., Reed, G. M., & Say, L. (2015). Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): Implications for measurement and beyond. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 185–192.
- Clayton, A. H., & Valladares Juarez, E. M. (2019). Female Sexual Dysfunction. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 681–698.
- Correia, L. S., Brasil, C., Silva, M. D. da, Silva, D. F. da C., Amorim, H. O., & Lordêlo, P. (2016). Função sexual e qualidade de vida de mulheres: Um estudo observacional. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(6), 405–409.
- Culleton-Quinn, E., Bø, K., Fleming, N., Mockler, D., Cusack, C., & Daly, D. (2022). Elite female athletes' experiences of symptoms of pelvic floor dysfunction: A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 33(10), 2681–2711. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05302-6>.
- da Silva Borin, L. C. M., Nunes, F. R., & de Oliveira Guirro, E. C. (2013). Assessment of Pelvic Floor Muscle Pressure in Female Athletes. *PM&R*, 5(3), 189–193.

- DGS. (2004). Lisboa 2004. *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*, 238.
- Dias, N., Peng, Y., Khavari, R., Nakib, N. A., Sweet, R. M., Timm, G. W., Erdman, A. G., Boone, T. B., & Zhang, Y. (2017). Pelvic floor dynamics during high-impact athletic activities: A computational modeling study. *Clinical Biomechanics*, 41, 20–27.
- Donnelly, G. M., & Moore, I. S. (2023). Sports Medicine and the Pelvic Floor. *Current Sports Medicine Reports*, 22(3), 82–90.
- Easley, D. C., Abramowitch, S. D., & Moalli, P. A. (2017). Female pelvic floor biomechanics: Bridging the gap. *Current Opinion in Urology*, 27(3), 262–267.
- Enders, G. (2018). *A Vida Secreta dos Intestinos*. Lisboa: Lua de Papel.
- Ensor, A. W., & Newton, R. A. (2014). The Role of Biofeedback and Soft Tissue Mobilization in the Treatment of Dyspareunia. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 38(2), 74–80.
- Faubion, S. S., Shuster, L. T., & Bharucha, A. E. (2012). Recognition and Management of Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 87(2), 187–193.
- Fergus, K. B., Cohen, A. J., Cedars, B. E., Rowen, T. S., Patino, G., & Breyer, B. N. (2020). Risk Factors for Sexual Pain Among Physically Active Women. *Sexual Medicine*, 8(3), 501–509.
- Ferreira, C. H. J., Dwyer, P. L., Davidson, M., De Souza, A., Ugarte, J. A., & Frawley, H. C. (2015). Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 26(12), 1735–1750.
- Ferreira, M., & Santos, P. (2009). *Princípios da Fisiologia do Exercício no Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico*.
- Fisher, K. A. (2007). Management of Dyspareunia and Associated Levator Ani Muscle Overactivity. *Physical Therapy*, 87(7), 935–941.
- FitzGerald, M. P., & Kotarinos, R. (2003). Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *International Urogynecology Journal*, 14(4), 269–275.

- Frawley, H., Shelly, B., Morin, M., Bernard, S., Bø, K., Digesu, G. A., Dickinson, T., Goonewardene, S., McClurg, D., Rahnema'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.
- Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C. F., & Chamberlain, S. (2010). Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2 PART 2), 1003–1022.
- Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: A randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1849–1855.
- Giagio, S., Innocenti, T., Pillastrini, P., Gava, G., & Salvioli, S. (2022). What is known from the existing literature about the available interventions for pelvic floor dysfunction among female athletes? A scoping review. *Neurourology and Urodynamics*, 41(2), 573–584.
- Giagio, S., Salvioli, S., Pillastrini, P., & Innocenti, T. (2021). Sport and pelvic floor dysfunction in male and female athletes: A scoping review. *Neurourology and Urodynamics*, 40(1), 55–64.
- Goldfinger, C., Pukall, C. F., Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L., & Chamberlain, S. (2009). A Prospective Study of Pelvic Floor Physical Therapy: Pain and Psychosexual Outcomes in Provoked Vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(7), 1955–1968.
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and Treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 572–590.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 240–252.

- Kettenbach, G. (2009). Writing patient/client notes: ensuring accuracy in documentation. 4th ed. Philadelphia. F.A. Davis Company.
- Kruger, J. A., Dietz, H. P., & Murphy, B. A. (2007). Pelvic floor function in elite nulliparous athletes. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 30(1), 81–85.
- Lamont, J., Bajzak, K., Bouchard, C., Burnett, M., Byers, S., Cohen, T., Fisher, W., Holzapfel, S., & Senikas, V. (2012). Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(8), 769–775.
- Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., & Khan, K. (2006). Factors predisposing women to chronic pelvic pain: Systematic review. *BMJ*, 332(7544), 749–755.
- Laycock, J., & Jerwood, D. (2001). Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631–642.
- Liu, M., Juravic, M., Mazza, G., & Krychman, M. L. (2021). Vaginal Dilators: Issues and Answers. *Sexual Medicine Reviews*, 9(2), 212–220.
- Louis-Charles, K., Biggie, K., Wolfenbarger, A., Wilcox, B., & Kienstra, C. M. (2019). Pelvic Floor Dysfunction in the Female Athlete: *Current Sports Medicine Reports*, 18(2), 49–52.
- Maseroli, E., Rastrelli, G., Di Stasi, V., Cipriani, S., Scavello, I., Todisco, T., Gironi, V., Castellini, G., Ricca, V., Sorbi, F., Fambrini, M., Petraglia, F., Maggi, M., & Vignozzi, L. (2021). Physical Activity and Female Sexual Dysfunction: A Lot Helps, But Not Too Much. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(7), 1217–1229.
- Maté-Muñoz, J. L., Lougedo, J. H., Barba, M., García-Fernández, P., Garnacho-Castaño, M. V., & Domínguez, R. (2017). Muscular fatigue in response to different modalities of CrossFit sessions. *PLOS ONE*, 12(7), e0181855.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Seagraves, R. T. (2016). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 153–167.
- Meister, M. R., Shivakumar, N., Sutcliffe, S., Spitznagle, T., & Lowder, J. L. (2018). Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: A systematic

review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(5), 497.e1-497.e13.

- Middlekauff, M. L., Egger, M. J., Nygaard, I. E., & Shaw, J. M. (2016). The impact of acute and chronic strenuous exercise on pelvic floor muscle strength and support in nulliparous healthy women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(3), 316.e1-316.e7.
- Montenegro, M. L. L. S., Vasconcelos, E. C. L. M., Candido dos Reis, F. J., Nogueira, A. A., & Poli-Neto, O. B. (2007). Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain: Management of women with CPP. *International Journal of Clinical Practice*, 62(2), 263–269.
- Morin, M., Binik, Y. M., Bourbonnais, D., Khalifé, S., Ouellet, S., & Bergeron, S. (2017). Heightened Pelvic Floor Muscle Tone and Altered Contractility in Women With Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 592–600.
- 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.
- Moser, H., Leitner, M., Baeyens, J.-P., & Radlinger, L. (2018). Pelvic floor muscle activity during impact activities in continent and incontinent women: A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 29(2), 179–196.
- Naess, I., & Bø, K. (2013). Can a Pelvic Floor Muscle Contraction Reduce Vaginal Resting Pressure and Resting Emg Activity? *Neurourology and Urodynamics*.
- Nygaard, I. E., & Shaw, J. M. (2016). Physical activity and the pelvic floor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(2), 164–171.
- Oliveira, M., Ferreira, M., Azevedo, M. J., Firmino-Machado, J., & Santos, P. clara. (2017). Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 63(7), 642–650.
- Oyama, I. A., Rejba, A., Lukban, J. C., Fletcher, E., Kellogg-Spadt, S., Holzberg, A. S., & Whitmore, K. E. (2004). Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology*, 64(5), 862–865.

- Padoa, A., McLean, L., Morin, M., & Vandyken, C. (2021a). “The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction” Part 1: Pathophysiology of OPF and Its Impact on the Sexual Response. *Sexual Medicine Reviews*, 9(1), 64–75.
- Padoa, A., McLean, L., Morin, M., & Vandyken, C. (2021b). The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction. Part 2: Evaluation and Treatment of Sexual Dysfunction in OPF Patients. *Sexual Medicine Reviews*, 9(1), 76–92.
- Padoa, A., & Rosenbaum, T. Y. (Eds.). (2016). *The Overactive Pelvic Floor*. Springer International Publishing.
- Pires, T. F., Pires, P. M., Moreira, M. H., Gabriel, R. E. C. D., João, P. V., Viana, S. A., & Viana, R. A. (2020). Pelvic Floor Muscle Training in Female Athletes: A Randomized Controlled Pilot Study. *International Journal of Sports Medicine*, 41(04), 264–270.
- Pires, T., Pires, P., Moreira, H., Gabriel, R., Viana, S., & Viana, R. (2020). Assessment of pelvic floor muscles in sportswomen: Quality of life and related factors. *Physical Therapy in Sport*, 43, 151–156.
- Prendergast, S. A. (2017). Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia: A Clinician’s Guide. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(3), 509–522.
- Queiroz, M. J. (2009). SOAP revisitado. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(2), 221–227.
- Rial Rebullido, T., Chulvi-Medrano, I., Faigenbaum, A. D., & Straccolini, A. (2020). Pelvic Floor Dysfunction in Female Athletes. *Strength & Conditioning Journal*, 42(4), 82–92.
- Ribeiro, B., Magalhães, A. T., Interna da formação específica em Medicina Geral e Familiar, Mota, I., & Interna da formação específica em Medicina Geral e Familiar. (2013). Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva—Prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(1), 16–24.
- Rocha, A. S. R. M. (2013). *Catastrofização e Percepção de Doença na Dor Crónica* [Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de

Psicologia Clínica e da Saúde]. Universidade Fernando Pessoa do Porto.

- Rogers, R. G., Pauls, R. N., Thakar, R., Morin, M., Kuhn, A., Petri, E., Fatton, B., Whitmore, K., Kinsberg, S., & Lee, J. (2018). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 37(4), 1220–1240.
- Romero-Franco, N., Molina-Mula, J., Bosch-Donate, E., & Casado, A. (2021). Therapeutic exercise to improve pelvic floor muscle function in a female sporting population: A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 113, 44–52.
- Rosenbaum, T. (2011). Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: A clinical approach. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37(2), 89–93.
- Rosenbaum, T. Y. (2005). Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(4), 329–340.
- Rosenbaum, T. Y. (2007). Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: A literature review. *Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 4–13.
- Rosenbaum, T. Y. (2013). An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: Promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1–2), 20–28.
- Rosenbaum, T. Y., & Ben-Dror, I. (2009). The role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction. *Harefuah*, 148(9), 606–610.
- Santos Pechorro, P., Pascoal, P. M., Monteiro Pereira, N., Poiares, C., Neves Jesus, S., & Vieira, R. X. (2017). Validação da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6. *Revista Internacional de Andrologia*, 15(1), 8–14.
- Schettino, M. T., Mainini, G., Ercolano, S., Vascone, C., Scalzone, G., D’Assisi, D., Tormettino, B., Gimigliano, F., Esposito, E., Donna, M. C. D., Colacurci, N., & Torella, M. (2014). Risk of pelvic floor dysfunctions in young athletes. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 41(6), 671–676.

- Schultz, W. W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wesselmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 301–316.
- Schwartzman, R., Schwartzman, L., Ferreira, C. F., Vettorazzi, J., Bertotto, A., & Wender, M. C. O. (2019). Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(5), 378–394.
- Shigeta, M., Sekiguchi, Y., & Nakamura, R. (2016). 037 Effects of Physical Therapy on Female Dyspareunia in Japan. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), S255.
- Silva, A. P. M. da, Montenegro, M. L., Gurian, M. B. F., Mitidieri, A. M. de S., Lara, L. A. da S., Poli Neto, O. B., & Rosa e Silva, J. C. (2016). Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles TT - Massagem perineal melhora a dispareunia causada por tensão dos músculos do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 39(1), 26–30.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. *Secção Portuguesa de Uroginecologia*, 1–331.
- Stein, A., Sauder, S. K., & Reale, J. (2019). The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 46–56.
- Sullivan, M. J., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4).
- ter Kuile, M. M., Both, S., & van Lankveld, J. J. D. M. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 595–610.
- Thibault-Gagnon, S. (2016). Definitions and Basic Etiology of the Overactive Pelvic Floor. Em *The Overactive Pelvic Floor*.
- Thibault-Gagnon, S., & Morin, M. (2015). Active and Passive Components of Pelvic Floor Muscle Tone in Women with Provoked Vestibulodynia: A Perspective Based on a Review of the Literature. *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2178–2189.
- Tim, S., & Mazur-Bialy, A. I. (2021). The Most Common Functional Disorders and Factors Affecting Female Pelvic Floor. *Life*, 11(12), 1397.

- Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., Alappattu, M., & Figuers, C. (2019). The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28–35.
- van Reijn-Baggen, D. A., Han-Geurts, I. J. M., Voorham-van der Zalm, P. J., Pelger, R. C. M., Hagenars-van Miert, C. H. A. C., & Laan, E. T. M. (2021). Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sexual Medicine Reviews*.
- Vandyken, C., & Hilton, S. (2017). Physical Therapy in the Treatment of Central Pain Mechanisms for Female Sexual Pain. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 20–30.
- Vitton, V., Baumstarck-Barrau, K., Brardjanian, S., Caballe, I., Bouvier, M., & Grimaud, J.-C. (2011). Impact of High-Level Sport Practice on Anal Incontinence in a Healthy Young Female Population. *Journal of Women's Health*, 20(5), 757–763.
- Wolpe, R. E., Toriy, A. M., Silva, F. P. da, Zomkowski, K., & Sperandio, F. F. (2015). Physical therapy in sexually dysfunctional women: A systematic review. *Acta Fisiátrica*, 22(2), 87–92.

6. Apêndices

Apêndice 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)

Designação do Estudo

Estágio Clínico em Saúde da Mulher: Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Ramo de Especialidade Saúde da Mulher

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) — [REDACTED] —

[REDACTED], 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 objetivos, 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.

Tomei conhecimento e consenti a realização da palpação vaginal durante a avaliação e tratamento, pelo Fisioterapeuta.

Tomei conhecimento e consinto ser o estudo de caso, "Disfunção sexual e associação com a tensão do pavimento pélvico numa atleta – estudo de caso", para o relatório da aluna.

Data: 23 / Novembro / 2022

Assinatura do doente: [REDACTED]

O Fisioterapeuta:

Nome: Marynide Silva

Assinatura: Marynide Silva

Apêndice 2: Folha Registo Clínico Utente

FOLHA DE REGISTO CLÍNICO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **XXXX** Idade: **20** Morada: **XXXXXX**

Profissão: **Estudante e atleta de ginástica rítmica e de *crossfit*** Frequência tratamentos: **1 x por semana**
Fisioterapeuta: **Margarida Silva**

Motivo do Pedido de Intervenção: Dor na relação sexual (dispareunia).

Diagnóstico Médico: Não existe diagnóstico médico uma vez que a fisioterapia foi o 1º contacto.

EXAME SUBJETIVO/RECOLHA DE DADOS

HISTÓRIA

História atual: Utente do sexo feminino, 20 anos, caucasiana, solteira e é estudante e atleta de ginástica rítmica e também de *crossfit*. Decidiu iniciar fisioterapia pélvica pois apresentava queixas nas relações sexuais há já algum tempo (há cerca de 8 meses sem relações sexuais penetrativas). A utente soube que a fisioterapia pélvica a poderia ajudar depois de ter pesquisado na internet.

História Ginecológica: Encontra-se a tomar a pílula neste momento e refere que se recorda de na altura que iniciou a menstruação (menarca - 12 anos), esta não ser muito regular (tinha no mesmo mês duas vezes menstruação e às vezes estava 2 meses ou mais sem ter) e que tinha muitas dores menstruais na altura. Fluxo muito abundante (6-7 dias de menstruação).

Atividade Física: Relativamente à atividade física e prática desportiva, pratica ginástica rítmica desde os 5 anos de idade, sendo que atualmente já é federada e tem várias competições anualmente, nacional e internacionalmente. Tem constantemente treinos (6 dias por semana 3/4 horas repartido em treinos de força, equilíbrio, coreografia e flexibilidade). Para além disso também pratica *crossfit* (exercícios caracterizados por alta intensidade e atividade variável, como exercícios baseados em força, como levantamentos olímpicos e outros, usando uma barra ou outro equipamento de pesos livres, exercícios de ginástica, impacto, corridas e saltos) 4 a 5 vezes por semana (1h/1,5h de treino) e compete também a esse nível. Refere que procura sempre atingir o limite e fazer o máximo que puder. Sente que tem uma vida stressante e que por vezes acha que abusa nos esforços físicos e nas horas de treino e carga.

Relações Sexuais: Refere que iniciou atividade sexual aos 16 anos de idade e que nunca foi agradável havendo sempre desconforto e dor associada à mesma (penetração) que tem vindo a

agravar, sendo que neste momento, por vezes as queixas são mesmo incapacitantes não permitindo ter relação sexual de todo. Afirma que as queixas são maioritariamente na penetração inicial e que neste momento são de tal forma intensas que por vezes não consegue mesmo continuar e ter relação. Afirma que neste momento não existe praticamente tentativa de relação sexual por medo da dor e por sentir que este assunto lhe traz muita ansiedade. Refere que sente a zona bastante tensa e que tem a sensação de se estar sempre a contrair e não conseguir relaxar. Esta situação está a afetar bastante a sua vida e a relação com o namorado e também já se sente afetada a nível psicológico.

Hábitos miccionais: Ao nível de hábitos miccionais refere que não tem perdas e que não sente problemas a esse nível. Refere ir cerca de 7-8 vezes à casa de banho por dia e que bebe cerca de 2 litros de água por dia. Refere que não sente queixas e que por vezes só nota alguma dificuldade em iniciar a micção.

Hábitos defecatórios: Afirma que é por fases e que por vezes tem alturas que tem mais tendência para obstipação e que noutras não nota qualquer dificuldade. Diz que quando não tem queixas vai 1 vez por dia à casa de banho. Quando anda mais obstipada refere que por vezes, na pior das hipóteses, está 2 dias sem ir à casa de banho e que nota algum desconforto (fezes mais duras e mais inchaço abdominal).

Queixas sentidas pela utente neste momento: Queixas algícas na relação sexual (penetração). Há cerca de 8 meses que não consegue ter relações sexuais penetrativas e refere que a situação está a afetar bastante a sua vida e intimidade com o namorado. Relativamente à severidade das queixas ao nível da relação sexual a utente classifica-as na escala visual analógica (EVA) como um 10/10. Refere sentir ardor na zona quando tenta ter relações com penetração.

Dor na Relação sexual:



Estado geral: A utente não apresenta atualmente quaisquer comportamentos de risco. IMC é de 21,2 kg/m².

Antecedentes: Não apresenta histórico de outras patologias relevantes nem antecedentes pessoais significativos. Já teve algumas lesões devido à prática desportiva intensa, mas conseguiu sempre recuperar. Não foi realizado qualquer tratamento/intervenção relativamente ao episódio atual, referindo também nunca ter realizado fisioterapia anteriormente. De momento não se encontra a

tomar qualquer medicação. Quando questionada acerca de antecedentes a nível pélvico e queixas passadas, a utente refere que há cerca de 3 anos teve alguns episódios de perdas de urina quando tinha treinos mais intensos e de mais horas, mas afirma que foram situações esporádicas e que não foi muito regular (durou cerca de 2/3 meses), sendo que depois parou de ter perdas e não teve mais (que se tenha apercebido) até aos dias de hoje.

Estado emocional: Apresentou-se na sessão um pouco desanimada e em baixo com a situação, mas com muita vontade de melhorar. Refere que a situação está a afetar bastante a sua vida, incluindo a intimidade com o seu namorado e por isso quer mesmo resolver a situação ao máximo. Refere ser uma pessoa bastante ansiosa e stressada especialmente pela prática desportiva e vida que tem onde muito lhe é exigido física e psicologicamente.

História anterior relevante: Sem nada a relatar.

História médica/cirúrgica (antecedentes pessoais): Sem antecedentes pessoais relevantes. Sem comportamentos de risco.

Medicação: Refere tomar suplementos e vitaminas diariamente.

Atividade física: Pratica ginástica rítmica desde os 5 anos de idade, sendo que atualmente já é federada e tem várias competições anualmente, nacional e internacionalmente. Tem constantemente treinos (6 dias por semana 3/4 horas). Para além disso faz também pratica *crossfit* 4 a 5 vezes por semana (treinos 1h/1,5h por dia) e compete também a esse nível.

Fatores Ambientais e Pessoais (facilitadores / barreiras):

- + : É solteira, vive com o namorado e aparenta ter um ambiente familiar relativamente estável e apoio, e uma situação socioeconómica estável. É colaborante e empenhada.
- : Baixa autoestima e muito em baixo e ansiosa com toda a situação.
- +: Muito ativa.
- : Prática desportiva e dia-a-dia sujeito a muito stress.

Limitações da atividade referidas pelo utente:

- Dificuldade em ter relações sexuais e dificuldade em relacionar-se intimamente com o namorado neste momento
- Dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação.

Restrições da Participação referidas pelo utente:

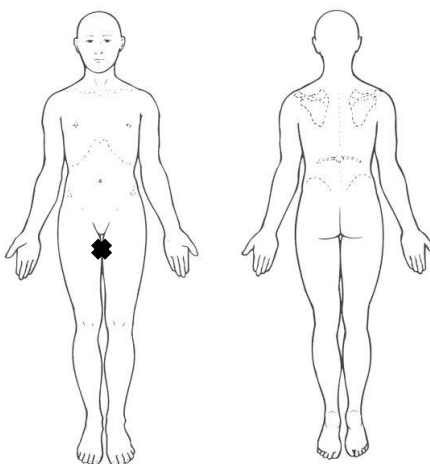
- Dificuldade nas relações sociais e dificuldade em estar com pessoas e falar acerca do assunto pela forma como a situação a está a afetar.

Outros dados clínicos (exames complementares): Sem exames complementares de diagnóstico.

Expetativas da utente: Espera com a fisioterapia conseguir melhorar das queixas principais e voltar a “sentir-me bem e a conseguir ter relação sexual sem dor e sem me sentir tão tensa” sic.

Utente XXXXX

Região de dor e desconforto- ❖



PLANEAMENTO DO EXAME FÍSICO – O caso é elegível?

É de extrema importância avaliar o pavimento pélvico e função do mesmo e toda a zona da vulva e períneo. É um caso elegível para fisioterapia e deve haver trabalho de equipa com psicólogo e /ou terapeuta sexual e por isso é importante recomendar também este acompanhamento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No Anexo 2 apresenta-se a triagem em Fisioterapia recolhida para o caso. De realçar este ser um caso elegível para fisioterapia diretamente e ser de extrema importância haver trabalho de equipa multidisciplinar com terapeuta sexual e /ou psicólogo, para que tudo corra da melhor forma e permita à utente ter o melhor acompanhamento e recuperação possíveis.

Algumas *red flags* devem ser tidas em atenção, nomeadamente alterações de comportamento e estados depressivos progressivos apresentados pela utente, fisicamente, estar atentos a sangramentos vaginais, sangramentos na relação sexual, infeções, perda de peso repentina, menstruações muito dolorosas, febre, sintomas de patologias ginecológicas (como cancro) e feridas ou alterações ao nível da vulva e/ou vagina.

EXAME OBJETIVO/ FÍSICO

OBSERVAÇÃO:

Avaliação global do estado da utente: Consciente e colaborante, ansiosa. Encontra-se um pouco em baixo a nível psicológico com toda a situação. Sem limitações na mobilidade.

Avaliação postural e alinhamento da coluna e pélvis: Sem alterações significativas, nem queixas a esse nível. Boa postura uma vez que a prática desportiva (ginástica e *crossfit*) o exige.

Avaliação mais externa de toda a musculatura que terá influência no pavimento pélvico, bem como o padrão respiratório presente: Através da palpação dos músculos foi possível notar alguma tensão ao nível da zona do abdómen, ao nível do diafragma, músculo transverso e ao nível dos músculos adutores, piriforme e glúteos. Quando feita a palpação a utente refere queixas 6/10 EVA. Padrão respiratório tipicamente mais paradoxal.

Após fornecer uma explicação do procedimento, foi abordada a anatomia da região pélvica e da musculatura, destacando a importância da avaliação para compreender possíveis alterações e justificar as queixas apresentadas. Essa abordagem ocorreu após obter o consentimento da utente para realizar a palpação vaginal e registar os dados clínicos no relatório e estudo de caso.

Avaliação vulva: Inspeccionada toda a zona da vulva em busca de anomalias, cor da mucosa e a mucosa encontrava-se mais avermelhada e irritada. De seguida procedeu-se à palpação da musculatura mais superficial, e a utente referiu algumas queixas nomeadamente nos músculos isqueocavernoso, bulboesponjoso e transverso superficial do períneo, classificou como 7/10 na EVA e ao toque foi possível observar que a musculatura se encontrava com alguma tensão. Foi também observada a contração do pavimento pélvico exteriormente para observar se esta era perceptível ou não e pedindo à utente para contrair o pavimento pélvico é observada uma muito ligeira contração. Foi pedido para relaxar e não foi observado qualquer relaxamento.

Palpação vaginal: Utente em decúbito dorsal com os membros inferiores semiflexionados e ligeiramente abduzidos sobre a marquês e cobertos com uma toalha. Foram trabalhadas algumas respirações em primeira instância para tentar relaxar a utente. O dedo indicador, com lubrificante e luvas, foi colocado na zona da entrada vaginal (não foi logo introduzido) e ocorreu uma contração automática dos músculos. Foram realizadas mais algumas respirações e tentou-se introduzir um pouco mais o dedo indicador, mas foi possível notar muita resistência e tensão em toda a zona e musculatura. Referiu queixas quando sentiu o dedo a entrar em toda a zona circundante, e a zona encontrava-se com pouca flexibilidade e encurtada (hiato com pouca flexibilidade) - queixas 7/10 na EVA. Para além disso referiu que com a colocação do dedo teve sensação de ardor na zona. Contraiu a zona de forma automática, mas depois aos poucos e tendo *feedback* da mesma, foi possível introduzir um pouco mais o dedo, mas muito pouco.

Musculatura interna pavimento pélvico: Palpada toda a musculatura mais superficial do pavimento pélvico e tentativa de palpação da musculatura profunda para avaliar o tónus e em busca

de pontos dolorosos presentes. A musculatura mais profunda não foi possível avaliar de forma completa, mas foi possível perceber a elevada tensão e resistência que estava presente. Musculatura encontrava-se com tônus aumentado, apresentando elevada resistência ao toque e à tentativa de estiramento (elevador do ânus de ambos os lados com tônus aumentado e com mais pontos dolorosos, não sendo possível avaliar completamente pois não foi possível introduzir o dedo muito profundamente durante muito tempo). A utente refere queixas álgicas em toda a zona palpada sentindo muita tensão - queixas de 8/10 na EVA.

Avaliação função do pavimento pélvico e força: Segundo esquema *PERFECT*. 1º avaliada a força dos músculos do pavimento pélvico segundo a escala *Oxford* Modificada (P). A manutenção da contração E – *Endurance*, repetições das contrações (R- *Repetition*), número de contrações rápidas (F- *Fast*). E- *Elevation*, em que é observado se há parede posterior da vagina se eleva durante a contração; C- *Co-contractions* em que é contactado se os músculos abdominais inferiores contraem durante a contração do pavimento pélvico, e T- *Timing* que observa se há contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico perante uma situação de aumento de pressão intra-abdominal repentina como a tosse. Apresenta alguma consciência da contração do PP. Os resultados obtidos foram 3/4/2/3 (contração de grau 3, mantida por 3 segundos, repetida 2 vezes, seguida de 3 contrações rápidas). Amplitude da contração baixa pois a utente no seu “normal” já se encontra em elevada contração (hiperatividade). Relativamente às restantes letras, existe uma elevação muito ténue da parede posterior (difícil avaliar em condições), os músculos abdominais inferiores têm tendência a contrair e perante o teste da tosse a musculatura revela uma contração involuntária automática. Importante reforçar que pela atividade física realizada e por já ter havido historial de perdas de urina, com a força e apresentada alterações no pavimento pélvico, pode haver risco de vir a ter incontinência urinária, pelo que a reabilitação do pavimento pélvico é muito importante e a paciente deve estar alerta e familiarizada com este assunto.

Avaliada a capacidade de relaxamento do pavimento pélvico, após ser feita uma contração: Não tem capacidade de relaxamento, apresentando um pavimento pélvico muito hiperativo.

Prolapso: Sem descida dos órgãos pélvicos quando avaliada (manobra de Valsalva).

Avaliação das queixas na relação sexual: Queixas (10/10 EVA) na penetração inicial e que a maior parte das vezes é tão doloroso que não permite continuar. Quer durante quer depois tem sensação de ardor. Tem feito algumas tentativas, mas é sempre muito difícil e já não sente grande vontade por saber como vai ser sentido que o seu desejo também está afetado. Já há cerca de 8 meses que não consegue ter relações sexuais com penetração. Doloroso em qualquer posição, mesmo quando tenta usar lubrificante. Sente que a situação é preocupante e que está a afetar bastante a sua vida, especialmente a vida íntima com o namorado.

Questionário *Female Sexual Function Index-6 (FSFI-6)*:

O FSFI-6 (Anexo 6), na sua forma atual, é um questionário de preenchimento rápido que demora menos de 5 minutos a responder. Os resultados dos estudos feitos até ao momento posicionam o FSFI-6 como uma medida curta, válida e fiável para avaliação da disfunção sexual feminina. Os itens relativos ao desejo e à satisfação variam entre 1-5 pontos, enquanto os itens relativos à excitação, lubrificação, orgasmo e dor variam entre 0-5 pontos. De salientar que o item relativo à dor está formulado utilizando uma escala de sentido inverso aos restantes itens, de forma que valores mais elevados indicam a ausência ou quase ausência de desconforto durante o coito. O resultado total da escala obtido pela soma dos itens pode variar entre 2-30, com os valores mais altos a indicarem melhor função sexual. Foi obtido um score final de 2 pontos, sendo o mais baixo e de pior função sexual (Apêndice 7).

DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA

Consultar Apêndice 2 – Quadro CIF.

Com isto, foi então estabelecido o diagnóstico em Fisioterapia para o estudo de caso em questão, nomeadamente, uma utente do sexo feminino com 20 anos, que pratica ginástica rítmica de competição e *crossfit*, com elevada exigência física diária, que apresenta, dor na relação sexual (mais na penetração inicial) – dispareunia, dor e hipersensibilidade na vulva, tónus aumentado dos MPP e tensão (com pontos dolorosos associados), incapacidade em realizar um relaxamento eficaz (hiperatividade do pavimento pélvico), diminuição da força dos MPP.

Dada a complexidade do caso, considera-se relevante explicitar o modelo de raciocínio clínico mais detalhado, de forma a suportar a intervenção selecionada. Em função dos dados encontrados na anamnese e no exame objetivo, confirmamos a componente multifatorial de influência para a dispareunia. A prática do exercício intensivo, pode estar associada ao aumento e agravamento da tensão do pavimento pélvico, que poderá ter conduzido às dores iniciais na relação sexual. Com a persistência do problema, os níveis de ansiedade e medo aumentaram, tendo contribuído para o aumento da tensão nos músculos e também para o aumento da dor (processo de catastrofização da dor). Por último, o facto de a utente ter tido um início de menstruação irregular e doloroso, pode ser também um fator contributivo para o aumento da tensão na região. Nesta linha de pensamento, considera-se que o principal problema físico a minimizar, prioritariamente, é o relaxamento do pavimento pélvico e a aprendizagem de estratégias de relaxamento global.

PROGNÓSTICO

Na verdade, ainda existe pouca evidência que nos indiquem ao certo o prognóstico e número de sessões necessário para atingir os objetivos a longo prazo estipulados. É de extrema importância intervir nestes casos de forma a restabelecer a melhor função sexual à mulher e ao casal. Estudos onde existe intervenção da fisioterapia em casos de queixas na relação sexual, realizam o acompanhamento semanal (1x por semana) durante 10-16 semanas, atingindo os resultados esperados, na maior parte às 12 semanas, onde se restabelece completamente, na maior parte dos casos, a função sexual permitindo que esta seja prazerosa para a mulher e que não existam queixas na penetração e se restabeleça o controlo sem surgir ansiedade na relação sexual. A motivação e dedicação das pacientes no tratamento é de extrema importância. Segundo um estudo realizado por Prendergast (2017) idealmente nestes casos, 1 a 2 sessões semanais, durante 8-12 semanas permite ter bons resultados. A ter em conta que cada caso é único e que pode haver casos que se atinge os resultados mais rapidamente e noutros não. Por vezes o acompanhamento pode levar vários meses dependendo do empenho da utente e evolução.

Tendo em conta este caso em específico, a colaboração e empenho da utente e a avaliação realizada, é um caso com potencial para atingir a recuperação total entre 10-16 semanas. Como pontos positivos e facilitadores sublinho o facto de a utente ter bom apoio familiar e uma situação económica estável. Como pontos negativos temos principalmente o facto de ser uma pessoa ansiosa que interfere com o processo de recuperação, o facto de não se encontrar, ainda, a ser acompanhada por um psicólogo ou terapeuta sexual e por fim o facto de ter no seu dia-a-dia treinos intensivos e de muitas horas, o que faz com que realize atividade física de forma excessiva.

Apêndice 3: Quadro SOAP

23/11/2022 – 1ª sessão	
Subjetivo	- Utente em baixo e sensível; - Refere dor na relação sexual e classifica na escala visual numérica (EVA) como um 10/10. - Colaborante e motivada em melhorar ao máximo; - Recolhida anamnese; - Vai ver questão de psicólogo indicado e ver se se sente confortável.

Objetivo	- Avaliação postural; - Avaliação abdominal e diafragmática e padrão respiratório - Observação da vulva e palpação e avaliação da mesma; - Palpação da musculatura mais superficial do pavimento pélvico e avaliação de pontos dolorosos e do tônus muscular; - Avaliação risco prolapso (manobra de Valsalva) - Palpação vaginal (tônus muscular e pontos de dor); - Avaliação da força muscular (aplicação esquema <i>PERFECT</i>); - Recolha de informação mais detalhada relativamente às queixas na relação sexual; - Aplicação da escala FSFI-6 (função sexual feminina).
Avaliação	- Queixas e pontos dolorosos na região abdominal, diafragma, transverso, glúteos, adutores e piriforme (6/10); - Padrão respiratório mais paradoxal e costal; - Referiu algumas queixas quando palpada a musculatura mais superficial do pavimento pélvico (6/10); - Ao inserir o dedo indicador para a palpação vaginal a utente afirmou ser tolerável, mas doloroso e desconfortável, zona intróito vaginal (7/10 na EVA), zona encurtada e com pouca elasticidade; - Referiu alguns pontos dolorosos quando palpada a musculatura mais profunda (8/10), - Referiu alguma dificuldade em fazer a contração dos músculos do pp (não tem completa consciência da contração e não apresenta relaxamento eficaz); - Queixas mais na penetração inicial (score FSFI-6 – 2 pontos).
Plano de Intervenção	- Indicada para iniciar acompanhamento com psicólogo - Ensino e treino respiração abdomino-diafragmática; - Abordagem anatómica do pavimento pélvico e função e qual o seu papel na relação sexual; - Massagem miofascial para alívio de tensão diafragmática e muscular e mobilização articulações; - Massagem de alívio de toda a musculatura mais superficial; - Tentativa de palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (muito devagar); - Ensino das contrações e relaxamento, corretos, do pavimento pélvico; - Ensino de posições de relaxamento para alongamento das estruturas;
30/11/2022 – 2ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada, refere que se sentiu muito bem com a sessão anterior e que lhe deu mais ânimo; - Refere que fez todos os exercícios e recomendações propostas; - Esclarecimento de dúvidas da utente. - Vai iniciar psicólogo (1x por semana).
Objetivo	- Avaliação do padrão respiratório (verificar se realmente ficou compreendido e integrado desde a última sessão); - Palpação da musculatura mais superficial em busca de pontos dolorosos e possíveis melhorias a esse nível; - Palpação vaginal – observação se é mais tolerável ou não e como se encontram as estruturas em relação à última sessão; - Recapitular algumas questões relativamente à sexualidade e se conversou com namorado acerca do assunto; - Voltar a falar das posturas de relaxamento e alongamento e exercícios respiratórios e da importância de cumprir os mesmos.
Avaliação	- Correta realização do padrão respiratório abdomino-diafragmatico (compreendeu) - Ainda com algumas queixas na musculatura mais superficial, mas nota diferença em relação à última sessão - Através da palpação vaginal foi possível notar que a utente se sentia um pouco mais à vontade

	com a situação e não tão retraída e ansiosa como da última vez. Foi possível introduzir mais o dedo e com mais facilidade. Foi possível notar uma ligeira melhoria no tônus. - Mais controlo no relaxamento.
Plano de Intervenção	- Ensino de estratégias de relaxamento e comportamentos importantes a ter em conta (procurar atividades de relaxamento, gerir treinos, atenção a bons hábitos miccionais e defecatórios, etc) - Massagem miofascial para alívio de tensão diafragmática e muscular e mobilização das articulações (mais tempo); - Massagem de alívio de toda a musculatura mais superficial (mais tempo); - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Massagem perineal (ensino para fazer em casa); - Treino de contrações e relaxamento do pavimento pélvico (uso aparelho de <i>biofeedback</i>); - Técnicas de respiração e alongamento; - Dicas de comportamentos a adotar em casa para ajudar na questão da relação sexual (aconselhar vibrador e falar sobre adquirir dilatadores para tentarmos adotar essa técnica em tratamento).
7/12/2022 – 3ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se motivada e mais animada; - Afirma que fez todos os exercícios e recomendações; - Tem tentado gerir mais os treinos (em especial de <i>crossfit</i>). Tem também incluído nos treinos, posições de relaxamento e atenção ao nível do pavimento pélvico durante o exercício; - Refere sentir mais ânimo e menos ansiedade; - Tem explorado o corpo e tocado; - Refere que tem sentido ligeiras e graduais melhorias e que tem procurado estar de forma mais íntima (ainda sem penetração) com o namorado. Sente que o assunto relação sexual já não lhe causa tanta ansiedade e receio como antes (refere que terapia com psicólogo também tem ajudado); - Adquiriu vibrador; - Tem-se sentido confortável com psicólogo.
Objetivo	- Observação vulva - Palpação da musculatura mais superficial em busca de pontos dolorosos e melhorias a esse nível; - Palpação vaginal – observação de melhorias e tônus; - Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento;
Avaliação	- Vulva e mucosa menos irritada e retraída; - Ainda com queixas na musculatura mais superficial, mas nota diferença em relação à última sessão e já é mais tolerável; - Através da palpação vaginal foi possível notar uma melhoria no tônus e resistência oferecida pelos músculos, já está mais relaxado e própria utente nota diferença; - Palpação é mais tolerável, já não é necessário estar ali com calma e lento até conseguir introduzir o dedo. Maior facilidade;
Plano de Intervenção	- Massagem miofascial para alívio de tensão diafragmática e muscular e mobilização das articulações; - Massagem de alívio de toda a musculatura mais superficial; - Massagem perineal; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino de contrações e relaxamento do pavimento pélvico (uso aparelho de <i>biofeedback</i>); - Integrar treino do pavimento pélvico (contrações e relaxamento para fazer em casa); - Técnicas de respiração e alongamento; - Ensino e uso do vibrador para massagem dos tecidos no intróito vaginal; - Abordagem de dilatadores e observação dos mesmos pela utente – proposto adquirir.
14/12/2022 – 4ª sessão	

Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que fez todos os exercícios e recomendações propostas; - Nota evolução; - Esclarecimento de dúvidas da utente. - Adquiriu dilatadores.
Objetivo	- Palpação da musculatura mais superficial em busca de pontos dolorosos e melhorias a esse nível; - Palpação vaginal – observação de melhorias e tónus; - Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento; - Explicação do funcionamento dilatadores.
Avaliação	- Algumas queixas na musculatura mais superficial, mas nota diferença em relação à última sessão e já é mais tolerável; - Melhorias tónus; - Palpação tolerável (tecidos já não oferecem grande resistência); - Boas melhorias no relaxamento geral e do pavimento pélvico.
Plano de intervenção	- Massagem miofascial para alívio de tensão diafragmática e muscular e mobilização das articulações; - Massagem de alívio de toda a musculatura mais superficial; - Massagem perineal; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino do pavimento pélvico; - Explicação do uso de dilatadores e observação dos mesmos pela utente –iniciar uso do mais pequeno na sessão com calma.
21/12/2022 – 5ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que tentou fazer todos os exercícios e recomendações propostas embora tenha tido uma semana mais difícil em termos de treinos; - Tem notado muito mais consciência do pavimento pélvico e promover o seu relaxamento no dia a dia; - Esclarecimento de dúvidas da utente.
Objetivo	- Observação vulva - Palpação da musculatura mais superficial; - Palpação vaginal; - Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento; - Ver como tem corrido dilatadores e relaxamento no dia-a-dia;
Avaliação	- Menos queixas na musculatura mais superficial, mas nota diferença em relação à última sessão e já é mais tolerável; - Melhorias tónus e hiperatividade; - Palpação muito mais tolerável; - Diminuição queixas musculatura mais profunda; - Boas melhorias na consciência do pavimento pélvico e relaxamento (mais força); - Boas melhorias no relaxamento geral e do pavimento pélvico.
Plano de intervenção	- Exercícios de relaxamento e alongamento; - Relaxamento com respiração - Massagem de alívio de toda a musculatura mais superficial; - Massagem perineal; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino de contrações e relaxamento do pavimento pélvico (sem biofeedback); - Massagem com vibrador;

	- Dilatadores.
28/12/2022 – 6ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que tentou fazer todos os exercícios e recomendações propostas; - Entusiasmada com a reavaliação para ver evolução em relação ao início; - Tem notado boa evolução; - Esclarecimento de dúvidas da utente; - Sente-se bem com psicólogo e nota melhorias.
Objetivo	REAVALIAÇÃO (6 semanas – objetivos a curto/médio prazo): - Avaliação abdominal e diafragmática e padrão respiratório; - Palpação da musculatura mais superficial do pavimento pélvico e avaliação de pontos dolorosos e do tónus muscular; - Palpação vaginal (tónus muscular e pontos de dor e melhorias no relaxamento); - Avaliação relaxamento; - Avaliação da força muscular (aplicação esquema <i>PERFECT</i> – observar melhorias); - Recolha de informação relativamente às queixas na relação sexual e melhorias; - Aplicação da escala FSFI-6 (função sexual feminina).
Avaliação	- Melhorias queixas e pontos dolorosos na região abdominal, diafragma, transverso, glúteos, adutores e piriforme ((2/3)/10 na EVA); - Padrão respiratório mais abdomino-diafragmático; - Melhoria queixas quando palpada a musculatura mais superficial do pavimento pélvico (4/10); - Ao inserir o dedo indicador para a palpação vaginal ser já bem mais tolerável, zona intróito vaginal (5/10 na EVA) com mais elasticidade e flexibilidade; - Referiu ainda alguns pontos dolorosos quando palpada a musculatura mais profunda, mas já com melhorias (4/10), - Mais controlo e melhor contração dos músculos do pavimento pélvico (consciência da contração e já apresenta melhor relaxamento); - Maior controlo na relação sexual, mais à vontade em explorar para além de penetração, sente menos ansiedade em pensar na situação. Ainda com queixas, mas nota melhorias. ((7/8)/10 na EVA) – não apresenta tanto desconforto à entrada; - Questionário FSFI-6 – score final 20 – com melhorias. - Menos ansiedade.
Plano de intervenção	- Massagem de alívio de toda a musculatura mais superficial; - Massagem perineal; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino de relaxamento do pavimento pélvico (sem <i>biofeedback</i>); - Avaliações – boas melhorias.
04/01/2023 – 7ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que tentou fazer todos os exercícios e recomendações propostas; - Entusiasmada com a progressão que tem notado; - Tem usado dilatadores; - Esclarecimento de dúvidas da utente. - Refere que psicólogo tem ajudado bastante.
Objetivo	- Observação vulva - Palpação da musculatura mais superficial; - Palpação vaginal; - Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento; - Avaliação das queixas na relação sexual e como se tem sentido nas tentativas.

Avaliação	- Vulva com boa sensibilidade e sem grande irritação; - Melhorias tónus e hiperatividade; - Palpação tolerável já com muito menos queixas – sente-se bem; - Diminuição queixas musculatura mais profunda – menos pontos dolorosos e queixas; - Bom relaxamento pavimento pélvico; - Boas melhorias no relaxamento geral e do pavimento pélvico.
Plano de intervenção	- Exercícios de relaxamento e alongamento; - Massagem de alívio de toda a musculatura mais superficial; - Massagem perineal; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino de contrações e relaxamento do pavimento pélvico; - Massagem com vibrador; - Dilatadores (evolução); - Reunião com psicólogo acerca do estado da utente e evolução – bom <i>feedback</i>.
11/01/2023 – 8ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que tem feito todos os exercícios e recomendações propostas; - Sente-se bem; - Esclarecimento de dúvidas da utente. - Tem usado dilatadores em casa; - Tudo a correr bem com psicólogo e tem ajudado bastante nas melhorias e gestão de stress.
Objetivo	- Relaxamento global; - Respiração; - Palpação da musculatura mais superficial; - Palpação vaginal; - Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento; - Avaliação das queixas na relação sexual e como se tem sentido.
Avaliação	- Vulva com boa sensibilidade e sem grande irritação; - Melhorias tónus e hiperatividade; - Palpação tolerável já com muito menos queixas – sente-se bem; - Diminuição queixas musculatura mais profunda – menos pontos dolorosos e queixas; - Bom relaxamento pavimento pélvico; - Boas melhorias no relaxamento geral e do pavimento pélvico.
Plano de Intervenção	- Exercícios de relaxamento e alongamento; - Massagem perineal; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino de contrações e relaxamento do pavimento pélvico; - Dilatadores.
18/01/2023 – 9ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que tentou fazer todos os exercícios e recomendações propostas; - Sente-se cada vez melhor e que as queixas já são poucas e já não limitam em nada a sua vida; - Treinos têm corrido bem; - Sente-se muito mais relaxada e com menos ansiedade; - Tem usado dilatadores; - Esclarecimento de dúvidas da utente.
Objetivo	- Palpação da musculatura mais superficial; - Palpação vaginal – tónus, queixas e pontos dolorosos;

	- Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento; - Avaliação relação sexual e como se tem sentido; - <i>Feedback</i> evolução. - Tem usado dilatadores e sente-se bem.
Avaliação	- Melhorias tónus e hiperatividade (já praticamente estabilizado, sem aumento); - Palpação tolerável sem grandes queixas– sente-se bem; - Diminuição queixas musculatura mais profunda – menos pontos dolorosos e queixas; - Bom relaxamento pavimento pélvico; - Boas melhorias no relaxamento geral e do pavimento pélvico.
Plano de Intervenção	- Exercícios de relaxamento e alongamento; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino de contrações e relaxamento do pavimento pélvico; - Dilatadores (evolução).
25/01/2023 – 10ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que tentou fazer todos os exercícios e recomendações propostas; - Sente-se cada vez melhor e que as queixas já são poucas e já não limitam em nada a sua vida; - Treinos têm corrido bem; - Tem tido relações sexuais frequentemente, já com penetração profunda e durante toda a relação.
Objetivo	- Palpação vaginal profunda – tónus, queixas e pontos dolorosos; - Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento; - Avaliação relação sexual e como se tem sentido; - <i>Feedback</i> evolução.
Avaliação	- Melhorias tónus e hiperatividade (já praticamente estabilizado, sem aumento); - Palpação tolerável sem grandes queixas– sente-se bem; - Diminuição queixas musculatura mais profunda – menos pontos dolorosos e queixas; - Bom relaxamento pavimento pélvico; - Boas melhorias na relação sexual – sente-se bem e com boa intimidade com o namorado. Tem explorado várias coisas e já tem tido penetração profunda e durante toda a relação.
Plano de Intervenção	- Exercícios de relaxamento e alongamento; - Massagem perineal; - Palpação vaginal e alívio de pontos dolorosos na musculatura (massagem e estiramento); - Treino do pavimento pélvico; - Massagem com vibrador; - Dilatadores.
01/02/2023 – 11ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se colaborante e motivada; - Refere que tem feito todos os exercícios e recomendações propostas; - Sem queixas e sente-se bem. - Treinos têm corrido bem – sem queixas neste sentido; - Sem queixas na relação sexual; - Sente-se bem com acompanhamento de psicólogo.
Objetivo	- Palpação vaginal profunda; - Avaliação força pavimento pélvico e capacidade de contração e relaxamento; - Avaliação relação sexual e como se tem sentido; - <i>Feedback</i> evolução.

Avaliação	- Tónus e atividade do pavimento pélvico estabilizados; - Palpação tolerável sem queixas – sente-se bem; - Sem queixas musculatura mais profunda – menos pontos dolorosos; - Bom e eficaz relaxamento pavimento pélvico; - Muito boa evolução força pavimento pélvico; - Boas melhorias no relaxamento geral; - Sem queixas relação sexual e sente-se bem e com os objetivos cumpridos.
Plano de Intervenção	- Respiração; - Palpação vaginal e massagem; - Treino do pavimento pélvico; - Dilatadores.
08/02/2023 – 12ª sessão	
Subjetivo	- Utente apresenta-se animada e muito contente com evolução e como se sente; - Sente-se bem e que atingiu os seus objetivos; - Refere que continua a fazer todos os exercícios e recomendações propostas; - Entusiasmada com a reavaliação para ver evolução; - Sem receio da relação sexual e sem queixas e sente-se bem com o namorado; - Esclarecimento de dúvidas da utente; - Reunião com psicólogo – muito bom <i>feedback</i> e boa evolução.
Objetivo	REAVALIAÇÃO (12 semanas – objetivos a longo prazo): - Avaliação abdominal e diafragmática e padrão respiratório; - Palpação da musculatura mais superficial do pavimento pélvico e avaliação de pontos dolorosos, do tónus muscular e atividade do pavimento pélvico; - Palpação vaginal (tónus muscular e pontos de dor e melhorias no relaxamento); - Avaliação relaxamento; - Avaliação da força muscular (aplicação esquema <i>PERFECT</i> – observar melhorias); - Recolha de informação relativamente às queixas na relação sexual e melhorias; - Aplicação da escala FSFI-6 (função sexual feminina).
Avaliação	- Sem queixas e pontos dolorosos na região abdominal, diafragma, transverso, glúteos, adutores e piriforme (0/10 na EVA); - Padrão respiratório mais abdomino-diafragmático; - Melhorias queixas quando palpada a musculatura mais superficial do pavimento pélvico (0/10); - Ao inserir o dedo indicador para a palpação vaginal ser já bem mais tolerável, zona intróito vaginal ((0/1)/10 na EVA) boa elasticidade e flexibilidade – sem queixas; - Melhorias musculatura mais profunda, já sem queixas ((0/1)/10 na EVA), - Controlo e melhor contração dos músculos do pavimento pélvico (consciência da contração e relaxamento); - Maior controlo na relação sexual, boa intimidade com o namorado, sente menos ansiedade. ((0/1)/10 na EVA) – não apresenta desconforto à entrada; - Questionário FSFI-6 – score final 30 – pontuação máxima. - Escala de Catastrofização da dor – pontuação 0 (sem alterações) - Sem ansiedade e receio da relação sexual sentindo-se bem e com vontade e sem grandes queixas. - Tem sentido controlo nos treinos e feito exercícios propostos e sente que consegue controlar melhor o pavimento pélvico e relaxamento durante os treinos – boa evolução.
Plano de Intervenção	- Recapitular os cuidados a ter no dia-a-dia e exercícios e comportamentos que deve manter; - Avaliações – boas melhorias. - Feedback intervenção e abordagem por parte da fisioterapeuta; - Alta (vai continuar acompanhamento no psicólogo para já pois sente que tem ajudado muito em questões de gestão de stress)

Apêndice 4: Escala FSFI-6 – Avaliação

Avaliação - 23/11/2022

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si **em relação às últimas 4 semanas**. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

Apêndice 5: Diagnóstico em Fisioterapia – Quadro CIF

Identificação dos problemas segundo a CIF	
Principais problemas	Alterações da estrutura e função
	• Queixas álgicas na relação sexual (mais na penetração inicial) (b6700) • Diminuição da força muscular e resistência dos músculos do pavimento pélvico (musculatura mais profunda (elevador do ânus)) (b7300) e (b7400) • Aumento do tônus muscular nos músculos mais superficiais do pavimento pélvico e também o nível dos músculos profundos (b7350) • Hipersensibilidade zona vulva (b270)
	Limitação da atividade
	• Dificuldade em ter relações sexuais com companheiro e relacionar-se intimamente com o marido neste momento (d770) • Dificuldade em lidar com o stress e parte psicológica por toda a situação (d240)
	Restrição da participação
	• Dificuldade nas relações sociais e dificuldade em conviver com pessoas e falar acerca do assunto pela forma como a situação a está a afetar. (d750) • Dificuldade em concentrar-se nos treinos pelo stress que tem sentido e por se sentir muito tensa (d9201)
Principais problemas	
• Dor na relação sexual (mais na penetração inicial) - dispareunia • Dor e hipersensibilidade da vulva • Aumento de tônus muscular, tensão e pontos dolorosos nos músculos do pavimento pélvico e músculos associados • Relaxamento ineficaz dos músculos do pavimento pélvico (Hiperatividade do PP) • Diminuição da força dos músculos do pavimento pélvico	
Identificação dos fatores contextuais	
Fatores pessoais	Fatores ambientais
• Motivada (+) • Colaborante (+) • Baixa-autoestima (-) • Ansiedade (-) • Não acompanhada por psicólogo (-) • Atividade física excessiva (-)	• Situação socioeconómica estável (+) • Apoio familiar (+) • Sobrecarga de treinos e stress que a prática desportiva implica (-)

Apêndice 6: Objetivos de Intervenção

Tabela 1 – Definição dos objetivos
Objetivos a Curto/Médio Prazo (6 semanas)
1. Diminuir a tensão e queixas na musculatura perineal mais superficial (intróito vaginal) (7/10 EVA para 5/10 EVA) 2. Melhorias ao nível do tónus aumentado e tensão ao nível da musculatura do pavimento pélvico e de pontos dolorosos e queixas algícas existentes (8/10 EVA para (5/6)/10 EVA). 3. Promover um relaxamento eficaz e correto do pavimento pélvico e da musculatura (diminuir hiperatividade) – transpor para o dia a dia. 4. Melhoria na tensão sentida ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere com o pavimento pélvico (adutores, piriforme, glúteos) (6/10 EVA para (3/4)/10 EVA). 5. Diminuir queixas ao nível da musculatura superficial mais externa (7/10 EVA para (3/4)/10 EVA). 6. Promover a correta contração e fortalecimento do pavimento pélvico (Melhorias nos parâmetros da escala <i>PERFECT</i>). 7. Diminuir as queixas sentidas na relação sexual e ansiedade sentida e promover o maior controlo (maior conforto com o corpo e sexualidade) – dispareunia (10/10 EVA para 6/10 EVA). 8. Melhorar pelo menos 8/10 pontos no FSIF-6 e 2/3 pontos no domínio dor/desconforto na relação sexual. 9. Diminuir os pensamentos e atitudes negativas em relação à sexualidade e relação sexual.
Objetivos a Longo Prazo (10-16 semanas)
1. Sem de tensão na musculatura perineal mais superficial (intróito vaginal) (0/10 EVA). 2. Sem alterações de tónus sentido ao nível da musculatura do pavimento pélvico e sem pontos de dor (0/10 EVA). 3. Correto e eficaz relaxamento do pavimento pélvico e da musculatura (atividade muscular estabilizada). 4. Sem tensão sentida ao nível do diafragma e musculatura abdominal e que interfere com o pavimento pélvico – manutenção da mesma (0/10 EVA) 5. Sem queixas ao nível da musculatura superficial mais externa (0/10 EVA) 6. Manutenção correta contração e força pavimento pélvico (força máxima 5, resistência e repetições - Melhorias nos parâmetros da escala <i>PERFECT</i> - o mais possível). 7. Sem queixas sentidas na relação sexual, sem ansiedade e com controlo total –para menor dor possível e não significativa e incomodativa se possível 0/10 EVA) e sem sensação de ardor na penetração. 8. Pontuação máxima no FSIF-6 (30 pontos) e do domínio dor/desconforto (5 pontos) durante a relação sexual (sem queixas), melhor função sexual, prazerosa e sem queixas. 9. Sem pensamentos e atitudes negativas em relação à sexualidade e relação sexual, presentes.

Apêndice 7: Plano de Intervenção com suporte científico

Apresenta-se de seguida, em detalhe, toda a intervenção realizada com o devido suporte científico.

A utente foi acompanhada em contexto de prática privada, num regime de 1 sessão semanal, com cerca de 1 hora. O plano de tratamento foi definido com base nos problemas encontrados e objetivos definidos.

Como primeira abordagem de tratamento, a informação é o ponto-chave. Para deixar a utente mais à vontade e lhe dar toda a informação necessária, de forma que compreenda a sua

situação e dessa forma se dedique melhor ao tratamento, é-lhe mostrado um modelo anatómico da zona pélvica e musculatura do pavimento pélvico (Bø & Sherburn, 2005; Ghaderi *et al.*, 2019; Morin *et al.*, 2017; Morin, Carroll & Bergeron, 2017). É explicada a importância de cada estrutura, o seu papel na função sexual e como as alterações encontradas vão influenciar a função sexual e queixas sentidas. Deve-se ir questionando a utente sobre como se sente, se existem dúvidas e que deve partilhar sempre com a fisioterapeuta como se sente. Segundo um RCT realizado por Ghaderi *et al.* (2019) acerca da intervenção na dispareunia estes pontos referidos são muito importantes.

É fundamental, como abordagem inicial, falar com a utente abertamente sobre a sexualidade, para que se sinta à vontade com o tema, explicar-lhe a importância de explorar o seu corpo e o do parceiro. Deve ser reforçado que a sexualidade vai muito além da penetração, havendo muitas formas de a explorar e melhorar a satisfação sexual, e que o importante é que haja comunicação e compreensão para mais facilmente se ultrapassarem as adversidades que possam surgir (Lamont *et al.*, 2012; Schultz *et al.*, 2005). É importante este tipo de abordagem para tentar de forma a diminuir os níveis de ansiedade, pensamentos e atitudes negativas e receio que o assunto “relação sexual” trazem na sua vida, tendo em conta as queixas mencionadas (Lamont *et al.*, 2012; Rosenbaum, 2013; Schultz *et al.*, 2005; Stein *et al.*, 2019).

Deve ser integrado também integrado no plano de tratamento, o ensino do controlo da respiração e desta forma promover o relaxamento global, com uma respiração calma e controlada e de preferência num padrão abdomino-diafragmático. Deve alertar-se a utente para integrar este padrão respiratório no dia-a-dia (de forma a automatizar) e que sempre que se sentir mais ansiosa, deve tentar realizar este padrão respiratório de forma calma e profunda, como estratégia, até se sentir mais relaxada (Bø & Sherburn, 2005; Moreira & Santos, 2019).

Em seguida, deve incentivar-se a utente a tocar-se e a conhecer o seu corpo, pois é a melhor forma de saber o que sente, que zonas são mais ou menos confortáveis e ao mesmo tempo aliviar a tensão e ansiedade, ganhando mais controlo (Rosenbaum, 2013). Deve observar a sua vulva ao espelho (trabalho iniciado em gabinete e depois realizar em casa). Esta estratégia é de extrema importância para estabilização da sensibilidade e vai ser importante no que toca à relação sexual, pois, estando mais à vontade com o seu corpo e consciente do mesmo, vai facilitar o controlo e reduzir o receio da dor (Rosenbaum, 2011). Foi também indicado comprar um vibrador, de forma a explorar o corpo e sensações e, inclusive, usar com o namorado de forma a estimular a intimidade além da penetração (Rosenbaum, 2011).

Segundo uma revisão sistemática conduzida por van Reijn-Baggen *et al* (2021), deve em seguida, intervir-se ao nível da musculatura e articulações que têm ligação direta com o pavimento pélvico. Estas estruturas devem ser mobilizadas, alongadas e massajadas (mobilizar sacroilíaca e

zona pélvica, alongar e massajar zona abdominal, adutores, glúteos, piriforme (Anexo 6)), de forma a aliviar o mais possível a tensão e pontos dolorosos presentes que podem interferir com o funcionamento do pavimento pélvico. Estes alongamentos e exercícios devem também ser realizados em casa, diariamente e no caso da utente integrados na rotina de exercício (ginástica e *crossfit*). Deve ainda ser realizada massagem do tecido conectivo e de alívio de zonas de tensão muscular nestas estruturas, segundo as queixas manifestadas pela utente (Ensor & Newton, 2014; Padoa *et al.*, 2021b). A manipulação do tecido conectivo é o movimento de uma camada de pele sobre a outra, com o objetivo de libertar a tensão no tecido, aumentando assim a amplitude de movimento da articulação e restaurando a neurodinâmica. Esta manipulação melhora o fluxo sanguíneo, sensibilidade, mobilidade e alívio de tensão das estruturas trabalhadas (Ensor & Newton, 2014; Padoa *et al.*, 2021b). Deve ser realizado ao longo das sessões, de forma a diminuir toda a tensão e posteriormente permitir a manutenção desse alívio.

Para o alívio de tensão e pontos dolorosos na musculatura mais superficial do pavimento pélvico (bulboesponjoso, isqueocavernoso e transverso superficial períneo), deve ser realizada massagem miofascial de toda a zona, com ênfase nas zonas mais queixosas (Aderson *et al.*, 2005; Ensor & Newton, 2014; Goldstein *et al.*, 2016). Como o termo indica, o principal tecido a ser mobilizado no sistema miofascial é a fáscia, que se trata de “um tecido conjuntivo resistente presente por todo o corpo, da cabeça aos pés sem interrupção” (Barnes *et al.*, 1990). Esta é uma ótima técnica para libertar pontos dolorosos, melhorar a sensibilidade da zona queixosa, a rigidez muscular e disfunções nos tecidos moles, que podem causar dor e limitar o movimento. Quando se aplica pressão num ponto doloroso, por norma, existem queixas de dor ou sensibilidade aumentada e músculos que apresentam estes pontos são caracteristicamente encurtados e apresentam diminuição da amplitude de movimento, hiperatividade e incoordenação (FitzGerald & Kotarinos, 2003). Segundo Oyama *et al.* (2004) deve ser também realizada compressão isquémica, durante 10-15 segundos no ponto doloroso, de forma a aliviar as estruturas (fazer esta técnica em cada sessão de tratamento). Deve ser realizada massagem e alongamentos das zonas e estruturas que apresentem estes pontos de forma a facilitar o seu alívio e desaparecimento. Deve realizar-se ao longo das sessões e quando não existirem queixas e alterações, deve promover-se a manutenção deste alívio e equilíbrio, nestas estruturas. O correto ensino do padrão respiratório anteriormente referido já irá ajudar neste alívio (Padoa *et al.*, 2021b; Shigeta *et al.*, 2016).

Segundo Rosenbaun (2011) inicialmente deve começar-se pelo mínimo tolerável e ser um desafio, mas ao mesmo tempo um pouco monótono e chato, de forma a ser uma estratégia que faça com que a utente ganhe mais confiança e diminua os níveis de receio e ansiedade com a questão de dor na penetração vaginal. Queremos promover pensamentos como “consigo tolerar melhor do

que pensava”, “foi mais fácil do que pensava”, “ achava que ia custar e doer mais” (por exemplo relativamente à palpação vaginal), de forma a promover o relaxamento, a diminuição da ansiedade e assim progredir mais facilmente na intervenção, através de estratégias de exposição gradual in vivo (uso de dilatadores e vibradores também funciona com intervenção neste sentido), de forma a que a utente transponha essa redução para a vida real e se exponha à situação, em vez de a evitar, ganhando mais controlo (Berghmans, 2018; Liu *et al.*, 2021; T. Rosenbaum, 2011; T. Y. Rosenbaum, 2013).

De seguida, no plano de tratamento devem constar técnicas manuais que serão realizadas com por palpação vaginal. Mais uma vez é importante ir pedindo feedback à utente uma vez que são técnicas que podem criar algum desconforto e ansiedade, especialmente nas primeiras sessões. À medida que se vai inserindo o dedo e progredindo, é importante ir comunicando com a utente, referindo o que está a ser tocado e como se encontram as estruturas e dar toda a informação necessária acerca do procedimento. Para promover o relaxamento mais superficial e ao mesmo tempo ajudar diretamente na melhoria das queixas na relação sexual e da sensibilidade da zona, existem vários estudos (Ghaderi *et al.*, 2019; Morin, Carroll, *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2016; Prendergast, 2017; Vandyken & Hilton, 2017) que demonstram que existem bons resultados com a massagem perineal nestes casos. Esta deve ser feita desde a origem até a inserção do músculo, com uma quantidade de pressão tolerável pela paciente (alongando toda a zona da entrada vaginal em movimentos em U e laterais e inferiores de forma a promover o aumento dos diâmetros do intróito vaginal), cerca de 5 minutos em cada sessão e deve ser ensinada à utente, para também ser realizada em casa, no máximo 1/2 vez por semana (Ghaderi *et al.*, 2019; Prendergast, 2017).

Para promover o relaxamento e diminuição do tónus da musculatura mais interna e profunda do pavimento pélvico, segundo uma revisão sistemática conduzida por Trahan *et al.* (2019) e uma revisão sistemática conduzida por van Reijn-Baggen *et al.* (2021) devem ser utilizadas técnicas de massagem de relaxamento, de alívio miofascial de pontos dolorosos e de alongamento/estiramento da musculatura (através da palpação) ao nível do pavimento pélvico, quando estão presentes alterações como as encontradas na utente (técnicas como descrito anteriormente e usar compressão isquémica) (Trahan *et al.*, 2019; van Reijn-Baggen *et al.*, 2021). Teoricamente, a mobilização dos tecidos moles pode quebrar as ligações de colagénio e de aderências que causam dor e disfunção. Não existem *guidelines* acerca da duração da massagem, mas tudo indica que, quando for perceptível o relaxamento da musculatura e a diminuição das queixas ao toque, já ocorreram melhorias.

Deve ser integrado também, o treino dos MPP como é indicado por vários estudos e em específico num RCT conduzido por Ghaderi *et al.* (2019). Segundo *guidelines* relacionadas com

dor crónica pélvica, o treino dos músculos do pavimento pélvico deve ser integrado para melhorar a qualidade de vida e função sexual e tem um grau de recomendação B (Lamont *et al.*, 2012). O objetivo é que ocorra um treino eficaz, de forma que haja um bom controlo dos músculos, sabendo quando relaxar e contrair, e fortalecendo-os. Ensinar a correta contração, relaxamento e coordenação dos músculos (Padoa *et al.*, 2021a; Padoa *et al.*, 2021b).

Uma revisão sistemática de Ferreira *et al.* (2015) forneceu evidências de Nível 2 que apoiam o efeito do treino dos MPP na função sexual feminina. O treino dos MPP deve ser integrado no plano de tratamento uma vez que a dispareunia está também relacionada com a diminuição da força, resistência e funcionalidade dos mesmos (Rosenbaum, 2007). Como Naess & Bø (2013) mostraram, o treino da contração voluntária máxima do pavimento pélvico pode reduzir a pressão vaginal de repouso e a atividade eletromiográfica de repouso e assim, concluíram que o uso de contrações máximas pode ajudar no pavimento pélvico com aumento de tónus a reduzir o mesmo. É ensinada a correta contração (movimento de sucção, ascendente), relaxamento eficaz (retornar ao estado de repouso inicial antes da contração) e coordenação dos músculos do pavimento pélvico, dando incitações verbais e *feedback* durante a palpação vaginal (Bø *et al.*, 2016). É permitido à utente treinar algumas vezes e, quando há um bom controlo, deve ser integrado no plano de treino e dia-a-dia da utente. Importante reforçar a importância de respirar adequadamente ao efetuar este treino (apneia durante o exercício é contraindicada), sendo que as contrações dos MPP são associadas à expiração, embora os músculos devam ter a capacidade de reagir e contrair de forma independente (Bø *et al.*, 2016; Bø & Sherburn, 2005; Padoa *et al.*, 2021b). Só após existir algum relaxamento e alívio da zona através das técnicas anteriormente propostas, ao nível do pavimento pélvico, devemos incentivar o treino do PP.

Para ajudar a compreender e realizar uma contração e relaxamento eficaz, podemos integrar aqui o recurso ao *biofeedback*, durante as sessões, de forma a aumentar a adesão ao tratamento e também para que seja mais fácil compreender a eficácia da contração e relaxamento (Ensor & Newton, 2014; Gentilcore-Saulnier *et al.*, 2010). Um dos protocolos realizados segundo alguns autores, tendo por base estudos aplicados em casos de incontinência urinária, é realizar contrações máximas, durante cerca de 6 a 10 segundos com tempo de relaxamento de 12 segundos, 3 séries de 8 a 12 repetições (com progressão), diariamente, de forma a promover o fortalecimento, em diferentes posições (sentado, deitado, 4 apoios, em pé, etc) (Bø *et al.*, 2016; Bø & Sherburn, 2005; Ghaderi *et al.*, 2019; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). As posições devem ir progredindo bem como o associar as contrações a diferentes atividades do dia a dia e exercícios, de forma que o MPP possam dar uma resposta automática e atuar adequadamente nas diferentes atividades diárias (Bø *et al.*, 2016; Bø & Sherburn, 2005; Ghaderi *et al.*, 2019; Sociedade

Portuguesa de Ginecologia, 2021). Foi recomendado à utente fazer este trabalho diariamente (junto com respiração ensinada e exercícios de alongamento), em casa, uma vez que as sessões são uma vez por semana e este trabalho deve ser realizado todos os dias (Anexo 6).

A terapia comportamental é muito importante nestes casos e precisa de ser integrada no plano de tratamento para quebrar o ciclo de disfunção e dor. A educação e o treino devem centrar-se no controlo motor adequado, isto é, no relaxamento dos músculos do pavimento pélvico durante a relação sexual, em vez de contrair ou tensionar os músculos por medo da dor. Esse treino envolve “aprender” a diferença entre contrair e relaxar o pavimento pélvico por meio de dicas verbais e outras formas como o recurso ao *biofeedback*, como referido anteriormente, que também é eficaz (Bø *et al.*, 2016; Bø & Sherburn, 2005; Ensor & Newton, 2014, ter Kuile *et al.*, 2010).

O objetivo da terapia comportamental é também conseguir o controlo da dor e queixas, pela própria mulher e desta forma adotar estratégias de *mindfulness* e de controlo e relaxamento (Rosenbaum, 2013). Concentra-se na redução do medo catastrófico da dor e no restabelecimento do funcionamento sexual satisfatório, com o objetivo de reduzir a contração e tensão muscular no pavimento pélvico e facilitar toda a atividade sexual (ter Kuile *et al.*, 2010).

Controlo do stress e ansiedade, respirações profundas e controladas, relaxamento dos músculos do pavimento pélvico, tempo para relaxar (através de uma caminhada, banho quente, posturas de relaxamento e alongamento (Anexo 6)), são exemplos de modificações comportamentais e de estilo de vida que ajudam no relaxamento fisiológico e diminuem os pensamentos e atitudes negativas no que toca a relação sexual. Usando algumas das técnicas referidas, antes ou depois de qualquer atividade dolorosa, neste caso a atividade sexual, pode ajudar a relaxar para quando for o momento, facilitar o processo. Nesta intervenção é importante trabalhar em equipa com o terapeuta sexual e /ou psicólogo pois são profissionais que terão mais competências e estratégias para intervir ao nível comportamental e psicológico.

Uma técnica eficaz nestes casos é o uso de dilatadores, para ajudar a eliminar os pontos dolorosos miofasciais, alongar e relaxar os músculos do pavimento pélvico, ajudar no alongamento passivo dos tecidos no introito vaginal e reduzir o receio da penetração. Segundo Liu *et al.* (2021) podem ser um complemento ao tratamento, mas é de extrema importância ser sempre guiada e acompanhada pela fisioterapeuta. É importante que a utente se sinta confortável a utilizar os dilatadores e que, quando conseguir usar, perceba que deve ser uma progressão lenta e gradual e que não deve forçar o processo de forma a não regredir na evolução (se conseguiu usar um tamanho não deve insistir várias vezes nem passar logo para o seguinte de forma repentina). Os dilatadores são formas de exposição à situação que provoca ansiedade (penetração) e por isso vão também ter impacto a nível psicológico, pois desta forma, irá existir uma redução do receio e uma melhor

adaptação à realidade (relação sexual com penetração). Iniciar pelo mais leve e pequeno sempre e adotar esta forma de intervenção numa fase mais avançada do tratamento. (Berghmans, 2018; Goldstein *et al.*, 2016; Liu *et al.*, 2021; Rosenbaum, 2011; Trahan *et al.*, 2019).

Durante todo o plano de tratamento e ao longo das sessões, deve ser reforçada a importância do trabalho em casa e de cumprir as indicações dadas. A utente deve realizar os exercícios de relaxamento, alongamentos, massagem perineal, terapia comportamental, de forma a potenciar as melhorias e reduzir o receio que sente (Padoa *et al.*, 2021b; Prendergast, 2017; Rogers *et al.*, 2018).

Em relação a hábitos de vida diária, deve ter sempre em atenção os hábitos de higiene (podem afetar a flora vaginal e, conseqüentemente, a satisfação sexual) (Stein *et al.*, 2019), higienizar bem toda a zona, evitar usar cuecas apertadas e produtos que irrite a vagina e vulva de forma a não aumentar a sensibilidade da zona e potenciar queixas. Deve manter uma alimentação equilibrada e manter-se hidratada, manter bons hábitos miccionais (atenção à frequência urinária, não forçar, tentar relaxar de forma a facilitar a micção) e defecatórios (recorrer ao banco, estar sentado, curvar ligeiramente a parte superior do tronco, formando assim um ângulo vesical correto de forma a facilitar o movimento e expulsão do trânsito intestinal, respeitar a vontade, evitar fazer força) (Bø *et al.*, 2016; Bø & Sherburn, 2005; Enders, G., 2015; Padoa *et al.*, 2021b). Modalidades como *pilates*, *yoga* e também relaxamento no meio aquático, podem ter bons benefícios no pavimento pélvico e relaxamento.

Relativamente à prática de exercício físico intensivo e de elevada sobrecarga, realizado pela utente, que como já vimos pode ser um fator contributivo para as alterações encontradas ao nível do pavimento pélvico e disfunção sexual, deve ser aconselhado a estar mais consciente em relação à carga e horas de treino diárias que coloca sobre si e perceber que deve estar também consciente do PP nessas alturas (Maseroli *et al.*, 2021). Deve procurar integrar as contrações e relaxamento nos treinos e prática (quando tiver total consciência do pavimento e de como o relaxar) de forma a promover um melhor controlo dos músculos quando executa os esforços físicos. Deve saber quando contrair e quando relaxar. Deve procurar contrair o pavimento pélvico quando faz esforços mais intensos de forma a proteger e prevenir o aparecimento de outras disfunções no futuro. Para além disso, como já referido procurar integrar os exercícios de relaxamento nos treinos e prática. Quando ganhar consciência do pavimento pélvico e corporal deve ter em atenção, no dia a dia e prática desportiva, se não está sempre em constante contração mantida de forma a facilitar o relaxamento e prevenir o aumento da atividade, tônus e tensão muscular e conseqüentemente ajudar na relação sexual (Maté-Muñoz *et al.*, 2017; Middlekauff *et al.*, 2016; Moser *et al.*, 2018).

Apêndice 8: Apresentação detalhada dos Resultados/Reavaliações

Reavaliação (6 semanas)

O acompanhamento e intervenção registados foi feito ao longo de 12 semanas, 1 sessão semanal. Foi realizada uma reavaliação às 6 semanas para ver se tinham sido atingidos os objetivos delineados a curto/médio prazo e outra às 12 semanas, para os objetivos a longo prazo.

O objetivo de melhorar a tensão sentida ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere diretamente com o pavimento pélvico, foi cumprido, pois a utente refere melhorias a esse nível, não apresentando já grandes queixas nem pontos dolorosos ativos. Para além disso com o padrão respiratório abdomino-diafragmático ensinado e adotado, a utente refere que se sente melhor e que também tem ajudado no relaxamento. As posturas de alongamento propostas também contribuíram para este alívio. Classificou as queixas como 2/10 na EVA, tendo sido observada uma diminuição das mesmas e tendo superado os objetivos. Ao nível da musculatura mais superficial (bulboesponjoso, isqueocavernoso e transverso superficial do períneo), através das técnicas implementadas, como descrito no plano de tratamento, foi possível notar melhorias. As queixas passaram para um (3/4)/10 na EVA sendo cumprido o objetivo para este problema.

Na musculatura do intróito vaginal e reduzida flexibilidade e elasticidade, através da terapia manual e da massagem perineal, realizadas no plano de tratamento, também ocorreram melhorias. A palpação foi mais fácil e foi possível reduzir a tensão na zona. As queixas passaram para um (4/5)/10 na EVA cumprindo o objetivo.

Em relação ao tónus aumentado da musculatura e tensão, foi possível notar melhorias, redução e eliminação de pontos dolorosos ativos presentes, através da palpação vaginal e técnicas de intervenção. A musculatura diminuiu a resistência apresentada respondendo às técnicas manuais e estiramento realizado. Queixas de 8/10 na EVA para 6/10 na EVA.

Havendo algum relaxamento da musculatura através das técnicas manuais e através do ensino da correta respiração, exercícios de alongamento e relaxamento e recurso ao *biofeedback*, foi também possível consciencializar a utente do correto relaxamento do pavimento pélvico, conseguindo realizar já algum relaxamento autonomamente, e transpor isso para o dia-a-dia e atividade física, o que ajudou a controlar a hiperatividade presente. A utente também ganhou mais consciência do pavimento pélvico e da sua contração correta. Tendo em conta que foi adquirida a consciência de relaxamento e da sua importância no dia a dia e após uma contração do pavimento pélvico, foi também integrado algum treino do pavimento pélvico (inicialmente supervisionada

nas sessões para ter a certeza que está a fazer corretamente como indicado para promover um treino eficaz sem estar a tensionar mais o pavimento pélvico). Após avaliação foram obtidas melhorias nos parâmetros de força, endurance e repetições (segundo *PERFECT* – força 3+/4, mantida 6/7 segundos, repetida 5/6 vezes, e 6 contrações rápidas).

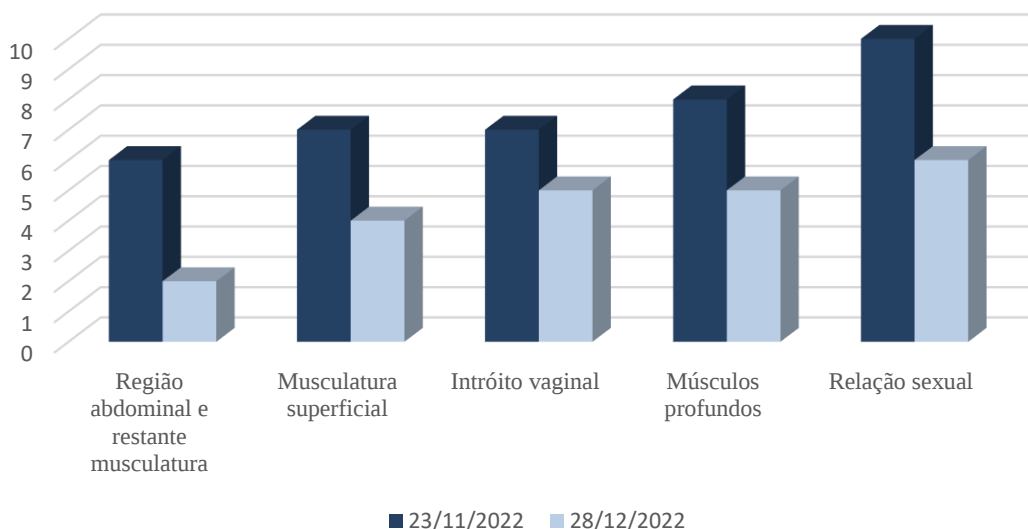
A abordagem da questão da sexualidade, controlo do corpo e autoconhecimento, a comunicação com o namorado e exploração da relação sexual para além de penetração, também contribuíram para que a utente tenha sentido diferença em relação aos níveis de ansiedade e receio que todas as questões da relação sexual lhe causavam.

A utente também começou a ser acompanhada por um psicólogo, o que fez toda a diferença para controlar esses pensamentos negativos e ansiedade e conseguir geri-los da melhor forma, fazendo então um trabalho também muito psicológico. Foi possível ir mantendo contacto com o psicólogo através de emails e reuniões de forma a dar *feedback* da boa evolução da utente.

No que toca à relação sexual em si, a utente refere que conseguiu ter mais intimidade e satisfação com o namorado e consigo própria, que se sentiu mais confortável e à vontade com o corpo e com mais confiança. Foi possível explorar muito mais para além da penetração, o que foi muito benéfico para a autoestima e controlo da utente. Refere que as tentativas de penetração (refere que já não contabilizou o número de tentativas uma vez que se sentiu mais a vontade para experimentar, nota mais desejo), foram mais calmas e não tão stressantes e sentiu maior controlo. Sente menos ansiedade com a relação sexual, mesmo que implique penetração, sentindo mais à vontade para ter alguma iniciativa e experimentar. Ainda sentiu alguma dor e não foi possível realizar a penetração total em todas as tentativas e por muito tempo, embora esta tenha sido menor e o desconforto já não seja tão intenso à entrada ((5/6)/10 na EVA). Demonstra mais satisfação com a situação, refere notar melhorias e mostra-se cada vez mais colaborante e entusiasmada com a evolução. Ao nível do questionário FSIF-6 foi possível notar uma melhoria significativa no *score* final (2 para 20), subiu 3 pontos no domínio da dor, sendo o objetivo cumprido no prazo estipulado (Apêndice 9).

Para além disso a utente esteve mais alerta do PP durante a rotina de treino. Tentou conjugar o treino do pavimento pélvico e relaxamento nos treinos e sente que notou diferenças e que ganhou mais controlo e consciência do mesmo e do seu papel durante os treinos. Sabe melhor quando contrair e relaxar o PP nos momentos de treino e exercício. Realizou nos treinos os exercícios de relaxamento e alongamentos propostos. Notou melhorias e menos tensão durante os treinos.

Gráfico 1: Evolução da Intensidade da dor - Reavaliação 6 semanas



Reavaliação (12 semanas)

Por fim foi então realizada a reavaliação final, de forma a perceber a evolução da utente e melhorias e se foram atingidos todos os objetivos.

Sem queixas e tensão sentida ao nível do diafragma, zona abdominal e musculatura que interfere diretamente com o pavimento pélvico, classificando como um 0/10 na EVA. Ao nível da musculatura mais superficial (bulboesponjoso, isqueocavernoso e transverso superficial do períneo), a utente refere não sentir queixas, 0/10 na EVA sendo cumprido o objetivo.

Na musculatura do intróito vaginal e reduzida flexibilidade e elasticidade, através da terapia manual e da massagem perineal, realizadas no plano de tratamento, atingimos os objetivos esperados, reduzindo as queixas o mais possível. A palpação foi mais fácil e foi possível reduzir a tensão na zona. As queixas passaram para um 0/10 na EVA cumprindo o objetivo.

Em relação ao tónus aumentado da musculatura e tensão, foi possível notar boas melhorias, redução e eliminação de pontos dolorosos ativos presentes. A musculatura diminuiu a resistência apresentada e as queixas foram caracterizadas como (0/1)/10 na EVA.

Consciência total do pavimento pélvico e correta contração e relaxamento, apresentando um pavimento pélvico mais funcional e eficaz. Tem realizado o treino proposto. Após avaliação foram obtidas melhorias nos parâmetros de força, endurance e repetições (segundo *PERFECT* – força 5, mantida 10 segundos, repetida 10 vezes, e 8 contrações rápidas).

Confortável com a relação sexual e exploração da sexualidade, sentindo controlo e boa autoestima. Tem tido relações sexuais penetrativas com alguma regularidade e sem queixas significativas. Consegue realizar penetração total, não sente receio da dor e sente-se relaxada e

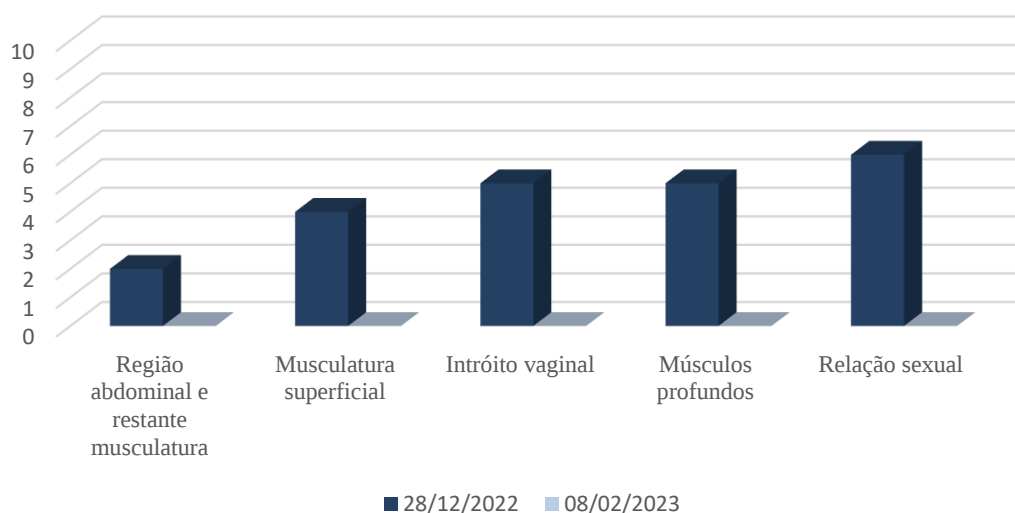
sem queixas. Tem notado muito mais controlo e desejo e menos ansiedade. Classificou as queixas como um (0/1)/10, tendo sido atingidos os objetivos por completo. Ao nível do questionário FSIF-6 foi possível atingir o *score* final ideal (30), ocorrendo as melhorias esperadas (Apêndice 10).

Treinos têm corrido bem e sente-se satisfeita com a sua vida e com o namorado.

De notar que as indicações e exercícios propostos serão para ir mantendo no dia a dia de forma a promover a manutenção dos ganhos obtidos e prevenir futuras complicações.

Acompanhamento no psicólogo ajudou muito e contribuiu para que as melhorias tenham sido ainda mais significativas. Vai continuar o acompanhamento no psicólogo para já, uma vez que tem sido uma grande ajuda na gestão de stress e sente que é algo que necessita neste momento.

Gráfico 2: Evolução da Intensidade da dor - Reavaliação 12 semanas



A utente teve alta passado as 12 semanas (Apêndice 11), sendo importante reforçar que foi alertada para a necessidade de manter os exercícios e treino do pavimento pélvico e toda a consciência trabalhada até à data, de forma a manter todos os ganhos obtidos nesta intervenção e prevenir futuras queixas.

Apêndice 9: Escala FSFI-6 – Reavaliação 6 semanas

Reavaliar - 28 / 12 / 2022

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si **em relação às últimas 4 semanas**. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

Apêndice 10: Escala FSFI-6 – Reavaliação 12 semanas

Reavaliação - 08/02/2023

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si **em relação às últimas 4 semanas**. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

Apêndice 11: Nota de alta

SANTA
CASA
Hospitalidade de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Nota de Alta (Estágio em Fisioterapia em Saúde da Mulher)

Declaro que a Utente [REDACTED] tem alta dos tratamentos de fisioterapia, após reavaliação da fisioterapeuta.

Foram atingidos todos os objetivos delineados e a utente já não apresenta queixas nem limitações.

Vai continuar a realizar todas as recomendações e exercícios propostos pela fisioterapeuta, após a alta dos tratamentos.

Data: 08 / Fevereiro / 2023

A Fisioterapeuta:

Nome: Margarida Silva

Assinatura da profissional:



Apêndice 12: Catastrofização da Dor

A catastrofização da dor, como abordado na fundamentação teórica, é um fator que realmente tem influência ao nível do pavimento pélvico e relação sexual. Na recolha de anamnese e avaliação existiram vários fatores que podemos apontar como pensamentos de catastrofização e que também tiveram influência em todo o processo, uma vez que a disfunção sexual é multifatorial.

Através da consulta dos vários itens da escala (Anexo 7):

-“Refere que iniciou atividade sexual aos 16 anos de idade e que nunca foi muito agradável havendo sempre algum desconforto e dor associada à mesma (penetração) que tem vindo a agravar...” – Pensamentos negativos no que toca à sexualidade e à relação sexual

-“Afirma que neste momento não existe praticamente tentativa de relação sexual por medo da dor e por sentir que este assunto lhe traz muita ansiedade” 6. Fico com medo que a dor se torne pior; 9. Parece que não posso afastar a dor do meu pensamento (relação com itens escala)

-“Refere que sente a zona bastante tensa e que tem a sensação de se estar sempre a contrair e não conseguir relaxar.” – Ligação com ciclo de catastrofização e hipervigilância

-“Esta situação está a afetar bastante a sua vida e a relação com o namorado e também já se sente afetada a nível psicológico e a sua autoestima e relação com o seu corpo.” 1. Preocupo-me constantemente sobre quando terminará a dor; 2. Sinto que não sou capaz de continuar assim; 4. É horrível e sinto que isso me domina; 10. Penso constantemente sobre o quanto me dói (relação com itens escala).

Estas informações retiradas da anamnese indicam pensamentos de catastrofização da dor. A Escala de Catastrofização da Dor é constituída por 13 itens, sendo que a cotação da escala se obtém a partir da soma das respostas de todos os itens, numa escala de Likert e variam de 0 a 4 (0- nunca 1- Poucas Vezes, 2- Algumas vezes, 3- Muitas vezes, 4 – Sempre) (Sullivan et al., 1995). A adaptação e validação para a língua portuguesa foi desenvolvida por Jácome e Cruz. Quanto mais alta a pontuação mais intensa é a catastrofização, sendo o valor mais alto 52. Apresenta boas qualidades psicométricas, apresentando um Alpha de Cronbach total de 0,9070 (Rocha, 2013).

Como já vimos, se compararmos alguns itens da escala com sinais recolhidos do exame subjetivo da utente podemos ver que são semelhantes, indo de encontro ao facto de estes pensamentos e atitudes de catastrofização estarem presentes e terem contribuído para intensificar as queixas. A intervenção realizada no sentido do relaxamento, terapia comportamental e alívio das queixas, bem como o acompanhamento do psicólogo, contribuiu para atingir melhorias significativas e atingir o objetivo no que toca a pensamentos e atitudes negativas no que toca à

sexualidade e à relação sexual. Foi aplicada a escala de catastrofização, após 12 semanas, e foi obtida uma pontuação de 0 (Apêndice 13), que corresponde ao valor mínimo possível na escala e mostrando que a utente apresenta boas melhorias nesse sentido, não apresentando já pensamentos negativos e de catastrofização no que toca à relação sexual, nem receio, nem queixas de dor, estando muito mais tranquila.

Apêndice 13: Escala Catastrofização da Dor (preenchida)



Copyright © 1995
Michael J.L. Sullivan

PCS (versão Portuguesa)

Nome [REDACTED] Idade: 20 Género: M() F(☒) Data 08.02.2023

Todas as pessoas experienciam situações dolorosas em alguma altura das suas vidas. Essas experiências dolorosas podem ser dores de cabeça, dores de dentes, dores musculares ou das articulações. As pessoas são frequentemente expostas a situações que podem causar dor como por exemplo, uma doença, uma lesão ou um procedimento cirúrgico.

Gostariamos de saber os tipos de pensamento e sentimentos que tem sempre que experiencia dor. Em baixo encontram-se listadas treze afirmações descrevendo diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Utilizando a escala que se segue, indique por favor em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando sente dor.

0 – nunca 1 – poucas vezes 2 – algumas vezes 3 – muitas vezes 4 – sempre

Quando tenho dor ...

- 1 ☐ Preocupo-me constantemente sobre quando terminará a dor.
- 2 ☐ Sinto que não sou capaz de continuar assim.
- 3 ☐ É terrível e penso que nunca irá melhorar nem um pouco.
- 4 ☐ É horrível e sinto que isso me domina.
- 5 ☐ Sinto que não consigo aguentar mais.
- 6 ☐ Fico com medo que a dor se torne pior.
- 7 ☐ Penso continuamente noutras situações dolorosas.
- 8 ☐ Desejo ansiosamente que a dor desapareça.
- 9 ☐ Parece que não posso afastar a dor do meu pensamento.
- 10 ☐ Penso constantemente sobre o quanto me dói.
- 11 ☐ Penso constantemente sobre o quão desesperadamente quero que a dor acabe.
- 12 ☐ Não há nada que eu possa fazer que reduza a intensidade da minha dor.
- 13 ☐ Eu pergunto a mim mesmo se algo de grave poderá acontecer.

...Total

7. Anexos

Anexo 1: Triagem em Fisioterapia

TRIAGEM EM FISIOTERAPIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DADOS INICIAIS

Nome:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Idade:20

Sexo: ☒ **Feminino** ☐ Masculino

Razão para consulta/intervenção da Fisioterapia (a indicar pelo utente ou processo clínico):
Queixas na relação sexual (dispareunia).

Expectativas de resultados (a indicar pelo utente):

Espera com esta intervenção deixar de ter dor na relação sexual e voltar a sentir-se bem.

☒ **Acesso direto** ☐ Referenciado pelo profissional: _____

Fisioterapeuta responsável: Margarida Silva

Data:23/11/2022

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?_____

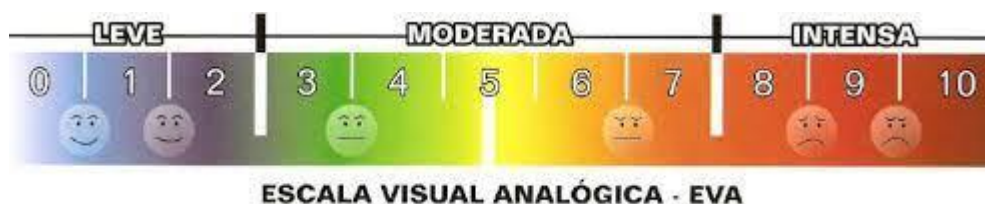
Necessário colaboração interprofissional?

✖ Sim – Qual/Quais? **Psicólogo e/ou Terapeuta Sexual** ☐ 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	✓	Ao nível do períneo - episiotomia
RED FLAGS GERAIS		
Uso prolongado de cortico-esteroides (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
História de trauma (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor severa que não melhora (<i>Despiste de fraturas</i>)	✓	
Dor noturna (<i>Despiste de cancro, infecção, fraturas</i>)	✓	
Dor não relacionada com movimento (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Mal-estar geral (<i>Despiste de cancro, infecção</i>)	✓	
Febre inexplicada (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Sudorese noturna (<i>Despiste de infecção</i>)	✓	
Perda de peso inexplicado (>5kg em duas semanas) (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	
História de cancro (<i>Despiste de cancro</i>)	✓	

Anexo 2: Escala EVA



Anexo 3: Esquema *PERFECT*

P	Power	Contração voluntária máxima
E	Endurance	Resistência: refere-se ao tempo em que se consegue manter o grau de função muscular alcançado em P
R	Repetitions	Número de repetições em que se consegue manter o grau em P durante o tempo registrado em E. Com intervalos de 4 seg de repouso entre cada contração.
F	Fast	Contrair e relaxar MAP de maneira vigorosa e rápida com o grau em P
E	Elevation	Elevação da parede vaginal durante uma contração voluntária máxima
C	Co-contraction	Co-contracção dos músculos acessórios durante uma contração voluntária máxima
T	Timing	Contração involuntária MAP durante a tosse

Anexo 4: Escala *Oxford* Modificada

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

Anexo 5: FSFI-6 (não preenchida)

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si em relação às últimas 4 semanas. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

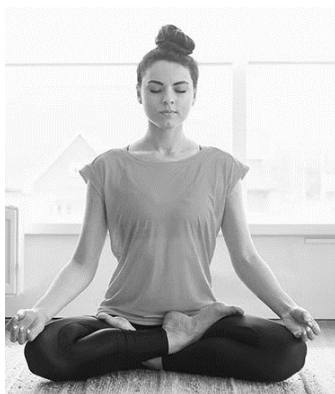
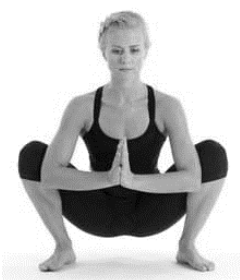
4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

Anexo 6: Exemplos de exercícios de alongamento ensinados à utente

- Alongamento quer da musculatura diretamente ligada ao pavimento pélvico, mas que também favorecem o alongamento e relaxamento dos músculos do pavimento pélvico (aliar com respiração inspirando calmamente pelo nariz e deitando fora pela boca – abdomino-diafragmática).
- Fazer diariamente em casa.
- Inspirado e baseado em Bø et. al., 2016 e Padoa et al., 2021b e por Maeve Whelan - <https://pelvicphysiotherapy.com/>;



Anexo 7: Escala da Catastrofização da Dor (não preenchida)



Copyright © 1995
Michael JL Sullivan

PCS (versão Portuguesa)

Nome: _____ Idade: _____ Género: M() F() Data: _____

Todas as pessoas experienciam situações dolorosas em alguma altura das suas vidas. Essas experiências dolorosas podem ser dores de cabeça, dores de dentes, dores musculares ou das articulações. As pessoas são frequentemente expostas a situações que podem causar dor como por exemplo, uma doença, uma lesão ou um procedimento cirúrgico.

Gostariamos de saber os tipos de pensamento e sentimentos que tem sempre que experiencia dor. Em baixo encontram-se listadas treze afirmações descrevendo diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Utilizando a escala que se segue, indique por favor em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando sente dor.

0 – nunca 1 – poucas vezes 2 – algumas vezes 3 – muitas vezes 4 – sempre

Quando tenho dor ...

- 1 ☐ Preocupo-me constantemente sobre quando terminará a dor.
- 2 ☐ Sinto que não sou capaz de continuar assim.
- 3 ☐ É terrível e penso que nunca irá melhorar nem um pouco.
- 4 ☐ É horrível e sinto que isso me domina.
- 5 ☐ Sinto que não consigo aguentar mais.
- 6 ☐ Fico com medo que a dor se torne pior.
- 7 ☐ Penso continuamente noutras situações dolorosas
- 8 ☐ Desejo ansiosamente que a dor desapareça.
- 9 ☐ Parece que não posso afastar a dor do meu pensamento.
- 10 ☐ Penso constantemente sobre o quanto me dói.
- 11 ☐ Penso constantemente sobre o quão desesperadamente quero que a dor acabe.
- 12 ☐ Não há nada que eu possa fazer que reduza a intensidade da minha dor.
- 13 ☐ Eu pergunto a mim mesmo se algo de grave poderá acontecer.

...Total

Parte III – Considerações e Reflexões Finais

1. Relação entre as duas partes do relatório

O presente relatório e estágio proporcionaram à fisioterapeuta estagiária a oportunidade de expandir os seus conhecimentos na área de saúde da mulher e aprofundar o seu interesse nesse campo. Durante o estágio, teve contato com diversos casos relacionados com a saúde da mulher, o que permitiu o desenvolvimento do seu conhecimento por meio da prática e pesquisa científica, especialmente na área da sexualidade, na qual tinha bastante interesse. O facto de o estágio ter sido realizado num dos locais de trabalho da fisioterapeuta estagiária possibilitou um entendimento mais aprofundado da estrutura e dinâmica da clínica, permitindo uma análise detalhada do seu modelo de intervenção e funcionamento.

A primeira parte do relatório foi composta pela análise crítica do local de estágio e da intervenção segundo a evidência disponível, além da análise de desenvolvimento pessoal e profissional e proposta de melhoria para o local. Também foram apresentados quatro casos clínicos acompanhados durante o estágio. Todos esses aspetos foram de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento da fisioterapeuta, tanto como profissional quanto como pessoa. A segunda parte do relatório foi dedicada a um estudo de caso, com o objetivo de analisar detalhadamente o impacto da intervenção da fisioterapia centrada na estrutura e função na qualidade de vida da utente. Para isso, foi realizada uma pesquisa intensiva da evidência científica, a fim de suportar toda a intervenção e elevar o nível de qualidade da prática da fisioterapeuta estagiária, bem como desenvolver o seu raciocínio clínico.

Há uma conexão entre as duas partes do relatório, uma vez que integram a descrição da prevalência de uma condição específica associada às disfunções do pavimento pélvico, descrita na literatura, juntamente com a importância da intervenção da fisioterapia com base na melhor evidência científica disponível e o desenvolvimento de estratégias adequadas.

Na clínica em questão, a atuação do fisioterapeuta procura a excelência e segue padrões de prática de qualidade, com base na melhor evidência científica disponível. Além disso, o envolvimento dos utentes na sua recuperação desde o início é valorizado, atendendo às suas expectativas e necessidades individuais.

A responsável pela clínica, que também é tutora clínica da fisioterapeuta estagiária, incentivou sempre o desenvolvimento profissional contínuo e a aprendizagem. Durante o estágio, ocorreram momentos de partilha e discussão de evidências, o que contribuiu para a melhoria da intervenção e favoreceu o crescimento profissional da estagiária.

Ao longo do estágio, a fisioterapeuta estagiária adquiriu aprendizagem e experiência no tratamento de diferentes condições e estágios do ciclo de vida da mulher, com foco especial nas

disfunções do pavimento pélvico e no acompanhamento durante a gravidez. Foram propostas novas ofertas de serviço na clínica de forma a desenvolver o espaço e aumentar a procura.

2. Ganhos pessoais

A área de saúde da mulher, que tem sido cada vez mais procurada devido ao aumento da incidência de disfunções do PP, é uma área pela qual a fisioterapeuta estagiária tem grande interesse e espera poder contribuir para seu desenvolvimento e crescimento, seja por meio da oferta de mais serviços, da produção de evidências científicas ou da realização de pesquisas.

Foram muitos os benefícios obtidos com o estágio e a elaboração deste relatório. Os objetivos estabelecidos para o estágio estavam alinhados com as necessidades da fisioterapeuta estagiária e com as temáticas e *skills* que ela procurava desenvolver, e esses objetivos foram alcançados com sucesso. Através do mestrado e do estágio, a prática na área da saúde da mulher foi aperfeiçoada e aprofundada, permitindo o desenvolvimento de competências na abordagem das pacientes, na organização, no raciocínio clínico, no registo adequado, na reflexão, nas estratégias de tratamento e na qualidade científica.

Também foi possível desenvolver capacidades de pesquisa e expandir conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de um perfil profissional de qualidade, em conformidade com os padrões de prática. Além disso, as capacidades de comunicação, autoanálise e autocrítica foram aperfeiçoadas, o que será uma vantagem e fornecerá boas ferramentas no futuro. Ter a oportunidade de entrar em contacto com outros fisioterapeutas especializados nessa área, assim como com outros profissionais de saúde que desempenham um papel importante na intervenção multidisciplinar nestes casos, foi igualmente valioso para compreender a importância do trabalho de equipa focado no bem-estar e na recuperação das utentes.

Também foi possível adquirir conhecimentos na área de gestão por meio da análise do local de estágio e da proposta de melhoria, aumentando as capacidades enquanto profissional.

3. Limitações pessoais

Como limitações encontradas ao longo do estágio e elaboração do relatório, destaca-se a dificuldade em conciliar a atividade profissional com as exigências académicas, o que representa um desafio e nos leva a procurar melhorias na capacidade de gestão e organização.

O facto de o estágio ter sido realizado num dos locais de trabalho da fisioterapeuta estagiária, em contexto de clínica privada, também limitou o contacto com outras realidades que poderiam ser enriquecedoras, como o ambiente hospitalar, por exemplo.

No que diz respeito às limitações pessoais, como a falta de autoconfiança, autonomia e experiência limitada na área da fisioterapia em saúde da mulher, muitas delas foram superadas, e agora há mais confiança e segurança a todos os níveis. Ainda existem outras áreas da saúde da mulher que a fisioterapeuta gostaria de explorar e aprofundar os seus conhecimentos, especialmente em condições cirúrgicas e oncologia.

Durante a realização do estudo de caso, foram encontradas algumas limitações na construção do raciocínio clínico, mas elas foram superadas com sucesso com a ajuda da orientadora de estágio. Além disso, houve algumas dificuldades em encontrar evidências científicas de qualidade e rigor elevado em certos tópicos, especialmente na área da sexualidade, o que se mostrou um desafio, mas ao mesmo tempo aumentou o interesse da estagiária nessa área e em desenvolver estudos nesse sentido.

4. Perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal, apresentando dificuldades e oportunidades

A área de saúde da mulher tem vindo a ganhar cada vez mais procura e atenção, o que constitui um fator muito positivo. A estagiária tem um grande interesse nessa área e, por isso, irá procurar sempre expandir o seu conhecimento e prática, por meio da participação em formações e estágios relacionados com a avaliação e intervenção na reabilitação do pavimento pélvico e saúde da mulher. Isso inclui investigar áreas menos exploradas, como já mencionado anteriormente, como a área de condições cirúrgicas e oncologia.

No futuro, pretende continuar a realizar formações profissionais e pessoais nesse sentido e promover a área, partilhando mais informações e colaborando com a população e outros profissionais ao seu alcance. Também pretende realizar ações de sensibilização, promoção e prevenção em saúde da mulher. Além disso, espera contribuir para o desenvolvimento de mais pesquisas científicas nessa área e tornar-se uma profissional de referência, capaz de realizar workshops e palestras para colegas fisioterapeutas e outros profissionais de saúde interessados na área, demonstrando a importância da fisioterapia.

5. Propostas futuras de desenvolvimento da profissão, apresentando dificuldades e oportunidades

Em Portugal, a área de saúde da mulher está em constante desenvolvimento, assente na qualidade e boas práticas. A aprendizagem contínua e a participação em estudos científicos e

pesquisas relacionadas são essenciais para melhorar e crescer continuamente.

É importante promover e mostrar a necessidade de um sistema de saúde em Portugal que adote um modelo de acesso direto à fisioterapia, sem a obrigatoriedade de consulta médica e prescrição, em alguns estabelecimentos, tanto na área de saúde da mulher como em outras. Os fisioterapeutas possuem as competências para realizar uma avaliação e acompanhamento sem a necessidade de consulta médica prévia, na maioria dos casos que lhes chegam. Além disso, se necessário e se se justificar, têm a capacidade de encaminhar os utentes para consulta médica.

Algumas instituições e profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, assim como parte da população, possuem pouco conhecimento sobre estes tipos de problemas e os modelos de intervenção relacionados. Portanto, é pertinente sensibilizar, partilhar conteúdos e divulgar não apenas a intervenção, mas também a prevenção de condições específicas associadas às disfunções e o seu impacto na qualidade de vida. O trabalho em equipa multidisciplinar deve ser promovido sempre que possível. Embora os médicos estejam cada vez mais cientes da importância do papel dos fisioterapeutas nestes casos, essa consciência ainda é limitada. Os médicos desempenham um papel importante na procura de cuidados fisioterapêuticos para as utentes. Portanto, é essencial haver uma maior interação e comunicação entre os fisioterapeutas e os médicos, por meio de reuniões, conferências e seminários na área de saúde da mulher, por exemplo, sendo importante que os médicos encaminhem sempre os seus utentes para a fisioterapia. Aumentando a visibilidade e o conhecimento científico da fisioterapia nessa área, a procura e o encaminhamento de utentes por outros profissionais aumentarão inevitavelmente.

Como mencionado anteriormente, para melhorar a qualidade dos cuidados, é cada vez mais importante investir em formação contínua e prática baseada em evidências por parte de todos os fisioterapeutas. Dado que ainda são poucos os fisioterapeutas especializados que trabalham nesta área, espera-se que esses profissionais realizem um trabalho de qualidade, reconhecido, baseado nas melhores práticas e evidências, desenvolvam estudos bem fundamentados e promovam a melhor intervenção da fisioterapia na área de saúde da mulher. Além disso, é crucial que os fisioterapeutas tenham mais conhecimento em gestão e padrões de prática clínica de qualidade, por meio de formações nestas áreas e disponibilização de bases no curso de Fisioterapia, fortalecendo ainda mais suas competências e profissionalismo.

A criação da Ordem dos Fisioterapeutas reforçou ainda mais a relevância da intervenção da fisioterapia e promoveu a especialização e qualidade dos serviços disponíveis. Em suma, procura-se potencializar cuidados de saúde especializados e de qualidade, em constante desenvolvimento, que visam aumentar e melhorar os cuidados prestados nas diferentes áreas da Fisioterapia, e, neste caso, na área da Saúde da Mulher.

Parte IV- Apêndices Globais do Relatório

Apêndice 1: Parecer Final do Orientador



Parecer favorável do(s) Orientador(es) quanto à admissibilidade a provas públicas

Patrícia Maria Duarte de Almeida, com o grau académico de doutorada, obtido no(a) Universidade Católica Portuguesa, na qualidade de único orientador / coorientador do(a) estudante Margarida Silva, inscrito(a) no 3º semestre, da 13ª edição do Curso Mestrado em Fisioterapia, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, declara que aceita e aprova a versão do trabalho de projecto apresentada para submissão a provas públicas.



(assinatura)

Alcoitão 21/06/2023

Apêndice 2: Curriculum Vitae do Estudante (currículo e cédula profissional)



Curriculum vitae

PERSONAL INFORMATION



Margarida Cordeiro Camilho Silva

 Rua Cidade de Quelimane, n.º23 1.ºDt, 1800-122 Lisbon (Portugal)

 936122918

 ftmargaridasilva@gmail.com

Sex Female | Date of birth 26/06/1997 | Nationality Portuguese

EDUCATION AND TRAINING

10/2021-ATUALIDADE

Home Physiotherapy Care (Lisbon)
Pelvic and Musculoskeletal Physiotherapist

10/2021-ATUALIDADE

Clínica Aldeia Raiz (Sintra)
Pelvic Physiotherapist

10/2019-10/2021

Clínica Fisio One (Lisboa)
Physiotherapist (essentially musculoskeletal, neurological and sports physiotherapy)

03/2019-04/2021

GFD (Gabinete de Fisioterapia Desportiva) – Physiotherapy and Osteopathy (Lisboa)
Internship in Sports and Musculoskeletal Physiotherapy

02/2019-03/2019

Clínica Fisiogaspar
Internship in Neurology

10/09/2018-21/12/2018

Erasmus Exchange Student (Italy) – Università Degli Studi di Verona
10/09/2018-26/10/2018- Clinical Practice in Intensive Care, Cardiorespiratory, Orthopedic and Recover from Surgery Rehabilitation, (Critical Area and Medicine Area) – Ospedale Santa Chiara (Trento)
29/10/2018-21/12/2018- Clinical Practice in Neurological, Orthopedic and Traumatic Rehabilitation – APSS Ospedale Riabilitativo Villa Rosa (Pergine Valsugana)

2015–2019

Degree Course of Physical Therapy
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa

07/05/2018–01/06/2018	Clinical Practice in Neurological, Cardiorespiratory, Musculoskeletal and Geriatric Rehabilitation LAHGO - Liga de Amigos do Hospital Garcia da Orta, Lisboa
22/01/2018–14/02/2018	Clinical Practice in Elderly and Geriatric Clínica São João de Ávila, Lisboa
02/05/2017–30/05/2017	Observational and Clinical Practice in Neurological, Cardiorespiratory and Musculoskeletal Home Care Rehabilitation Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) dos Olivais, Lisbon (Portugal)
23/02/2017–06/04/2017	Observational and Clinical Practice in Musculoskeletal Rehabilitation Equilibris - Clínica de Reabilitação e Dermo-Estética, Lisbon (Portugal)
14/11/2016–12/12/2016	Observational Practice in Neurological Rehabilitation Hospital Beatriz Ângelo, Lisbon (Portugal)
10/10/2016–07/11/2016	Observational Practice in Neurological, Musculoskeletal and Geriatric Rehabilitation Hospital Curry Cabral, Lisbon (Portugal)
2012–2015	Scientific-Humanistic Course of Sciences and Technologies Escola Secundária de Ponte de Sor, Ponte de Sor (Portugal)

COMPLEMENTARY EDUCATION AND TRAINING

11/2019	"Fisioterapia na Saúde da Mulher" Training
11/2019	"Pilates Clínico para Fisioterapeutas – Matwork Nível 1" Training
07/2020	"Pilates Clínico para Fisioterapeutas – Matwork Nível 2" Training
10/2021	"Terapia Manual Avançada para o Pavimento Pélvico" Training
11/2019	XII Congresso da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia – Desafios APNUG Pós-Confinamento: Médicos, Técnicos e Cirúrgicos Training and Congress
11/2019	Visualization of Webinars and Speeches about different thematic about Pelvic Physiotherapy and Women's Health Physiotherapy in Fisiocus and Birth Healing Training and Clinical Studying



Curriculum vitae

PERSONAL SKILLS

Mother tongue(s) Portuguese

Foreign language(s)

	UNDERSTANDING		SPEAKING		WRITING
	Listening	Reading	Spoken interaction	Spoken production	
English	C1	B2	B2	B2	B2
Spanish	B1	B1	B1	B1	B1
Italian	B2	B1	B1	B1	B1

Levels: A1 and A2: Basic user - B1 and B2: Independent user - C1 and C2: Proficient user
Common European Framework of Reference for Languages

Communication skills - Good communication skills: I can adapt my communication strategies to different contexts and people of different ages, cultures and beliefs taking into account their needs
- I'm a dynamic, easy-going, tolerant and emphatic person with an assertive attitude required in clinical practice

Organisational / managerial skills -Good organizational and management skills
- Good capacity in finding solutions and take action
-Member of organization of Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia as entertainment coordinator in 2018

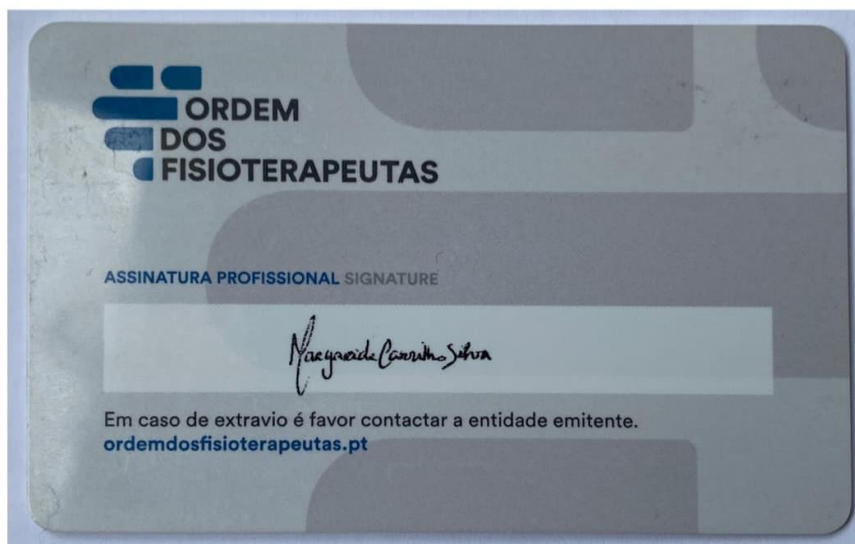
Digital skills

SELF-ASSESSMENT				
Information processing	Communication	Content creation	Safety	Problem solving
Independent user	Independent user	Independent user	Independent user	Independent user

Digital skills - Self-assessment grid

Other skills - Voluntary Skills:
Voluntary in Hospital da Bonecada in 2016, 2017 and 2018, where we aim to help children to lose the fear of the doctors and hospitals.
Voluntary in many diverse e dynamic Sport events (2015-2019)

Driving licence B1, B



Apêndice 3: Declaração da Entidade onde se desenvolveu o Estágio

**SANTA
CASA**
Mercado de Lisboa

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

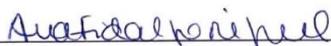
A Fisioterapeuta Margarida Silva, realizou o estágio no âmbito do Mestrado em Fisioterapia em Saúde da Mulher, na clínica Aldeia Raiz, perfazendo um total de 156 horas, na área de saúde da mulher.

O estágio decorreu entre o período de 21 de novembro e 08 de fevereiro.

Obrigada pela atenção,

Os melhores cumprimentos,

A orientadora clínica:



Fevereiro de 2023