Belo Horizonte | 2023

DOCUMENTO ORIENTADOR PARA FISIOTERAPEUTAS DO NASF-AB SOBRE O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS-BH

SUS

PREFEITURA BELO HORIZONTE

DOCUMENTO ORIENTADOR PARA FISIOTERAPEUTAS DO NASF-AB SOBRE O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS-BH

Organização

Coordenação de NASF-AB e Academia da Cidade
Gerência de Atenção Primária à Saúde / Diretoria de Assistência à Saúde

Contribuição

Fisioterapeutas das equipes de NASF-AB e Centros de Referência em Reabilitação
Coordenação de Reabilitação - Gerência de Rede Ambulatorial Especializada
Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Perinatal - Gerência de Integração do Cuidado à Saúde

Autores

Cristina dos Santos Fonseca
Elyonara Mello de Figueiredo*
Marcella Mara Moreira
Paula Bisnotto Tomain
Silvia Elizate Monteiro**
Thamyres Camargo Maia Cirne de Albuquerque

Autores Colaboradores

Amanda Cruz Rocha Franco
Andrea Luíza de Moura Santiago
Anelise Nascimento Prates
Bárbara Raiza Taranto Silva
Cristiane Veiga Pinto Azzi
Daisy Martins Rodrigues
Elza Aparecida do Carmo Campos Pinho
Fernanda de Aguilar Jales Azevedo
Maria das Graças Silva Garcia
Juliana de Bessa Reis
Leandro Graciano Silva Avelar
Leila Maria Souto
Lilian Marques Oliveira
Luiza Catarina Campos Andrade
Natasha Valeska Maia Gonçalves de Faria Rey
Natália Alves Silva Celestino
Sheyla Novaes Faria Sampaio
Priscilla Moreira de Oliveira
Renato Pereira Almeida
Sérgio Murilo Campos Peixoto

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

* Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais; responsável pela área da Saúde da Mulher.

** Professora do Departamento de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, responsável pela área da Saúde da Mulher.

Belo Horizonte | 2023

APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de fortalecer e ampliar o escopo de ações da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) no cuidado integral e em tempo oportuno às mulheres, a Coordenação de NASF-AB e Academias da Cidade da Gerência de Atenção Primária à Saúde apresenta este documento direcionado aos Fisioterapeutas dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Construído com a participação de Fisioterapeutas do NASF-AB e dos Centros de Reabilitação, apoio técnico-científico de professores e pesquisadores da área convidados, além da contribuição da Coordenação de Atenção à Mulher da Gerência de Integração do Cuidado à Saúde e da Coordenação de Reabilitação da Gerência de Rede de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, este documento não se propõe a esgotar a temática, mas trazer direcionamentos e fundamentações, compartilhar experiências e, sobretudo, propor a reflexão dos profissionais sobre seu papel no cuidado à saúde das mulheres em momentos singulares e significativos de suas vidas.

Destacam-se neste documento a contribuição do Fisioterapeuta do NASF-AB na prevenção e promoção da saúde e na reabilitação com foco na funcionalidade de mulheres ao longo de sua vida: adolescência, gestação, puerpério e climatério, considerando condições de saúde específicas e de maior ocorrência nessa população, em especial as Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP), com ênfase na incontinência urinária (IU) de causa não neurológica, por ser a de maior prevalência em mulheres em geral.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAFISM	Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADM	Amplitude de Movimento
AP	Assoalho Pélvico
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
BH	Bexiga Hiperativa
CA	Câncer
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CFM	Capacidade Funcional Máxima
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREAB	Centro de Referência em Reabilitação
CS	Centro de Saúde
DAP	Disfunções do Assoalho Pélvico
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DM	Diário Miccional
DPC	Dor Pélvica Crônica
eNASF-AB	Equipe de NASF-AB
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Ex	Exemplo
Fmáx	Força Máxima
hCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form
ICS	Sociedade Internacional de Continência
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
kg	Quilograma
KHQ	King's Health Questionnaire
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
ml	Mililitro
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NME	Neuromúsculoesquelética
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial

PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PO	Pós Operatório
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RH	Reposição Hormonal
RI	Rotação Interna
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-BH	Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMAP	Treino dos Músculos do Assoalho Pélvico
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Determinação da altura do polo cefálico - Planos de De Lee

Figura 2 - Distribuição da dor

Figura 3 - Abordagem individual para mulheres com IU

Figura 4 - Abordagem coletiva das mulheres com IU pelo Fisioterapeuta do NASF-AB

Figura 5 - Assistência às mulheres com DAP

Quadro 1 - Contra-indicações absolutas e relativas para atividade física durante a gravidez

Quadro 2 - Testes específicos provocativos

SUMÁRIO

Introdução 8

1. O Fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde: o trabalho na equipe do NASF-AB 10

2. O Cuidado à Gestante 11

2.1 Adaptações Fisiológicas da Gestação 12
2.1.1 Adaptações Endócrinas e Biomecânicas 12
2.1.2 Sistema Nervoso Central / Aspectos Psicoemocionais 13
2.1.3 Sistema Cardiovascular 13
2.1.4 Sistema Respiratório 14
2.1.5 Sistema Gastrointestinal 14
2.1.6 Assoalho Pélvico 15
2.2 Parto 15
2.3 Especificidades da Gravidez na Adolescência 18
2.4 O Cuidado à Gestante na APS do SUS-BH 19
2.4.1 Abordagem à Gestante pelo Fisioterapeuta do NASF-AB 20
2.4.1.1 Abordagem Coletiva 30
2.4.1.1.1 Participação do Fisioterapeuta em Grupos de Gestantes Coordenados pelas Equipes de Saúde da Família 30
2.4.1.1.2 Grupo Específico de Fisioterapia para Gestantes 31
2.4.1.2 Abordagem Individual 32

3. O Cuidado à Puérpera 34

3.1 Entrevista: conhecendo as realidades 34
3.1.1 Abordagem da Puérpera pelo Fisioterapeuta do NASF-AB..... 35
3.2 Referenciamento para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação 39

4. O Cuidado à Mulher no Climatério 39

4.1 O Cuidado à Mulher no Climatério na APS do SUS-BH..... 40
4.1.1 Abordagem da Mulher no Climatério pelo Fisioterapeuta do NASF-AB 41
4.2 Referenciamento para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação 43

5. O Cuidado à Mulher com Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) 44

5.1 O Cuidado à Mulher com Disfunções do Assoalho Pélvico na APS do SUS-BH 45

5.1.1 Abordagem da Mulher com Disfunções do Assoalho Pélvico pelo Fisioterapeuta do NASF-AB 45

5.1.1.1 Educação em Saúde 48

5.1.1.2 Terapia Comportamental 48

5.1.1.2.1 Orientações para Mudança de Hábitos de Vida 48

5.1.1.2.2 Treinamento Vesical 50

5.1.1.3 Treinamento Muscular 55

5.2 Incontinência Urinária (IU) 57

5.2.1 Abordagem da Mulher com Incontinência Urinária pelo Fisioteraputa do NASF-AB 59

5.2.1.1 Intervenções Coletivas Pontuais 59

5.2.1.2 Atendimento Individual de Mulheres com Incontinência Urinária 60

5.2.1.3 Atendimento Coletivo de Mulheres com Incontinência Urinária 62

5.2.1.3.1 Sugestão de Estrutura de Grupo 64

5.3 Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) 66

5.3.1 Classificação 66

5.3.2 Tratamento 66

5.3.2.1 Abordagem às Mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos pelo Fisioterapeuta do NASF-AB 67

5.4 Disfunções Sexuais 68

5.4.1 Abordagem das Mulheres com Disfunções Sexuais pelo Fisioterapeuta do NASF-AB.. 68

5.5 Dores Pélvicas Crônicas 68

5.5.1 Abordagem das Mulheres com Dores Pélvicas Crônicas pelo Fisioterapeuta do NASF-AB 69

5.6 Referenciamento para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação 70

6. O Cuidado Fisioterapêutico à Mulher no Pós-Operatório de Câncer de Mama e Câncer Ginecológico 72

7. Relatos de Experiência 74

8 Considerações Finais 80

9 Referências Bibliográficas 81

Anexos 93

Anexo 1 - Questionário de Rastreio de Sintomas 94

Anexo 2 - Instrumento de Avaliação Fisioterapêutica (SMSA-BH) 95

Anexo 3 - Escala de Bristol 103

Anexo 4 - Diário Miccional 104

Anexo 5 - ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*) 108

Anexo 6 - *King's Health Questionnaire* (KHQ) 108Anexo 7 - Escala Funcional Específica do Paciente 108

Anexo 7 - Escala Funcional Específica do Paciente 111

Anexo 8 - Sugestão de Ficha de Acompanhamento Diário da Realização dos Exercícios dos MAP 112

Anexo 9 - Sugestão de Modelo de Monitoramento (6 semanas após TMAP) 113

Anexo 10 - Sugestões de Exercícios 114

Anexo 11 - Massagem Perineal 118

Anexo 12 - Sugestão de Material de Orientações Gerais 119

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reflete o compromisso do país com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Nessa política estão contempladas ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, à mulheres no climatério / menopausa, às doenças crônico degenerativas e cânceres ginecológicos, assim como, à saúde das mulheres com deficiência, lésbicas, negras, indígenas e em situação prisional (BRASIL, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria / GM n° 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante devem ser objeto de ação na atenção básica. O texto reforça ainda a importância do parto humanizado e do parto vaginal como via preferencial de parto, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Fisioterapeuta tem papel fundamental na preparação da gestante para o parto, por meio, principalmente, de estratégias de educação em saúde e de cinesioterapia, visando promover a participação ativa da mulher durante o trabalho de parto, a prevenção das lacerações perineais, e prevenção e tratamento de disfunções do assoalho pélvico (incontinência urinária e/ou anal, prolapso dos órgãos pélvicos (POP), disfunção sexual e dor pélvica crônica). A abordagem à puérpera visa promover e restaurar capacidades funcionais gerais e específicas para a amamentação e cuidados com o bebê, além de prevenir e tratar disfunções neuromusculoesqueléticas (NME) comuns neste período, tais como lombociatalgias e cervicalgias. Todos são fatores fundamentais na promoção de experiências positivas durante a gestação, nascimento e cuidados com o bebê, e consequentemente, favorecem o vínculo positivo entre mãe e filho, e, em última instância, para uma sociedade melhor.

A Saúde da Mulher é uma área de atuação reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) desde 2009 (RESOLUÇÃO Nº 372, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2009). Estabelece a ação do Fisioterapeuta na promoção da funcionalidade e na prevenção e tratamento de incapacidades em mulheres nas diferentes fases da vida: crianças com disfunções miccionais, gestantes, parturientes, puérperas, mulheres com disfunções do assoalho pélvico (incontinência urinária e / ou anal, prolapso de órgãos pélvicos, disfunções sexuais, dores pélvicas crônicas), mulheres no climatério, com câncer de mama e/ou ginecológico. Para muitos desses casos, a abordagem fisioterapêutica apresenta nível A de evidência científica (ICS, 2017), como na prevenção de laceração perineal no parto vaginal, preconizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Brasil como via preferencial de parto (OMS, 2018; BECKMANN et al., 2013). Além disso, a Fisioterapia é o tratamento de primeira escolha para todos os casos de IU, sendo recomendada pelas mais relevantes sociedades internacionais da área (ICS, 2017).

Recentemente, em um ensaio clínico pragmático, um grupo de pesquisa em Fisioterapia na Saúde da Mulher da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) evidenciou que a abordagem fisioterapêutica para mulheres com IU é exequível e efetiva no nível primário de atenção à saúde (VAZ et al., 2019). Por outro lado, evidências científicas indicam a efetividade da abordagem fisioterapêutica no puerpério imediato, dentro da maternidade, para prevenção e tratamento da IU (BOYLE et al., 2014). Além disso, o tratamento precoce para mulheres com câncer de mama durante o pós-operatório imediato é recomendado para garantir o bom prognóstico funcional dessas mulheres (DEL-ROSAL-JURADO et al., 2020). Em 2005 foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher (ABRAFISM) e, desde então, tem atuação ativa na área, sendo a primeira Associação de Fisioterapia na Saúde da Mulher da América Latina a se filiar à *World Confederation of Physical Therapy*.

A gestação, parto, puerpério e climatério são períodos de adaptações fisiológicas com repercussão psicológica e emocional que podem vir acompanhadas de sintomas que afetam negativamente a funcionalidade e a qualidade de vida das mulheres. Alinhado aos preceitos da humanização da assistência prestada à saúde das mulheres, o Fisioterapeuta agrega sua expertise ao trabalho da equipe multiprofissional realizando promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de diversas incapacidades e / ou disfunções que ocorrem durante esses períodos da vida.

Uma atenção qualificada e humanizada às mulheres, em todo seu ciclo de vida, se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, incentivo às práticas que integrem ações em todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde e conte com uma equipe multidisciplinar desde o atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) até ao atendimento em outros níveis de atenção, quando necessário.

1. O FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O TRABALHO NA EQUIPE DO NASF-AB

A APS constitui-se como a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde. Dentre os serviços oferecidos, destacam-se os atendimentos de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação (BRASIL, 2017).

Em Belo Horizonte a APS é organizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As Equipes de Saúde da Família (eSF) são responsáveis pelo acompanhamento da situação de saúde da população de um território previamente definido.

Como estratégia para fortalecer e ampliar o escopo de oferta na APS, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que em 2017 com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2436/17) foi redefinido como Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), sendo estes representantes da porta de entrada para Fisioterapeutas na APS. O acesso dos usuários à equipe do NASF-AB se dá por meio das eSF, com as quais os profissionais de apoio desenvolvem ações integradas e colaborativas. À época da publicação deste documento, Belo Horizonte contava com 83 equipes de NASF-AB, e a possibilidade de composição por Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionistas, Psicólogos, e Profissionais de Educação Física. Destaca-se, contudo, que 100% das equipes de NASF-AB possuem Fisioterapeuta em sua configuração, o que demonstra a alta demanda para estes profissionais na atenção básica.

No NASF-AB, o Fisioterapeuta deve atuar em ações clínico-assistenciais diretas com os usuários, com um olhar abrangente sobre o território de atuação e desenvolvimento de ações integrais de cuidado no âmbito da promoção, prevenção de agravos e reabilitação. As intervenções podem dar-se por meio de visitas domiciliares, atendimentos individuais e atividades coletivas, compartilhadas preferencialmente com profissionais das eSF. Enquanto profissional do NASF-AB, sob a perspectiva do Apoio Matricial, as ações do Fisioterapeuta também devem visar a ampliação de conhecimentos e problematização da eSF para solucionar os problemas da população de seu território (dimensão técnico-pedagógica).

Enquanto parte da equipe interdisciplinar, o Fisioterapeuta pode contribuir com conhecimentos específicos sobre postura e movimento relacionados (que influenciam e são influenciados) à condições de saúde e funcionalidade dos indivíduos. No contexto da Saúde da Mulher, deve contribuir com ações de educação em saúde, prevenção e tratamento de disfunções neuromusculoesqueléticas, cardiovasculares, respiratórias e do assoalho pélvico (AP) relacionadas às etapas de vida da mulher (adolescência, gravidez, parturiente, puérpera, no climatério). Além disso, deve participar ativamente de ações que promovam a sexualidade responsável e a prevenção de gravidez na adolescência. Considerando a rede de reabilitação, o Fisioterapeuta do NASF-AB conta com a parceria dos Centros de Referência em Reabilitação

(CREAB) que se caracterizam como serviços de reabilitação da rede ambulatorial especializada. Nesses serviços, o Fisioterapeuta integra uma equipe multiprofissional, composta por Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Enfermeiro e Médico de referência.

Nos CREABs são realizados diagnóstico fisioterapêutico, habilitação e reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva para usuários de Belo Horizonte e municípios referenciados. O acesso dos usuários ao serviço ocorre mediante encaminhamento por médicos especialistas do SUS-BH e da rede privada, ou profissionais da APS, como ginecologista, médico e enfermeiro das eSF e o Fisioterapeuta do NASF-AB, o qual também tem um papel importante na identificação dos casos elegíveis e qualificação dos encaminhamentos junto às equipes da APS, favorecendo o cuidado integral aos usuários e contribuindo para a organização da rede de reabilitação do SUS-BH.

Atualmente, a rede SUS-BH dispõe de quatro CREABs, todos habilitados pelo Ministério da Saúde como Centros Especializados em Reabilitação (CER). Para complementar a atenção prestada em sua rede própria, o município dispõe ainda de serviços contratados e conveniados que prestam serviço em reabilitação, nos quais Fisioterapeutas também compõem o quadro de recursos humanos.

2. O CUIDADO À GESTANTE

A gestação é um momento único na vida da mulher e junto com ela emergem emoções e sentimentos, como alegria, acolhimento, insegurança, medo, rejeição, felicidade, além das mudanças físicas / fisiológicas (hormonais e biomecânicas) que caracterizam expressivo aumento de demandas para os diversos sistemas fisiológicos, como os sistemas neuromusculoesquelético e cardiorrespiratório. Considerando que cada pessoa tem a sua história e experiências de vida, é natural que cada mulher viva a gestação de forma individual, podendo ter sentimentos positivos ou negativos, mudanças corporais que não impactam na sua função e nem na qualidade de vida ou mudanças que geram grandes impactos no seu trabalho, nas suas relações que podem limitar sua capacidade funcional e restringir a sua participação social. Por este motivo, cada gestante deve ser considerada de modo individual e integral, levando em conta a sua história, crenças, contexto familiar e social. Como parte deste momento de escuta, é importante que haja a prática de educação em saúde, quando as mulheres serão orientadas quanto ao processo que está acontecendo com o seu corpo e mente nesta fase e também a importância de cuidar da sua saúde para desfrutar com mais qualidade da sua gestação. Sentindo-se acolhida e apropriando-se de conhecimentos, há maiores chances dela aderir ao plano de cuidados.

2.1 ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

Várias alterações vão ocorrer nos diversos sistemas fisiológicos da mulher durante a gravidez para o desenvolvimento e crescimento fetal adequados, sendo estas mediadas por ações hormonais, destacando os estrogênios, progesterona e relaxina, e fatores mecânicos relacionados ao crescimento fetal. Tais alterações podem afetar a capacidade funcional da gestante, podendo gerar fadiga, desconfortos, potencial aumento de lesões musculoesqueléticas e incapacidade de realizar as tarefas adequadamente. Nesse sentido é muito importante lembrar da teoria de capacidade-demanda (Persad et al., 2007) que diz respeito à análise do equilíbrio entre as demandas (quantidade de estresse imposto aos sistemas do corpo durante uma dada atividade, em um ambiente específico) e os níveis de capacidade do usuária para lidar com a situação.

2.1.1 ADAPTAÇÕES ENDÓCRINAS E BIOMECÂNICAS

As adaptações fisiológicas que ocorrem no corpo da gestante são mediadas por fatores hormonais e mecânicos. Durante a gestação ocorre a produção de hormônios específicos como a relaxina, que favorecem a absorção de água pelo tecido conectivo levando ao aumento da flexibilidade tecidual para acomodar o feto em crescimento. Por outro lado, isso também leva à frouxidão ligamentar e articular, principalmente em articulações proximais como as articulações pélvicas, contribuindo para hipermobilidade e sobrecarga muscular nesta região. As compensações posturais também são típicas desta fase. Como resultado, tensões musculares excessivas, lesões e dores são frequentes. Essas adaptações podem causar dor e desconforto para a gestante, entretanto, são importantes para que ocorra um adequado crescimento e desenvolvimento do bebê no útero durante toda a gravidez. A postura da gestante é influenciada pela modificação no centro de massa corporal, com desvio para a frente e para cima, devido ao crescimento uterino e das mamas, acarretando adaptações posturais como provável aumento da lordose lombar, e anteversão pélvica e a ampliação da base de sustentação corporal. Pode ocorrer também, aumento da flexão e adução de quadris, hiperextensão de joelhos e transferência de peso para calcâneos, com aumento da demanda para músculos abdutores e extensores do quadril e flexores plantares para caminhar. Buscando manter a linha de visão, a gestante anterioriza a cabeça, modificando o alinhamento da coluna cervical. Pode ocorrer, ainda, aumento da cifose torácica e ombros projetados à frente. Desenvolve-se o alongamento dos músculos abdominais, ocasionando a diástase abdominal, além da sobrecarga na musculatura paravertebral. Em conjunto, essas adaptações estão associadas a alta ocorrência de disfunções neuromusculoesqueléticas, sendo as mais prevalentes **as dores no anel pélvico** que podem acometer até 80% das gestantes, e ainda podendo persistir no puerpério. Dentre outros acometimentos, podemos também citar edemas e compressões de nervos, como a síndrome do túnel do carpo.

O Fisioterapeuta deve atuar reduzindo o impacto negativo dessas adaptações, com o objetivo de diminuir o desconforto da gestante, tornando a gravidez mais prazerosa para a mulher. Portanto, é importante que a avaliação da gestante não seja referenciada com base em um padrão considerado normal, visto que cada gestante tem suas particularidades e as adaptações variam de mulher para mulher. É fundamental que o Fisioterapeuta

investigue a existência de queixas relacionadas à disfunções neuromusculoesqueléticas, respiratórias, cardiovasculares, entre outras, pois podem causar limitações nas atividades de vida diária, restrições na participação, afastamentos do trabalho e redução da qualidade de vida.

2.1.2 SISTEMA NERVOSO CENTRAL / ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS

O trabalho qualificado em equipe multiprofissional com medidas preventivas e terapêuticas na atenção das necessidades da gestante é essencial para avaliar e diagnosticar os aspectos psicoemocionais na saúde mental, as alterações do sistema nervoso central e os transtornos psiquiátricos.

As mudanças físicas e hormonais são fatores que podem levar à depressão gestacional, sendo esse um dos transtornos psíquicos mais comuns nesse período. Histórico anterior de depressão, quadros de ansiedade, gravidez não planejada, nível de estresse e pouco apoio social e / ou financeiro são fatores de risco para o desenvolvimento da doença. É de extrema importância a detecção precoce dos sintomas depressivos para que a gestante tenha acesso a uma rede de apoio e ao tratamento e acompanhamento adequados, evitando prejuízos materno e fetal.

Assim, é imprescindível que todos os profissionais de saúde realizem uma abordagem integral da gestante e estejam atentos às alterações psicoemocionais que podem surgir nesse período, proporcionando o encaminhamento em tempo oportuno para profissionais especializados, quando necessário.

2.1.3 SISTEMA CARDIOVASCULAR

As adaptações cardiovasculares devem ser sempre levadas em consideração pelos profissionais de saúde, sobretudo para mulheres que possuem doenças cardiovasculares prévias. Nas demais mulheres, as adaptações inerentes à gravidez não representam potenciais riscos.

Devido às alterações que ocorrem no abdômen da gestante, o coração é levemente deslocado superiormente e para esquerda, sua capacidade aumenta, e ainda ocorre hipertrofia fisiológica desse músculo. Sendo assim, são comuns as alterações no ritmo cardíaco e na ausculta. Além disso, ocorrem também o aumento do volume sanguíneo, frequência cardíaca e débito cardíaco, além da diminuição da resistência e reatividade vascular sistêmica. A pressão arterial (PA) começa a diminuir no início da gestação, atingindo níveis ainda mais baixos no segundo trimestre; no terceiro trimestre ocorre elevação da PA, deixando os níveis pressóricos mais próximos dos níveis normais da mulher. Isso se deve à queda da resistência vascular periférica, consequente das ações hormonais, principalmente da progesterona.

O aumento da volemia, pressão intravascular, permeabilidade capilar e estase sanguínea em membros inferiores pode acarretar o aparecimento de microvarizes, edemas e queixas de cansaço em membros inferiores. Pode ser classificado em dois tipos de edema: gravitacional, localizado apenas em membros inferiores e que cede em posições que favorecem o retorno venoso, e o generalizado, que se manifesta em sinais como

a tumefação dos dedos, nariz, pálpebras e lábios, e quando associado a hipertensão e proteinúria representa a pré-eclâmpsia, uma condição grave que deve ser reconhecida e encaminhada. O Fisioterapeuta pode orientar as gestantes sobre posicionamento e exercícios circulatórios para favorecer o retorno venoso adequado, realização de exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular, além de orientações ergonômicas para as atividades específicas de cada mulher.

2.1.4 SISTEMA RESPIRATÓRIO

Segundo PINTO et al. (2015) "a função respiratória é expressamente afetada durante a gestação". O crescimento do útero gera elevação na posição de repouso do diafragma, deslocando-o superiormente, e uma mudança na configuração do tórax, que se amplia no diâmetro transverso e ântero-posterior. O ângulo subcostal aumenta e, consequentemente, a circunferência torácica também, e ocorre redução da complacência da parede torácica e dos pulmões, caracterizando disfunção ventilatória do tipo restritiva. Durante o primeiro trimestre gestacional ocorre o aumento do volume minuto decorrente do aumento do volume corrente. Essa hiperventilação pode explicar queixas de dispneia durante a gestação.

Assim, destaca-se a importância da atuação do Fisioterapeuta na prescrição de exercícios que facilitem a função respiratória, diminuindo os episódios de dispnéia, podendo utilizar a técnica de respiração diafragmática, além de orientações de posicionamento adequado para favorecer o deslocamento diafragmático, visando o conforto e o bem estar. A prescrição de exercícios aeróbicos também deve ser considerada neste contexto.

2.1.5 SISTEMA GASTROINTESTINAL

As náuseas e os vômitos predominam da 6a à 16a semanas de gestação. A etiopatogenia está associada principalmente à alta concentração hormonal e de gonadotrofina coriônica humana (hCG). Ambos terminam habitualmente por volta do 4o mês, quando a placenta metaboliza a maioria das substâncias. O aumento do volume uterino contribui para um deslocamento cefálico do estômago, modificando o ângulo da junção gastroesofágico, e prejuízo da função do esfíncter esofágico. A diminuição da função da cárdia, acompanhada do aumento da secreção do suco gástrico observado na gravidez, propiciam a ocorrência de refluxo gastroesofágico. Além disso, a ação da progesterona e das prostaglandinas promovem diminuição do tônus do estômago e, principalmente, do esfíncter inferior do esôfago e a diminuição da produção hormonal de motilina, que tem ação estimulante sobre a musculatura lisa, ocasionando retardo do esvaziamento gástrico, podendo levar a pirose (queimação retroesternal). Como a pressão do esfíncter esofágico inferior está diminuída e a pressão intragástrica está muito elevada, a possibilidade de regurgitação é muito grande, principalmente quando o decúbito dorsal for adotado.

Outras adaptações associadas à obstrução mecânica do útero e ao aumento de aldosterona, é a constipação intestinal, com diminuição da motilidade intestinal e o aumento na absorção de água e sódio na região do cólon durante a gravidez, podendo ainda ocorrer o aparecimento de varizes hemorroidárias.

O Fisioterapeuta pode auxiliar a amenizar as alterações gastrointestinais por meios de exercícios específicos que estimulem os movimentos peristálticos do intestino, orientações gerais sobre a importância de manter hábitos alimentares saudáveis e ingestão hídrica adequada (recomenda-se o apoio do Nutricionista do NASF-AB). Além disso, ainda pode orientar sobre exercícios de mobilização pélvica associados à contração abdominal durante a expiração na posição de quatro apoios ou em decúbito lateral, que favorecem a eliminação de flatos, frequentes nesse período, e também estimulam o peristaltismo intestinal. Vale ressaltar que pode ser necessário adequar o posicionamento para evacuar e treinar a coordenação para realizar força evacuatória quando necessária. A realização de exercícios aeróbicos também deve ser orientada, desde que não haja contraindicações e que sejam respeitados os parâmetros seguros para a gestante.

2.1.6 ASSOALHO PÉLVICO

As adaptações progressivas relacionadas ao aumento de peso da gestante e do útero gravídico, bem como as adaptações hormonais que interferem nos ligamentos e articulações, também impactam no sistema genito-urinário, principalmente sobre os músculos do assoalho pélvico (MAP). Essa sobrecarga pode alterar as funções dos MAP predispondo a deficiências dos mesmos. Esses fatores podem desencadear ou agravar a IU, principalmente no último trimestre da gravidez.

Assim, destaca-se a expertise do Fisioterapeuta no cuidado com o AP, visando principalmente prevenir lacerações perineais por meio da massagem perineal e a prevenção / tratamento da incontinência urinária durante a gravidez e no pós-parto, por meio do treinamento muscular do assoalho pélvico. As orientações preventivas relacionadas às funções dos MAP são primordiais para todas as gestantes, independentemente da via de parto (vaginal ou cesariana) e devem ter como objetivo a conscientização, o fortalecimento e o relaxamento dessa musculatura, para prevenir disfunções e favorecer uma recuperação mais rápida no pós parto.

2.2. PARTO

Todas as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que prestam assistência devem estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas (BRASIL, 2017).

O parto é um marco na vida da mulher e de seus familiares. Até o início do século XX, o parto era realizado por parteiras em domicílio e vivenciado como um processo natural onde a mulher tinha papel ativo. Já na década de 1940, foram ocorrendo transformações na forma de condução do parto com ações mais intervencionistas, realizado em instituições de saúde com a presença de vários profissionais (COSTA et al., 2003; LOPES et al., 2005; CASTRO et al., 2005; MOURA et al., 2007).

Há décadas, ocorrem esforços mundiais pela re-introdução da participação ativa da mulher, assim como da liberdade corporal durante o trabalho de parto, no intuito de favorecer o parto via vaginal e tornar esta experiência muito satisfatória para a mulher (Domingues, Santos e Leal, 2004).

O parto hospitalar proporcionou o contato da gestante com os avanços tecnológicos na área da obstetrícia para o controle e acompanhamento dos riscos maternos-fetais. Entretanto deixou-se de valorizar orientações e procedimentos simples para o melhor uso do corpo durante o trabalho de parto. A Organização Mundial de Saúde preconiza práticas eficientes para melhorar a evolução do trabalho de parto e a liberdade de movimentação da parturiente. No Brasil o programa de humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde, formalizou iniciativas no sentido de recuperar uma participação mais ativa da parturiente em todo o processo de parto, atenção menos intervencionista por parte da equipe de Saúde, com práticas baseadas em evidências e maior incentivo para o parto vaginal (BRASIL, 2000). Nesse contexto, muitos estudos apontam para a redescoberta das posturas verticais e da mobilidade materna como prática que volta a mostrar evidências vantajosas e seguras para a parturiente.

É muito importante que os profissionais envolvidos no cuidado à gestante conheçam as fases do trabalho de parto e os mecanismos de parto para que possam prestar uma melhor assistência. As fases do trabalho de parto se dividem em período premonitório, fase latente e fase ativa. Esta última se divide ainda em primeiro, segundo, terceiro e quarto períodos.

O período premonitório caracteriza-se pela descida do fundo do útero com contrações irregulares e esparsas, amolecimento e apagamento do colo do útero, eliminação do tampão mucoso. Essa fase pode durar semanas, em média, pode ter início de 34-36 semanas.

A fase latente tem início no final do período premonitório e caracteriza-se por contrações regulares, mas ainda esparsas e não são capazes ainda de determinar a progressão de dilatação do colo uterino. Pode durar horas ou até dias.

A fase ativa apresenta contrações rítmicas e dolorosas que vão levar a dilatação progressiva do colo. Pode-se utilizar como referência: duas contrações de 25 segundos em 10 minutos (2/25"/10'). Esta fase ainda se divide em primeiro estágio: fase de dilatação e segundo estágio: fase de expulsão. A fase de dilatação se refere a dilatação cervical que é o aumento do diâmetro do colo uterino até a dilatação completa (10cm). Pode-se utilizar como referência 1 a 2 cm de dilatação por hora.

Em ambas as fases latente e ativa, é comum que as mulheres sintam dores provenientes das contrações, as quais podem sofrer influências socioculturais, psicológicas, da individualidade e do ambiente em que são atendidas, e é impossível de ser compreendida por quem não a está experimentando, devendo esta sempre ser respeitada e nunca subestimada.

O mecanismo de parto se refere à maneira como o feto penetra no estreito superior da pelve, passa pelo estreito médio, ultrapassa o estreito inferior e desprende-se pela genitália externa. Durante este trajeto o feto precisa realizar uma série de movimentos em decorrência das diferentes dimensões do diâmetro pélvico materno. Tais movimentos tem-se como referência a relação pontos definidos do pólo cefálico fetal (sutura sagital e fontanelas anterior e posterior) com vários estreitos da pelve materna. Este processo é dividido em 6 tempos, descritos a seguir de maneira resumida:

1º: insinuação, encaixamento e flexão: A insinuação é a passagem pelo estreito superior da pelve, sendo necessário o movimento de flexão cefálica fetal.

2º: descida e rotação interna (RI): acontecem simultaneamente, sendo a descida refere-se ao tempo do percurso da cabeça fetal do estreito superior ao inferior e a RI ocorre quando a cabeça fetal ultrapassa o estreito médio.

3º: Deflexão: ocorre após a descida e a RI da cabeça, o polo cefálico fetal realiza um movimento de deflexão, este necessário para a saída do mento fetal.

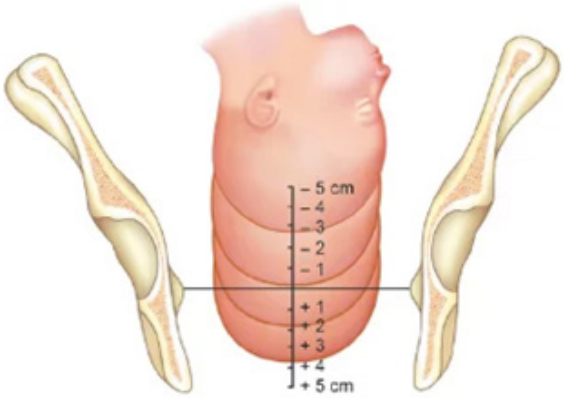
4º: Rotação externa: após a deflexão, o polo cefálico se exterioriza e ocorre um movimento de rotação para o mesmo lado da coluna cervical, na maioria das vezes. Caso não ocorra espontaneamente o obstetra realiza a rotação.

5º: Desprendimento das espáduas: movimento de saída completa do pólo cefálico, ombro anterior, ombro posterior, abdômen e membros inferiores.

Na condução do parto em apresentação cefálica, faz-se necessário, ainda, o diagnóstico da altura do polo fetal e sua relação com os estreitos da bacia óssea materna por meio dos chamados planos de De Lee.

Uma referência importante é o estreito médio, considerado plano zero. Acima, tem-se os planos negativos (de 1 a 5), e, abaixo, planos positivos (de 1 a 5) (Figura 1).

Figura 1: Determinação da altura do polo cefálico - Planos de De Lee.



Fonte: Adaptado de Montenegro; Rezende (2016, p.140).

Para que o parto progrida naturalmente, é necessário que a mulher apresente, conjuntamente, contração uterina eficiente, **mobilidade pélvica** e adequado encaixe do feto. A inadequação de um desses fatores dificulta o trabalho de parto e o nascimento.

A preparação das gestantes para o parto por equipes multidisciplinares ocorre no período pré-natal tendo dentre várias finalidades, proporcionar à parturiente o equilíbrio físico e psíquico, e a sensação de bem-estar, tendo como benefícios a diminuição dos sintomas de desconforto e dor do parto, controle da ansiedade, prevenção de lacerações perineais, diminuição do tempo de trabalho de parto e do índice de indicação para parto cesárea.

O Fisioterapeuta tem um importante papel dentro da equipe multidisciplinar orientando a mulher para que ela desenvolva toda a sua potencialidade, que será exigida neste momento, favorecendo sua segurança e confiança. Este profissional desempenha cuidados específicos na preparação das parturientes para o parto, como na avaliação e prescrição de recursos fisioterapêuticos para o alívio de dor (cinesioterapia, massoterapia, , termoterapia, técnicas respiratórias e de relaxamento), orientações que favoreçam a evolução das etapas do trabalho de parto, utilizando de conhecimentos de biomecânica para auxiliar a parturiente na adoção de posições corporais e proporcionando mobilidade pélvica adequada; prevenção de lacerações perineais, preparando o assoalho pélvico. As estratégias terapêuticas incluem prioritariamente postura, mobilidade, alternância de posições e respiração fisiológica, contribuindo também para que a mulher se sinta segura, com conforto e acolhida. Para isso é importante que o Fisioterapeuta tenha conhecimento sobre as fases e mecanismos de parto.

2.3. ESPECIFICIDADES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O Brasil possui, hoje, a maior taxa de mães adolescentes da América Latina. O relatório conjunto publicado em 2018 pela *Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)* e *Fundo de População das Nações Unidas* (UNFPA) aponta que na América Latina e no Caribe a taxa de gravidez por 1.000 nascidos de mulheres entre 15-19 anos é estimada em 65,5 nascimentos, e no Brasil esse número chega a 68,4. De acordo com a OMS, a adolescência refere-se a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, fase esta caracterizada por profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais.

A gravidez na adolescência interrompe projetos de vida e pode causar prejuízos econômicos e sociais aos adolescentes que se tornam mães e pais de forma precoce, além de trazer riscos à saúde do bebê e da mulher. As adolescentes menores de 15 anos têm de cinco a sete vezes mais probabilidade de morrer durante a gravidez e no parto do que as mulheres que estão entre 20 e 24 anos, além de maior risco de complicações devido a fatores biológicos como imaturidade ginecológica e crescimento pélvico incompleto (VOGEL et al., 2015). São relatados na literatura que essas adolescentes apresentam maior risco de eclâmpsia, endometriose puerperal e infecções sistêmicas. Além disso, os bebês de mães adolescentes enfrentam maiores riscos de baixo peso ao nascer, prematuridade e condições neonatais graves que podem impactar negativamente todo o seu futuro (OMS, 2016).

Desta forma destaca-se a importância da atenção do Fisioterapeuta para gestantes adolescentes nas alterações musculoesqueléticas decorrentes da gestação e puerpério, especialmente nos cuidados com o assoalho pélvico, além da promoção e participação em programas de educação acerca da sexualidade responsável de forma a reduzir os alarmantes índices de gravidez na adolescência no Brasil.

É importante ainda lembrar que nesta faixa etária é frequente a presença de alterações nutricionais e alimentação inadequada, que comprometem o desenvolvimento e o crescimento fetal. Além disso, outros fatores como a baixa idade ginecológica (intervalo de tempo entre menarca e gestação) e o crescimento físico materno ainda não

completo são fatores limitantes da viabilidade de nutrientes ao feto. Pesquisadores relatam que adolescentes em franco processo de crescimento, transferem menor proporção (%) do ganho de peso gestacional para o feto, a despeito do ganho de peso e acúmulo de gordura corporal materno (COSTA e NETO, 1999). Assim, faz-se necessário orientações para um ganho de peso adequado, assim como uma alimentação balanceada e adequada ingesta de nutrientes essenciais, que podem evitar ou reduzir intercorrências nesse período (BRASIL, 2022). Para isto, pode-se solicitar o apoio do Nutricionista.

Todos os profissionais de Saúde da APS também devem estar atentos a outras questões, como o uso de tabaco, álcool e drogas recreativas, além de níveis mais elevados de estresse emocional associado à violência, abandono do parceiro e vivência em ambientes domésticos instáveis e inseguros (BRASIL, 2022). Pode-se solicitar o apoio do Psicólogo, Assistente Social, entre outros.

Destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), enquanto estratégia intersetorial da Saúde e da Educação para promoção da saúde e educação integral, envolvendo a escola e a APS, com vistas ao desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Entre as temáticas abordadas que envolvem a saúde de adolescentes e jovens, a prevenção da gravidez na adolescência é uma importante pauta. É de grande relevância que os profissionais da APS realizem junto à população adolescente ações educativas acerca de hábitos de vida saudáveis, sexualidade responsável, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), dos riscos da gravidez precoce, prevenção de câncer de colo de útero entre outros.

O câncer do colo do útero é causado pela infecção de alguns tipos virais do papiloma vírus humano (HPV). A prevenção primária consiste na diminuição do contágio pelo HPV, sendo recomendado o uso de preservativos feminino e masculino, e na vacina para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a vacinação contra o HPV é segura, eficaz e primordial no controle do câncer do colo do útero (Belo Horizonte, 2021).

É importante que os Fisioterapeutas em todas as oportunidades de contato com os adolescentes sensibilizem os mesmos quanto a importância de adoção de estilo de vida saudáveis e prevenção de doenças e agravos.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero.

https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/publicacoes

2.4. O CUIDADO À GESTANTE NA APS DO SUS-BH

De acordo com o Protocolo de Pré Natal e Puerpério da PBH (2019), o cuidado à saúde da mulher ocorre em todas as etapas fisiológicas do desenvolvimento, mas é no período gestacional que o organismo feminino adquire singularidades e maior risco de complicações, demandando um olhar diferenciado dos profissionais de saúde.

O processo de gestar e parir deve ser percebido como um evento biopsicossocial, e a escolha de procedimentos que permitam a participação ativa da mulher são altamente recomendados e vão em concordância com a promoção da saúde, a proteção ao nascimento e tornar esta experiência muito satisfatória para a mulher.

Os índices de mortes maternas e fetais ainda são elevados, sendo decorrentes de óbitos por causas evitáveis, que ocorrem como resultado de complicações durante ou depois da gestação e do parto, como hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente após o parto), infecções (normalmente depois do parto), complicações no parto, abortos inseguros (OPAS, 2022). A assistência ao pré-natal e puerpério adequadas, com ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno das intercorrências contribuem de forma significativa para reduzir esses índices.

Uma questão muito importante dentro deste tópico é a saúde das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade social. A atenção integral inclui os direitos aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, o cuidado no pré-natal, a atenção ao parto e puerpério e os cuidados para o nascimento seguro, com o acompanhamento da criança. É fundamental que todos os profissionais da APS estejam atentos ao acompanhamento das gestantes, com o objetivo de assegurar o cuidado integral durante a gestação e orientar sobre a importância da realização do pré-natal.

Para garantir esse cuidado durante o contato com as gestantes os profissionais da APS devem questionar essencialmente alguns pontos, como por exemplo, se as consultas do pré-natal, exame citopatológico e a vacinação estão em dia, e se a gestante já realizou pelo menos uma consulta com a equipe de Saúde Bucal na atual gestação.

Em relação a imunização, é importante ressaltar que a vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto) tem o objetivo específico na gestação de proteger contra tétano neonatal e coqueluche no recém-nascido, portanto é necessária uma dose da vacina em cada gestação após a 20° semana, independentemente do tempo de intervalo entre as gestações.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Protocolo Pré-natal e Puerpério. 2ª ed. Revisada e Atualizada. Minas Gerais: SMS-BH; 2019.

https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/publicacoes

2.4.1. ABORDAGEM À GESTANTE PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

A atenção fisioterapêutica à gestantes pode proporcionar inúmeros benefícios, com abordagens baseadas em evidências, promovendo o bem-estar da mãe e do bebê. Destacam-se:

- Prevenção de disfunções NME tais como síndrome do túnel do carpo, lombalgias e dores no anel pélvico;

- Alívio de lombalgias e dores no anel pélvico;
- Preparação física para contribuir ativamente no parto;
- Redução de trauma perineal;
- Prevenção e tratamento de deficiências vasculares;
- Prevenção de incontinência urinária e fecal;
- Melhora da qualidade do sono;
- Melhora da função sexual;
- Melhora do padrão respiratório e alívio de dispnéia;
- Prevenção e tratamento de desconfortos intestinais;
- Orientações posturais para desempenhar suas atividades de vida diária, laborais e futuros cuidados com o bebê;
- Prevenção de limitações em atividades e favorecimento / promoção da participação social.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Por mais Fisioterapeutas nas maternidades.

https://abrafism.org.br/campanha-maternidades

Além da clínica específica, destaca-se a importância do Fisioterapeuta do NASF-AB na abordagem de questões gerais de autocuidado e hábitos saudáveis de vida, bem como questões referentes a importância de uma boa adesão às consultas de pré-natal, a situação vacinal da gestante, conhecimento das políticas de humanização do parto, tais como direito ao acompanhante e de livres posturas durante o parto vaginal, aleitamento materno, hábitos de vida saudável, dentre outras.

A escuta qualificada e acolhedora, identificando a necessidade de abordagem por outros profissionais e equipes do CS e / ou da rede complementar quando necessário, deve ser sempre considerada.

A multidimensionalidade da gravidez poderá ocasionar também, a necessidade de referenciamento para outros setores, enquanto rede de cuidados, como por exemplo, Assistência Social nos casos de vulnerabilidade, violência e / ou violação de direitos, Psicólogo e / ou Psiquiatra em relação aos aspectos psicoemocionais e transtornos psiquiátricos que podem aparecer nesse período. Neste contexto, valoriza-se os atendimentos compartilhados e, em casos de maior complexidade clínico-funcional, social e emocional, a possibilidade da elaboração do *Projeto Terapêutico Singular* (PTS).
A escuta qualificada e acolhedora, identificando a necessidade de abordagem por outros profissionais e equipes do CS e / ou da rede complementar quando necessário, deve ser sempre considerada.

A abordagem das gestantes pelo Fisioterapeuta do NASF-AB pode se dar por meio do atendimento coletivo ou individual. As demandas devem ser discutidas em reunião de matriciamento da eSF com NASF-AB objetivando o cuidado compartilhado e colaborativo e podem ser advindas de outros referenciamentos, como dos ginecologistas dos Centros de Saúde, ou ainda demandas externas. Os casos mais urgentes podem ser discutidos e referenciados ao Fisioterapeuta do NASF-AB em qualquer momento.

A intervenção fisioterapêutica deve ser precedida de exame físico, considerando as queixas da gestante, englobando:

- Avaliação postural global;
- Avaliação do ritmo lombo-pélvico e mobilidade pélvica;
- Padrão de mobilidade do tronco e pelve (flexão / extensão e rotações);
- Padrão respiratório e ativação abdominal (ênfase na ativação do músculo transverso coordenado aos outros músculos abdominais);
- Resistência muscular de estabilizadores pélvicos, MMII e MMSS (considerando a dinâmica do parto, amamentação e cuidados com o bebê);
- Inspeção do AP (a mulher deve ter uma boa percepção da contração e, principalmente, do relaxamento desses músculos);
- Presença de edema;
- Dinâmica miccional e intestinal.

Destacamos dois objetivos principais do cuidado às gestantes pelo Fisioterapeuta na APS que serão abordamos mais especificamente a seguir:

A - Preparação para o parto humanizado, independente da via de parto, para que a mulher participe ativamente do processo de nascimento do seu filho:

- Preparar o assoalho pélvico para o parto (Orientação de massagem perineal para reduzir a chance de laceração perineal; TMAP);
- Preparar fisicamente a gestante para que seja ativa durante o trabalho de parto, por meio de orientações, exercícios de percepção corporal, de mobilidade articular, de fortalecimento muscular global, além de exercícios respiratórios e aeróbicos e treinos de posturas.

B - Prevenção e tratamento das disfunções NME e vasculares mais prevalentes na gravidez, tais como lombalgias, sacroileítes, pubalgias e síndrome do túnel do carpo, edemas.

A) Preparação para o parto e orientações para o puerpério imediato.

De acordo com documento do Ministério da Saúde intitulado *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* (2010), a preparação da gestante para o parto humanizado, com a participação de Fisioterapeutas, deve ser uma ação apoiada / executada pelo NASF-AB nos territórios, assim como a sensibilização das eSF em relação à importância

dessa abordagem. Destacamos a preparação da mulher para a chegada de seu filho como um dos principais avanços desta proposta de abordagem fisioterapêutica à Saúde da Mulher no NASF-AB.

Na abordagem fisioterapêutica da gestante recomenda-se:

- Exercícios de força, resistência e coordenação dos MAP: podem ser realizados todos os dias. Enfatizar sobre a importância do relaxamento dos MAP, durante o período expulsivo do trabalho de parto (para mais informações sobre TMAP verificar íten 7.1.1. *"A Abordagem da Mulher com Disfunções do Assoalho Pélvico pelo Fisioterapeuta do NASF-AB")*;
- Orientação de massagem perineal (após 34 semanas de gestação) para promover flexibilidade das estruturas do assoalho pélvico (verificar Anexo 11);
- Orientar posturas corporais que favoreçam a evolução das etapas do trabalho de parto;
- Orientar sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: massagens e traçados na região lombar, pélvica;
- Exercícios respiratórios diafragmáticos;
- Técnicas de consciência corporal (foco na região pélvica) e exercícios de mobilidade pélvica e de quadris;
- Técnicas de relaxamento corporal, como um meio de quebrar esse ciclo vicioso da dor-temor-tensão;
- Programa de exercícios para condicionamento cardiorrespiratório;
- Orientação de medidas analgésicas não farmacológicas para o períneo no pós parto: compressas geladas, utilização de "rolinhos de toalha" para assentar, com o intuito de diminuir o atrito / sobrecarga na região perineal.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura.

http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1587.pdf

O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente.

https://www.scielo.br/j/csc/a/kfHngdBpNFz7JXNF4fvzdLt/?lang=pt

WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf

Existem evidências científicas que suportam que a **massagem perineal** realizada pela gestante ou parceiro, 1 a 2 vezes por semana após 34 semanas de gestação reduz a ocorrência de trauma (laceração) perineal. Pode recomendar às mulheres que a

massagem perineal seja realizada 3 vezes por semana. O objetivo desta massagem é promover o relaxamento e maior flexibilidade dos tecidos e dos músculos que envolvem a vagina. As orientações passo a passo da massagem perineal encontram-se no anexo.

As lacerações perineais podem ser espontâneas ou instrumentais (episiotomia). As lacerações espontâneas são classificadas em graus, de acordo com os tecidos afetados (NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2022):

- Grau 1: lesão superficial que acomete pele e mucosa vulvovaginal;
- Grau 2: acomete mucosa vaginal, músculos do corpo perineal (bulbocavernoso e transverso perineal), pele da vulva;
- Grau 3: ocorre a ruptura do corpo perineal e esfíncter anal interno (parcial ou total);
- Grau 4: acomete o complexo do esfíncter anal e mucosa retal.

As lesões de graus 3 e 4 são consideradas graves podendo ocasionar prejuízo significativo na qualidade de vida das mulheres, incluindo incontinência anal, dor perineal crônica, disfunção sexual, entre outras (DE SILVA et al., 2014).

Um fator muito importante para favorecer a evolução das etapas do trabalho de parto é a mobilidade corporal, principalmente pélvica. Diante dos esforços mundiais pela re-introdução da participação ativa da mulher, assim como da liberdade corporal durante o trabalho de parto, é importante que esse corpo da mulher seja preparado para que ela possa desenvolver toda a sua potencialidade, que será exigida no momento do parto. É necessário que seja orientado, dentro dos programas de exercícios para a gestante, os exercícios específicos para mobilidade pélvica. É importante lembrar que a mobilidade corporal durante o processo de trabalho de parto, envolve interação de fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e, principalmente, o apoio e a orientação da equipe dos profissionais de saúde.

Desde a Antiguidade, a mulher sempre buscou instintivamente uma postura verticalizada na hora de parir. As posturas verticais durante o trabalho de parto e o parto apresentam benefícios tanto do ponto de vista gravitacional como do aumento dos diâmetros pélvicos maternos, pois promovem retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna, maximizando os puxos expulsivos da mãe e facilitando o desprendimento fetal. Portanto, são recomendadas que sejam adotadas preferencialmente na assistência ao parto – nível de evidência A (BARACHO, 2018; SILVA et al., 2007).

Para a orientação de posturas corporais que favoreçam a evolução das etapas do trabalho de parto, é importante lembrar que para o feto passar pelo canal de parto ele não irá seguir um caminho reto. Assim, durante a passagem, é necessário que ocorra a alteração dos diâmetros internos da cavidade pélvica. Na fase da insinuação até o encaixe (estreito superior como referência) é ideal que ocorra o movimento do promontório sacral para trás. Na fase do encaixe e descida (estreito médio da pelve como referência), afastamento das espinhas isquiáticas e na fase do desprendimento fetal (estreito inferior como referência) o movimento do cóccix para trás e afastamento dos túberes isquiáticos.

Ainda, é importante lembrar da relação muscular com os movimentos do quadril. Assim, podemos ver como é importante que a parturiente tenha uma boa mobilidade pélvica e possa se movimentar livremente.

Por meio do conhecimento de biomecânica, cinesiologia da pelve, a relação dos músculos envolvidos e fisiologia do parto o Fisioterapeuta pode orientar posturas corporais, movimentos e posicionamentos que podem favorecer a evolução das etapas do trabalho de parto. Lembrando que a vontade da gestante deve ser respeitada em relação às posturas que se sentir mais confortável. Abaixo são apresentados alguns exemplos:

- Posturas que podem favorecer a abertura do estreito superior: posturas que provocam contranutação sacral, posturas que deixam o sacro livre para se movimentar, posturas que fecham os túberes isquiáticos;
- Posturas que podem favorecer a passagem do feto pelo estreito médio: posturas mais verticalizadas; posturas que provocam torção do ilíaco; posturas que provocam afastamento das espinhas isquiáticas (rotação medial quadril);
- Posturas que podem favorecer a abertura do estreito inferior: posturas mais verticalizadas; posturas com rotação medial quadris no plano transverso.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto.

https://www.scielo.br/j/rbgo/a/qL9CcqLQp6DjRFsvBbTSLcx/?format=pdf&lang=pt

Posições maternas no trabalho de parto e parto.

Maternal positions and mobility during first stage labour.

http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1587.pdf

Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review).

www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/full

A dor no trabalho de parto e parto é um importante obstáculo, mas pode ser encarado e vivenciado de forma positiva pela mulher e por seus familiares. Para isto, ela necessita estar preparada e consciente da necessidade de manter-se calma e relaxada durante todo o trabalho de parto. A utilização de métodos, que permitam vencer de maneira natural a dor, é aconselhável. O Fisioterapeuta do NASF-AB pode orientar técnicas e métodos não farmacológicos de alívio de dor simples que podem ser realizados pelo (a) acompanhante da parturiente, como a massagem na região lombar e sacral. É recomendado que os recursos não farmacológicos sejam indicados para as parturientes como métodos de primeira-linha para alívio da dor e devem ser ofertados independentemente do uso de recursos farmacológicos (BONAPACE, 2018).

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Recomendation 21: Relaxation techniques for pain management.
Recomendation 22; Manual techniques such as massage or application of warm packs, are recommended for healthy pregnant woman requesting pain relief during labor, depending on a woman´s preferences.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf

No. 355-Physiologic basis of pain in labor and delivery: An Evidence-Based Approach to its management.

https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701-2163(17)30799-5

The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial.

https://clinicaltrials.gov/ProvidedDocs/84/NCT03755284/Prot_002.pdf

Para o programa de exercícios para condicionamento cardiorrespiratório para gestante, recomenda-se:

- A prescrição da intensidade do exercício aeróbico pode ser estabelecida de maneira simples pela classificação da percepção subjetiva do esforço de Borg (relativamente fácil a ligeiramente cansativo - 10 a 13 na escala de Borg de 0 20), a técnica de talk test, em que a intensidade confortável é a que o indivíduo consegue conversar, mas não "cantar" durante o exercício ou ainda utilizando 60-70% da frequência cardíaca máxima.
- A gestante deve acumular 150 minutos de atividade física por semana. Mulheres previamente ativas devem manter os exercícios aeróbicos de forma habitual ou adequar para o tempo de pelo menos 30 minutos, 4 a 5 vezes por semana. As sedentárias podem iniciar, por exemplo, com 15 minutos, 3 vezes por semana e aumentar gradativamente.
- Contraindicações para prática de atividade física:

Todas as gestantes devem ser estimuladas a praticar atividades físicas, exceto aquelas que possuem contraindicações absolutas. Para as situações em que essas são relativas, deve-se discutir vantagens e desvantagens da atividade física. A tabela a seguir, refere-se a contraindicações absolutas e relativas para a prática de atividade física durante a gravidez, mas não impede a abordagem fisioterapêutica. A conduta deve ser prescrita de acordo com as condições específicas de cada gestante.

QUADRO 1: Contra-indicações absolutas e relativas para atividade física durante a gravidez

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS	CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS
Ruptura de membrana e trabalho de parto prematuro	Perda de gravidez recorrente
Sangramento vaginal persistente inexplicável	Hipertensão gestacional cardiovascular
Placenta prévia após 28 semanas de gestação	Uma história de parto prematuro espontâneo
Pré-eclâmpsia	Doença cardiovascular ou respiratória leve / moderada
Incompetência isto-cervical	Anemia sintomática
Restrição de crescimento intrauterino	Desnutrição
Gravidez múltipla de alta ordem (por exemplo, trigêmeos)	Transtorno alimentar
Diabetes tipo I, Hipertensão e doença tireoideana não controladas	Gravidez gemelar após 28 semanas
Outras doenças cardiovasculares, respiratórias ou sistêmicas graves	Outras condições médicas significativas

Fonte: MOTTOLA et al., (2019, p. 1342)

B) Prevenção / tratamento de disfunções NME e vasculares (ex.: dores no anel pélvico, lombalgias, dores pélvicas, síndrome do túnel do carpo, edemas de MMII).

Na abordagem fisioterapêutica da gestante recomenda-se: exercícios que previnam o acúmulo de tensão muscular principalmente nas regiões cervical e pélvica e que promovam ganho de força / resistência musculares de forma a equilibrar as demandas decorrentes da gravidez e dos cuidados com bebê, etc.

- Orientações para modificar / adaptar atividades (exemplo: apoio unipodal para bipodal e reduzir forças de cisalhamento na articulação sacroilíaca);
- Orientação sobre suporte para o anel pélvico (ex: amarrar um tecido na região do anel pélvico);
- Orientações de repouso por curtos períodos em casos de dor aguda;
- Tratamento de pontos de tensão muscular (técnicas para redução de tensão / relaxamento muscular, com atenção para os músculos da cintura escapular e lombopélvicos);
- Exercícios para mobilidade lombopélvica;
- Fortalecimento / resistência dos músculos da cintura escapular, MMSS, eretores da espinha, abdominais, quadríceps, isquiotibiais, glúteos, rotadores laterais, adutores de quadril, quadrado lombar;
- Orientações específicas para retorno venoso efetivo (intervalos de repouso com

elevação de MMII associado a movimentação de tornozelo; exercícios para tríceps sural; caminhada);

- Orientações ergonômicas.

Deve-se lembrar que algumas intervenções devem ser realizadas com algumas precauções:

- Evitar alongamentos musculares em amplitudes máximas devido a frouxidão ligamentar fisiológica deste período; o foco da abordagem deve ser orientar exercícios ativos para ganho de mobilidade articular, livre de dor, para favorecer as diferentes posturas durante o trabalho de parto;
- Redobrar a atenção ao abdome durante qualquer tipo de exercício abdominal, avaliando sinais de aumento da pressão intra-abdominal observados pelo "estufamento" na região da diástase, seja em região supra, infra ou umbilical. Geralmente, exercícios para os mm. abdominais supra e infra sem o apoio dos dois membros inferiores exigem grande controle muscular e devem ser evitados, a não ser que a gestante tenha um ótimo controle de transverso do abdome.
- Sugere-se evitar longos períodos em decúbito dorsal, intercalando as posições sempre que possível. É importante perguntar à gestante a existência de algum sintoma e / ou desconforto quando ela estiver nessa posição. Com o decorrer da gestação e consequentemente o aumento do peso do bebê e do útero, a mulher ao ficar em decúbito dorsal, pode relatar tonturas, sensação de desmaio, dispnéia, alterações visuais, dentre outras. Isso acontece devido a compressão da artéria aorta e veia cava inferior. Essa compressão dificulta o retorno venoso para a mãe, causando hipotensão arterial. O posicionamento em decúbito lateral esquerdo favorece a descompressão e consequentemente melhora a circulação. Deve-se ainda evitar posturas em apoio unipodal em razão das forças assimétricas que podem favorecer movimentos na sínfise púbica e / ou nas articulações sacro-ilíacas.

Em relação à prevenção e tratamento das disfunções NME, é muito importante avaliar a relação da capacidade funcional da gestante versus as demandas impostas tanto pelas adaptações fisiológicas da gravidez quanto impostas por suas atividades, a fim de buscar um equilíbrio para que a gestante possa desfrutar de sua gravidez com menos desconfortos possíveis. Em relação ao sistema musculoesquelético, quando a demanda supera a capacidade de gerar, transferir e dissipar forças impostas por uma determinada atividade, ocorre a lesão.

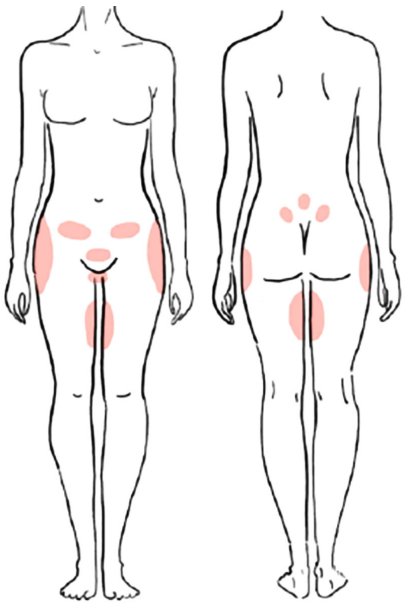
Dentre os acometimentos musculoesqueléticos mais prevalentes na gravidez, destaca-se a **dor no anel pélvico** que tem alta incidência, podendo chegar a 80% de acometimento em gestantes. É definida como dor entre a crista ilíaca posterior e a prega glútea, particularmente nas proximidades da articulação sacroilíaca que pode irradiar para coxas e quadris (Figura 2). Ainda, pode ocorrer em conjunto ou separadamente da dor na sínfise púbica.

É uma condição que causa diminuição da capacidade funcional para atividades como ficar de pé, andar e sentar. Resulta em maior incapacidade física que a dor lombar e tem

importantes implicações psicossociais, incluindo afastamento prolongado do trabalho e pior qualidade de vida.

Para avaliação e definição de diagnóstico fisioterapêutico primeiramente deve-se realizar a entrevista e ainda pode-se utilizar alguns testes específicos provocativos (quadro abaixo). É importante ter cautela em mulheres com dores muito intensas e muito reativas.

Figura 2: Distribuição da dor.



Fonte: Adaptado de DUNN et al, 2019.

QUADRO 2: Testes específicos provocativos

Teste provocativo de dor pélvica posterior	Paciente em supino, o examinador realiza uma flexão do quadril e joelho a 90o e aplica pressão axial ao longo do comprimento do fêmur para baixo. O teste é positivo se a dor é relatada na região do glúteo.
Teste de FABBER: flexão, abdução e rotação externa	Paciente em supino com quadril flexionado. O examinador roda externamente e abduz a perna. O teste é positivo se a dor é relatada no mesmo lado na articulação da pelve.
Teste de Menell	Paciente em supino. O examinador move a perna em 30o de abdução e 10º de flexão do quadril, fazendo uma força de tração ou compressão da pelve.
Teste da palpação da sínfise púbica	Além da dor é importante avaliar se existe luxação da sínfise púbica.
Teste de *Trendelenburg* modificado	Paciente de pé, realiza a flexão do quadril e joelho a 90o. Teste é positivo quando a dor é relatada na sínfise púbica.
Teste ASLR:	Paciente em supino irá realizar uma flexão do quadril de aproximadamente 20 cm.

Fonte: Adaptado de DUNN et al., 2019.

A abordagem fisioterapêutica engloba orientações para modificações de atividades, como evitar apoio unipodal e forças de cisalhamento sacroilíaca, suporte pélvico (tecido amarrado no quadril), repouso de curtos períodos de tempo (dores agudas), liberação das tensões musculares e cinesioterapia (fortalecimento muscular de glúteos e adutores de quadril)

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Trajectories of lower back, upper back, and pelvic girdle pain during pregnancy and early postpartum in primiparous women

https://www.researchgate.net/publication/332486688_Trajectories_of_lower_back_upper_back_and_pelvic_girdle_pain_during_pregnancy_and_early_postpartum_in_primiparous_women

Pelvic girdle pain in pregnancy.

https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/july/pelvic-girdle-pain-in-pregnancy

2.4.1.1 ABORDAGEM COLETIVA:

Dentre das possibilidades de abordagem coletivas para o Fisioterapeuta do NASF-AB tem-se a possibilidade de grupos ou intervenções pontuais com foco na educação em Saúde, como rodas de conversa em sala de espera, nos grupos de Lian Gong, nas academias da Cidade etc e participação em grupos de gestantes coordenados por outras equipes do Centro de Saúde. É importante destacar estes encontros são momentos oportunos para realizar o rastreamento de gestantes que necessitam de cuidados específicos, direcionado às mesmas para atendimento individual ou coletivo na abordagem específica fisioterapêutica.

2.4.1.1.1 PARTICIPAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM GRUPOS DE GESTANTES COORDENADOS PELAS ESF

Público-alvo:

- Gestantes e acompanhantes do parto

Foco: educação em saúde

Os grupos de gestantes configuram-se como espaços importantes de educação em saúde, com vista à promoção e prevenção. Geralmente coordenados pelas eSF, devem ter caráter multidisciplinar, dada a diversidade de esferas da vida da mulher que sofrem adaptações nesta fase, como mudanças físicas / estruturais, alterações de desempenho nas atividades cotidianas, relações, dinâmica familiar e aspectos emocionais. Assim, a atuação das diversas categorias do NASF-AB contribuem de forma essencial na integralidade do cuidado. É importante destacar também que as atividades em grupo possibilitam um espaço de partilha de medos, inseguranças, expectativas e experiências.

A abordagem do Fisioterapeuta nestes grupos de gestantes objetiva no geral contribuir para a promoção de gravidez, parto e puerpério saudáveis por meio de estratégias de educação em saúde podendo utilizar a metodologia ativa com exposição dialogada.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Oficina do Parto - Educação em Saúde para Casais Grávidos. Elza Baracho, Claudia de Oliveira, Fernanda Saltiel, Patrícia Andrade Batista, Elyonara Mello de Figueiredo. Editora Medbook, Rio de Janeiro, 2021.

Especificamente o Fisioterapeuta pode abordar os seguintes temas:

- Adaptações fisiológicas e biomecânicas da gravidez;
- Sintomas mais prevalentes de disfunções NME na gestação, por exemplo: dores lombares, lombossacras (com ou sem irradiação para os membros inferiores (MMII), na sínfise púbica, dor / tensão cervicais (com ou sem irradiação para os membros superiores (MMSS), síndrome do túnel do carpo, edema de MMSS e MMII;
- Sintomas mais prevalentes de DAP na gestação, por exemplo: perda de urina, fezes ou gases, constipação intestinal, dor durante a relação sexual;
- Importância da massagem perineal na preparação do AP para o parto;
- Fases do trabalho de parto e como favorecê-las, por exemplo por meio de posturas e exercícios que auxiliem a evolução fisiológica de cada fase do trabalho de parto;
- Métodos não farmacológicos para manejo da dor durante o trabalho de parto;
- Cuidados com o AP no puerpério;
- Posturas para amamentar e cuidar do bebê;
- Esclarecimentos sobre fluxos e critérios de atendimento da gestante na rede SUS-BH.

2.4.1.1.2 GRUPO ESPECÍFICO DE FISIOTERAPIA PARA GESTANTES

Público alvo:

- Gestantes que desejam se preparar para o parto;
- Gestantes que desejam uma gravidez saudável com menos desconfortos neuromusculoesqueléticos;
- Gestantes sem ou com queixas específicas de dores neuromusculoesqueléticas que não limitem as atividades diárias.

A abordagem do Fisioterapeuta em grupos engloba, além de estratégias de educação, promoção de saúde e abordagem não-farmacológica para modulação da dor do parto, exercícios específicos que favoreçam a realização de atividades funcionais, facilite o trabalho de parto e proporcione um puerpério mais funcional, além da prevenção ou tratamento de disfunções do assoalho pélvico típicas da gestação como a incontinência urinária. É importante que outros profissionais do NASF-AB, assim como outras equipes de saúde sejam convidadas para contribuir no compartilhamento de conhecimento em relação à temática dentro das estratégias de educação em saúde.

As gestantes de risco, como por exemplo aquelas com diabetes gestacional controlada, cardiopatias compensadas, hipertensão arterial compensada e obesidade, podem ser acompanhadas em grupo, desde que seja oferecida atenção específica em caso de descompensações metabólicas e / ou cardiovasculares (pico hipoglicêmico, hipotensivo e / ou hipertensivo, etc). Na primeira parte dos encontros recomenda-se reservar um tempo para abordar assuntos relevantes à temática, com temas específicos do conhecimento técnico fisioterapêutico.

Abaixo estão listados os principais temas recomendados para a abordagem do Fisioterapeuta:

- Anatomia pélvica, abdominal e musculatura do AP (relacionar com as mudanças da gravidez e com os possíveis sintomas que a gestante apresenta, enfatizando a importância do fortalecimento, do relaxamento, flexibilidade e coordenação destes músculos, considerando a sobrecarga dos mesmos com a progressão gestacional e as demandas específicas durante o parto);
- Adaptações fisiológicas e biomecânicas da gravidez;
- Disfunções musculoesqueléticas mais comuns, destacando-se as dores no anel pélvico, desse período e estratégias para prevenir ou amenizar as mesmas;
- Orientações de hábitos de vida saudáveis e fatores de risco modificáveis, como o controle do peso corporal, abordagem da constipação intestinal (posicionamento para evacuar, relaxamento do esfíncter anal, não postergar desejo evacuatório, ingestão hídrica adequada, alimentação balanceada, prática de atividade física);
- Orientações ergonômicas, priorizando posturas adequadas nas atividades de vida diária e laborais, como para dormir, levantar da cama, e amamentar;
- Orientações que favoreçam o retorno venoso e previnam a formação de edema de MMII (períodos de repouso, orientação para elevação dos MMII com exercícios de movimentação de tornozelo e exercícios para bomba muscular da panturrilha);
- Exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento corporal;
- Cuidados com AP durante a gravidez e no puerpério imediato e tardio;
- Técnicas de preparação do assoalho pélvico para o parto (massagem perineal após 34ª semana - ver anexo) com o objetivo de prevenir lacerações perineais;
- Orientações sobre as fases do trabalho de parto e posturas corporais que podem favorecer a evolução das mesmas;
- Humanização do parto;
- Métodos não farmacológicos para modulação da dor durante o trabalho de parto, orientando também técnicas simples para serem realizadas pelo acompanhante.

Além da abordagem dos temas acima elencados, a intervenção do Fisioterapeuta do NASF-AB deve promover programas de exercícios específicos descritos anteriormente.

2.4.1.2 ABORDAGEM INDIVIDUAL

Para a abordagem individual sugere-se considerar as gestantes com as seguintes condições, que necessitam de atenção diferenciada:

- Gestantes com queixas de IU e outras DAP;
- Gestantes que não têm controle sobre os MAP (não tem capacidade de contração ativa e / ou relaxamento muscular);
- Gestantes com queixas de disfunções NME (lombalgia, dores pélvicas, sacroileítes, pubalgias) e cardiovasculares (edemas instalados em MMII) com limitações nas atividades diárias, ou que não tiveram boa resolubilidade na abordagem coletiva ou algum motivo que impeça a sua participação no grupo;
- Gestantes que apresentam comorbidades de difícil controle clínico (ex.: cardiopatias, diabetes gestacional e outras condições de saúde como síndrome pós COVID-19, gravidez gemelar, placenta prévia).

A abordagem fisioterapêutica será de acordo com a queixa da gestante e os achados na avaliação. Ressalta-se que o Fisioterapeuta deve basear sua conduta em diretrizes específicas para cada condição de saúde. Caso a gestante esteja em atendimento individual e não possa participar da abordagem em grupo, ela deve receber todas as orientações que constam na abordagem coletiva além daquelas específicas em relação a sua queixa.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Recomendações para Atendimento Fisioterapêutico à Gestantes, Parturientes e Puérperas em Tempos de Covid-19.

https://crefito5.org.br/midias/covid19/20200630_ABRAFISM_recomendacoesFisioterapiaObstetricia.pdf

Prescribing exercise for prevention and treatment of gestational diabetes: review of suggested recommendations.

https://www.researchgate.net/publication/312319492_Prescribing_exercise_for_prevention_and_treatment_of_gestational_diabetes_review_of_suggested_recommendations/link/5cd159e092851c4eab881702/download

3. O CUIDADO À PUÉRPERA

O puerpério compreende o período pós-parto, que inicia-se ao final do parto e se estende até que os órgãos reprodutivos maternos retornem ao estado pré-gestacional. É uma das fases mais desafiadoras na vida da mulher, onde há um aumento significativo das demandas físicas, emocionais e sociais. É dividido em puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto) e puerpério tardio (do 11º ao 42º dia).

3.1 O CUIDADO À PUÉRPERA NA APS DO SUS-BH

Durante este período, o corpo começa a se recuperar das inúmeras mudanças ocorridas na gestação e parto, portanto, as puérperas devem ser avaliadas com atenção e cuidado.

O contato da eSF e de outros profissionais da APS com a puérpera é extremamente importante, pois facilita e fortalece a inserção da mãe e do bebê nas Redes de Atenção à Saúde, proporcionando assim um cuidado integral.

Cabe ao Fisioterapeuta, dentro da dimensão técnico-pedagógica, sensibilizar as equipes da APS para ampliar o olhar para a importância desse cuidado.

Os profissionais da APS devem ter atenção a algumas queixas relacionadas ao período puerperal e os desfechos de parto para identificar possíveis situações que possam impactar negativamente na saúde e na qualidade de vida. Estes incluem:

- DAP (IU, incontinência anal), presença de dor perineal e / ou dispareunia;
- Constipação intestinal ou sensação de esvaziamento incompleto;
- Sensação de peso ou bola na vagina (prolapso de órgãos pélvicos);
- Dor de origem musculoesquelética relacionada tanto à gestação quanto aos cuidados com o bebê;
- Tempo prolongado de trabalho de parto (principalmente no segundo estágio);
- Intercorrências durante o parto, lacerações perineais, episiotomia, necessidade do uso de fórceps ou vácuo extrator.

Além disso, é importante a identificação precoce de mulheres que tiveram lacerações perineais mais graves (3o e 4o graus), para que essas sejam encaminhadas para tratamento adequado no momento oportuno, para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação.

É importante que todos os profissionais da APS estejam atentos as alterações emocionais, como:

- Baby Blues:

- Depressão Pós-Parto
- Psicose Pós-Parto

O trabalho integrado entre as equipes é muito importante para o desenvolvimento de ações conjuntas que sejam efetivas para atender as necessidades de saúde das mulheres no puerpério. Para isso, é primordial que essas mulheres sejam ouvidas e suas queixas acolhidas, além de existir momentos de educação permanente como forma de sensibilizar e capacitar os profissionais a identificarem as demandas destas usuárias. Neste momento, podem contar com o apoio do Fisioterapeuta do NASF-AB para o atendimento destas mulheres ou no auxílio para o referenciamento a outros serviços de saúde da rede SUS-BH.

3.1.1 ABORDAGEM DA PUÉRPERA PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

A abordagem fisioterapêutica à puérpera tem como objetivos:

- Promover a recuperação das funções do AP;
- Promover adequado retorno venoso para prevenção de edema e trombos, além do tratamento adequado quando já instalado;
- Promover a reeducação do padrão respiratório quando indicado;
- Tratar e prevenir DAP;
- Tratar e prevenir disfunções NME relacionadas a gravidez e cuidados com o bebê;
- Promover reabilitação dos músculos do tronco, principalmente da musculatura abdominal, com ênfase na funcionalidade e estabilidade lombo-pélvica e abdominal;
- Orientar posturas ao cuidar do bebê, na realização das atividades de vida diária, hábitos de vida saudáveis e retorno às atividades físicas e laborais;
- Apoiar a amamentação, orientar quanto ao posicionamento materno e do bebê e os cuidados gerais com as mamas.

Para a avaliação fisioterapêutica, utilizar o modelo proposto no anexo (*Anexo 2 - Instrumento de Avaliação Fisioterapêutica - SMSA BH*)

Na dimensão física da saúde, é importante que os músculos mais sobrecarregados na gestação e parto sejam avaliados, objetivando identificar deficiências musculares decorrentes desse processo.

O AP deve ser avaliado precocemente, considerando que os traumas perineais podem ocorrer tanto em primíparas quanto em multíparas, sendo mais comum nas primíparas, e podem causar dor / incômodo na região perineal, dificuldade na evacuação e na relação sexual, além de aumentar as chances de ocorrer perdas urinárias no futuro. Essas alterações podem limitar atividades de vida diária, participação social e relação com o parceiro, gerando impacto negativo na qualidade de vida.

Cabe ao Fisioterapeuta do NASF-AB auxiliar as eSF a identificar mulheres que tiveram lacerações graves (3o e 4o graus) e referenciar para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação. Caso não seja possível o deslocamento até este serviço, o Fisioterapeuta do NASF-AB realizará o atendimento dentro do escopo de suas atribuições na APS.

É importante que também seja realizada a avaliação da função do abdômen desta paciente de forma precoce. A tendência é que ocorra a involução uterina, e o retorno do abdômen para sua posição pré gestacional no período de 3 a 6 meses pós parto. O objetivo desta avaliação é identificar possíveis deficiências nas funções dos músculos abdominais e restaurá-las, visto que são imprescindíveis na estabilização do tronco e proteção / contenção das vísceras.

Uma ótima oportunidade para sensibilizar as mulheres quanto ao tratamento em tempo oportuno das disfunções do assoalho pélvico (lacerações perineais graves) é realizar uma abordagem na ação do 5° dia (consulta no quinto dia após o parto), na qual a assistência à mulher e ao bebê é realizada pela eSF. Por ser uma ação fundamental para orientar essa nova família sobre os devidos cuidados com o recém-nascido, é um momento para esclarecer as dúvidas, fornecer informações, escutar, acolher e avaliar o estado materno e neonatal, como também oferecer suporte psicoemocional, tornando-se então, essencial a participação da equipe multidisciplinar. Outro momento em que as puérperas podem ser abordadas e referenciadas para o Fisioterapeuta do NASF-AB para avaliação de queixas de DAP, musculoesqueléticas ou outras questões, é na consulta de 30 dias com eSF e / ou ginecologista, de acordo com as prioridades descritas a seguir.

É importante que as eSF sejam sensibilizadas pelos Fisioterapeutas do NASF-AB sobre casos prioritários de encaminhamento para avaliação fisioterapêutica e orientações específicas. Além disso, também é um momento de possibilidade de atendimento compartilhado de acordo com as agendas.

São prioridades para o Fisioterapeuta do NASF-AB:

1. Puérperas com lacerações perineais de 3º e 4º graus: devem ser identificadas precocemente, juntamente à eSF e encaminhadas para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação.

2. Puérperas com queixas de DAP: IU, dor pélvica, disfunções sexuais, entre outras. Devem ser identificadas precocemente e as mulheres que estejam nos critérios para encaminhamento para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação devem ser referenciadas em tempo oportuno, as demais devem ser inseridas na agenda habitual.

3. Outras situações possíveis de abordagem:

- Puérperas com queixas NME (Ex.: lombalgias, dores lombossacras, cervicalgias, dores nos MMSS), relacionadas a gravidez, parto, amamentação e cuidados com o bebê;
- Apoio à amamentação;
- Prevenção de DAP e de disfunções NME.

Recomenda-se atenção especial às puérperas de prioridade altíssima que não tiverem condição de deslocamento para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação pelas eSF e eNASF-AB.

Na abordagem fisioterapêutica da puérpera recomenda-se:

1) Recuperação dos MAP, tratamento e prevenção de DAP:

- Orientação de medidas analgésicas não farmacológicas para o períneo no pós parto (compressas geladas, utilização de "rolinhos de toalha" para assentar, com o intuito de diminuir o atrito / sobrecarga na região perineal;
- Evitar permanecer muito tempo sentada;
- Orientações para realizar higiene adequada após cada micção e evacuação;
- Orientação sobre TMAP;
- Orientação de massagem perineal em casos de desconforto e dor para mulheres que tiveram laceração perineal (a técnica é a mesma descrita para a gestante, descrita no Anexo 11);
- Abordagem da constipação intestinal: posicionamento no vaso sanitário, uso de apoio elevado para os pés, relaxamento do esfíncter anal, não adiar o desejo evacuatório; alimentação e hidratação adequados, atividade física;
- Orientação sobre fatores de risco modificáveis (sobrepeso, constipação intestinal, tosse crônica, atividades de alto impacto - verificar capítulo do cuidado às mulheres com disfunção do assoalho pélvico no íten 7.1.1.2.1 - hábitos de vida) e hábitos de vida (alimentação saudável, ingestão hídrica, prática de atividade física adequada).

2) Tratar e prevenir disfunções NME:

- Orientação de programas de exercícios para reabilitação da função do abdômen;
- Avaliação da diástase (ver avaliação padronizada no anexo 2), lembrando que deve-se ter a atenção ao abdome durante qualquer tipo de exercício abdominal, avaliando sinais de aumento da pressão intra-abdominal observados pelo "estufamento" na região da diástase.
- Orientação de exercícios de fortalecimento / resistência de outros grupos musculares como, estabilizadores da escápula, MMSS, eretores espinhais, estabilizadores de quadril e pelve;
- Orientações posturais adequadas para a realização das atividades de vida diária e cuidados com o bebê, evitando dores e consequências adversas como tendinite;
- Esclarecer sobre o uso de suporte abdominal (pode ser orientado utilizar uma calcinha mais alta ou uma calça mais alta).

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Measurement methods to assess diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM): A systematic review of their measurement properties and meta-analytic reliability generalisation.

https://www.researchgate.net/publication/282946355_Measurement_methods_to_assess_diastasis_of_the_rectus_abdominis_muscle_DRAM_A_systematic_review_of_their_measurement_properties_and_meta-analytic_reliability_generalisation

3) Estimular o sistema circulatório:

- Orientações específicas para retorno venoso efetivo (intervalos de repouso com elevação de MMII associado a exercícios de movimentação de tornozelo; exercícios para tríceps sural; orientações ergonômicas).

4) Dar apoio à amamentação:

- Identificar dificuldades em relação a mesma e se necessário, referenciar ao Fonoaudiólogo e/ou Nutricionista do NASF-AB e / ou eSF;
- Orientações posturais para proporcionar adequada amamentação e conforto da mãe e bebê, assim como os cuidados com o mesmo.

5) Orientações para o retorno à atividade física e laboral.

A atividade física pode ser iniciada após o parto na ausência de contraindicações e após liberação médica. Inicialmente, devem ter duração de 30 min, 3 vezes/semana, e progredir gradualmente, reservando alguns minutos para aquecimento e resfriamento. O ideal é que o tipo de exercício físico seja indicado de acordo com as necessidades de cada mulher, considerando postura, presença de diástase do reto abdominal e queixas relacionadas ao sistema neuromusculoesquelético e assoalho pélvico (EVERSON ET AL., 2014).

Ainda é importante orientar (EVERSON ET AL., 2014):

- Hidratação adequada durante a amamentação;
- Amamentar antes do exercício;
- Sutiã com boa sustentação;
- Cesárea: liberação médica;
- Atividades leves e progressivas;
- Intensidade leve a moderada.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Summary of international guidelines for physical activity after pregnancy.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134098/

3.2 REFERENCIAMENTO PARA A REDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO:

A puérpera com demandas para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação deverá seguir o mesmo fluxo para mulheres com DAP (item 7.6. Referenciamento para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação).

4. O CUIDADO À MULHER NO CLIMATÉRIO

"Envelhecer significa, entre outras coisas, tornar visível a passagem do tempo, que é inexorável para homens e mulheres" (BRASIL, 2008). A expectativa de vida da mulher no Brasil aumentou consideravelmente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, a expectativa ao nascer para as mulheres foi de 80,1 anos e a composição da população por sexo de 51,3% de mulheres e 48,97% de homens. Com o aumento da expectativa de vida, as mulheres passaram a viver mais de um terço de suas vidas após o período de menopausa. Além disso, as mulheres representam maior número em relação aos homens na composição da população e são as que mais utilizam os serviços de saúde. Considerando o climatério um período com tantas transformações na vida das mulheres, políticas públicas voltadas para esse público são necessárias.

Em 1994, foi lançada pelo Ministério da Saúde a *Norma de Assistência ao Climatério*. Em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incorporou no seu planejamento a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos. Em 2003, essa área técnica incluiu um capítulo específico sobre esse tema no documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. No Plano de Ação dessa política nacional com relação ao climatério, o objetivo é implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, em nível nacional, que é detalhado na estratégia de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos (BRASIL, 2008).

O climatério é um período importante e inevitável na vida. É definido pela OMS como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, e compreende a transição entre o período reprodutivo para o não reprodutivo na vida da mulher.

A menopausa é um marco dessa fase, é definida somente depois de passados 12 meses do último período menstrual e acontece em média aos 52 anos de idade. Cerca de 60 a 80% das mulheres referem algum sintoma durante o climatério, atribuído ao estado de hipoestrogenismo, o qual promove alterações que afetam diferentes órgãos e sistemas. Os estrogênios são essenciais para a fisiologia normal feminina e reprodução, mas também desempenham um papel importante em vários sistemas fisiológicos, como no sistema nervoso central, urogenital, cardiovascular, musculoesquelético, metabolismo corporal, entre outros.

Desse modo, a maioria das mulheres experimentará algum sintoma durante este período, como por exemplo, fogachos e / ou sudorese noturna, palpitações, tonturas, cansaço, alteração na memória, cefaléia, dores osteoarticulares, ansiedade, irritabilidade, insônia, depressão, dispareunia, prurido vulvar, pele ressecada, maior deposição de gordura no abdômen, síndrome uretral, urgência miccional, cistite, secura vaginal. A sintomatologia é complexa, variável e afeta a saúde física, mental e sexual da mulher, tendo grande impacto na qualidade de vida das mesmas.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes.

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

4.1 O CUIDADO À MULHER NO CLIMATÉRIO NA APS DO SUS-BH

As mulheres passam por este período de formas diferentes, com sintomas que variam na sua diversidade e intensidade e são amplamente influenciados por fatores biopsicossociais. É fundamental que haja uma escuta qualificada e acompanhamento adequado visando à promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento dos agravos e a prevenção de danos.

Para oferecer uma atenção que busca o bem-estar das mulheres no climatério, é preciso compreender a complexidade dessa fase e seu impacto para suas vidas: trata-se de uma fase de transição no processo de envelhecimento, que frequentemente necessita de algumas adaptações.

Para que a mulher vivencie essa fase de maneira mais positiva, as estratégias de atenção à saúde devem ser realizadas por meio de uma equipe multiprofissional, estimulando a adoção de hábitos de vida saudáveis, como a alimentação saudável, atividade física regular, controle do peso corporal, medidas antitabagistas, controle do consumo de bebidas alcoólicas, não violência, cuidados quanto ao tempo e qualidade do sono, saúde mental, autocuidado, entre outras. Além disso, é importante oferecer informações sobre a fisiologia envolvida no climatério, sexualidade e o tratamento para as queixas relacionadas com este período, encaminhando aos serviços de referência quando necessário.

Para garantir o cuidado integral às mulheres é fundamental que todos os profissionais da APS estejam atentos para sensibilizar as mesmas quanto à importância da realização de **consultas e exames preventivos para câncer de mama e de colo de útero.** É importante que os profissionais verifiquem com as usuárias se os mesmos estão em dia.

O câncer de mama é considerado como a neoplasia maligna mais prevalente entre mulheres no Brasil e a primeira causa de morte. Já o câncer do colo do útero é o terceiro

tipo mais comum, perdendo apenas para o de mama e o de cólon retal (INCA, 2020). É papel que todos os profissionais da APS realizarem as ações de educação em saúde para a prevenção primária a fim de reduzir a exposição a fatores de risco modificáveis e promover fatores de proteção, orientando a população adscrita sobre os sobre o controle de peso e a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada, atividade física regular, evitar ingestão de bebidas alcoólicas e cessação do tabagismo.

Além disso, é importante lembrar das estratégias para a detecção precoce do câncer e o rastreamento e o diagnóstico precoce. É importante que as usuárias sejam questionadas se estão em dia com as consultas e exames. No município de Belo Horizonte, a mamografia de rastreamento (mamografia realizada em pacientes assintomáticas, sem sinais ou sintomas de câncer de mama) deverá ser solicitada por profissional médico ou enfermeiro após a realização do exame clínico das mamas para mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos, com intervalo mínimo de dois anos entre os exames. Em pacientes com risco elevado de desenvolver câncer de mama, a mamografia de rastreamento será a partir dos 35 anos.

O exame citopatológico de rastreamento deve ser realizado em mulheres a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, até os 64 anos de idade.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Detecção Precoce Do Câncer De Mama.

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/Protocolo-Deteccao-Precoce-Cancer-Mama_02-08-2022.pdf

Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero.

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-prevencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-utero_27-09-2021.pdf

4.1.1 ABORDAGEM DA MULHER NO CLIMATÉRIO PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

O objetivo da abordagem fisioterapêutica é realizar ações de promoção à saúde, como a adoção de um estilo de vida saudável, incentivo ao envelhecimento saudável e bem sucedido e, principalmente, ações no âmbito da prevenção e reabilitação, minimizando as alterações funcionais que podem ocorrer nos diferentes sistemas fisiológicos decorrentes do climatério e mais especificamente a abordagens de afecções NME e uroginecológicas.

Além da clínica específica, destaca-se a importância do Fisioterapeuta do NASF-AB na abordagem de questões gerais de **autocuidado**, como questões referentes à importância da realização de consultas e exames preventivos para câncer de mama e de colo de útero.

O Fisioterapeuta do NASF-AB pode contribuir com melhores condições para as mulheres no climatério em diversos aspectos:

- Esclarecendo sobre as manifestações clínicas desse período, por meio de informações a respeito das alterações fisiológicas, como das mudanças físicas, comportamentais e emocionais características do período;
- Atuando na prevenção e tratamento das disfunções musculoesqueléticas e do AP;
- Prevenção de quedas por meio de orientações específicas para adaptações domiciliares, uso de calçados adequados e programas de exercícios;
- Estímulo ao ganho de força dos músculos responsáveis pela manutenção postural, favorecendo postura adequada;
- Melhora do equilíbrio corporal;
- Orientando técnicas de relaxamento corporal e manejo do estresse;
- Estímulo à aquisição de hábitos de vida saudáveis;
- Referenciar para serviço de atenção especializada, quando necessário.

Dentre as principais disfunções que podem ser modificadas pela intervenção fisioterapêutica, destacamos as uroginecológicas e do AP (incontinência urinária / fecal, constipação intestinal, POP, disfunção sexual) e musculoesqueléticas, decorrentes principalmente da perda de massa óssea e muscular. O envelhecimento associado ao hipoestrogenismo exerce uma influência importante em vários sistemas fisiológicos. Nas disfunções uroginecológicas, pode desencadear sintomas como secura vaginal, dispareunia, prurido vulvar, leucorreia, dificuldade de esvaziamento vesical, urgência miccional, aumento da frequência urinária, noctúria e disúria (AMARAL, 2011; CALLEJA-AGIUS e BRINCAT, 2015). Além disso, é um período no qual há maior risco para o desenvolvimento de IU e POP. Isso é devido a influência do estrogênio sobre o tônus e o trofismo do AP, colágeno, trofismo da mucosa uretral e o coxim vascular periuretral (GIRÃO et al., 2003).

Uma pesquisa europeia, grande coorte de mulheres pós-menopausa, mostrou grande prevalência de sintomas urogenitais (NAPPI, 2016):

- 83% desconforto vaginal (ressecamento);
- 42% para dor durante a relação sexual;
- 30% para IU;
- 14% para queimação vaginal;
- 11% para dor ao tocar a vagina.

A abordagem fisioterapêutica da mulher no climatério deve contemplar uma avaliação geriátrica global, que inclui a investigação de hábitos de vida deletérios, qualidade do sono, estado cognitivo / emocional e disfunções musculoesqueléticas. Além disso, é necessária uma avaliação específica do AP (ver capítulo 7: *Cuidado à Mulher com Disfunção do Assoalho Pélvico* deste documento).

Dentre as disfunções relacionadas ao sistema neuromusculoesquelético o Fisioterapeuta deve avaliar e intervir nas seguintes questões:

- Perda da massa óssea e muscular, atentando-se para ocorrência de osteoporose;
- Disfunções articulares;
- Osteoartrose;
- Alterações posturais;
- Alterações na mobilidade, equilíbrio, marcha;
- Risco de quedas.

A abordagem das mulheres pode ser realizada de forma individual ou em grupo, dependendo das particularidades de cada caso. É importante lembrar do apoio de outros profissionais, como Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Profissional de Educação Física, dentre outros.

O principal objetivo da Fisioterapia em relação ao AP é torná-lo funcional, aliviando os sintomas e melhorando a qualidade de vida. Deve ser baseado em ação de educação em saúde para a mulher sobre sua condição, podendo abordar vários temas, dentre eles envelhecimento saudável, fisiologia do climatério, anatomia e fisiologia do AP, fatores de risco para DAP (deficiências na função dos MAP, constipação intestinal, envelhecimento, sobrepeso/obesidade, paridade, tosse crônica, valsalva, prática de atividade física de médio e alto impacto), TMAP e abordagem comportamental (ver o capítulo 7, a seguir, *Cuidado à Mulher com Disfunção do Assoalho Pélvico* deste documento).

As mulheres no climatério podem ser abordadas em grupo tanto da perspectiva da prevenção de DAP quanto da reabilitação de disfunções já instaladas.

Um ótimo recurso para ser utilizado nas intervenções relacionadas ao AP é a reabilitação desses músculos específicos, os quais agem como estabilizadores dos órgãos pélvicos, como útero e bexiga, no controle esfincteriano, consequentemente na continência urinária e fecal, e podem contribuir em alguns casos de disfunção sexual (PIASSAROLLI et al., 2010). Assim, os exercícios de reabilitação dos MAP são eficazes para melhorar a função dos MAP e aumentar o fluxo sanguíneo da região perineal, podendo favorecer a melhora do desejo sexual, orgasmo, lubrificação e excitação (BIANCO; BRAZ, 2004; FORTUNATO et al., 2005; ETIENNE; WAITMAN, 2006;). ALVES et al. (2015) sugerem um protocolo de exercícios envolvendo mobilidade pélvica, alongamento, fortalecimento e relaxamento dos MAP, sendo o fortalecimento realizado em diferentes posições (supino, sentado, agachado e de pé) (verificar ver o íten 7.1.1.3 de treinamento dos MAP no capítulo 7: *Cuidado à Mulher com Disfunção do Assoalho Pélvico* deste documento).

4.2 REFERENCIAMENTO PARA A REDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO

As mulheres no período climatérico com demandas para a rede ambulatorial especializada de reabilitação deverão seguir o mesmo fluxo das mulheres DAP (*item 7.6. Referenciamento para a Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação*).

5. CUIDADO À MULHER COM DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO (DAP)

As DAP acontecem quando o assoalho pélvico tem suas funções comprometidas. Embora a fisiopatologia seja multifatorial, os fatores de risco para DAP incluem: período gestacional, diminuição da força dessa musculatura, o envelhecimento, sobrepeso / obesidade, paridade, tosse crônica, valsalva, prática de atividade física de médio e alto impacto.

BUMP e NORTON (1998) propuseram a seguinte classificação das disfunções do assoalho pélvico:

- Incontinência urinária (incontinência de esforço, urge-incontinência ou incontinência urinária mista);
- Incontinência fecal;
- Prolapso dos órgãos pélvicos (POP);
- Anormalidades sensoriais e de esvaziamento do trato urinário baixo;
- Disfunções defecatórias;
- Disfunções sexuais;
- Dores pélvicas crônicas.

A prevalência de DAP é considerada alta, afetando cerca de 30% da população feminina em idade adulta (NYGAARD et al., 2008, ITABORAHY et al., 2021), podendo impactar negativamente na qualidade de vida das mulheres devido ao severo nível de incômodo.

O AP é composto pelo diafragma pélvico musculofascial, fáscias e ligamentos que fecham a pelve inferiormente, e apresenta a função de sustentação de órgãos internos, como bexiga, vagina, útero e reto. Além disso, proporciona ação esfincteriana para uretra, vagina e ânus, e possibilita a passagem do feto no canal do parto. Além da importante função de absorver vetores de força provenientes do aumento da pressão intra-abdominal sob as várias posições do indivíduo em relação ao espaço e em situações que geram impacto. Assim, é importante lembrar que as deficiências estruturais e funcionais no AP estão associadas a deficiências nas funções urinárias, sexuais e de defecação.

É importante lembrar também das funções do AP relacionadas ao movimento: controle (capacidade de contração e relaxamento), coordenação, tônus, força, resistência, reflexo (contração reflexa decorrente de aumentos súbitos da pressão intra-abdominal).

5.1. O CUIDADO À MULHER COM DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA APS DO SUS-BH

É papel da equipe multidisciplinar da APS acolher as mulheres que apresentam queixas relacionadas às disfunções do AP, por meio de escuta qualificada, promovendo educação em saúde e direcionando para o tratamento adequado, assim como promover o autocuidado apoiado, orientar quanto a hábitos de vida saudável e fatores de risco modificáveis. É possível realizar a abordagem terapêutica dessas mulheres nesse nível de atenção, atuando de forma minimamente invasiva e, consequentemente, evitando procedimentos desnecessários (SANTOS, 2017).

Para favorecer o cuidado integral, é imprescindível que todos os profissionais durante sua abordagem à mulher, questionem se a mesma está em dia com o exame citopatológico. O exame citopatológico de rastreamento deve ser realizado preferencialmente nas mulheres de 25 até os 64 anos de idade, que iniciaram atividade sexual, e deve ser repetido a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Para mais informações consultar o documento:

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero. Edição revisada e atualizada - 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-prevencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-utero_27-09-2021.pdf

Com base no modelo de funcionalidade e incapacidade da OMS, deve-se avaliar as mulheres dentro do contexto biopsicossocial com olhar para além das estruturas da pelve e da disfunção apresentada. Deve-se considerar os domínios da funcionalidade, levando em consideração a capacidade de realizar tarefas, a participação social e fatores do contexto.

5.1.1. A ABORDAGEM DA MULHER COM DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

O foco de atuação do Fisioterapeuta para o cuidado das mulheres com disfunção do assoalho pélvico é realizar o diagnóstico fisioterapêutico, traçar e executar o plano terapêutico pactuado com as usuárias e por fim promover a funcionalidade dessas mulheres intervindo nas incapacidades decorrentes das condições de saúde, baseando no modelo biopsicossocial de funcionalidade proposta pela Organização Mundial de Saúde.

Enquanto apoiadores matriciais, dentro da lógica de apoio técnico-pedagógico do NASF-AB, cabe ao Fisioterapeuta também pautar nas reuniões de matriciamento ou em momentos específicos de educação continuada com as eSF a temática das disfunções do assoalho pélvico, considerando, por exemplo, esclarecimento de fluxo para outros níveis de atenção e possibilidades de cuidado fisioterapêutico na APS. Além disso, quando necessário, o Fisioterapeuta deve realizar o referenciamento do caso para a rede ambulatorial especializada de reabilitação, de forma criteriosa, responsável e qualificada (verificar o íten 7.6).

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH.

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/guia-diretrizes-rede-ambulatorial-reabilitacao-01-02-2022.pdf

O referenciamento das mulheres com disfunções no assoalho pélvico para o Fisioterapeuta NASF-AB pode ser realizado pelas eSF ou profissionais de apoio por meio das reuniões de matriciamento.

A abordagem fisioterapêutica à mulher com DAP tem como objetivos:

- Esclarecer as mulheres quanto às estruturas e funções do AP para que ela compreenda seu corpo e torne-se co-responsável pelo seu próprio cuidado;
- Esclarecer as mulheres quanto ao controle de fatores de risco modificáveis associados às DAP e hábitos de vida saudáveis;
- Prevenir, minimizar ou eliminar as deficiências nas estruturas e funções corporais, limitações nas atividades e restrições na participação social;
- Auxiliar no retorno às suas atividades de vida diária, laborais e sociais melhorando assim a sua qualidade de vida;
- Identificar a necessidade do apoio de outros profissionais da equipe para que haja um cuidado integral e potencialização do seu tratamento;
- Encaminhar para a rede ambulatorial especializada de reabilitação, quando necessário.

A avaliação fisioterapêutica (anexo 2: Instrumento de Avaliação Fisioterapêutica (SMSA-BH) é composta por entrevista e exame físico. Na entrevista devem ser abordados os fatores de contexto (fatores pessoais, ambientais, limitações em atividades e restrições na participação social) e investigação das funções fisiológicas relacionadas às DAP:

- Fatores pessoais não modificáveis: condições de saúde, idade, antecedentes ginecológicos e obstétricos etc;
- Fatores pessoais modificáveis: medicamentos em uso, Índice de Massa Corporal (IMC), escolaridade, tabagismo, etilismo, atividade física, status hormonal, constipação intestinal, etc;
- Fatores ambientais: atitudes individuais (crenças, costumes e valores), barreiras arquitetônicas etc;
- Limitações nas atividades / restrições na participação: ex: manuseio de cargas, mudanças posturais, tarefas do dia a dia, atividade física e de lazer, esportes, relacionamentos, etc;
- Investigação das funções urinárias, defecatórias, sexual, NME e dor.

O exame físico envolve a avaliação postural e da estrutura e função muscular do AP por meio da inspeção visual, e de áreas adjacentes, sendo recomendado que seja realizado:

- Avaliação postural global (grandes assimetrias), destacando-se o alinhamento pélvico;
- Exame da mobilidade e estabilidade lombopélvica: minimamente avaliar os sistemas musculares superficial (glúteo máximo, latíssimo do dorso, oblíquos externo e interno, adutores e quadrado lombar) e profundo da região lombo-pélvica (músculos multífido e transverso do abdômen);
- Avaliação dos sinergistas dos MAP: rotadores externos do quadril, adutores, abdominais.
- Avaliação das funções dos MAP: controle, coordenação e resistência muscular por meio da inspeção visual (VAZ et al., 2018).

IMPORTANTE:

- Antes de realizar a inspeção visual deve-se realizar orientações para a mulher sobre o assoalho pélvico e suas funções (utilizar figuras), a correta contração dos MAP e o motivo da realização da inspeção.
- Solicitar a autopalpação do corpo perineal pela mulher para conscientização da musculatura dos MAP: orientar a mesma a sentar-se sobre os ísquios, com os pés bem apoiados no chão e colocar as mãos posicionadas na região do centro tendíneo do períneo. Depois solicitar a contração dos MAP e perguntar se foi percebida a contração e o relaxamento destes músculos.

Após essa abordagem, pode ser realizada a inspeção visual do AP da seguinte forma: a mulher é orientada a retirar a parte debaixo do vestuário, permanecendo com a roupa íntima (calcinha), posicionar-se deitada em supino, com os joelhos fletidos, discreta abdução e rotação externa do quadril. Solicita-se a contração dos MAP, com o comando verbal de "como se fosse segurar o xixi e o pum". É muito importante lembrar que no momento da inspeção a mulher não deve estar utilizando absorventes / protetores, pois pode dificultar a visualização da contração.

Em caso de dúvida em relação à contração dos MAP na inspeção, pode-se solicitar o apoio do Ginecologista ou Enfermeira (o) da APS para realizar a palpação vaginal e auxiliar na definição se existe ou não a contração voluntária dos MAP. O momento da coleta do exame citopatológico é um momento oportuno para avaliar se a mulher apresenta (sim) ou não contração voluntária dos MAP.

O Fisioterapeuta deve observar o deslocamento cranial do períneo, sem o uso excessivo da musculatura sinergista (abdominais, glúteos, adutores), manobra de valsalva ou movimentos "para fora", de "expulsão" da região perineal. Além disso, o profissional pode pedir uma contração sustentada, onde deverá observar e perguntar à mulher quantos segundos ela conseguiu manter a contração. O Fisioterapeuta deve contar 10 segundos.

É importante ressaltar que qualquer dúvida por parte da mulher em relação a correta contração ou sustentação da mesma deve ser solucionada neste momento. Deve-se orientar que o relaxamento dos MAP é tão importante quanto conseguir contrair. Lembrar que relaxar não é fazer força para fora / de expulsão. Usar comandos verbais para ajudar na percepção do relaxamento (ex: "parar de apertar", relaxar, soltar).

Na abordagem fisioterapêutica na APS, é de extrema importância nas DAP promover educação em saúde (ítem 7.1.1.1), seguido de terapia comportamental (ítem 7.1.1.2) que

inclui as modificações do estilo de vida e o treinamento vesical, além da reabilitação músculo esquelética global (de acordo com as deficiências encontradas no exame físico), com enfoque nos músculos sinergistas e específicos do AP (ítem 7.1.1.3). Essa abordagem pode ser realizada de forma individual ou em grupo, de acordo com as necessidades de cada mulher.

5.1.1.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Recomendações sobre educação em saúde:

- Promover conhecimento sobre a anatomia do trato urinário inferior, função vesical e dos MAP, fisiologia da continência, tipos e causa de IU, etc;
- Orientar sobre esvaziamento completo vesical e anal (eliminar resíduos);
- Orientar sobre posicionamento no vaso sanitário e horários para micção e defecação (não postergar o desejo);
- Orientar sobre higiene íntima e uso adequado de protetores (absorventes, fraldas);
- Orientar sobre a influência das comorbidades, fatores de risco modificáveis e hábitos de vida.

5.1.1.2 TERAPIA COMPORTAMENTAL

Os objetivos da terapia comportamental são auxiliar no tratamento dos sintomas urinários, melhorar a capacidade de suprimir a urgência, aumentar a capacidade da bexiga e reduzir os episódios de perda urinária. As mudanças comportamentais incluem a monitorização da urgência, frequência urinária, enurese e noctúria por meio do diário miccional (DM), ingestão hídrica, alimentos irritantes ao urotélio, peso corporal adequado, regulação da função intestinal, tabagismo e treinamento dos MAP. A terapia comportamental envolve as mudanças de hábitos de vida e o treinamento vesical que é feito com o apoio do diário miccional.

5.1.1.2.1 ORIENTAÇÕES PARA MUDANÇA DE HÁBITOS DE VIDA

- **Controle de peso**

É reconhecido que mulheres com IMC >25 kg/m^2 já apresentam risco para DAP (NICE guideline [NG210], 2021). Para minimizar o risco, algumas estratégias podem ser adotadas, como reeducação alimentar com apoio do nutricionista do NASF-AB e incentivo à prática de atividade física adequada, contando com o apoio do Profissional de Educação Física.

- **Cessação do tabagismo**

O cigarro é irritante ao músculo da bexiga (detrusor) e seu uso contínuo pode levar a doenças respiratórias e tosse crônica. O constante aumento da pressão intra abdominal causa aumento da pressão na bexiga, contribuindo para a sobrecarga dos MAP (D'ANCONA, 2015). Algumas estratégias podem ser adotadas para cessação do tabagismo, como por exemplo, o Grupo Antitabagismo no Centro de Saúde. Em indivíduos com tosse crônica, pode-se orientar a realizar a rotação de tronco para tossir, retirando o vetor de força sobre os MAP.

- **Gerenciamento de fluidos**

Alterações de volume ou horários de ingestão de líquidos são recomendados por muitos profissionais para auxiliar os indivíduos no controle da bexiga. É importante lembrar que a ingestão de fluidos em excesso pode exacerbar os sintomas de bexiga hiperativa e incontinência, enquanto que a restrição de fluidos pode resultar em um aumento na concentração de urina, podendo irritar a mucosa da bexiga, promover urgência, aumentar a frequência urinária, infecções do trato urinário e desidratação.

Geralmente, para a manutenção de uma boa saúde geral deve-se incentivar as pessoas a ingerir uma quantidade diária adequada de líquido. No geral, para adultos, é recomendado 6 a 8 copos de líquido por dia. Ou ainda, recomenda-se 24 ml/kg de peso corporal em 24 horas em clima temperado, quando não estiver se exercitando (BURGIO, 2014). Vale lembrar que os níveis ideais de ingestão de líquidos são variáveis e dependem da necessidade de cada indivíduo (Ex: pessoas que realizam atividade física precisam de um volume maior de líquido, comparado às pessoas que não realizam atividade). Assim, cada caso deve ser analisado individualmente (NICE guideline [NG210], 2022), podendo solicitar o apoio do Nutricionista.

Nos casos de noctúria, ainda vale a orientação de reduzir a ingestão de líquidos cerca de 3 horas antes de dormir, além de controlar o volume e intervalos de ingestão, evitando ingerir grandes volumes de uma só vez.

- **Modificação na Dieta**

Existem várias substâncias dietéticas que foram identificadas como irritantes para a bexiga, como: frutas cítricas, alimentos condimentados, adoçantes artificiais (ex: aspartame) e produtos à base de tomate. Outras substâncias além de irritantes, também são diuréticas, como a cafeína. Estudos urodinâmicos mostraram que a cafeína aumenta a pressão do detrusor, sendo fator de risco para hiperatividade desse músculo, além de estar relacionada à urgência e incontinência. Como exemplos, alguns estudos demonstraram que a redução na ingestão da mesma diminuiu os episódios de IU de urgência e esforço (CREIGHTON e STANTON, 1990; ARYA et al., 2002; JURA et al., 2011). Vale lembrar que outras substâncias contém cafeína, como chá (preto, mate), chocolates e bebidas à base de cola. É importante avaliar se a mulher ingere mais de 250 ml de cafeína por dia.

Deve-se atentar para que a eliminação de todos esses alimentos da dieta, não seja interpretada de forma errônea. Os hábitos alimentares estão entre os comportamentos mais difíceis de mudar. Então, pode ser realizado um período de teste para reduzir essas substâncias sistematicamente, antes que as restrições sejam recomendadas a longo prazo. Além disso, pode-se solicitar o apoio do nutricionista do NASF-AB.

Vale ressaltar que qualquer orientação em relação à restrição alimentar deve ser feita com cautela e nos casos em que esteja associada a disfunções específicas (ex:. urgência, hiperatividade do detrusor).

- **Gestão da regularidade intestinal**

A impactação fecal e a constipação têm sido citados como fatores que contribuem para a bexiga hiperativa (BH) e IU, particularmente em populações idosas. O esforço evacuatório crônico pode ser fator de risco para o desenvolvimento de DAP.

A constipação intestinal pode ser definida como uma dificuldade persistente para evacuar ou sensação de esvaziamento incompleto. É um problema de saúde com alta prevalência, afetando cerca de 20% da população mundial (LATORRE et al., 2020).

O Fisioterapeuta pode avaliar a constipação intestinal utilizando como base os critérios de ROMA IV (2016) os quais estão inseridos na avaliação padronizada e a escala de Bristol de consistência das fezes, ambas em anexo.

Considerando que a constipação intestinal pode estar relacionada às DAP e gera impactos negativos na qualidade de vida das mulheres, o Fisioterapeuta é um profissional que pode atuar nessa disfunção, reabilitando as deficiências dos MAP, além de orientar e encaminhar à outros profissionais quando necessário, objetivando melhorar a qualidade de vida das pacientes.

Dentro da abordagem do Fisioterapeuta é importante destacar o treino de controle e coordenação dos MAP, pois auxiliam as mulheres na percepção e relaxamento dessa musculatura, sendo que o relaxamento dos MAP é fundamental para facilitar a evacuação. Ainda, pode ser orientado (IUGA, 2011):

- Posicionamento adequado para evacuar. Sentar-se de forma confortável, relaxar e respirar normalmente. posicionar as pernas afastadas mais que a largura dos quadris. Pode ser orientado o uso de um banquinho baixo (caixote, tijolo, bloco de revistas), entre 20 a 30 cm para apoiar os pés quando estiver sentado no vaso sanitário, de forma que o joelho fique um pouco mais elevado que o quadril.

- Não adiamento do desejo de evacuar (não inibir o reflexo gastrocólico);
- Estabelecer uma rotina defecatória com horários (pode-se orientar após o café da manhã ou almoço tentar evacuar, permanecendo por 5 minutos (não permanecer por mais de 10 minutos) no vaso sanitário, caso não consiga, deve-se levantar-se.
- Não utilizar distrativos, por exemplo não levar celular para o banheiro;

Além disso, o Fisioterapeuta em conjunto com outros profissionais da APS, devem orientar essas mulheres em relação à:

- Ingestão hídrica adequada;
- Alimentação saudável (pode solicitar apoio do nutricionista);
- Importância da atividade física regular (pode solicitar apoio do profissional de educação física).

5.1.1.2.2 TREINAMENTO VESICAL

O Treinamento Vesical envolve um programa de educação da paciente juntamente com um regime de esvaziamento programado com aumento progressivo ou redução dos intervalos entre as micções.

Os objetivos são:

- Corrigir padrões de hábitos miccionais inadequados;

- Melhorar o controle sobre a bexiga;
- Prolongar ou reduzir os intervalos de micção;
- Aumentar a capacidade vesical;
- Reduzir ou eliminar episódios de IU;
- Restaurar a confiança da paciente no controle da função vesical.

O treinamento vesical é orientado a partir da análise do DM. O paciente deve receber informações sobre a função e controle da bexiga, além de orientações de adequação dos horários de micção.

Os intervalos entre as micções devem ser estabelecidos considerando a média dos intervalos descritos nas informações do DM e o conforto da paciente. Nos casos em que os intervalos são muito curtos, sugere-se que o Fisioterapeuta oriente inicialmente a mulher a inibir o desejo de urinar por 5 min. Quando este tempo for alcançado, o intervalo pode ser aumentado progressivamente por 15 minutos a cada semana, até atingir um intervalo médio de 3 - 4 horas entre as micções.

Nos casos de urgência: Para aumentar o intervalo das micções, as pacientes devem resistir à sensação de urgência e adiar a micção. Isso requer que administrem o desejo de micção, tentando inibí-lo. Para isso, sugere-se:

- Não sair a procura de um banheiro imediatamente, faça uma pausa;
- Realizar 5 contrações dos MAP sem intervalo entre as mesmas e depois relaxar completamente os MAP e respirar fundo lentamente;
- Utilizar alguma estratégia de distração durante o tempo de espera, como exemplificado a seguir. As usuárias devem ser orientadas a realizar tarefas que proporcionem a distração, mas não estejam associadas ao esforço físico ou aumento da pressão intra-abdominal, como por exemplo, ler, escrever, escutar música, usar smartphones e/ou outros dispositivos. Também podem ser sugeridas frases auto-afirmativas como: "eu estou no controle da minha bexiga", "eu consigo esperar".

É importante identificar com a paciente as situações específicas de urgência (Ex: ouvir barulho de água, chegar em casa ou próximo ao banheiro, etc.) e utilizar as estratégias citadas anteriormente.

- Ingestão hídrica: identificar o volume ingerido no dia. Se a ingestão for menor que 6 a 8 copos de líquido por dia ou 24ml/Kg orientar aumento da ingestão hídrica; se maior que essa quantidade, orientar redução da ingesta hídrica. Em casos de urgência ou urge-incontinência orientar a ingestão hídrica fracionada durante o dia, por exemplo, ao invés de ingerir 500ml de água de uma só vez, ingerir o mesmo volume em menores quantidades, lembrando sempre do volume ideal diário de ingestão hídrica para aquela paciente. Reduzir o líquido 3 a 4 horas antes de dormir (lembrando de uma melhor redistribuição durante o dia).
- Tentar reduzir a quantidade de bebidas que contém cafeína (+ ou - 150ml de café)
- Frequência miccional / intervalo entre micções: deve-se analisar no DM a frequência

miccional, volume médio urinado, capacidade funcional máxima e intervalos entre as micções.

- Exemplo 1: frequência miccional de 8, intervalo médio entre as micções de 60 minutos, capacidade funcional máxima de 500ml e volume médio urinado de 400ml. Neste caso, possivelmente o intervalo não poderá ser aumentado de modo significativo levando em consideração que a paciente possui um volume urinado e capacidade funcional máxima bastante elevadas.

- Exemplo 2: frequência miccional de 12 micções, intervalo médio entre as micções de 40 minutos, capacidade funcional máxima de 250ml e volume médio urinado de 100ml. Neste caso, possivelmente o intervalo poderá ser aumentado de modo significativo levando em consideração que a paciente possui um volume urinado médio reduzido (100ml), bem abaixo da capacidade funcional máxima apresentada (250ml). Desta forma é possível orientar o aumento gradativo do intervalo entre as micções, reduzindo então a frequência urinária, aumentando o volume médio urinado e a capacidade funcional máxima. Essas orientações têm um impacto direto na melhora da funcionalidade da paciente e qualidade de vida. Como no exemplo 2, a paciente que ia ao banheiro a cada 40 minutos, agora é capaz de ir à igreja e aguardar o término do culto / missa com duração de 60 minutos, e ainda chegar em casa com tranquilidade para utilizar o banheiro.

- **Diário Miccional**

A ICS (Sociedade Internacional de Continência) sugere que os dados relativos às funções urinárias sejam documentados por meio do preenchimento de um DM.

O DM é uma ferramenta simples, de baixo custo e importante para caracterizar o hábito urinário (frequência e noctúria), além disso, analisa a ingestão diária de líquidos, episódios de perdas urinárias, sensação da paciente, volume urinado e a necessidade de utilização de protetores e / ou absorventes. Pode ser realizado em um período de 24 ou 72h.

Sugere-se a utilização deste instrumento principalmente para as mulheres que apresentam urgência miccional / incontinência urinária de urgência, podendo ainda ser utilizado para as mulheres com outras disfunções miccionais, pois permite a identificação de hábitos inadequados que podem influenciar nos sintomas apresentados. Após a realização do mesmo, o resultado deve ser analisado junto com a mulher.

Não existe um DM padrão e vários fatores podem funcionar como barreiras para a aplicação do instrumento. Cabe ao Fisioterapeuta do NASF-AB adaptar as informações do DM à sua realidade. Dentre as principais barreiras para o preenchimento do instrumento, podemos citar o analfabetismo. Em anexo, encontra-se a sugestão de dois modelos de DM, sendo que um deles pode ser utilizado pelas mulheres analfabetas.

Deve-se analisar os seguintes dados no DM:

- Volume total urinado: soma de todos os volumes urinados;
- Volume médio urinado: soma de todos os volumes urinados dividido pelo número de micções;
- Capacidade funcional máxima (CFM): soma dos três maiores volumes dividido por três;

- Frequência miccional em 24h;
- Volume total de líquido ingerido: soma do volume total de líquido ingerido em 24h;
- Situações de perdas urinárias: urgência, esforço, roupa íntima molhada (sem percepção de perda), dentre outros.

Valores de normalidade:

- Débito urinário de 24 horas: 1500 ml a 2500ml
- Volume médio eliminado: 250ml
- Capacidade funcional: 400ml a 600ml
- Frequência miccional: 7 a 8 micções por dia

A seguir, são apresentados exemplos de diários miccionais preenchidos.

Horário que urinou	**Volume** que urinou	Urgência (x)	Perda urinária	Motivo da perda	**Volume** de líquido	**Tipo** de líquido
	(ml)		( )		que bebeu (ml)	que bebeu
8:08	270	*			200	Água
11:10	100	*			150	Café
11:43	50				50	Leite
12:50	30				200	Água
15:37	200				200	Refrigerante
18:44	150	*			200	Água
20:37	160	*			100	Café
23:05	150				200	Refrigerante
00:12	50				200	Água
3:30	500	*			160	Leite

Para o profissional preencher:

Volume total urinado: 2160 ml
Volume médio urinado: 216 ml
CFM: 323,3 ml
Volume total ingerido: 1160 ml
Frequência diurna: 9
Frequência noturna: 1

DIÁRIO MICCIONAL 2

Horário que urinou	**Volume** que urinou (ml)	Urgência ( )	Perda urinária (x)	Motivo da perda	**Volume** de líquido que bebeu (ml)	**Tipo** de líquido que bebeu
10:00	350				300	Água
10:20	300				100	Café c/leite
11:15	160				100	Café c/leite
12:00	350				200	água
16:45	350				200	água
18:30	350				300	suco
20:55	260				100	Água
21:48	300		*	Espirro	100	Água
22:47	170				200	Água
0:37	150				200	Água
06:52	250				100	Café c/leite
					100	Café c/leite
					200	água
					100	Café c/leite
					100	água
					200	água
					100	água
					100	água

Para o profissional preencher:

Volume total urinado: 2840 ml

Volume médio urinado: 274 ml

CFM: 350 ml

Volume total ingerido: 2700 ml

Frequência diurna: 9

Frequência noturna: 1

5.1.1.3 TREINAMENTO MUSCULAR

Os programas para treinamento devem basear-se nos princípios da fisiologia do exercício que incluem especificidade, sobrecarga e reversibilidade (RIEBE et al., 2018). O sucesso dos programas para treinamento depende, portanto, da capacidade do terapeuta de avaliar de forma adequada a função muscular e promover um protocolo que vá de encontro com o exame físico realizado. Assim, a escolha do programa de treinamento deve ainda ser embasada em: tipo de exercício a ser realizado, frequência, intensidade e duração. A quantidade de repetições, tempo de intervalo, tipo de contração, capacidade de progressão e carga também devem ser estabelecidas.

É importante lembrar que antes do início do treinamento de força e resistência dos MAP, deve-se inicialmente treinar as funções básicas dos MAP como controle e coordenação. É essencial que as mulheres aprendam a contrair e relaxar adequadamente esses músculos.

- **Treinamento muscular global: ênfase nos músculos na CORE e sinergistas dos MAP**

Os músculos abdominais, adutores e glúteos atuam como sinergistas dos MAP. Os mesmos devem ser treinados isoladamente e não concomitantemente aos MAP. Por exemplo, durante um atendimento individual ou em grupo, uma parte do atendimento deve contemplar o TMAP e no outro momento o fortalecimento dos sinergistas.

Os músculos do CORE também são de grande importância para o AP e desta forma também devem ser treinados, isoladamente.

- **Treinamento dos MAP**

O TMAP é recomendado como primeira opção de tratamento comprovadamente eficaz (nível A de evidência). Durante muitos anos foi utilizado quase que exclusivamente para o tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE). Na década de 80, tornou-se evidente que a contração voluntária dos MAP também poderia ser usada como opção de tratamento para controlar a função da bexiga na incontinência urinária de urgência (IUU) e na bexiga hiperativa (BH) (BURGIO et al, 1985).

O TMAP objetiva promover alterações na morfologia muscular, posição do colo vesical e função neuromuscular dos MAP.

A teoria que fundamenta o TMAP para o tratamento da BH se baseia na inibição da urgência urinária por meio da contração voluntária dos MAP, que promove aumento na pressão uretral e, então, controla o desejo de urinar ("reflexo de guarda" ou "reflexo de inibição recíproca").

Portanto, deve-se considerar a função dos MAP (sustentação dos órgãos pélvicos, controle da continência urinária e fecal, participação na atividade sexual e na postura estática), morfologia (composição das fibras musculares), habilidade, propriocepção (capacidade de reconhecimento por parte da paciente) e controle.

A escolha do protocolo de exercícios deve considerar as funções dos MAP de cada mulher, de acordo com o tempo de sustentação e o número de repetições realizadas por ela na avaliação prévia.

Para todas as modalidades de atendimento deve-se orientar a realização de contrações rápidas e lentas, considerando a necessidade da ação muscular durante os aumentos súbitos de pressão intra-abdominal e a capacidade de sustentação dos órgãos por longo período de tempo.

Na maioria dos casos, o treinamento deve estimular a mulher a contrair os MAP o mais forte possível, sem ativação excessiva dos sinergistas e / ou aumento demasiado da pressão abdominal, e também relaxar completamente os MAP, sem fazer força de expulsão. O incentivo verbal e a motivação parecem ser muito importantes para alcançar a contração ideal.

É recomendado que a frequência do TMAP seja de no mínimo 3 vezes por semana e preferencialmente todos os dias (ACMS, 1998, 2009; Bo K, 2005; NICE guideline [NG123], 2019). É importante que as mulheres sejam orientadas a realizar exercícios domiciliares, considerando que os mesmos sejam inseridos em suas rotinas para maior adesão. Em relação a intensidade de treinamento recomenda-se (ACSM, 1998, 2009; BO K, 2005):

» Para ganho de força: 8 a 12 contrações - 60 a 70% da força máxima (Fmáx) (“contrai forte e relaxa”).

» Para ganho de resistência: 12 a 15 contrações ou sustentações - 40% a 50% Fmáx (“contrai e segura”).

No entanto, deve-se lembrar que para mulheres que ainda não conseguem alcançar as contrações mínimas recomendadas acima, iniciar com o que foi alcançado na avaliação e aumentar progressivamente. Ainda, na progressão e manutenção de ganhos de força muscular e resistência deve-se considerar a ação muscular, a mudança de posições, alteração no número de repetições e tempo de repouso.

Sugestão para iniciar o TMAP: contrações sustentadas de 2-10 segundos, dependendo da habilidade inicial da mulher (verificada na avaliação inicial). A prescrição dos exercícios deve ser individualizada, então a mulher iniciará com uma duração de sustentação da contração confortável e gradativamente vai progredindo até 10 segundos. É importante lembrar que cada exercício consiste em uma contração muscular seguida de um período de relaxamento, utilizando uma proporção de 1:1 ou 1:2, permitindo assim que esses músculos se recuperem adequadamente entre as contrações (BURGIO, 2014).

Em relação ao TMAP, deve-se considerar a duração de no mínimo 3 meses para mulheres com IUE ou mista (NICE guideline [NG123], 2019). É importante lembrar que se a paciente não apresentar nenhuma melhora em 12 semanas o tratamento deve ser revisto, assim como a adesão da paciente e a possibilidade de encaminhamento para a rede ambulatorial especializada de reabilitação devem ser verificados.

Além de todas as orientações descritas anteriormente, uma técnica que pode ser orientada é o Método *"the Knack"*, útil em mulheres com IUE, sendo caracterizado por uma contração voluntária dos MAP antes de qualquer situação que aumente a pressão intra abdominal, como tosse, espirro, mudança de decúbito e elevação de peso.

Nos casos de referenciamento, é importante que o Fisioterapeuta e eSF mantenham o acompanhamento longitudinal da mulher.

A seguir, serão descritas algumas DAP, mais especificamente: incontinência urinária (IUE, IUU, IUM), prolapso de órgãos pélvicos (POP), disfunções sexuais e dores pélvicas crônicas, destacando-se os aspectos mais relevantes para embasar a abordagem fisioterapêutica na APS.

5.2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU)

A IU é definida pela *Sociedade Internacional de Continência* como qualquer perda involuntária de urina. Trata-se da DAP de maior prevalência entre mulheres, podendo acometer mais de 69% dessa população. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), 10 milhões de brasileiras sofrem com essa condição, podendo acometer cerca de 35% das mulheres com mais de 40 anos e após a menopausa e 40% das gestantes.

As repercussões ocasionadas pela IU podem impactar negativamente as funções físicas, sexuais e psicossociais das mulheres acometidas, desencadeando na redução da participação social, maiores índices de afastamento do trabalho, perda da autoconfiança, baixa autoestima, incluindo o desenvolvimento de quadros de angústia e depressão. Dessa forma, a IU caracteriza-se como um problema de saúde pública, uma vez que possui alta morbidade e eleva os custos em saúde.

Sabe-se que a incontinência urinária tem sido subdiagnosticada, uma vez que grande parte das mulheres mostram-se relutantes em mencioná-la aos profissionais de saúde, por constrangimento ou por desconhecimento, uma vez que existe a crença de que a perda de urina é normal, principalmente na medida em que se envelhece.

Vale ressaltar que condição de saúde é comumente associada à idade da paciente, sendo que este não é o principal indicativo da perda involuntária de urina, apesar de que idade tem participação, pelo processo de senescência que leva a processo de decadência do sistema muscular e neural. Os fatores de risco sim expõem, principalmente, a mulher em desenvolver esta condição. Patologias como diabetes mellitus, hipertensão, que é mais prevalente em indivíduos de idades mais avançadas, sendo estes fatores que expõem a uma maior probabilidade do desenvolvimento da IU (VALLEJOS et al., 2019).

A IU tem determinação multifatorial, podendo comprometer a fase de enchimento e / ou esvaziamento vesical, ou ainda ser desencadeada por doenças neuromusculares, fragilidade do sistema de suporte, gravidez, alterações hormonais, câncer, sintomas de apresentação de outras doenças.

Os fatores envolvidos no desenvolvimento da IU, podem ser divididos em:

- Não obstétricos: idade, raça, herança genética correlacionada ao colágeno, tabagismo, obesidade, baixo nível socioeconômico, atividades laborativas que demandem grande esforço físico, atividade física de alto impacto e cirurgias ginecológicas prévias.
- Obstétricos: parto vaginal, principalmente se for operatório (uso de fórceps ou vácuo extrator), episiotomia, peso de recém-nascido (superior a 4 kg), maior duração do segundo estágio do trabalho de parto e apresentação fetal não cefálica.

De acordo com a ICS, os tipos de IU mais comuns são:

- Incontinência Urinária de Esforço (IUE): perda urinária mediante esforços, durante atividade física, tosse ou espirro;
- Incontinência Urinária de Urgência ou urge-incontinência (IUU): perda involuntária de urina acompanhada por um desejo de urinar repentino, com dificuldade de adiar;
- Incontinência Urinária Mista (IUM): perda urinária acompanhada por urgência e esforço.

Ainda, destacamos a noctúria: acordar a noite para urinar (diferenciar de insônia);

Dentre os tipos de IU, a incontinência urinária de esforço é a mais prevalente, seu desenvolvimento está relacionado à disfunção dos mecanismos de fechamento uretral ocasionados por alterações anatômicas e / ou defeitos no esfíncter intrínseco da uretra. Nessa situação, ocorre redução da pressão uretral e o fechamento esfincteriano é insuficiente para impedir a saída da urina durante a realização de atividades que aumentem a pressão intravesical, como tosses e espirros, por exemplo.

Incontinência urinária de urgência: decorrente de disfunção vesical, podendo estar relacionada a distúrbios neurológicos sensitivos ou a hiperatividade motora do músculo detrusor, onde as contrações involuntárias do músculo, culmina na expulsão involuntária da urina armazenada. Frequentemente a IUU está associada ao aumento da frequência urinária e à noctúria (acordar para urinar durante o sono).

Incontinência urinária mista: decorrente da associação de disfunções do mecanismo de fechamento uretral e vesical.

Atualmente existem diversas opções terapêuticas para tratamento da IU, destacando-se as intervenções conservadoras, medicamentosas e por fim, cirúrgicas. Atualmente existem diversos grupos medicamentosos utilizados no tratamento da IU e estes são classificados baseados em sua ação inibitória ou estimuladora sobre a musculatura vesical e uretral.

- Substâncias que aumentam a resistência uretral: são medicamentos que aumentariam o tônus da musculatura lisa uretral, e isso se refletiria na prática com um aumento da resistência uretral.
- Substâncias que diminuem a resistência uretral: são medicamentos que diminuem a resistência uretral por relaxamento da musculatura lisa, permitindo micção mais efetiva.
- Substâncias que aumentam a atividade do detrusor: medicamentos para o tratamento clínico da hipocontratilidade do detrusor.

- Substâncias que diminuem a atividade vesical: são medicamentos que atuam diminuindo a contração detrusora. Um dos medicamentos mais utilizados para tratamento da hiperatividade vesical é a Oxibutinina . Entretanto os pacientes têm dificuldade de adesão ao tratamento devido seus efeitos colaterais principalmente a xerostomia e constipação intestinal.

Medicamentos comuns na prática clínica e sua repercussão no mecanismo da micção, como narcóticos, ansiolíticos, hipnóticos e antipsicóticos diminuem a consciência da plenitude vesical, redução do reflexo miccional e da contratilidade detrusora, levando à incontinência paradoxal. Antiespasmódicos, antidiarréicos e antiparkinsonianos (à exceção do Prolopa) possuem atividade anticolinérgica, levando a redução da contratilidade do detrusor e aumento do risco de retenção urinária. Medicamentos para o trato respiratório superior (antigripais) aumentam a contração do colo vesical, dificultando a micção. Diuréticos aumentam o volume urinário, aumentando a frequência miccional.

O tratamento cirúrgico constitui o último recurso a ser utilizado, devendo ser empregado apenas quando o tratamento conservador não for bem sucedido. O tratamento cirúrgico da IUE é eficaz a longo prazo, com 60 a 90% de continência em 5 anos. Ainda, é importante considerar que o tratamento cirúrgico não exclui o tratamento conservador, podendo ser realizado tanto antes como após o procedimento cirúrgico.

5.2.1 ABORDAGEM DA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

O tratamento fisioterapêutico é indicado como uma das principais alternativas terapêuticas para as mulheres com IU, principalmente na APS. Nesse sentido destaca-se o TMAP, uma opção terapêutica comprovadamente eficaz (nível A de evidência). Além disso, o treinamento vesical pode potencializar os resultados obtidos com o TMAP em mulheres com IUM ou IUU (MOORE et al., 2013).

A abordagem fisioterapêutica envolve ações de promoção de saúde, por meio de intervenções pontuais (veja relatos de experiência) quanto à abordagem comportamental e reabilitadora, seja individual ou em grupo (veja relatos de experiência), associadas a um programa de exercícios. Destaca-se que em todas as intervenções é importante o trabalho integrado com as eSF e a abordagem multiprofissional.

5.2.1.1 INTERVENÇÕES COLETIVAS PONTUAIS

Englobam atividades de promoção de saúde como salas de espera, encontros com usuários das academias da cidade e datas comemorativas como outubro rosa e dia internacional da mulher, prevenção da IU e detecção precoce. Nestas intervenções, é possível a aplicação de questionários de rastreamento (anexo: item 10.1), além de atividades assíncronas, de mobilização, como fixação de cartazes informativos (consultórios, sala de espera). Como temas podem ser abordados a anatomia da pelve e MAP, conceito de IU, sinais e sintomas, tipos de IU, fatores de risco modificáveis, medidas preventivas, hábitos urinários e intestinais, e hábitos de vida saudáveis, bem como possibilidades terapêuticas.

No âmbito da reabilitação e tratamento de mulheres com IU, cabe ao Fisioterapeuta avaliar as funções urinárias e recomenda-se utilizar a avaliação padronizada (*Instrumento de Avaliação Fisioterapêutica - SMSA, anexo 2*), o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), anexo 5 e o Diário Miccional (frequência), todos no anexo, anexo 4 e íten 7.1.1.2.

É importante definir critérios de atendimento para necessidade de abordagem individual ou em grupo. Usuárias que não tenham disponibilidade para participar do grupo ou não conseguem realizar corretamente a contração do assoalho pélvico neste primeiro contato, é indicado a abordagem individual. Segue abaixo um fluxograma, como sugestão para a abordagem individual. Caso no primeiro contato a paciente apresente controle dos MAP, a mesma pode ser encaminhada para uma abordagem coletiva.

5.2.1.2 ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

- A seguir, é apresentado uma sugestão de fluxograma com a descrição da abordagem individual para mulheres com IU, lembrando que os intervalos de retorno podem variar dependendo da realidade de cada território de abrangência das eNASF-AB e da agenda dos profissionais.

FIGURA 3: Fluxograma sobre a abordagem individual para mulheres com IU.

1º CONTATO	• Orientação em relação ao funcionamento da fisioterapia; • Educação em saúde; • Inicio da avaliação - Entrevista; • Orientação para realização do diário miccional.
2º CONTATO (7 dias após o 1º contato)	• Exame físico*; • Orientações de exercícios para treinamento dos músculos do assoalho pélvico (MAPs)**; • Análise do diário miccional***; • Sugestão de orientações em relação a evolução de exercícios - se impossibilidade de retornos em menor intervalo de tempo; • Sugestão de checklist; • Sugestão de encaminhamento para grupo.
3º CONTATO - caso impossibilidade de acompanhamento em grupo (14 a 21 dias após o 2º contato)	• Verificar a efetividade das orientações anteriores, esclarecer dúvidas; • Reforçar orientações em relação aos hábitos de vida, treinamento vesical (TV) e estrutura/função dos MAPs; • Sugestão de evolução de exercícios; • Sugestão de checklist.
4º CONTATO - caso impossibilidade de acompanhamento em grupo (21 a 30 dias após o 3º contato)	• Verificar a efetividade das orientações anteriores, esclarecer dúvidas; • Reforçar orientações em relação aos hábitos de vida, treinamento vesical (TV) e estrutura/função dos MAPs; • Solicitação de novo diário miccional (IUU e IUM) - a critério do fisioterapeuta caso seja necessário****; • Reavaliação através ICIQ-SF ou modelo de monitoramento****; • Sugestão de evolução de exercícios , checklist para pacientes que continuarem em acoampanhamento com a fisioterapia NASF-AB; • Alta se melhora dos sintomas ou alcance dos objetivos da paciente.
5º CONTATO - caso impossibilidadede acompanhamento em grupo e esteja evoluindo com melhora dos sintomas. (21 a 30 dias após o 4º contato)	• Verificar a efetividade das orientações anteriores, esclarecer dúvidas; • Reforçar orientações em relação aos hábitos de vida, treinamento vesical (TV) e estrutura/função dos MAPs; • Sugestão de evolução de exercícios; • Reavaliação através ICIQ-SF ou modelo de monitoramento**** ; • Encaminhamento ao serviço secundário de reabilitação caso não ocorra nenhuma melhora dos sintomas.
6º CONTATO - caso impossibilidade de acompanhamento em grupo, paciente não encaminhada ao CREAB e esteja evoluindo com melhora dos sintomas. (21 a 30 dias após o 5º contato)	• Verificar a efetividade das orientações anteriores, esclarecer dúvidas; • Reforçar orientações em relação aos hábitos de vida, treinamento vesical (TV) e estrutura/função dos MAPs; • Reavaliação completa; • Alta se melhora dos sintomas ou alcance dos objetivos da paciente; • Contra-referência ao médico de referência com descrição dos desfechos do acompanhamento a fisioterapia NASF-AB.

Legenda:
Exame físico*: inspeção sobre a roupa íntima. **Treinamento dos MAPs****(ver item 7.1.1.3 , capítulo 7: A Abordagem da Mulher com Disfunções do Assoalho Pélvico pelo Fisioterapeuta do NASF-AB). **Análise do diário miccional***** (7.1.1. A Abordagem da Mulher com Disfunções do Assoalho Pélvico pelo Fisioterapeuta do NASF-AB). **Verificar a efetividade das orientações anteriores******** (pode-se utilizar a sugestão de ficha de acompanhamento diário da realização dos exercícios dos MAP, anexo 8). **Solicitação de novo diário miccional (IUU e IUM)******** Nos casos de IUE sugere-se a realização de ao menos um diário miccional. Fica a critério do profissional realizar novo diário caso julgue necessário. **Sugestão de modelo de monitoramento*********, anexo 9.

5.2.1.3 ATENDIMENTO COLETIVO DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O grupo terapêutico potencializa o diálogo, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo. Na concepção de CARDOSO e SEMINOTTI (2006), o grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate quanto a necessidade de ajuda de todos e abre-se a possibilidade de maior discussão sobre a temática, a qual muitas vezes há constrangimento no momento da consulta individual e mesmo a falta de questionamento por parte dos profissionais da saúde quanto a questão.

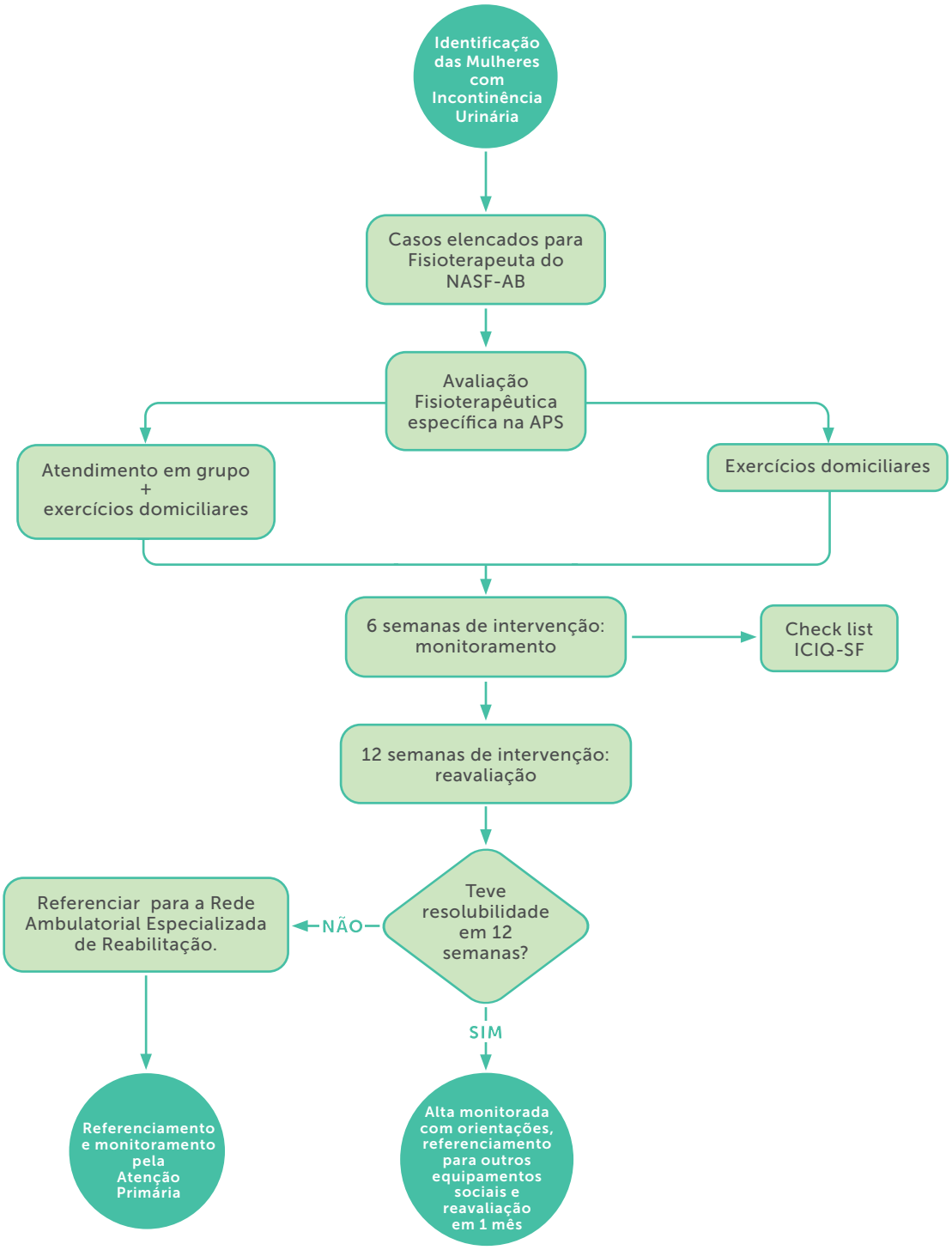
Na abordagem da IU, as experiências na rede SUS-BH têm apresentado diversas configurações de grupo, como desenhos de grupos fechados, número pré-definido de encontros e entrada de participantes no mesmo período, ou grupos abertos (verificar item 12: relatos de experiência).

Importante lembrar que as mulheres que preferirem realizar os exercícios somente em casa, devem receber todas as orientações previstas no tópico de educação em saúde, além da prescrição do TMAP.

VAZ e colaboradores (2019) demonstraram que mulheres que têm capacidade de contração dos MAP, tanto o TMAP realizado em grupo supervisionado por Fisioterapeuta quanto o realizado em casa após orientações deste profissional mostram-se efetivos para a redução dos episódios de IU.

A seguir, é apresentado um fluxograma para abordagem das mulheres com IU.

FIGURA 4: Fluxograma para abordagem coletiva das mulheres com IU pelo Fisioterapeuta do NASF-AB.



5.2.1.3.1 SUGESTÃO DE ESTRUTURA DE GRUPO

- Recomenda-se grupos fechados ou abertos, de periodicidade semanal. Nos grupos fechados, 12 encontros.
- **Avaliações e Monitoramento:**

- Avaliação Inicial: *Instrumento de Avaliação Fisioterapêutica -SMSA-BH / ICIQ-SF (anexo 2)*

- Monitoramento em relação a melhora dos sintomas na 6ª semana: *ICIQ-SF (anexo 5)* ou check list (anexo 9)

- Reavaliação após 12ª semana e referenciamento a outro serviço, se necessário.

- **Organização dos encontros:**

A - <u>Educação em Saúde:</u>

Rodas de conversa e exposições dialogadas, com apoio de dinâmicas e materiais ilustrativos, desenvolvidas por profissionais diversos:

- Anatomia e fisiologia da pelve (fisioterapia/medicina)

- Fisiologia da micção (fisioterapia)

- Tipos de incontinência urinária (fisioterapia)

- Posicionamento para evacuar (fisioterapia)

- Fatores de contexto e de risco para DAP (fisioterapia)

- Autopalpação do corpo perineal / conscientização corporal (fisioterapia)

- Treinamento vesical / diário miccional (fisioterapia)

- Ingestão hídrica, alimentação adequada e saudável / alimentos irritativos para bexiga / constipação intestinal (nutrição)

- Importância da atividade física regular (educação física)

- Aspectos emocionais e incontinência urinária: impacto na qualidade de vida, constrangimento/confiança, sexualidade (psicologia)

- Relação medicamentos e incontinência urinária (farmácia)

- Infecções urinárias: causas, sintomas, higiene íntima, conduta pós relação sexual, ingestão hídrica, tratamentos, infecções urinárias recorrentes) - (medicina/enfermagem)

- Infecções Sexualmente Transmissíveis (medicina/enfermagem)

B - <u>Treinamento MAP:</u>

Realização dos exercícios no grupo e orientação para realização dos mesmos em domicílio (3 vezes ao dia, 2 a 3 vezes por semana ou todos os dias se possível). Pode-se

orientar a mulher a utilizar a *Ficha de Acompanhamento Diário de Exercícios*, anexo 8.

Deve-se lembrar dos princípios:

- Especificidade: Contração isolada dos MAP;

- Reversibilidade: Manter o treinamento dos MAP;

- Sobrecarga e progressão: progressão de posição (deitado, sentado e de pé), repetição, carga, repouso, intensidade da contração.

Para orientação sobre o TMAP pode-se utilizar algumas sugestões descritas abaixo:

Realizar 10 contrações sustentadas com a maior força possível sem o recrutamento excessivo dos sinergistas dos MAP. O Fisioterapeuta irá contar 10 segundos e cada mulher sustentará sua contração pelo tempo que conseguir. É importante que toda semana as mulheres sejam incentivadas a aumentar seu tempo de sustentação da contração dos MAP (objetivando alcançar 10 segundos de sustentação). Após cada contração deve-se dar um tempo de descanso (relaxamento) de 10 segundos antes de iniciar uma nova contração. Após o término das 10 contrações sustentadas, dar um período de descanso de 2 minutos. Após esse intervalo, realizar 10 contrações rápidas (ou metade do número das contrações sustentadas) com o máximo de força sem intervalo entre elas.

Outra sugestão é começar o TMAP no grupo com todas as mulheres iniciando com um mesmo tempo de sustentação de contração dos MAP definida, por exemplo, de 3 segundos e ir aumentando gradativamente até 10 segundos.

Sugere-se no primeiro mês realizar o TMAP em decúbito dorsal, no segundo na posição sentada e no terceiro na posição de pé. No terceiro mês de treinamento pode-se evoluir para treinamento funcional (simulação de situações de perda e / ou urgência miccional), circuito.

É muito importante que além dos exercícios realizados no grupo as mulheres precisam ser orientadas a realizarem o TMAP em domicílio nos outros dias da semana. Podem realizar os exercícios mais 3 dias na semana (de preferência em dias alternados) e pode ser reduzido o número de repetições, por exemplo se realizou 10 contrações sustentadas no grupo, em casa pode realizar 8 contrações. Lembrando que o número de contrações rápidas pode ser a metade das contrações sustentadas; e o tempo de repouso deve ser igual ou o dobro do tempo de sustentação da contração.

C - <u>Treinamento Sinergistas e Outros Exercícios</u>

Deve-se treinar isoladamente os músculos abdominais, adutores e glúteos, após TMAP.

Pode-se propor ainda técnicas de relaxamento globais, exercícios respiratórios, e exercícios de mobilidade pélvica. (vide anexo 10 - sugestão de exercícios)

5.3 PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)

O POP é uma condição comum e benigna nas mulheres. Constitui-se em uma herniação dos órgãos pélvicos através da vagina, consistindo na descida de uma ou mais estruturas da vagina (parede vaginal anterior ou posterior, ou ainda da cúpula vaginal após histerectomia) e útero (colo). Esta disfunção exerce grande impacto sobre a qualidade de vida das mulheres, afetando as suas atividades cotidianas, além de questões sexuais, físicas e psicoemocionais.

O POP pode ser assintomático, no entanto, a grande maioria das mulheres relatam sintomas como peso pélvico, desconforto, protuberância ou saliência na vagina, queixas sexuais e disfunção do trato urinário baixo. Os fatores de risco para o desenvolvimento do POP incluem gestação, via de parto vaginal, idade, obesidade, disfunções do tecido conectivo, menopausa, constipação crônica, histerectomia e desordens do colágeno.

A fisiopatologia dos POP é complexa e multifatorial e está relacionada ao enfraquecimento das estruturas de sustentação, à disfunção neuromuscular ou ambos. É importante lembrar que qualquer insulto a esse sistema de suporte, ameaça o equilíbrio, gerando descompensação nos músculos, ligamentos e fáscias, e em vetores de forças que atuam no sentido da manutenção dos órgãos pélvicos em sua posição normal. Assim faz-se necessário a compreensão do suporte pélvico normal.

5.3.1 CLASSIFICAÇÃO

A classificação de Baden e Walker é a de uso mais difundido em nosso meio:

- Grau 0: ausência

- Grau 1: pelo menos até a metade da distância entre o local inicial e o intróito (dentro do intróito vaginal)

- Grau 2: na altura do intróito sem ultrapassá-lo

- Grau 3: ultrapassa parcialmente o intróito

- Grau 4: ultrapassa o intróito em todo seu conteúdo (eversão completa)

5.3.2 TRATAMENTO

O tratamento deve basear-se nos sintomas relatados pelas pacientes e nos achados do exame físico, podendo ser clínico ou cirúrgico. Para escolha do melhor método para abordagem da paciente acometida, alguns parâmetros deverão ser analisados. A gravidade do acometimento, os sintomas relatados e seu estado de saúde serão o ponto de partida para escolha do tratamento mais adequado para determinada situação. Em casos de POP graus 3 e 4 referenciar as mulheres para o ginecologista ou eSF para avaliação de possibilidade de tratamento cirúrgico de acordo com critérios estabelecidos. Vale lembrar que essas mulheres (graus de POP 3 e 4), mesmo não tendo indicação para TMAP, devem receber orientações de hábitos de vida saudáveis e modificação de fatores de risco para auxiliar na não recidiva do POP.

Terapias menos invasivas têm sido cada vez mais consideradas, devido a menos efeitos colaterais, resposta terapêutica eficiente e baixo custo, se comparadas a alternativas, como os procedimentos cirúrgicos (GLISOI e GIRELLI, 2011; HAGEN e STARK, 2011).

A cinesioterapia, através da realização de exercícios, promove o fortalecimento da musculatura perineal. O principal objetivo desses exercícios consiste em proporcionar o reforço muscular dos MAP, melhorando a resistência uretral e a sustentação dos órgãos pélvicos (BELO et al., 2004; OLIVEIRA e GARCIA, 2011). Os exercícios dos MAP são bem indicados para POP grau 1 e 2. Assim, destacamos a importância do papel do Fisioterapeuta.

A abordagem dos POP na APS deve ser multidisciplinar e envolver Ginecologistas, Fisioterapeutas e eSF, outros profissionais do NASF-AB, dentre outros.

5.3.2.1 ABORDAGEM ÀS MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

A abordagem fisioterapêutica é indicada para mulheres sintomáticas (com POP grau 1 ou 2) ou que apresentem outras condições associadas, como: disfunção miccional, defecatória ou sexual. Os objetivos são a melhora dos sintomas e da qualidade de vida, e mais especificamente aumentar a força, resistência e o suporte da musculatura do assoalho pélvico em conjunto com terapia comportamental.

A avaliação deve ser global e contemplar o abdômen e pelve, sendo recomendado utilizar o modelo proposto no capítulo de disfunções do assoalho pélvico.

Na abordagem da mulher é primordial **orientar em relação a hábitos de vida** (controle do peso, hidratação adequada, posicionamento ao evacuar / urinar para não sobrecarregar os MAP e o cuidado com atividades de impacto que aumentem a pressão intra abdominal), melhora da função intestinal e orientações quanto a execução de atividades laborais que possam impactar na piora do quadro, principalmente as que demandam carregar peso e atividade física de impacto. Além disso, deve orientar a contração protetora dos MAP (“**the Knack**”), antes dos esforços (atividades que aumentem a pressão intra-abdominal) (JARVIS, et al., 2005) e o treinamento dos MAP.

Todas as abordagens sugeridas acima estão descritas detalhadamente no capítulo 5, íten 5.1.1 *Abordagem da Mulher com Disfunções no Assoalho Pélvico pelo Fisioterapeuta do NASF-AB* deste documento.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Fisioterapia pré operatória melhora os resultados para mulheres submetidas a cirurgia de incontinência e/ou prolapso: resultados de um estudo controlado randomizado.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16029296/

5.4 DISFUNÇÕES SEXUAIS

Disfunção sexual é definida como dificuldade persistente e recorrente de o sujeito acessar e completar uma ou mais fases da resposta física sexual, o que lhe causa sofrimento e limitações funcionais (BARACHO, 2018). As disfunções sexuais podem ser identificadas em qualquer fase da resposta sexual: desejo, excitação,orgasmo e resolução. No entanto, na mulher, o nível de satisfação sexual pode estar desvinculado às fases descritas (BASSON et al., 2001).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5, 2014) apresenta seis classificações para as disfunções sexuais feminina: transtorno interesse/excitação sexual, transtorno do orgasmo, transtorno dor genito-pélvica/penetração, disfunção sexual induzida por medicamento, disfunção sexual específica e disfunção sexual não específica. Apesar dessas diversas classificações, a mulher deve ser avaliada dentro do modelo biopsicossocial da sexualidade e o Fisioterapeuta pode atuar em diversos aspectos musculoesqueléticos, com visão especializada sobre a pelve em associação com condições cinético funcionais globais.

É muito importante que a abordagem das mulheres seja conduzida de forma cuidadosa e com muita sensibilidade, por uma equipe multiprofissional, destacando o papel do psicólogo e assistente social.

5.4.1 ABORDAGEM DAS MULHERES COM DISFUNÇÕES SEXUAIS PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

Na abordagem das mulheres é importante considerar:

- Orientação quanto capacidade de relaxamento dos MAP;
- Alterações relacionadas ao hipoestrogenismo em mulheres no climatério (verificar o capítulo *Cuidado à Mulher no Climatério* deste documento.
- Importância do TMAP (verificar o capítulo 7, íten 7.1.1 *Abordagem da Mulher com Disfunções no Assoalho Pélvico pelo Fisioterapeuta do NASF-AB, ítem 7.1.1.3 Treinamento dos MAP).*
- A disfunção sexual é de grande complexidade, portanto, caso identificada deve ser encaminhada para a reabilitação ambulatorial especializada.

5.5 DORES PÉLVICAS CRÔNICAS

De acordo com o *European Association Urology guideline on Chronic Pain Pelvic* (2018) a dor pélvica crônica pode ser definida como dor intermitente ou constante por pelo menos seis meses. É percebida em estruturas relativas à pelve e frequentemente associada com consequências negativas cognitivas, psicológicas, sexuais, comportamentais e emocionais,

assim como sintomas sugestivos de disfunções do trato urinário inferior, assoalho pélvico, sexual ou ginecológica. A DPC pode ser subdividida em condições como patologia clássica bem definida (como infecção ou câncer) ou aquelas sem patologia óbvia. A síndrome da dor pélvica crônica é a ocorrência da DPC quando não há infecção comprovada ou outra patologia local óbvia que possa ser responsável pela dor. Esta disfunção pode promover alterações de humor e na vida sexual e social das mulheres, com impacto negativo na qualidade de vida e produtividade.

Segundo dados da OMS, DPC na mulher é a queixa mais comum que leva a procura por consulta ginecológica, sendo responsável por 20% dos agendamentos médicos.

A síndrome da DPC é uma condição de difícil entendimento, pois envolve múltiplos fatores, a começar pela proximidade das várias vísceras pélvicas, o que dificulta a identificação da origem da dor. As queixas costumam estar relacionadas com a região da pelve, parede abdominal anterior, infraumbilical, lombar e das nádegas.

Os fatores de risco ligados ao aparecimento da DPC são classificados como:

- Fatores gerais: idade, cor, índice de massa corpórea (IMC, kg/m2), tabagismo, estado socioeconômico;
- Fatores ginecológicos e obstétricos: paridade, idade da menarca, tempo de duração do ciclo menstrual e volume menstrual, endometriose, doença inflamatória pélvica (DIP), aderências pélvicas, vulvodínia, vulvovaginites;
- Fatores psicossociais: abuso sexual, violência doméstica, ansiedade, depressão, uso de drogas e álcool, histórico de divórcio, morte na família.

Uma anamnese e exame físico cuidadosos são necessários e serão a chave para identificar inúmeras causas e fatores perpetuantes que precisam ser manejados dentro do contexto da mulher com uma equipe multiprofissional.

5.5.1 ABORDAGEM DAS MULHERES COM DORES PÉLVICAS CRÔNICAS PELO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB

Deve considerar além da avaliação da região pélvica (verificar o capítulo *Abordagem da Mulher com Disfunções no Assoalho Pélvico pelo Fisioterapeuta do NASF-AB* deste documento), orientações sobre:

- Hábitos de vida;
- Qualidade do sono;
- Apoio psicológico;
- Técnicas de relaxamento corporal global / massagens;

- Manejo do estresse.

5.6 REFERENCIAMENTO PARA A REDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO

- Critérios para encaminhamento nos casos de DAP:

- Usuárias que não conseguem contrair o assoalho pélvico ou quando não tiveram boa evolução em 12 semanas de tratamento fisioterapêutico na APS.

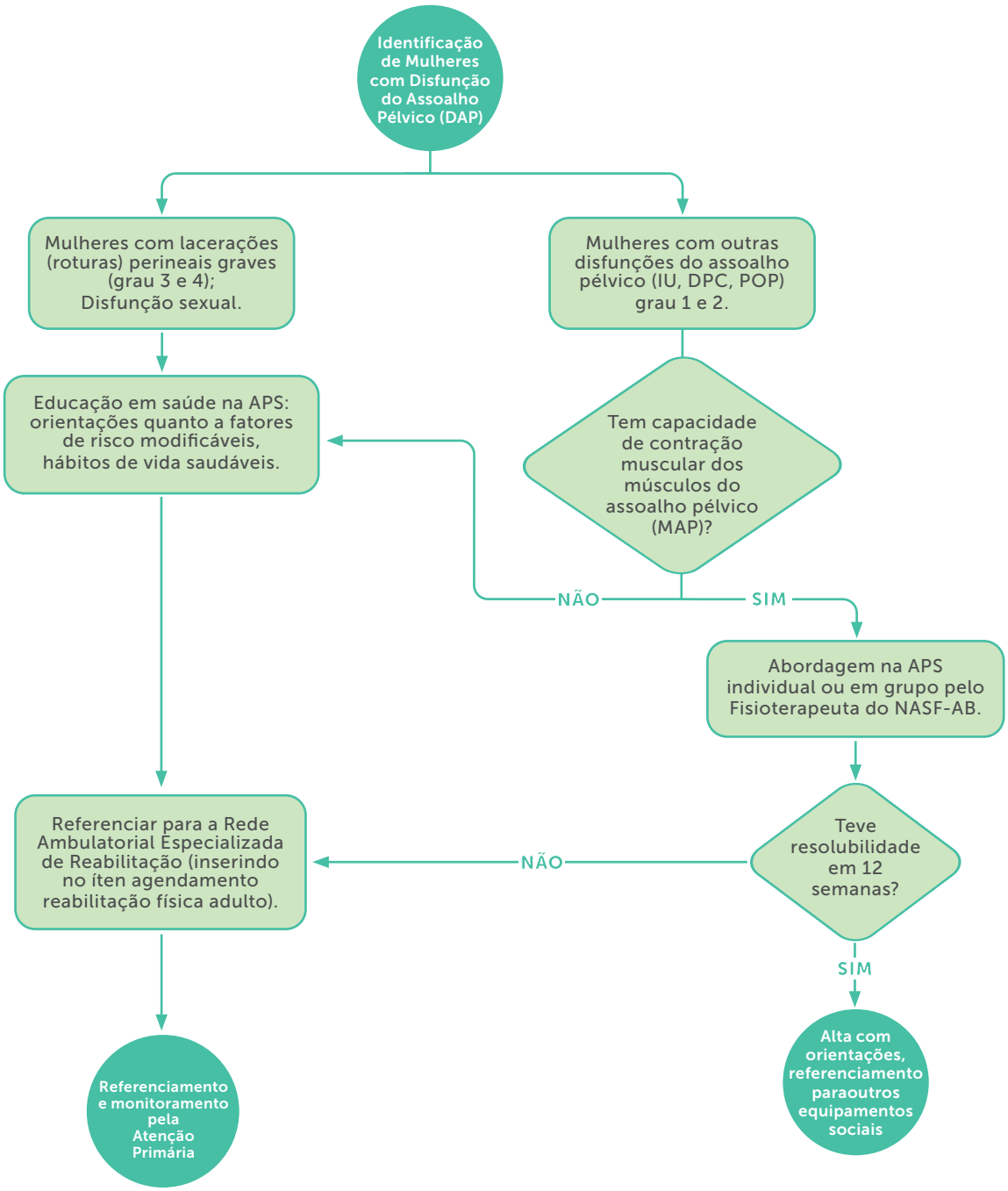
- Lacerações (roturas) perineais graves: grau 3 e 4.

- Infecções urinárias de repetição por possível alteração nos MAP em caso de não alcançar boa resolubilidade na APS.

- Disfunção sexual.

Nos casos de referenciamento, é importante que o Fisioterapeuta e eSF mantenham o acompanhamento longitudinal da mulher.

FIGURA 5: Fluxograma da assistência às mulheres com DAP.



6. O CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO À MULHER NO PÓS-OPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA E CÂNCER GINECOLÓGICO

O **linfedema** é a complicação pós-operatória de câncer de mama e região pélvica mais comum quando há o comprometimento do sistema linfático, e resulta do aumento de volume do espaço intersticial por acúmulo anormal de líquido rico em proteínas. Caracteriza-se por **uma doença crônica e progressiva**, com sintomas que incluem dor, sensação de peso e redução da mobilidade, gerando graves consequências físicas / funcionais, estéticas e emocionais.

Pode ser decorrente de alterações congênitas dos vasos linfáticos (linfedema primário) ou adquiridas, como traumas, lesões, linfadenectomias ou enfermidades infecciosas e crônicas (linfedema secundário). Além disso, pode classificado de acordo com os seguintes estágios clínicos:

- **Grau 1:** inchaço leve e sem presença de fibrose (pele endurecida);
- **Grau 2:** inchaço que não diminui após o repouso e presença de fibrose tecidual;
- **Grau 3:** Estágio mais grave do linfedema, apresenta inchaços volumosos e pele endurecida com fibrose intensa em largas áreas (conhecida como elefantíase).

O tratamento do linfedema demanda cuidados de uma equipe interdisciplinar, na qual o Fisioterapeuta está inserido. O indivíduo deve ser referenciado o mais precocemente possível para o tratamento adequado, pois, uma vez instalado e não tratado, o linfedema progride e interfere negativamente na qualidade de vida do indivíduo.

A abordagem fisioterapêutica tem como objetivo restaurar a funcionalidade do indivíduo, além do alívio da dor, prevenir e tratar as complicações, como diminuição da amplitude de movimento; prevenir trombose venosa profunda, melhorar a fadiga, auxiliar no retorno às atividades funcionais, além de educação em saúde esclarecendo sobre a doença e ressaltando a importância do autocuidado.

O tratamento fisioterapêutico considerado como padrão ouro é a Terapia Descongestiva Complexa (TDC), na qual destacamos o enfaixamento do membro acometido e exercícios mio-linfocinéticos, que promovam o movimento articular e fortalecimento muscular (BERGMANN et al., 2021). A TDC é dividida em duas fases: na primeira, o intuito é mobilizar o líquido acumulado (redução do volume), reduzir a fibrose e restabelecer a saúde da pele, enquanto que a segunda fase é a de manutenção e controle do quadro conquistado na primeira fase.

A abordagem do Fisioterapeuta do NASF-AB engloba:

- Educação em saúde: esclarecimento sobre a característica crônica da doença e seu manejo;

- Cuidados com o membro;
- Cuidados com a pele: orientações quanto a medidas de higiene, hidratação e proteção, evitando danos ou traumas;
- Orientações quanto a hábitos de vida saudáveis, incluindo controle do peso corporal (apoio do Nutricionista, se necessário);
- Sensibilização sobre a importância do enfaixamento e exercícios miolinfocinéticos, colaborando para incentivar os usuários na adesão ao tratamento e prevenção de incapacidades.
- Sensibilização da eSF quanto a identificação dessas mulheres e a importância da abordagem da Fisioterapia.
- Considerando que a segunda fase da TDC é a de manutenção e controle do quadro conquistado na primeira fase, manter a vigilância e acompanhamento longitudinal do caso, após alta do tratamento ambulatorial de reabilitação.

SUGESTÃO DE MATERIAL DE APOIO:

Tratamento Conservador de Linfedema: estado da arte.

https://www.scielo.br/j/jvb/a/qDV4DYGdFrqqNhRxhTSRxbb/?format=pdf&lang=en

Terapia complexa descongestiva no tratamento de linfedema pós-mastectomia.

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1284188

Linfedema Pós Mastectomia

https://oncofisio.com.br/imagens/sistemas/ebook/4/5142.pdf

Casos em que há sequelas decorrentes de pós operatório (PO) de câncer de mama e ginecológico. Exemplos:

- Linfedema de MMII relacionados ao PO de CA ginecológico (ex: CA de vulva);
- Linfedema de MMSS e / ou disfunção na articulação de ombro, com restrição de amplitude de movimento (ADM) importante, comprometendo as Atividades de Vida Diária (AVD) e que necessite de reabilitação sistemática, que estejam relacionados com PO de CA de mama, é importante que o paciente entre em contato com o hospital no qual realizou o procedimento cirúrgico.

7. RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Alguns fisioterapeutas do NASF-AB participantes do Grupo de Trabalho que desenvolveu este documento apresentam, a seguir, breves relatos de experiência em saúde da mulher:

<table>
<tr><th colspan="2">GRUPO DE GESTANTES NO CENTRO DE SAÚDE GLÓRIA</th></tr>
<tr><td>CS / NASF-AB - REGIONAL</td><td>NASF-AB Glória - Regional Noroeste</td></tr>
<tr><td>JUSTIFICATIVA</td><td>No âmbito da saúde da mulher, o grupo de gestantes representa um recurso importante para o atendimento integral e promoção do autocuidado das mulheres grávidas. Deve ser um espaço de acolhimento, de troca de experiências e de compartilhamento mútuo. As ações são organizadas de forma multidisciplinar com os profissionais que compõem o NASF-AB ,eSF e eSB. Todas as ações foram e são pautadas em documentos técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e demais diretrizes pertinentes.</td></tr>
<tr><td>PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS</td><td>Fisioterapeuta do NASF-AB / Psicóloga / Nutricionista / Profissional de Educação Física / Farmacêutica / Terapeuta Ocupacional / Fonoaudióloga / Médicos / Enfermeiros / ACS / Equipe de Saúde Bucal / Residentes / Fotógrafo voluntário</td></tr>
<tr><td colspan="2">Previamente é realizado levantamento com as equipes do Centro de Saúde do quantitativo e informações gerais das gestantes pertencentes às áreas de abrangência. Segue-se a elaboração e distribuição de convites, com sensibilização para participação no grupo, por meio de apoio dos ACS, a todas as gestantes já triadas.
Proposta de oferta de grupo semestral, com no mínimo seis encontros, com duração de 1h30.
Os encontros envolvem abordagem multidisciplinar, organizados de acordo com a disponibilidade dos profissionais, podendo ocorrer o desenvolvimento de dois</td></tr>
<tr><td colspan="2">Temas em um mesmo dia:
Alimentação saudável e aleitamento – Nutricionista e Fonoaudióloga
Pré-Natal e Cuidados com o Recém Nascido – Médico e Enfermeiro
Atividade física - Profissional de Educação Física
Vínculo mãe-bebê e confecção de porta retrato artesanal – Terapeuta Ocupacional
Medicamentos - Farmacêutico
Saúde Bucal - Equipe de Saúde Bucal (eSB)
Problemas posturais - Fisioterapeuta (orientações e demonstrações sobre posturas (para dormir e realizar atividades durante a gestação, para cuidar do bebê e amamentar após o nascimento), orienta e esclarece sobre as alterações biomecânicas durante a gestação e quais queixas são mais comuns e podem ocorrer, bem como amenizá-las e/ou evitá-las; orientação sobre alongamentos e exercícios de MAP e globais; exercícios para facilitar/ melhorar o retorno venoso; relaxamento e automassagem)
Oficina de maquiagem e sessão fotográfica – maquiador e fotógrafo voluntário.
Encerramento: avaliação por meio de questionário aplicado com as gestantes participantes, entrega dos porta-retratos confeccionados com as fotos impressas do ensaio fotográfico e sorteio de brindes doados pela própria equipe.</td></tr>
<tr><td>DEPOIMENTO DE PARTICIPANTE</td><td>“Para mim foi bastante surpreendente. Sou mãe já de dois filhos e no início achei que não seria importante participar dos encontros, mais foi bem além das minhas expectativas e aprendi bastante coisas que não sabia, enfim parabéns a toda equipe”</td></tr>
</table>

INTERVENÇÃO NA ACADEMIA DA CIDADE VALE DO JATOBÁ IV SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
NASF-AB/AC - REGIONAL	**NASF-AB Tirol / Academia da Cidade Jatobá IV - Regional Barreiro**
JUSTIFICATIVA	A Incontinência Urinária (IU) tem alta prevalência entre as mulheres, é uma condição de saúde que compromete as funções físicas, sociais e mentais, em muitos casos agravada pela falta de conhecimento ou constrangimento, levando muitas mulheres a não procurarem tratamento. O objetivo foi fornecer informações sobre a IU, favorecer o autocuidado e alertar as usuárias acerca da existência de tratamento dessa condição, desenvolvendo assim ações de promoção e prevenção dentro da perspectiva da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Fisioterapeuta do NASF-AB e Profissionais de Educação Física da Academia da Cidade
• **Trata-se de intervenção pontual, com duração de uma hora por turma da Academia da Cidade.** • **Foi realizada uma roda de conversa pela Fisioterapeuta do NASF-AB com 71 usuárias, de 03 turmas da Academia da Cidade Vale do Jatobá IV. Os homens foram dispensados visando maior liberdade à discussão com as mulheres. Foi abordado o tema da incontinência urinária: conceito, tipos de incontinência, fatores de risco, funcionamento normal do trato urinário, além de orientações sobre os músculos do assoalho pélvico (MAP), hábitos de vida saudáveis, mudanças esperadas com o envelhecimento, tipos de tratamento e treinamento dos MAP. Para facilitar a compreensão da localização dos MAP foi usada uma bacia de plástico com furo no centro para representar os ossos da pelve, fitas vermelhas cobrindo esse buraco exemplificando os MAP e três balões representando os órgãos da pelve. Para ajudar a ilustrar sobre o funcionamento da bexiga e dos MAP e sobre a incontinência urinária foi usado balão cheio de água e um balde.**	

ABORDAGEM SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA ACADEMIA DA CIDADE FAZENDINHA	
NASF-AB/AC - REGIONAL	**NASF-AB Glória / Regional Noroeste**
JUSTIFICATIVA	Ações em Educação em Saúde dos profissionais do NASF-AB do Centro de Saúde Glória, em parceria com as profissionais de Educação Física, são frequentemente realizadas na Academia da Cidade Fazendinha. As ações discutem temas relevantes ao dia-a-dia dos usuários, com esclarecimento de dúvidas e enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. A partir de uma conversa entre a Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física sobre as queixas de várias usuárias da Academia da Cidade de perda urinária, este tema foi eleito como importante para ser abordado.
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Fisioterapeuta do NASF-AB, Profissional de Educação Física da Academia da Cidade, Acadêmicos do 9º período de Fisioterapia da Faculdade Pitágoras
• **Intervenção pontual na Academia da Cidade Fazendinha, em formato de roda de conversa, com duração aproximada de 40 minutos. O tempo de duração das aulas da academia em todas as turmas foi reduzido para a realização da intervenção.** • **Acadêmicos de fisioterapia auxiliaram na confecção de cartilha com orientações básicas sobre Incontinência Urinária (IU), que foi distribuída.** • **Inicialmente foi explicado aos usuários os objetivos da ação a ser desenvolvida.** • **O Fisioterapeuta abordou os seguintes assuntos: o que é Incontinência Urinária (IU), quais são os tipos, quais fatores podem agravar a IU, posturas para tosse e micção/evacuação, o que é MAP e sua importância, como contrair MAP; além de demonstração de exercícios iniciais e orientação quanto ao trabalho realizado no CS Glória para tratamento da IU.** • **Ao final foram esclarecidas as dúvidas e realizada uma avaliação quanto à satisfação dos usuários acerca da intervenção por meio de feedback oral.**	
DEPOIMENTO DE PARTICIPANTE	"Não sabia que existia tratamento para urina solta e muito menos que tinha aqui tão perto."

AÇÃO OUTUBRO ROSA NO CENTRO DE SAÚDE SERRA VERDE	
NASF-AB/AC - REGIONAL	**NASF-AB Serra Verde - Regional Venda Nova**
JUSTIFICATIVA	O Outubro Rosa, movimento internacional de conscientização para o controle do câncer de mama, tem como alguns de seus objetivos compartilhar informações e promover a conscientização sobre a doença; proporcionar maior acesso aos serviços de diagnóstico e de tratamento e contribuir para a redução da mortalidade. Os profissionais de saúde se dedicam para proporcionar cuidado e assistência específicos à Saúde da Mulher às usuárias e trabalhadoras do Centro de Saúde, as quais muitas vezes não tem um momento de cuidado dedicado a elas. Uma técnica de enfermagem propôs a realização de uma ação voltada para as mulheres do CS por meio de dinâmicas e café coletivo. O planejamento foi então realizado em conjunto com NASF-AB.
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Fisioterapeuta do NASF-AB / Técnica de Saúde Bucal / Profissional de Educação Física / Terapeuta Ocupacional / Nutricionista / Técnica de Enfermagem
• **Ação dividida em 2 turnos, para evitar aglomeração em decorrência do contexto da pandemia por SARS-CoV-2, com duração média de 60 minutos.** • **Foi realizada decoração local pela técnica de enfermagem e café coletivo organizado com apoio de profissionais do CS, bem como llembrança confeccionada para o evento.**	
Momentos: • Técnica de Saúde Bucal: dinâmica sobre gestão das emoções interferindo diretamente na saúde da mulher, sua influência na qualidade de vida e no impacto da saúde mental no adoecimento do corpo (físico). • Profissional de Educação Física: dinâmica sobre empoderamento feminino, autoestima, lazer e reflexão sobre a linguagem corporal utilizada pela mulher na sociedade através da dança. • Fisioterapeuta: "Quem é este tal de Períneo?". Roda de conversa sobre anatomia pélvica feminina, funções do assoalho pélvico, recursos utilizados para reabilitação e prática sobre fortalecimento dos MAP. • Café de encerramento e entrega de lembrança da ação.	
DEPOIMENTO DE PROFISSIONAL	"Foi um momento ímpar onde houve interação dos profissionais. Neste momento foram abordados temas que não eram de conhecimento de todos nós, como por exemplo o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Este tipo de ação faz diferença porque promove saúde de forma prazerosa, desmistificando tabus e consequentemente mudanças de hábitos" (Dentista do Centro de Saúde)

GRUPO DE SAÚDE DA MULHER COM ÊNFASE EM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO CENTRO DE SAÚDE GLÓRIA	
NASF-AB/AC - REGIONAL	**NASF-AB Glória - Regional Noroeste**
JUSTIFICATIVA	O grupo foi idealizado como recurso importante para o atendimento integral e promoção do autocuidado das mulheres com IU. Deve ser um espaço de acolhimento, de troca de experiências e de compartilhamento mútuo. As ações realizadas são principalmente de Fisioterapia e, em encontros previamente programados, organizadas de forma multidisciplinar com os profissionais que compõem o NASF-AB, eSF e Ginecologia.
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Fisioterapeuta do NASF-AB / Psicóloga / Nutricionista / Profissional de Educação Física / Farmacêutica / Terapeuta Ocupacional / Fonoaudióloga /Ginecologista / Médicos Generalistas / Enfermeiros / ACS / Estagiários do 9º período de Fisioterapia e Professora Preceptora da Faculdade Pitágoras

- **Grupo contínuo, com encontros semanais de uma hora de duração.**
- **Inicialmente foi realizada uma conversa entre a Fisioterapeuta e a Ginecologista do Centro de Saúde Glória para realizar um levantamento da demanda existente nas consultas ginecológicas em relação a incontinência urinária feminina.**
- **Avaliação ginecológica e abordagem da ginecologista para sensibilização quanto ao tratamento.**
- **As participantes que apresentaram alterações foram avaliadas e seguidamente sensibilizadas pela Ginecologista a realizarem o tratamento fisioterapêutico. As mulheres que desejaram participar da abordagem foram encaminhadas para acompanhamento.**
- **Encaminhamento da participante após avaliação ginecológica para o Fisioterapeuta para avaliação individual das participantes:**

Atendimento Individual:

a) Avaliação Fisioterapêutica: preenchimento de anamnese considerando tipo de IU, funções e histórico urinário e ginecológico, história familiar, avaliação postural global e percepção de contração de MAP;

b) Orientação quanto ao preenchimento do diário miccional: como anotar o horário que urinou, o volume (orientar também como medir), motivo da perda, volume de líquido ingerido;

c) Orientações iniciais da Terapia Comportamental: consiste em mudanças no estilo de vida para minimizar os fatores de risco (reduzir ingestão de alimentos irritantes como cafeína, bebidas gaseificadas e adoçantes artificiais; ingesta de líquidos; controle intestinal; controle de peso/ obesidade; controle do tabagismo) e treinamento vesical (micção programada, contração de MAP);

d) Orientação e treino da percepção da contração do assoalho pélvico:

- A participação no grupo consta com realização de exercícios específicos para assoalho pélvico (exercícios de Kegel, propriocepção e fortalecimento do core) e cinesioterapia global, incluindo uma reavaliação após 2 meses de intervenção.

- Os encontros foram programados de forma multidisciplinar, com temáticas variadas e definidas de acordo com os profissionais disponíveis para participação no grupo para serem realizados em momento oportuno no decorrer do grupo de intervenção.

- Os de temas foram definidos a partir de sugestões de participações, tais como:

• Disfunções pélvicas e urinárias: Médico Ginecologista;

• Alimentação saudável e a influência da mesma na IU: Nutricionista / Fonoaudióloga;

• Atividade física: Profissional de Educação Física;

• Auto-estima e socialização: Psicólogo, Terapeuta Ocupacional;

• Medicamentos: Farmacêutica;

• Autocuidado: Médico generalista e Enfermeiro;

- Para encerramento do grupo e confraternização para a socialização, considerar:

• Em caso de grupo fechado tanto em formato de encontros educativos ou grupo de intervenção, pode-se realizar o encerramento no último encontro, no qual entregamos uma cartilha orientadora e também realizamos uma conversa / avaliação sobre o grupo;

• Em caso de grupo aberto, pode-se realizar um encontro nos períodos em que for necessário realizar pausas, como nas festividades de fim de ano e a avaliação. Este encontro é muito importante para celebrar e trocar experiências, além do resgate social.

DEPOIMENTO DE PROFISSIONAL	"Hoje estou muito feliz. Consegui após 3 semanas de exercícios que estou fazendo todos os dias sair de casa e descer o morro usar o absorvente e não perdi nenhuma gota de urina." "Estou tão satisfeita porque depois de 3 semanas de exercícios não perdi urina durante a relação sexual. Meu marido percebeu a diferença. Vou melhorar ainda mais."

GRUPO SEGURA AI	
NASF-AB/AC - REGIONAL	**NASF-AB Minas Caixa e Serra Verde - Regional Venda Nova**
JUSTIFICATIVA	A incontinência urinária é definida pela ICS (International Continence Society) como qualquer queixa de perda involuntária de urina. Sabemos que esta condição apresenta grande impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, afetando diretamente o contato social, as atividades laborais, a higiene e vida sexual. O constrangimento em relatar a disfunção por parte de muitas mulheres é um fator que contribui de forma significativa para a subnotificação dos casos de incontinência urinária bem como o desconhecimento de alguns profissionais de saúde em relação às possibilidades de reabilitação para tal disfunção. Dessa forma, faz-se necessário ações voltadas para orientar, sensibilizar, prevenir e reabilitar na Atenção Primária em Saúde.
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Fisioterapeuta do NASF-AB / Nutricionista / Farmacêutico, Profissional de Educação Física / Terapeuta Ocupacional / Enfermeiro / Médico / Técnicos de Enfermagem / Psicologia convidada de outro polo NASF-AB (CS Santo Antônio e Andradas).

- **Grupo de promoção à saúde e reabilitação, de oferta semestral.**
- **Metodologia de grupo fechado, com 12 encontros, frequência semanal e duração de uma hora por encontro.**
- **Avaliação prévia e reavaliação após o 12º encontro.**
- **Em alguns grupos follow-up após 3 meses.**
- **Passo inicial: rastreamento em sala de espera e encaminhamentos pelo CS (enfermeiros, médicos e ginecologista) e serviços externos (ginecologista, urologista).**
- **Planejamento do grupo: detalhamento dos temas, profissionais envolvidos e atividades realizadas em cada encontro, preparação de materiais (equipamentos, cartilhas, diário de exercícios), convite e cronograma do grupo para as participantes.**
- **Encontro inicial:**

- Apresentação, contrato do grupo e TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

- Introdução sobre incontinência urinária (conceito, tipos), sinais e sintomas, tratamento.

- **2º a 11º encontros:**

- Fisioterapia: Controle respiratório + alongamento (glúteo máximo e adutores) + cinesioterapia MAP + reforço treinamento vesical + entrega de impresso de controle de exercícios.

- Nutrição: obesidade, constipação intestinal, relação de alguns alimentos/substâncias com a IU.

- Psicologia: Abordagem da psicologia na IU (impacto na qualidade de vida, ansiedade e depressão (sistema límbico, centro das emoções, piora dos sintomas) constrangimento, confiança (enfoque no treinamento vesical nos episódios de urgência), etc).

- Farmácia: Medicamentos (anticolinérgicos (Oxibutinina), antidepressivos).

- Medicina/enfermagem/fisioterapia: infecções urinárias (causas, sintomas, prevenção (higiene íntima, roupas, posicionamento para urinar, conduta após relação sexual) e tratamento (medicamentoso – risco de medicações e infecções urinárias recorrentes).

- Psicologia/fisioterapia: Sexualidade (o que é sexualidade, conhecendo o corpo, etapas da relação sexual, disfunções sexuais, mitos e verdades). ISTs (orientação sobre sexo seguro e uso correto do preservativo). **- Educação física: atividade física (diferença entre atividade física e exercício físico), importância da atividade física regular (controle do peso, redução do estresse (liberação de endorfinas), treinamento funcional (circuito).** • **Encontro final:** **- Encerramento do grupo, informes gerais e agendamento da reavaliação.**	
DEPOIMENTO DE PROFISSIONAL	"Hoje o 1º dia pra mim foi ótimo. Agradeço a oportunidade. Estou bastante animada para o próximo encontro". "Estou gostando muito e estou sentindo melhora, fazendo com menos espaço e não perdendo quase nada de urina. Quanto a água mudei demais, muito feliz. Obrigada pela oportunidade".

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

> "A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam. Os profissionais de saúde são, coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos." (BRASIL, 2004)

As abordagens realizadas às mulheres pelos Fisioterapeutas do NASF-AB têm o objetivo de promoção da funcionalidade nas diferentes fases de sua vida, permitindo o fortalecimento do cuidado integral, à tempo, próximo ao território das usuárias, considerando especialmente a possibilidade de diminuição da ocorrência de disfunções preveníveis em um nível de atenção à saúde de baixa tecnologia. Ainda, permite ampliar o escopo das ações na saúde da mulher, contribuindo com a resposta à grande demanda de assistência nesta área, favorecendo maior resolubilidade na APS, reduzindo a demanda por serviços especializados desnecessários, filas de espera e, consequentemente, promovendo a melhor satisfação por parte das usuárias do SUS-BH.

REFERÊNCIAS:

1. ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Públ, Rio de janeiro, v. 29, n. 2, p. 84–95, out. 2011. Disponível em: https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/

2. ALVES, F. K. et al. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. Fisioter Bras, v. 17, n. 2, p. 131 – 139, mar./abr., 2016. Disponível em: https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/199

3. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS AND THE AMERICAN UROGYNECOLOGIC SOCIETY; Interim Update: This Practice Bulletin is updated as highlighted to reflect the US Food and Drug Administration order to stop the sale of transvaginal synthetic mesh products for the repair of pelvic organ prolapse. Pelvic Organ Prolapse. Female Pelvic Med Reconstr Surg, v. 25, n. 6, p.397-408. Nov./Dec., 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003520. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2019/11000/Pelvic_Organ_Prolapse__ACOG_Practice_Bulletin.42.aspx

4. APÊNDICE B. Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais. Arq de Gastroenterol [online], v. 49, suppl 1, pp. 64-68. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000500011>. Acesso em: 6 Julho 2022.

5. ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. Rev. bras. ter. comport. cogn., São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 nov. 2022.

6. AVILA, W.S. et al. Brazilian Cardiology Society Statement for Management of Pregnancy and Family Planning in Women with Heart Disease - 2020. Arq Bras Cardiol, v. 114, n.5, p.849-942. Jun. 2020. DOI: 10.36660/abc.20200406. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491078/

7. BECKMANN, M. M.; GARRETT, A. J. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev, n. 1, p. CD005123, Jan 25 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD005123. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23633325/

8. BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

9. BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. Ciênc Saúde Coletiva, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, Nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrXgLcVqvk5QPNYHm/abstract/?lang=pt

10. BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ. v. 172, n. 10, p.1327-33, May, 2005 doi: 10.1503/cmaj.1020174. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC557105/

11. BAVARESCO, G. Z., et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 7), p. 3259–3266, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800025

12. BEDRETDINOVA, D. et al. Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs. Eur Urol, 69, n. 2, p. 256-264, Feb 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3. Disponível em:

13. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23633325/

14. BELO, J. et al. Reeducação do pavimento pélvico com cones de plevnik em mulheres com incontinência urinária. Acta Méd Port, v.18, p.117-122. 2005. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/REEDUCA%C3%87%C3%83O-DO-PAVIMENTO-P%C3%89LVICO-COM-CONES-DE-EM-COM-Belo-Francisco/520f9a0c98ce9c1e16e9cc590357fc68dd2b1c1c

15. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero - protocolo. Edição revisada e atualizada - 2021. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-prevencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-utero_27-09-2021.pdf#page=13&zoom=100,0,0

16. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA.

17. BERGMANN, A.; BAIOCCHI, J. M. T.; DE ANDRADE, M. F. C. Conservative treatment of lymphedema: the state of the art. J Vasc Bras, 20, p. e20200091, 2021. DOI: 10.1590/1677-5449.200091. Disponível em: https://www.jvascbras.org/article/doi/10.1590/1677-5449.200091#:~:text=Other%20conservative%20treatments%20have%20been,frequency%2C%20Low%2Dintensity%20Electrotherapy.

18. BERNARDS, A.T. et al. Guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. Int Urogynecol J. v. 25, n. 2, p.171-9. 2014. DOI: 10.1007/s00192-013-2219-3. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24081496/.

19. BIANCO, G.; BRAZ, M. M. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina. 2004. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Santa Catarina (SC), 2004. Disponível em: https://updoc.site/download/efeitos-dos-exercicios-do-assoalho-pelvico-na-sexualidade_pdf.

20. BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet], v. 28, n. 11, p. 671–9, 2006. Available from: https://doi.org/10.1590/S0100-72032006001100007

21. BØ, K.; BERGHMANS, L. C. Nonpharmacologic treatments for overactive bladder-pelvic floor exercises. Urology, 55, n. 5A Suppl, p. 7-11; discussion 14-16, May 2000. PMID: 10767443. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10767443/.

22. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004 Mar-Apr;15(2):76-84. doi: 10.1007/s00192-004-1125-0. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15014933/

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n.27. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da união, Brasília, DF, pág 68, seção 1. Set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. Brasília - DF, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. Brasília; Ministério da Saúde; maio 2008. 192 p. tab.(A. Normas e Manuais Técnicos (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno, n.9). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27). 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf

28. BRASIL. Ministério da Saúde. Urologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Edição revisada – Brasília : Ministério da Saúde, Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, v. 6, 24 p, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_urologia_v_VI.pdf

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas.

30. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília 2022. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA4Ng==

31. BRODT, G. et. al. Artigo de Revisão Biomecânica estática e da marcha em gestantes eutróficas e obesas. Femina, v.47, n. 122, p.122-124, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046501/femina-2019-472-122-124.pdf

32. BURGIO, K. L. et. al. Behavioral versus drug treatment for urge incontinence in older women: a randomized clinical trial. JAMA, v.23, p.1995–2000. 1998. DOI: 10.1001/jama.280.23.1995. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9863850/

33. BURGIO, K. L. Lifestyle and Behavioral Therapies for Urinary Incontinence [serial on-line], libr women's med, v.1, n.1, Ago.-out., 2014. DOI 10.3843/GLOWM.10484. . Disponível em: http://www.glowm.com/section_view/heading/Lifestyle%20and%20Behavioral%20Therapies%20for%20Urinary%20Incontinence/item/855. Acesso em: 19 de out de 2018.

34. BURGIO, K. L et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. JAMA, 288, n. 18, p. 2293-2299, Nov 13 2002. DOI: 10.1001/jama.288.18.2293. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12425706/

35. BURGIO, K. L.; WHITEHEAD, W. E.; ENGEL, B.T. Urinary incontinence in the elderly. Bladder-sphincter biofeedback and toileting skills training. Ann Intern Med, v.103, n.4, p.507-515. 1985. DOI: 10.7326/0003-4819-103-4-507. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2931042/

36. CANESIN, K. F. et al. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura / Physiotherapeutic performance for decreasing the time of labor: a literature review. Femina, v.38, n.8, 2010. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-567187

37. CERRUTO, M. A. et al. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. Urol Int, v. 90, n. 1, p. 1-9, 2013. DOI: 10.1159/000339929. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22868349/

38. CESTARI, C. E. et al. Análise das principais alterações posturais e sintomatologias decorrentes do período gestacional. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina, v. 1, n. 08, 2018. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1973#:~:text=Resultados%20e%20Discuss%C3%A3o%3A%20As%20principais,ajustes%20posturais%20para%20manter%20o

39. CORCOS, J. et al. CUA guideline on adult overactive bladder. Can Urol Assoc J, 11, n. 5, p. E142-E173, May, 2017. DOI: 10.5489/cuaj.4586. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426936/#:~:text=Summary%20and%20recommendations%3A%20OAB%20is,with%20increasing%20prevalence%20with%20age.

40. COSTA, M. C. O.; FONTES, N. A. Abordagem nutricional de gestantes e nutrizes adolescentes: estratégia básica na prevenção de riscos / Nutritional approach in pregnant and nursing adolescents: basic strategy to prevent risks. J pediatr, V. 75, n.3, p. 161-6, maio-jun., 1999. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Abordagem-nutricional-de-gestantes-e-nutrizes-na-de-Costa-Neto/ffb5e173a59d5a5467558402af8e614166a0b947

41. CZECH, I. et al. Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief-Establishment of Effectiveness and Comparison. International journal of environmental research and public health, v. 15, n. 12, p. 2792, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph15122792

42. D'ANCONA, C. A. L.; NETTO J. R. Avaliação Urodinâmica e suas Implicações Clínicas (eBook). 3ª Ed., editora Atheneu, 2015.

43. DE GROAT, W. C. A. Neurologic Basis for the Overactive Bladder. Urology, v. 50, n.6, Suppl: 36-52, Dec., 1997. DOI: 10.1016/s0090-4295(97)00587-6. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9426749/#:~:text=Damage%20to%20the%20brain%20can,C%2Dfiber%20bladder%20afferent%20neurons.

44. DELARMELINDO, R. C. A. Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interveniente. 2010. 100 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/96446>.

45. DE SILVA, K. L. et al. Third and fourth degree perineal injury after vaginal delivery: does race make a difference?. Hawaii J Med Public Health, v. 73, n.3, p.80-83, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3962033/#R8

46. DUMOULIN, C. et al. Conservative Management In: In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence. 6th International Consultation on Incontinence, International Continence Society, 6th ed. Paris: Health Publications Ltd. 2017; p. 1445-1631. 2016. Disponível em: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

47. FANTL, J. A. et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. JAMA, 265, n. 5, p. 609-613, Feb 06 1991. PMID: 1987410. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1987410/#:~:text=The%20quantity%20of%20fluid%20loss,subjects%20with%20unstable%20detrusor%20function.

48. FARIA, C. A. et al. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online], v. 17, n. 01, p. 17-252014 [Acessado 5 Julho 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100003>.

49. FIGUEIREDO, E. M. et al. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. Fisioterapia e Pesquisa [online], v. 19, n. 2, p. 103-108, 2012. . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502012000200003>. Acesso em: 5 Julho 2022.

50. FONSECA, E. S. M. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet v. 27, n. 5. Maio. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/BhVKh8grVDp37bKJZ7LMjmD/?lang=pt

51. FORTUNATO, G. L. et al. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. Cadernos da Escola de Saúde, v. 2, n. 6, p. 143-158, 2005. Disponível em: https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2336

52. GASPARETO, A. et al. Efeitos da Fisioterapia com Abordagem em Grupo Sobre a Incontinência Urinária Feminina na Atenção Primária de Saúde em Santa Maria. Disc Scientia. Série: Ciências da Saúde, v. 12, n. 1, p. 59-70, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/977

53. GLISOI, F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. Rev Bras Clin Med, v.9, n.6, p.408-13, nov-dez. 2011. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2557.pdf

54. GORMLEY, E. A. et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. J Urol, 193, n. 5, p. 1572-1580, May 2015. DOI: 10.1097/JU.0000000000000309. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31039103/

55. GUIMARÃES, B. P. et al. O consumo de água em idosos: uma revisão. Vita et Sanitas, v.15, n.2, p. 53-69, 2021. Disponível em: http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/240

56. HAGEN, S.; STARK, D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev, n. 12, p. CD003882, Dec 07 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD003882.pub4. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22161382/

57. HAY, S. J. et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S,Wein A, editors. Incontinence, 4th international consultation on incontinence, 4th edn. Health Publications Ltd, Paris. p 1027–120. 2009. Disponível em: https://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/comite-12.pdf

58. HIGA, R. et al. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], v. 42, n. 1, pp. 187-192. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100025>. Acesso em: 5 de Julho de 2022.

59. HORST, W.; SILVA, J. C. Prolapsos de Órgãos Pélvicos: Revisando a Literatura. Arquivos Catarinenses de Medicina, [S. l.], v. 45, n. 2, p. 91–101, 2016. Disponível em: https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/79. Acesso em: 5 jul. 2022.

60. INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Washington, DC: The National Academies Press. 2005. Disponível em: https://www.posnutricao.ufv.br/wp-content/uploads/2019/08/DRI-Intakes-for-Water-Potassium-Sodium-Chloride-and-Sulfate.pdf

61. ITABORAHY, et al.. Prevalência De Disfunções Do Assoalho Pélvico Em Puérperas Submetidas À Aplicação da Versão Validada Em Português do Pelvic Floor Bother Questionnaire, Caderno de Publicações Univag – n.11. 2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22361

62. JARVIS, S. K. et al. Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: results of a randomised controlled trial. J Obstet Gynaecol, v.45, .4, p.300-3. Aug. 2005. doi: 10.1111/j.1479-828X.2005.00415.x. Disponível: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16029296/

63. JUC, R. U. et al. Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36, n.1, p. 55-60, Jan./Abr. 2011.

64. KELLEHER, C. J. et al.. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. Br J Obstet Gynaecol, 104, n. 12, p. 1374-1379, Dec 1997. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9422015/

65. KNORST, M. R. et al. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. Brazilian Journal of Physical Therapy [online], v. 16, n. 2, p. 102-107, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012000200004>. Acesso em 5 de Julho de 2022.

66. KOLEY, B.; KOLEY, J.; SAHA, J. K. The effects of nicotine on spontaneous contractions of cat urinary bladder in situ. Br J Pharmacol, 83, n. 2, p. 347-355, Oct 1984. DOI: 10.1111/j.1476-5381.1984.tb16494.x. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6487900/

67. LATORRE, G. F.S. et al. Relação entre a falha no relaxamento do assoalho pélvico e a constipação em mulheres. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, [S.L.], Universidade Catolica de Brasilia. v. 28, n. 1, p. 181, jul. 2020. Disponível em: https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/10252.

68. LEMOS, A. Fisioterapia obstétrica baseada em evidências. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 480p. 2014.

69. LEROY, L. A. S.; LÚCIO, A.; LOPES, M. H. Risk factors for postpartum urinary incontinence. Rev Esc Enferm USP, 50, n. 2, p. 200-207, Apr 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000200004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384198/

70. MANN, L. et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. Motriz: Revista de Educação Física [online]. v. 16, n. 3, p. 730-741. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n3p730>. Acesso em: 5 de Julho de 2022.

71. MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. v. 20, n. 3, p. 583-589, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021>. Epub 13 Set 2012. ISSN 1518-8345. https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021.

72. MENDES, E.V. Orientações e instrumentos para a organização do acesso à Atenção Primária à Saúde. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), outubro, 2016.

73. MOCCELLIN, A. S.; RETT, M. T.; DRIUSSO, P. Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de primigestas no segundo e terceiro trimestre gestacional?. Fisioterapia e Pesquisa, v. 23, n. 2, p. 136-141, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fp/a/dzkcx7w8gWwFkSkWM8jD9gL/abstract/?lang=en

74. MONTEIRO, S. et al. Efficacy of pelvic floor muscle training in women with overactive bladder syndrome: a systematic review. Int Urogynecol J, 29, n. 11, p. 1565-1573, Nov 2018. DOI: 10.1007/s00192-018-3602-x. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29644384/

75. MOORE K. et al. Adult conservativemanagement. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence. 5ªed. Paris: Health Publication, p.1101---1227, 2013. Disponível em: https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf

76. MOTA, G. B. C. Alterações Posturais Em Gestantes: Uma Análise Através Da Biofotogrametria Computadorizada. Revista CESED – Centro de Ensino Superior de Desenvolvimento [online], v. 14, n. 20/21, jan. a dez. 2013. Disponível em: file:///C:/Users/TEMP/Downloads/165-527-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 5 de Julho de 2022.

77. MOTTOLA, M. F. et al. No. 367-2019 Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. Can., 40, n. 11, p. 1528-1537, 11 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337460/

78. NARDOZZA JÚNIOR, A.; Zerati Filho, M.; dos Reis, R. B. Urologia Fundamental. 1ª Ed. Editora Planmark. São Paulo, 2010.

79. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Ramar, C. N.; Grimes, W. R. Perineal Lacerations. Atualizado em: 27 de junho de 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/

80. NYGAARD, I. et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA, v.300, n.11, p.1311–1316, 2008. DOI: 10.1001/jama.300.11.1311. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18799443/

81. OLIVEIRA, J. R. G.; Rodrigues, R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. v. 14, n. 2, pp. 343-351. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200014>. Acesso em: 5 de Julho de 2022.

82. PIASSAROLLI, V. P. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 32, n. 5, p. 234-40, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/QRhNBpw34WzwfrdBFdkpDkb/abstract/?lang=pt

83. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/guia-diretrizes-rede-ambulatorial-reabilitacao-01-02-2022.pdf

84. REIGOTA, R. B.et al. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. Neurourol. Urodyn, 35, n. 1, p. 62-68, Jan 2016. DOI: 10.1002/nau.22679. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25358890/

85. RIBEIRO, D. C. et al. Double incontinence: associated factors and impact on the quality of life of women attended at a health referral service. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online], v. 22, n. 06, e190216. 2019 [Accessed 5 July 2022]. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190216. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/rypbq34HqyTZSxbpmc35RYP/?lang=en#

86. RICCETTO, C. L. Z. Editorial Comment: Effect of Behavioral and Pelvic Floor Muscle Therapy Combined With Surgery vs Surgery Alone on Incontinence Symptoms Among Women With Mixed Urinary Incontinence: The ESTEEM Randomi-zed Clinical Trial. Int. Braz. J. Urol., 46, n. 4, p. 669-670, 2020 Jul-Aug 2020. DOI:10.1001/jama.2019.12467. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6749544/#:~:text=Among%20women%20with%20mixed%20urinary%20incontinence%2C%20behavioral%20and%20pelvic%20floor,the%20prespecified%20threshold%20for%20clinical

87. RIEBE, D. et al. American College of Sports Medicine's guidelines for exercise testing and prescription. Tenth edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health. 6:143-174. 2018.

88. RIOS, L. A. S.; AVERBECK, M. A. A.; MADERSBACHER, H. Neurourologia Manual Para A Prática Clínica. Um trabalho colaborativo entre a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e a Sociedade Internacional de Neurourologia (INUS). 1ª Ed., São Paulo. 2017.

89. SABOIA, D. M. et al. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. v. 51, 2017. [Acesso em: 5 de Julho de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>.

90. SABOIA, D. M. et al. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. Rev Esc Enferm USP, v. 51, p. e03266, Dec 21 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016032603266. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29267732/

91. SANTOS, R.E.R.; VAZ, C.T. Conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a abordagem terapêutica na incontinência urinária feminina. HU Revista, v. 43, n. 3, p. 239-245, jul./set. 2017.

92. SCHMITZ, A.C.; GASPARETTO, B.; A. PIVETTA, H.M.F. A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo. Fisioterapia Brasil - v. 9, n. 2 março/abril. 2008. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-491241

93. SENRA, C.; PEREIRA, M. G. Quality of life in women with urinary incontinence. Rev. Assoc. Med. Bras. , 61, n. 2, p. 178-183, 2015 Mar-Apr 2015. DOI: 10.1590/1806-9282.61.02.178. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26107369/

94. SERAFIM, A.L.; VIEIRA, E.L.; LINDEMANN, I. L. Importância da água no organismo humano. Vidya. v.24, n.41. 2004. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/VIDYA/article/view/425/399

95. SILVA, L.L.B. et al. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral". Rev. Gaucha Enferm., v. 37n. 3, p.1-8. 2016.

96. SILVA, R. C. D. et al. Atuação fisioterapêutica durante a gestação. Revista Científica da Faculdade Quirinópolis, v. 2, n. 10, p. 7-33, 2020. Disponível em: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/1044_a_atuacao_do_fisioterapeuta_durante_a_gestacao_e_no_pos_parto.pdf

97. SNOOKS, S. J. et al. Damage to the innervation of the pelvic floor musculature in chronic constipation. Gastroenterology, 89, n. 5, p. 977-981, Nov 1985. DOI: 10.1016/0016-5085(85)90196-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4043677/#:~:text=Electrophysiologic%20techniques%20were%20used%20to,perineal%20descent%20during%20defecation%20straining.

98. SOTO GONZÁLEZ, M. et al. Circumstances that may decrease the reliability of instruments to assess male urinary incontinence. Rehabilitacion (Madr), v. 53, n. 1, p. 8-12, Jan. - Mar., 2019. DOI: 10.1016/j.rh.2018.09.003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929835/

99. TACANI, P. M. et al. Fisioterapêutica do linfedema bilateral de membros inferiores. Fisioterapia em Movimento [online]. v. 25, n. 3, pp. 561-570. 2012. [Acesso em: 4 de Julho de 2022], Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000300012>.

100. TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). Rev. Saúde Pública [online], v.38 n.3, p. 438-444. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>. Acesso em: 5 de Julho de 2022.

101. TAMANINI, J.T. et al. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. Revista de Saúde Pública. v.38, n.3, p.438-44. 2004. DOI: 10.1590/s0034-89102004000300015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15243675/

102. TOMASI, A. V. R. et al. Urinary Incontinence In Elderly People: Care Practices And Care Proposal In Primary Health Care. Paper extracted from the thesis - Health promotion of elderly women with urinary incontinence: interdisciplinary care, presented to the Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), in 2015. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2017, v. 26, n. 02 [Accessed 5 July 2022] , e6800015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006800015>. Epub 26 June 2017.

103. VASCONCELOS, M. M. A. et al. Disfunção do trato urinário inferior: um diagnóstico comum na prática pediátrica. J. Bras. Nefrol., v. 35, n. 1, p. 57-64, Mar., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Nov. 2020.

104. VAZ, C.T. Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica. Dissertação (Mestre em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

105. Vaz, C. T. et al. 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, v. 23, n. 2, p. 116–124, 2019. DOI:10.1016/j.bjpt.2019.01.007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704906/

106. VISSERS, D. et al. The effect of non-surgical weight loss interventions on urinary incontinence in overweight women: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev, 15, n. 7, p. 610-617, Jul 2014. DOI: 10.1111/obr.12170. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24754672/

107. VOGEL, J. P. et al. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Arch Dis Child, 100 Suppl 1, p. S43-47, Feb 2015. doi:10.1136/archdischild-2013-305514. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316852/

108. WOODLEY, S. J. et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Re, v. 5, p. CD007471, 05 06 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub4. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32378735/

109. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000 - 2015. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates.

110. WYMAN, J. et al. Effect of Smoking Cessation on Overactive Bladder Symptoms in Adults: A Pilot Study. Neurourology and urodynamics, v.33. n.6, p.866-7, 2014. DOI:10.1111/iju.14357. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7754378/

111. WYMAN, J. F.; BURGIO, K. L.; NEWMAN, D. K. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. Int J Clin Pract. v.63, n.8, p.1177–1191, 2009. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2009.02078.x. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19575724/

112. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines Review Committee, Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health & Ageing, Sexual and Reproductive Health and Research. ISBN: 978-92-4-155021-5

113. ZIZZI, P. et al. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm, v. 51, p. e03214, Apr 10 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016209903214. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28403368/

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE RASTREIO DE SINTOMAS

Em intervenções pontuais de promoção de saúde, como ações nas Academias da Cidade, sugere-se o uso de instrumentos de aplicação mais rápida. Apresentamos sugestão de questionário de rastreamento para tal finalidade.

PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE

Data: ___/___/____

RGHC:

Instruções: O questionário a seguir relaciona-se ao seu assoalho pélvico. Todas as informações são estritamente confidenciais. Marque com um **(X)** a condição que mais se relaciona ao seu estado **no último mês**.

1. Você apresenta perda de urina (incontinência) associada a atividades físicas, como tossir, espirrar, rir, carregar peso ou mudar de posição?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

2. Você apresenta freqüência miccional aumentada (necessidade de urinar mais vezes do que o usual; incluindo ter que levantar da cama uma ou mais vezes durante a noite para urinar)?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

3. Você apresenta urgência miccional (vontade súbita e forte de urinar e muito difícil de controlar)?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

4. Você apresenta perda de urina associada a urgência (perda de urina involuntária junto com vontade forte e súbita de urinar)?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

5. Você apresenta dificuldade ou desconforto para urinar?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

6. Você tem a sensação de que há uma bola na sua vagina (bexiga, útero ou reto caídos)?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

7. Você tem dificuldade para terminar de evacuar (como ter que pressionar a vagina ou o reto com a mão para terminar a evacuação)?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

8. Você apresenta perda acidental de fezes ou gases?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, quanto isso a incomoda?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

9. Você é sexualmente ativa?
☐ Sim ☐ Não

Se sim, dor ou desconforto te impedem de aproveitar o sexo?
☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA (SMSA-BH)

Apresentamos abaixo a proposta de avaliação do grupo de trabalho que elaborou o presente documento. Ele foi baseado numa experiência de construção de instrumento a partir de estágio de Fisioterapia em um dos Centros de Saúde / NASF-AB do município. O grupo de trabalho também optou por agregar o diário miccional e o ICIQ-SF, descritos anteriormente.

PREFEITURA BELO HORIZONTE

SUS

Avaliação Fisioterapêutica de Mulheres com Disfunções do Assoalho Pélvico

Profissional responsável: _____ Data da avaliação: ___/___/___

Encaminhado por: _____

Dados pessoais:

Nome: _____ Prontuário: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Centro de Saúde de referência: _____ Equipe: _____

Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) separada ( ) divorciada ( ) viúva

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Diagnóstico Clínico
Queixa Principal:
História da Moléstia Atual (início dos sintomas, relação de sua ocorrência, tratamentos prévios, cirurgias pélvicas prévias e gravidade com os fatores desencadeantes):

História Familiar
Outras condições de saúde
( ) Tosse crônica ( ) Dor lombar ( ) Dor nas articulações pélvicas ( ) Diabetes ( ) Hipertensão arterial ( ) Outros: _____
História Obstétrica
Gestação (ões):_____ Parto (s): _____ Aborto(s):_____ Tipos de partos: ( ) vaginal ( ) cesariana Maior peso dos recém nascidos: _____ (verificar na literatura, colocar valores Maior ganho ponderal durante gestação : _____ (verificar na literatura, colocar valores)
( ) Episiotomia ( ) Fórceps / Vácuo extrator ( ) Laceração externa
IU: ( ) na gestação ( ) após o parto ( ) não
História Uroginecológica
Sensação de bola ou peso na vagina? ( ) não ( ) sim. No último ano teve algum episódio de infecção urinária? ( ) não ( ) sim. Quantos? ( ) Menopausa Iniciada em : _____

( ) Reposição hormonal Tempo: _____

( ) Cirurgias Quais: _____

Outras informações: _____

Medicamentos

( ) Diuréticos ( ) Anticolinérgicos

Função urinária

Tipo de Incontinência: ( ) urgência ( ) esforço ( ) mista

( ) Enurese (perda urinária durante o sono)

( ) Noctúria (acordar para ir ao banheiro) Nº episódios:_____

( ) Aumento da frequência urinária diurna

( ) Disúria (dor ou ardor para urinar)

( ) Urgência (desejo insuportável para urinar, sem perda)

( ) Urge-incontinência (desejo insuportável para urinar, com perda)

( ) Gotejamento pós micção

( ) Hesitação (demora para iniciar a micção)

( ) Sensação de esvaziamento incompleto

( ) Esforço para urinar

( ) Sinais/ sintomas de infecção urinária

Perda acontece em: ( ) gotas ( ) jato ( ) completa

Situações de perda: ( ) atividade sexual ( ) rir ( ) tossir/espirrar ( ) mudar de decúbito ( ) carregar peso ( ) subir e descer escadas ( ) caminhar ( ) pular ( ) correr ( ) Emoção, água, frio ( ) outros:_____

Uso de protetor: ( ) sim ( ) não Tipo:_____ Quantidade/dia:_____

Função de defecação (Considera-se constipação ter 2 ou mais dos seguintes sintomas abaixo:
( ) Esforço excessivo durante pelo menos 25% das defecações ( ) fezes ressecadas ou em síbalos em menos 25% das defecações (Bristol 1 e 2 - ver anexo) ( ) Menos de 3 defecações espontâneas por semana ( ) Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal em menos 25% das defecações ( ) Necessidade de ajuda manual em menos 25% das defecações ( ) Sensação de esvaziamento incompleto em menos 25% das defecações ( ) Necessidade de laxativos para evacuar
Incontinência anal ( ) fezes ( ) gases ( ) não se aplica
Função sexual
Sexualmente ativa ( ) sim ( ) não
Sente dor ? (0 a 10):_____
Fatores de risco e Hábitos de Vida
( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Obesidade - Aumento de peso nos últimos anos: _____ ( ) Prática de atividade física Tipo: _____ Frequência: _____
Ingestão Hídrica ( ) < 1L/dia ( ) >1L/dia ( ) > 2L/dia ( ) >3 L/dia Alimentação balanceada: ( ) Sim ( ) Não _____ Ingestão de cafeína (chás preto, mate, coca-cola): ( ) < 250 ml/dia ( ) > 250 ml/dia ( ) Ingestão de pimenta ( ) Sucos (frutas) cítricos

Atividade e participação: Hoje, existe alguma atividade que você não consiga fazer ou tenha dificuldade de fazê-la por causa do seu problema?



Atividade	Avaliação	Reavaliação	Alta
1 -			
2 -			
3 -			

Atividade e participação

O que você gostaria de melhorar? o que te incomoda? Deixou de fazer alguma atividade por conta da sua condição de saúde?

Fatores pessoais

Fatores ambientais

Resultado de exames realizados

Resultado do diário miccional	
Volume urinário total:	
Volume urinário médio:	
Frequência vesical:	
Frequência noturna:	
Capacidade vesical máxima:	
EXAME FÍSICO	
Avaliação da diástase abdominal: após 3 meses **Descrição do teste: paciente deitada em decúbito dorsal, pernas estendidas, dois dedos posicionados perpendiculares na região alvo. Pedir a paciente para elevar sutilmente a cabeça da maca. Nesse momento, o avaliador definirá com seus dedos o tamanho do espaço entre as bordas do músculo reto abdominal.** **Resistência tecidual da Linha Alba: palpação de toda extensão da linha alba, com a paciente relaxada, percebendo a rigidez desse tecido. Quanto mais seus dedos afundarem, pior qualidade, resistência, capacidade de estabilização do tecido.**	
Data	Tamanho / Resistência Tecidual na Linha Alba / Observações
	supraumbilical (3 cm acima da cicatriz umbilical):_____ dedos; resistência residual: _____ Umbilical: _____ dedos; resistência residual: _____ infraumbilical (3 cm abaixo da cicatriz umbilical)::_____ dedos; resistência tecidual: _____
Cicatriz região pélvica/abdominal: ( ) não ( ) sim Obs.: _____	

INSPEÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

Observação da capacidade de contração e relaxamento: Paciente de roupa íntima, em decúbito dorsal com quadris e joelhos fletidos e os pés apoiados na maca. Solicitar a contração dos MAP e observar os movimentos no centro tendíneo do períneo.

É capaz de contrair? ( ) sim ( ) não

É capaz de relaxar? ( ) sim ( ) não

Movimento expulsivo dos MAP: ( ) sim ( ) não

Uso de musculatura acessória: ( ) abdominais ( ) adutores ( ) glúteos

( ) Apneia

Observação:

Avaliação Postural

Avaliação estática global (ênfase no alinhamento pélvico):

Avaliação do ritmo lombo pélvico:

Avaliação da estabilidade pélvica: funções musculares

***Super-homem em quatro apoios:**

(0) mantém postura neutra de pelve/tronco;

(1) não mantém postura neutra de pelve/tronco:

***Ponte com extensão unilateral de joelho:**

(0) sem queda pélvica (1) queda pélvica p/ direita; (2) queda pélvica p/ esquerda

Rotação medial do quadril do membro inferior de apoio? (3) não (4) sim

***Sinal de Trendelenburg:**

(0) estabilizou

(1) queda pélvica direita no apoio unipodal esquerdo

(2) queda pélvica esquerda no apoio unipodal direito

Diagnóstico Fisioterapêutico

Objetivos

Conduta

Patient Global Impression of improvement (PGI) Satisfação do paciente pós tratamento

Muito Melhor	Melhor	Pouco melhor	Não mudou	pouco pior	Pior	Muito pior
1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 3 - ESCALA DE BRISTOL

A Escala de Bristol é utilizada para a descrição das fezes. Seu objetivo é avaliar a forma do conteúdo fecal, de acordo com sua forma e consistência, utilizando representações gráficas de sete tipos de fezes. Deve solicitar que o usuário selecione o tipo de fezes que mais se assemelha a suas próprias fezes, de acordo com a consistência e forma apresentada nas figuras. Os tipos 1 e 2 são comuns em indivíduos com tendência a constipação intestinal, caracterizada por fezes endurecidas e trânsito intestinal lento. O ideal é que os indivíduos apresentem fezes dos tipos 3 e 4, caracterizadas por trânsito intestinal regular.



Fonte: MARTINEZ A. P.; AZEVEDO R.G., 2012.

ANEXO 4 - DIÁRIO MICCIONAL

DIÁRIO MICCIONAL

Centro de Saúde: _____ eSF:_____

Nome:_____ Data:_____

Horário que deitou para dormir:_____ Horário que acordou:_____

Horário que urinou	**Volume** que urinou (ml)	Urgência ( )	Perda urinária ( )	Motivo da perda	**Volume** de líquido que bebeu (ml)	**Tipo** de líquido que bebeu

Para o profissional preencher:

Volume total urinado:_____ Volume total ingerido:_____

Volume médio urinado:_____ Frequência diurna:_____

CFM:_____ Frequência noturna:_____

* Adaptado de : VAZ,C.T. Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica. Dissertação (Mestre em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

Segue abaixo o modelo das instruções sobre o preenchimento do diário miccional a ser impresso e entregue para o usuário.

Instruções para preencher o diário miccional para o usuário

O diário que você está recebendo é muito importante para o seu tratamento, pois, através dele, saberemos como sua bexiga está funcionando.

- Você deverá anotar, na primeira coluna, todos os horários que urinou durante 24 horas. Então, comece a anotar desde a hora que acordar de um dia (1ª vez que urinar) até a hora que acordar do outro dia (1ª vez que urinar), INCLUSIVE À NOITE.

- Todas as vezes que urinar, leve um pote para o banheiro e urine dentro dele. Depois, transfira a urina do pote para o copo de plástico milimetrado que você está recebendo. Veja

- Todas as vezes que tiver um desejo insuportável de urinar, marque um X na terceira coluna (Urgência).

- Todas as vezes que perder urina sem querer, marque um X na coluna “Perda Urinária” e escreva o motivo da perda de urina na coluna ao lado (Motivo da perda).

- Você também deverá medir a quantidade de líquido que tomar durante 24 horas, ou seja, desde a primeira vez que tomar alguma coisa em um dia até a primeira vez que tomar alguma coisa no outro dia, INCLUSIVE À NOITE.

SIGA AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

- Para medir a quantidade de líquido, primeiro coloque o que você vai beber no copo ou na xícara que você tem costume.

- Depois, passe o líquido para o outro copo de plástico limpo e milimetrado que você está recebendo para medir a quantidade que você vai beber.

- Anote a quantidade na coluna “Volume de líquido que bebeu (mL)”.

- Anote também o tipo de líquido que bebeu (café, suco de laranja, água...) e o horário que bebeu líquido.

ANEXO 4 - DIÁRIO MICCIONAL*

DIÁRIO MICCIONAL

Centro de Saúde: _____ eSF:_____

Nome:_____ Data:_____

Horário que deitou para dormir:_____ Horário que acordou:_____

		 ( )	 ( )		 (ml)	

Para o profissional preencher:

Volume total urinado:_____ Volume total ingerido:_____

Volume médio urinado:_____ Frequência diurna:_____

CFM:_____ Frequência noturna:_____

* Adaptado de : VAZ,C.T. Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica. Dissertação (Mestre em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

Instruções para preencher o diário miccional – Peça alguém que tenha leitura para ler para você caso tenha ficado alguma dúvida em relação ao preenchimento do diário miccional

- O diário que você está recebendo é muito importante para o seu tratamento, pois, através dele, saberemos como sua bexiga está funcionando.

- Você deverá anotar, na primeira coluna, todos os horários que urinou durante 24 horas. Então, comece a anotar desde a hora que acordar de um dia (1ª vez que urinar) até a hora que acordar do outro dia (1ª vez que urinar), INCLUSIVE À NOITE.

- Todas as vezes que urinar, leve um pote para o banheiro e urine dentro dele. Depois, transfira a urina do pote para o copo de plástico milimetrado que você está recebendo. Veja quantos ml de urina você urinou e anote na segunda coluna.

- Todas as vezes que tiver um desejo insuportável de urinar e perder urina marque um X na quarta coluna (urgência). Todas as vezes que perder urina em um esforço (tossir, espirrar, carregar peso, etc), marque um X, na quinta coluna (perda urinária aos esforços). Se possível também anotar o horário da(s) perda(s) urinária(s) na terceira coluna.

- Você também deverá medir a quantidade de líquido que tomar durante 24 horas, ou seja, desde a primeira vez que tomar alguma coisa em um dia até a primeira vez que tomar alguma coisa no outro dia, INCLUSIVE À NOITE. Para medir a quantidade de líquido, primeiro coloque o que você vai beber no copo ou na xícara que você tem costume. Depois, passe o líquido para o outro copo de plástico limpo e milimetrado que você está recebendo para medir a quantidade que você vai beber. Anote a quantidade na sétima coluna, que tem o desenho de um copo milimetrado, o volume de líquido que bebeu (ml). Na oitava coluna marque um “X” se tiver ingerido café, suco de laranja, leite ou qualquer outro líquido que não seja água. Na nona coluna marque um “X” todas as vezes que ingerir água. Marque na sexta coluna o horário que ingerir os líquidos.

ANEXO 5 - ICIQ-SF ***(INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM)***

Compreender a dimensão da interferência da doença na funcionalidade da mulher ajuda o fisioterapeuta a direcionar o tratamento para o que é mais significativo no seu contexto de vida. Assim, os questionários de qualidade de vida específicos para as DAP são úteis para se obterem essas informações. Na prática clínica, deve-se considerar a utilização de instrumentos que sejam, ao mesmo tempo, válidos e confiáveis para documentar o impacto da doença na qualidade de vida da paciente, e de simples aplicação. Para mulheres com incontinência urinária, o ICIQ-SF é autoadministrável e tem a finalidade de avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificar a perda urinária. É composto de quatro questões sobre frequência, gravidade e impacto da incontinência urinária, e mais oito itens de autodiagnóstico sobre causas/situações de perda urinária experimentadas pelas pacientes. A pontuação varia de 0 (zero) a 21 pontos, sendo a pontuação maior relativa a pior qualidade de vida. O questionário foi traduzido e validado para o português brasileiro e apresenta bons índices de confiabilidade teste-reteste e validade de constructo e concorrente, satisfatórios quando comparados ao *King's Health Questionnaire* (KHG) (Tamanini et al., 2004). (BARACHO, Elza, 2018).

O ICIQ-SF, é um questionário simples, breve, e autoaplicável, validado culturalmente para o português brasileiro. É capaz de avaliar rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos, utilizando para tanto apenas seis questões.

O usuário é orientado a realizar um auto monitoramento dos dados miccionais durante 24 horas, registrando os horários das micções, volume de urina, episódios de incontinência (perda de urina) e a ingesta de líquidos: horário, tipo de líquido e a quantidade ingerida. O objetivo é fazer uma análise dos sintomas do paciente com relação ao seu dia a dia, com intuito de utilizar a terapia comportamental: reeducação dos hábitos urinários, orientações básicas de dieta e ingestão hídrica, para obtenção de melhores resultados no tratamento.

ICIQ- SF

Muitas pessoas perdem a urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem a urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca ( ) 0
Uma vez por semana ou menos ( ) 1
Duas ou três vezes por semana ( ) 2
Uma vez ao dia ( ) 3
Diversas vezes ao dia ( ) 4
O tempo todo ( ) 5

Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)

Nenhuma ( ) 0
Uma pequena quantidade ( ) 2
Uma moderada quantidade ( ) 4
Uma grande quantidade ( ) 6

Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária?
Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interfere Interfere muito

ICIQ escore (soma dos resultados): _____

Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca ( )
Pouco antes de chegar ao banheiro ( )
Perco quando tosso ou espirro ( )
Perco quando estou dormindo ( )
Perco quando estou fazendo atividades físicas ( )
Perco quando terminei de urinar estou me vestindo ( )
Perco sem razão óbvia ( )
Perco o tempo todo ( )

Obrigado por você ter respondido às questões!

ANEXO 6 - KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)

O instrumento é de fácil entendimento para ser respondido, avalia o impacto dos sintomas do trato urinário baixo na qualidade de vida de mulheres e foi submetido ao processo de tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa.

Quadro 1 - Questionário de qualidade de vida em incontinência urinária após validação.

Nome:_____
_____ _____ Idade:_____anos
Data:_____

Como você avaliaria sua saúde hoje?
Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )
Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?
Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você?
Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas.
Simplesmente marque com um "**X**" a alternativa que melhor se aplica a você.

Limitação no desempenho de tarefas
Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.)
Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Limitação fisica/social
Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?
Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?
Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?
Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?
Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Relações pessoais
Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?
Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?
Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?
Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento. **Quanto eles afetam você?**

Freqüência: Você vai muitas vezes ao banheiro?
Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Noctúria: Você levanta a noite para urinar?
Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?
Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Enurese noturna: Você molha a cama à noite?
Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Infecções freqüentes: Você tem muitas infecções urinárias?
Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?
Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?
Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Emoções
Você fica deprimida com seu problema de bexiga?
Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )
Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?
Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )
Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?
Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
Sono/Energia
Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?
Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
Você se sente desgastada ou cansada?
Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

Algumas situações abaixo acontecem com você? Se tiver o quanto?
Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo Modess para manter-se seca?Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
Você controla a quantidade de líquido que bebe?
Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhadas?
Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
Você se preocupa em estar cheirando urina?
Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

ANEXO 7 - ESCALA FUNCIONAL ESPECÍFICA DO PACIENTE

Quadro 29.1 Escala funcional específica para o paciente (EFEP).

Hoje, há alguma atividade que você é incapaz de fazer ou tem dificuldade de realizar por causa do seu problema?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incapaz de realizar a atividade								Capaz de realizar a atividade como você realizava antes da disfunção		

Atividade	Nota
1.	
2.	
3.	
Total	

Fonte: Costa et al., 2008.

ANEXO 8 - SUGESTÃO DE FICHA DE ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DA REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS DOS MAP

PREFEITURA BELO HORIZONTE

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DE EXERCÍCIOS

Nome:_____

Você deve marcar na bolinha abaixo todas as vezes que realizar os exercícios. Lembre-se que os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados **3x** por dia, **TODOS** os dias. Não deixe de realizá-los!

SEMANA	1° DIA	2° DIA	3° DIA	4° DIA	5° DIA	6° DIA	7° DIA
SEMANA 1							
SEMANA 2							
SEMANA 3							
SEMANA 4							
SEMANA 5							
SEMANA 6							
SEMANA 7							
SEMANA 8							
SEMANA 9							

SEMANA 10							
SEMANA 11							
SEMANA 12							

Adaptado de : VAZ,C.T. **Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica.** Dissertação (Mestre em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

ANEXO 9 - SUGESTÃO DE MODELO DE MONITORAMENTO (6 SEMANAS APÓS TMAP)

PREFEITURA BELO HORIZONTE

FICHA DE MONITORAMENTO DO GRUPO (6 SEMANAS)

Nome: _____

Sistema Urinário

Apresenta algum sintoma de infecção ? (dor, urina fétida…) ( ) SIM ( ) NÃO
Urgência ( ) SIM ( ) NÃO Urge-incontinência ( ) SIM ( ) NÃO
Incont. de esforço? ( ) SIM ( ) NÃO - Em qual atividade principalmente? _____
Está precisando usar protetor/ absorvente? ( ) SIM ( ) NÃO
Noctúria ? ( ) SIM ( ) NÃO Enurese? ( ) SIM ( ) NÃO
Você percebeu alguma melhora na frequência de perda de urina ? (Por exemplo, se antes perdia urina todos os dias e agora está perdendo 2 vezes na semana, etc.)
( ) SIM ( ) NÃO
Você percebeu alguma melhora no tipo da perda? (Por exemplo, se antes a perda ocorria de maneira completa e agora está acontecendo em jatos, etc.)
( ) SIM ( ) NÃO
Você conseguiu adequar os seus hábitos diários depois que recebeu as orientações ? ( ) SIM ( ) NÃO
Você está realizando os exercícios orientados todos os dias em casa?
( ) SIM ( ) NÃO

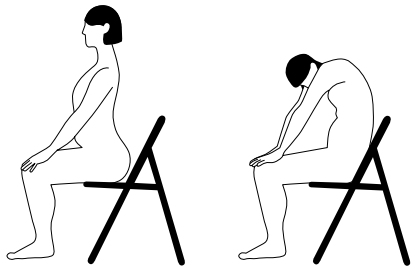
Adaptado de: VAZ,C.T. **Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica.** Dissertação (Mestre em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

ANEXO 10 - SUGESTÕES DE EXERCÍCIOS

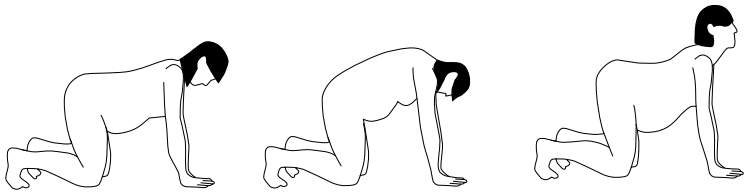
EXERCÍCIOS DE MOBILIDADE PÉLVICA

Movimento: de acordo com a figura, fazer o movimento de empinar o bumbum e encolher o bumbum flexionando o tronco. Perceba o maior movimento na região da pelve, rolando entre o cóccix e o púbis.

A)



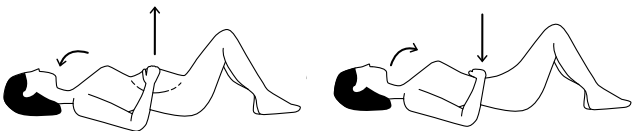
B)



Quantidade: 10 vezes em cada direção.

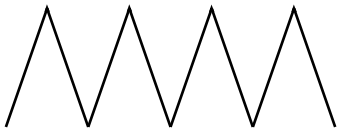
TREINO RESPIRATÓRIO

Respiração diafragmática em diferentes posições (deitado, sentado, de pé)



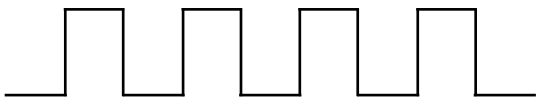
TREINAMENTO DOS MAP

A) Contração rápida



Contrai e Relaxa. ___ séries de ___ repetições

B) Contração sustentada



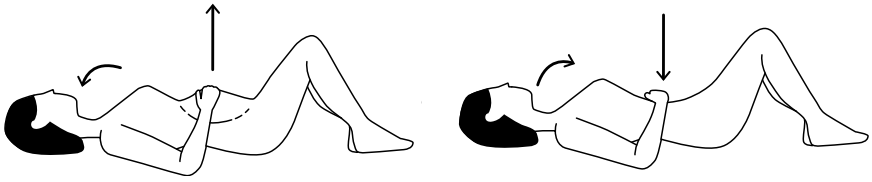
Contrai, segura ___ segundos e relaxa. Descansa ___ segundos.
___ séries de ___ repetições

TREINAMENTO DOS MÚSCULOS SINERGISTAS DOS MAP

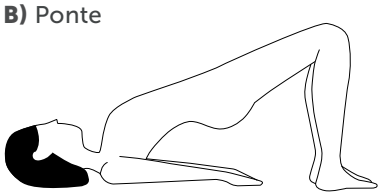
A) Respiração com ativação do transverso do abdômen
Movimento (posição deitada, sentada ou de pé):

- 1° Inspiração: puxar o ar pelo nariz deixando expandir região peitoral e barriga como um todo;
- 2° Expiração: soltar o ar devagar levando o umbigo em direção às costas (força leve de abdominais, fechando toda a região central do abdômen e tensionando a região baixa da barriga).

Quantidade: 10 repetições(vezes).

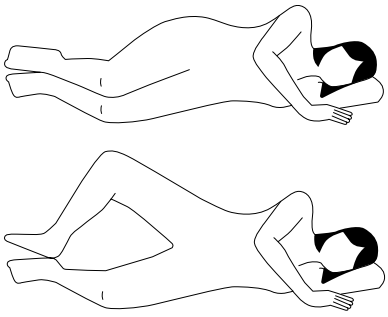


B) Ponte



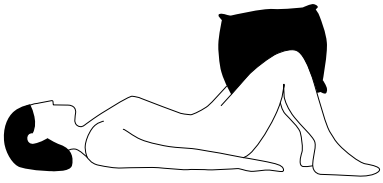
___ séries de __ repetições

C) Abdução do quadril



___ séries de ___ repetições. Carga: ____

D) Adução do quadril l

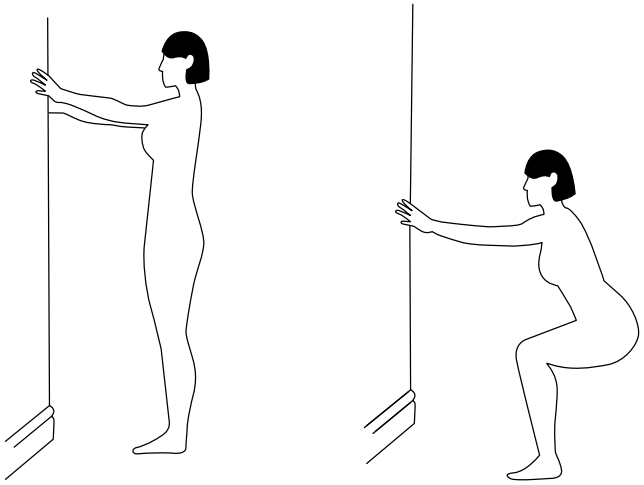


___ séries de ___ repetições

TREINO FUNCIONAL

Treinar a contração dos MAP em situações de perda urinária, de esforço etc.

A) Agachamento ou sentar e levar da cadeira
Execução: contrair os MAP, fazer o movimento e relaxar/descansar.
Quantidade: 10 repetições x 2 séries. Descanse pelo menos 30 segundos entre as séries.



Outros exercícios funcionais podem ser utilizados como: caminhar, pular, marcha estacionária, tossir.

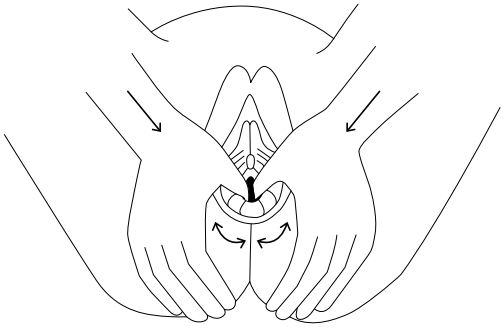
ANEXO 11 - MASSAGEM PERINEAL

PREFEITURA BELO HORIZONTE

Por que é importante realizar a massagem perineal?

Durante a passagem do bebê pela vagina esses músculos se alongam. Então quanto mais flexível estiver essa musculatura menor é a possibilidade de ocorrer lesões.

Como fazer a massagem perineal



- Procure por lugar tranquilo que possa estar sem ser interrompida;
- Lave as mãos e peça seu parceiro para lavar também caso ele ajude a realizar a massagem;
- Procure por uma posição confortável que consiga relaxar;
- Primeiramente olhar o períneo com ajuda de um espelho para observar como ele é;
- Pode-se usar compressas com toalhas mornas no períneo por 10 minutos, ou tomar um banho morno para ajudar a relaxar a região;
- Para realizar a massagem pode ser utilizado algum lubrificante íntimo á base de água ou óleo vegetal puro;
- Coloque seus polegares um pouco para dentro da vagina, pressione 2 minutos para baixo e depois mais 2 minutos para os lados. Depois faça movimentos em forma de “U” para os lados;
- Massagear todos os dias, 1 vez ao dia, por 5 a 10 minutos ou até que sinta a região levemente adormecida;
- Massagear também em volta da região externa da vagina fazendo movimentos circulares;
- É importante ter atenção para não ter contato com o ânus e a uretra para evitar infecção urinária.

ANEXO 12 - SUGESTÃO DE MATERIAL DE ORIENTAÇÕES GERAIS

PREFEITURA BELO HORIZONTE

Orientações Gerais

1º: Beba água regularmente durante o dia:

- A água diminui a possibilidade de infecções urinárias, melhora o funcionamento intestinal e o sistema circulatório. Evitar grande quantidade de líquidos 3 horas antes do horário de dormir.

2º: Higiene íntima e cuidados para evitar infecções:

- Sempre lavar a região íntima de frente para trás (vagina em direção ao ânus);

- Sempre higienizar após urinar e defecar (da vagina em direção ao ânus);

- Não lavar com sabão a região mais interna da vulva (dentro dos pequenos lábios e orifício da vagina). Nessa região mais interna, utilize apenas água! Isso é importante para manter a flora bacteriana natural da vulva;

- Não realizar duchas internas ou toque vaginal para higienizar o canal, isso também pode desequilibrar a flora local;

- Não usar sabonete antibacteriano;

- “Deixe a vagina respirar”: não use absorventes/toalhinhas diariamente e, sempre que possível, fique sem calcinha. Dormir sem calcinha é um bom hábito;

- Sempre sentar para urinar e relaxar a região pélvica e os músculos do assoalho pélvico. Espere sair toda a urina sem fazer esforços! Tente urinar sem pressa!

- Manter um intervalo regular entre as micções (em média de 2 a 4 horas);

3º: Atenção as seguintes situações que aumentam muito a pressão abdominal:

- Sobrepeso/Obesidade ;

- Atividades de impacto (pular corda, saltar, correr) em casos de Prolapsos de órgãos pélvicos/gestação/ disfunções do assoalho pélvico;

- Situações de esforço prendendo o ar;

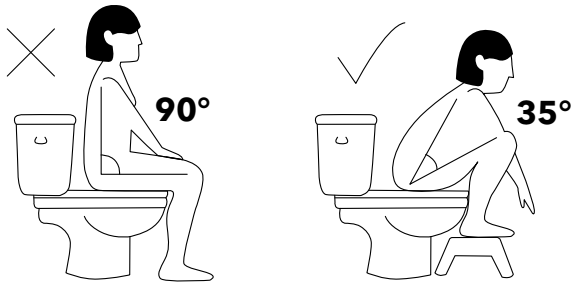
- Exercícios de abdominais com flexão de tronco ou outros específicos para o abdômen sem orientação em casos de diástase e pós-parto imediato e tardio.

4º: Mantenha o bom funcionamento do seu intestino:

- Aproveite o reflexo gastrocólico para evacuar: não adiar a vontade de defecar;

- Fazer atividades físicas para estimular o funcionamento intestinal;

- Posicione-se adequadamente no vaso sanitário para evacuar: use um banquinho nos pés para elevar suas pernas (aumentando a flexão dos joelhos e quadris) e apenas relaxe o assoalho pélvico. Experimente mexer sua pelve para frente e para trás, sentada no vaso, para achar a melhor posição para as fezes saírem.



- Crie uma rotina para ir ao banheiro evacuar.

- Evitar esforço para evacuar e não ir ao banheiro sem o desejo defecatório. Evite também ficar sentado no vaso de maneira desnecessária (por exemplo, mexendo no celular, lendo).

SUS

PREFEITURA
BELO HORIZONTE