

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA**

**Estágio em Fisioterapia na Saúde da Mulher-
Suas diferentes vertentes**

Aluno: Stephanie Coelho Fernandes

Orientador: Doutora Paula Soares

Orientadores de estágio: Mestre Ana Filipa Pires

Doutora Carla Martinho Neto

Mestrado em Fisioterapia

Lisboa, 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA**

**Estágio em Fisioterapia na Saúde da Mulher-
Suas diferentes vertentes**

Aluno: Stephanie Coelho Fernandes

Orientador: Doutora Paula Soares

Orientadores de estágio: Mestre Ana Filipa Pires

Doutora Carla Martinho Neto

Júri:

Doutora Maria Teresa Tomás.

Doutora Patricia Maia e Silva.

Mestrado em Fisioterapia

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2020

Agradecimentos

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, que através do seu amor infinito me concedeu o apoio necessário durante este percurso.

Ao Gustavo, meu amor e amigo, sou grata pela parceria de todos os dias.

Maria do Carmo e Euler, obrigada por sua generosidade e carinho.

Agradeço a orientadora Paula Soares o contributo dedicado a este trabalho e as orientadoras de estágio Ana Filipa Pires e Carla Martinho Neto pela partilha de conhecimentos.

Minhas queridas colegas do Mestrado em Saúde da Mulher, obrigada por me fazer sentir acolhida.

E finalmente a Maria das Dores e Jurandy, meus pais, que mesmo distantes são a minha fortaleza e preenchem meu coração com seu incentivo e amor.

Resumo

A Fisioterapia na Saúde da Mulher é cada vez mais reconhecida devido a sua eficácia nos tratamentos de patologias como o cancro da mama e a incontinência urinária; tornando-se indispensável colocar em prática intervenções com base na melhor e mais atual evidência científica com o objetivo de proporcionar ao utente uma intervenção de excelência.

Com o presente relatório de estágio, este de natureza profissional, pretende-se transmitir desde logo a pertinência do objeto de estudo, bem como descrever as atividades realizadas e ainda apresentar uma reflexão crítica das competências adquiridas, conhecimentos obtidos e, o resultado destas para aprofundamento do objeto de estudo, ao longo dos estágios realizados nas instituições de saúde onde o mesmo se desenrolou (Hospital Doutor Fernando Fonseca e Hospital Beatriz Ângelo).

Este relatório apresenta dois estudos de caso referentes a problemáticas distintas, o cancro da mama e a incontinência urinária. Verificou-se que, embora os casos clínicos abordados tivessem diferentes temáticas, é essencial a contribuição da fisioterapia para a melhoria da qualidade de vida das utentes estudadas.

O estágio profissional conjuntamente com a produção do relatório, contribuiu para o aprofundamento e evolução pessoal e profissional, bem como para o desenvolvimento da tomada de decisão, exigida ao nível da investigação, e também para o desenvolvimento de competências adequadas à especificidade do trabalho realizado em contexto de fisioterapia da saúde da mulher.

Palavras-chave: fisioterapia; cancro da mama; reabilitação do membro superior; incontinência urinária; reabilitação do pavimento pélvico.

Abstract

Physiotherapy in Women's Health is increasingly recognized due to its effectiveness in the treatment of pathologies such as breast cancer and urinary incontinence; making it indispensable to put into practice interventions based on the best and most current scientific evidence in order to provide the user with an excellent intervention.

With this internship report, this one of a professional nature, it is intended to immediately transmit the pertinence of the object of study, as well as describe the activities carried out and also present a critical reflection of the acquired skills, knowledge obtained and the result of these for further development. of the object of study, during the internships carried out in the health institutions where it took place (Hospital Doutor Fernando Fonseca and Hospital Beatriz Ângelo).

This report presents two case studies referring to different problems, breast cancer and urinary incontinence. It was found that, although the clinical cases addressed had different themes, the contribution of physiotherapy to the improvement of the quality of life of the patients studied is essential.

The professional internship together with the production of the report, contributed to the deepening and personal and professional evolution, as well as to the development of decision making, required at the research level, and also to the development of skills appropriate to the specificity of the work carried out in physiotherapy context of women's health.

Keywords: physiotherapy; breast cancer; upper limb rehabilitation; urinary incontinence; rehabilitation of the pelvic floor.

Índice Geral

Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Índice Geral	ix
Índice de Tabelas	xiii
Índice de Figura	xv
Lista de abreviaturas	xvii
Introdução	1
Cancro da Mama- Estágio I	5
1- Revisão de Literatura	6
1.1- Epidemiologia	7
1.2- Diagnóstico	7
1.3- Tratamento	8
1.3.1- Mastectomia	9
1.3.2- Cirurgia Conservadora	9
1.3.3- Cirurgia de remoção dos gânglios linfáticos	10
1.3.4- Quimioterapia	10
1.3.5- Radioterapia	11
1.3.6- Hormonoterapia.....	11
1.3.7- Reconstrução Mamária	12
1.4- Linfedema.....	14
1.5- Fundamentação de Técnicas de Avaliação.....	16
1.6- Fundamentação das Intervenções da Fisioterapia	18
1.6.1- Drenagem linfática manual (DLM)	19
1.6.2- Mobilização articular.....	20
1.6.3- Alongamento	20
1.6.4- Gestão de cicatrizes	21
1.6.5- Exercícios terapêuticos	21
1.6.6- Treino de estabilidade escapular	21

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

1.6.7- Treino em domicílio	22
1.6.8- Atividade física	23
1.6.9- Educação ao utente	23
2- Caso Clínico	25
2.1- Exame Subjetivo	25
2.2- Exame Objetivo	26
2.2.1- Questionários	28
2.3- Diagnóstico em Fisioterapia	29
2.4- Principais Problemas	29
2.4.1- Alterações na estrutura e função	29
2.4.2- Limitações da atividade	30
2.4.3- Restrições da participação	30
2.4.4- Problemas potenciais	31
2.5- Objetivos.....	31
2.5.1- Curto Prazo (2 semanas):	31
2.5.2- Médio Prazo (4 semanas)	31
2.5.3- Longo Prazo (6 semanas)	32
2.6- Intervenção.....	32
3- Resultados	35
4- Discussão.....	38
5- Conclusão	43
6- Bibliografia	44
Incontinência Urinária- Estágio II	50
1- Revisão de Literatura	51
1.1- Anatomia da Pélvis	51
1.2- Continência e Incontinência Urinária.....	54
1.3- Menopausa.....	57
1.4- Fundamentação de Técnicas de Avaliação.....	58
1.4.1- Diário Miccional	58

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

1.4.2- <i>Pad test</i>	59
1.4.3- <i>Stress test</i>	59
1.4.4- Observação.....	60
1.4.5- Palpação Vaginal	60
1.4.6- Questionários	61
1.5- Fundamentação das Intervenções da Fisioterapia	61
1.5.1- Treino muscular do pavimento pélvico (TMPP)	62
1.5.2- Modificações no estilo de vida.....	65
1.5.3 - Treino da bexiga.....	66
1.5.4- Classe de reeducação do pavimento pélvico.....	66
2- Caso Clínico	68
2.1- Exame Subjetivo	68
2.1.1- História Atual.....	68
2.2- Exame Objetivo	69
2.3- Principais Problemas	71
2.4- Fatores Facilitadores e Barreiras	71
2.5- Diagnóstico em Fisioterapia.....	72
2.6- Prognóstico em Fisioterapia.....	72
2.7- Objetivos.....	73
2.7.1- Curto prazo (4 semanas).....	73
2.7.2- Médio prazo (8 semanas).....	73
2.7.3- Longo prazo (12 semanas).....	73
2.8- Intervenção.....	73
3- Resultados	75
4- Discussão.....	77
5- Conclusão	81
6- Bibliografia.....	82
Reflexão Crítica	87
Anexos	88

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

Anexo I – Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand	88
Anexo II – <i>Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast</i>	92
Anexo III – <i>King’s Health Questionnaire</i>	95
Anexo IV - Incontinence Quality of Life	98

Índice de Tabelas

Cancro da Mama – Estágio I

Tabela 2.1 Avaliação da dor pela EVA	26
Tabela 2.2 Amplitude articular passiva do ombro (°).....	27
Tabela 2.3- Amplitude Muscular	27
Tabela 2.4- Força muscular do ombro	27
Tabela 2.5 Sensibilidade superficial	28
Tabela 2.6 Perimetria do membro superior.....	28
Tabela 2.7 Avaliação DASH	28
Tabela 2.8 Avaliação FACT-B	29
Tabela 3.1 Escala visual analógica de dor (EVA)	35
Tabela 3.2 Amplitude articular passiva do ombro (°).....	35
Tabela.3.3 Amplitude muscular	35
Tabela 3.4 Força muscular do ombro	36
Tabela 3.5 Sensibilidade superficial	36
Tabela 3.6 Questionários.....	36
Tabela 3.7 Perimetria	37

Incontinência Urinária - Estágio II

Tabela 2.1 Avaliação diários miccionais	69
Tabela 2.2 Avaliação <i>Pad test</i>	69
Tabela 2.3 Avaliação <i>Stress test</i>	69
Tabela 2.4 Avaliação através da observação	70
Tabela 2.5 Avaliação da Palpação Vaginal.....	70
Tabela 2.6 Avaliação KHQ	70
Tabela 2.7 Avaliação I-QOL	71
Tabela 2.8 Facilitadores x Barreiras	71
Tabela 3.1 Avaliação x Reavaliação	75
Tabela 3.2 Avaliação x Reavaliação KHQ	75
Tabela 3.3 Avaliação x Reavaliação I-QOL	76

Índice de Figura

Figura 1- Escala visual analógica da dor (EVA).....	26
---	----

Lista de abreviaturas

- ADM- Amplitude de movimento
- AVD's- Atividades de vida diária
- BRCA- Breast cancer gene
- CDT- Terapia descongestiva complexa
- CM- Cancro da mama
- DASH- Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand
- DIEP- Retalho perfurador da artéria epigástrica inferior profunda
- DLM- Drenagem linfática manual
- EOM- Escala de Oxford Modificada
- ER- Recetor de estrogênio
- EVA- Escala Visual Analógica
- FACT-B- Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast
- HBA- Hospital Beatriz Ângelo
- HER2- Recetor de fator de crescimento epidérmico humano tipo 2
- HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
- IARC- International Agency for Research on Cancer
- ICS- International Continence Society
- IMC- Índice de massa corporal
- I-QOL- Incontinence Quality of Life
- IU- Incontinência urinária
- IUE- Incontinência urinária de esforço
- IUM- Incontinência urinária mista
- IUU- Incontinência urinária de urgência
- KHQ- King's Health Questionnaire
- LD- Lado direito
- LE- Lado esquerdo
- MPP- Músculos do pavimento pélvico
- MRM- Mastectomia radical modificada
- MSD- Membro superior direito
- MSE- Membro superior esquerdo
- OAB- Overactive bladder
- ONU- Organização das Nações Unidas
- PgR- Recetor de progesterona
- PIA- Pressão intra-abdominal

PP- Pavimento pélvico

SMFR- Serviço de Medicina Física e Reabilitação

TMM- Teste muscular manual

TMPP- Treino muscular do pavimento pélvico

TRAM- Retalho transversal do reto abdominal

WCPT- World Confederation for Physical Therapy

Introdução

O presente documento constitui o relatório de estágio de natureza profissional referente ao 2º e último ano do Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), especificamente no ramo da Fisioterapia na Saúde da Mulher.

De acordo com as competências gerais e específicas do mestrado, o estágio profissional foi desenvolvido com base na melhor e mais atual evidência científica disponível, bem como ainda na componente académica lecionada, com o objetivo de proporcionar ao utente uma intervenção de excelência.

O estágio no âmbito do mestrado permitiu dar continuidade ao processo do desenvolvimento profissional e académico em contexto laboral. Este pretende desenvolver e aprofundar as competências de natureza profissional e intervenção na investigação utilizadas ao longo do mesmo em diferentes situações clínicas numa população e área de intervenção específica.

Este decorreu ao longo de 200 horas de prática clínica em duas unidades de saúde, aprofundando dois aspetos da Fisioterapia na Saúde da Mulher, o cancro da mama em que foram realizadas 120 horas de estágio profissional no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE sob a orientação da fisioterapeuta e Mestre Carla Martinho Neto. E o segundo, realizado no Hospital Beatriz Ângelo, sob a orientação da fisioterapeuta e Mestre Ana Filipa Pires, onde foram realizadas 80 horas de estágio na área das disfunções do pavimento pélvico.

Após o término dos estágios foi elaborado um relatório final, com os elementos recolhidos no decurso dos mesmos, tendo como objetivo descrever as atividades clínicas desenvolvidas, e elementos de carácter científico, bem como evidenciar a prática clínica permitindo o desenvolvimento da investigação e também a descrição de dois casos clínicos distintos, o primeiro relacionado ao cancro da mama, mais especificamente o papel da fisioterapia após a reconstrução mamária e o segundo relacionado com disfunções do pavimento pélvico, mais especificamente à incontinência urinária.

Entre as doenças não transmissíveis, espera-se que o cancro seja a principal causa de morte e a barreira mais desafiante para aumentar a esperança de vida em todos os países do mundo, no século XXI (Bray et al., 2018). Entre as mulheres, o cancro da mama é o diagnóstico mais prevalente e a principal causa de morte por cancro (Bray et al., 2018). Além de todo o esgotamento físico causado pela doença, vários dados

demonstram que as utentes com cancro da mama sofrem problemas psicológicos persistentes, incluindo má perceção da imagem corporal relacionada com a desfiguração corporal causada pela intervenção cirúrgica, uma menor qualidade de vida relacionada com défices funcionais e distúrbios emocionais variados, incluindo a depressão (Zhang et al., 2018).

A reconstrução mamária faz parte do tratamento do cancro e quando bem sucedida combina segurança oncológica, resultados estéticos, satisfação da utente e prevenção da dor crónica (Djohan & Knackstedt, 2020).

Embora contribua positivamente para o bem-estar psicológico e emocional das utentes, é importante salientar que as cirurgias de reconstrução mamária são complexas e cada tipo pode afetar a função pós-operatória de forma diferente. A fisioterapia e os programas de exercícios estruturados em casa podem ajudar a prevenir a dor e a morbidade do membro superior, relacionadas essencialmente com o braço, ombro e restantes articulações e melhorar a dor (Mazuquin et al., 2020).

No que diz respeito às disfunções do pavimento pélvico (PP), reconhece-se que são historicamente negligenciadas e que o PP contribui na disfunção urinária, defecatória e sexual, bem como na dor pélvica crónica. Estas disfunções são tipicamente subnotificadas e podem apresentar-se de forma diferente de utente para utente. Pensa-se que a prevalência seja maior nas mulheres devido à maior estabilidade necessária para apoiar a pelve feminina, que é mais ampla e rasa, bem como o aumento do risco de lesões com a gravidez e o parto. A disfunção do PP tem uma associação estabelecida com sintomas do trato urinário inferior que incluem sintomas de armazenamento (tais como incontinência, urgência, frequência e noctúria), sintomas urinários (como fluxo anormal), e dor no trato urinário e genital, bem como sintomas associados com prolapso dos órgãos pélvicos e relações sexuais (Hastings & Machek, 2020).

A incontinência urinária (IU), ou a queixa de perda involuntária de urina, é uma condição debilitante do trato urinário inferior que pode levar a uma deterioração significativa da saúde de uma pessoa, tanto física quanto mental, e pode induzir ao isolamento social. Além disso, a IU coloca um enorme peso sobre o custo da saúde, o que, combinado com o seu efeito prejudicial na capacidade de trabalho de alguns utentes conduz a um elevado impacto económico na sociedade, comparável a outras condições crónicas (Wyndaele & Hashim, 2020).

A IU é mais comum nas mulheres e particularmente predominante nas mulheres de idade mais avançada. A fisioterapia desempenha um papel preponderante no

tratamento conservador da IU, sendo recomendada como terapia de primeira linha devido à sua eficácia, baixo custo e baixo risco associado (Mazur-Bialy et al., 2020).

A escolha do estágio profissional ao nível do mestrado justifica-se pela especificidade do trabalho realizado, e a oportunidade de realizar uma reflexão crítica sobre as competências de natureza profissional vivenciadas, conjuntamente com a aplicação da investigação e aprofundar de conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Fisioterapia ramo da Saúde da Mulher; também a possibilidade do contato direto com os doentes com diferentes patologias/sintomatologias sobre o objeto de estudo, o acesso a orientadores especialistas no tema, a troca de experiências com os colegas de profissão e à educação contínua baseada na evidência científica, a qual permite a aquisição de habilidades na prática clínica especializada, foi um privilégio e um enorme desafio.

É possível perceber que apesar das taxas de mortalidade do CM a diminuir, o CM e seus tratamentos, incluindo a reconstrução mamária, podem, no entanto, causar efeitos adversos na função e qualidade de vida das utentes. As deficiências físicas comuns relacionadas com as cirurgias incluem especificamente diminuição da amplitude de movimento (ADM), força e linfedema da extremidade superior e/ou da mama, dor, fadiga e perda da sensibilidade (Marsili et al., 2019).

De acordo com as atuais *guidelines* todos os utentes devem ter acesso precoce a fisioterapia especializada, inclusive no pré-operatório, para prevenir e tratar morbidades dos membros, especialmente quando a cirurgia de reconstrução mamária é realizada (Mazuquin et al., 2020).

É um facto que a população mais velha está a crescer, e em termos globais em 2019, existiam cerca de 703 milhões de idosos com 65 ou mais anos. Nas próximas três décadas, o número global de idosos deverá ser mais do dobro, atingindo mais de 1,5 bilhões de pessoas em 2050 (United Nations, 2019).

Com o avançar da idade, os problemas de saúde tornam-se crónicos e a coexistência de muitas doenças e desconfortos não é incomum. À medida que a população envelhece, as deficiências físicas, sensoriais e cognitivas são mais prevalentes e distúrbios, como a incontinência urinária, podem levar à perda da capacidade funcional. Esta está relacionada com as competências que permitem que as pessoas sejam e façam o que valorizam (Rudnicka et al., 2020).

A partir das informações anteriormente descritas, acredita-se que a procura por fisioterapeutas especializados na Saúde da Mulher aumentará pois, a sua intervenção com técnicas eficazes e reconhecidas de redução/cura dos sintomas de IU estarão em

evidência constante, contribuindo para que as utentes recuperem a sua capacidade funcional, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Os temas contidos neste relatório são relevantes, uma vez que existe uma elevada prevalência de cancro da mama e incontinência urinária na população feminina. As evidências científicas descritas contribuem para as estratégias de educação e tratamento.

O relatório de estágio foi elaborado com a seguinte estrutura: Introdução geral, revisão de literatura relacionada com as temáticas de investigação, descrição dos casos clínicos objetos de intervenção com a sua avaliação, seu plano de tratamento e resultados. Por fim, as referências bibliográficas, uma reflexão crítica sobre os temas em estudo e os anexos.

Cancro da Mama- Estágio I

1- Revisão de Literatura

O cancro da mama (CM) é uma compilação de malignidades distintas que se manifestam nas glândulas mamárias. Existem diversos tipos de CM que se apresentam em diferentes áreas da mama, como nos ductos, nos lóbulos, ou no tecido entre eles. O tipo de CM é determinado pelas células específicas afetadas. De acordo com a origem da célula envolvida, os CM podem ser divididos em duas classificações amplas: carcinomas e sarcomas. Os carcinomas constituem a maioria dos CM e são decorrentes do epitélio que compõe a mama; consiste nas células que alinham os lóbulos e os ductos terminais responsáveis pelo leite. Já os sarcomas são uma forma muito mais rara de CM (<1% do cancro primário de mama) decorrente dos componentes estromais, que incluem miofibroblastos e células dos vasos sanguíneos. Em alguns casos, pode acontecer de um único tumor da mama ser uma combinação de diferentes tipos de células (Feng et al., 2018).

Com base em critérios de características patológicas e invasividade, cancros de mama comuns podem ser divididos em três grupos principais: os não invasivos, os invasivos e os metastáticos. Cancro da mama não invasivo é um cancro que não se estendeu para longe do lóbulo ou ductos onde se situava. Um exemplo de um tipo de CM não invasivo é o carcinoma ductal *in situ* que aparece quando as células atípicas se desenvolvem dentro dos dutos mamários, porém, não se estende para as proximidades do tecido ou se exteriorizam. Embora as células atípicas não se estendam aos tecidos externos, aos lóbulos ou ductos, elas podem progredir e se transformar em um CM invasivo. O cancro da mama invasivo ocorre quando células anormais de dentro dos lóbulos ou dutos mamários se dividem na proximidade do tecido mamário. As células cancerígenas podem passar através da mama para diferentes partes do corpo através do sistema imunológico ou da circulação sistêmica. O CM invasivo é o carcinoma geral mais comum nas mulheres. Quando o CM invasivo se estende à diferentes órgãos do corpo é denominado como cancro da mama metastático. Os órgãos mais comuns de metastização do cancro da mama são: cérebro, ossos, pulmões e fígado (Akram et al., 2017).

O desenvolvimento dessa neoplasia tem fatores de risco bem definidos, entre eles podemos citar o envelhecimento, o excesso de peso ou obesidade, a menarca precoce e/ou menopausa tardia, primeira gestação após os trinta anos, nuliparidade, uso de contraceptivos orais, terapia de reposição hormonal na pós-menopausa, história familiar da doença (principalmente parentes de primeiro grau; mutações nos genes BRCA1 e BRCA2), consumo de álcool, uso de tabaco, sedentarismo, excesso de peso

na pós-menopausa, exposição à radiação ionizante, diabetes tipo 2, alta densidade do tecido mamário, entre outros. Já os fatores associados à diminuição do risco de CM incluem a amamentação por pelo menos um ano, atividade física moderada ou vigorosa regular e manutenção de um peso corporal saudável (American Cancer Society, 2015).

1.1- Epidemiologia

A mortalidade por cancro da mama diminuiu substancialmente desde a década de 1970. Esse declínio é atribuído à disponibilidade de métodos de triagem, principalmente a mamografia, e a evolução no tratamento do cancro mesmo em estágios mais avançados (Jemal et al., 2017). Apesar disso, o CM ainda é considerado um problema de saúde pública devido às altas taxas de incidência e mortalidade. A IARC (*International Agency for Research on Cancer*) através de seu projeto chamado GLOBOCAN o qual avalia estimativas de incidência e mortalidade por cancro, previu que em 2018, em todo o mundo, haveria cerca de 2,1 milhões de novos casos de CM recém-diagnosticados, representando quase 1 em cada 4 casos de cancro entre mulheres. A doença é o cancro diagnosticado com mais frequência na grande maioria dos países (154 de 185) e também é a principal causa de morte por cancro em mais de 100 países (Bray et al., 2018). O número de novos casos e de mortes na Europa, Portugal e Brasil, em 2018, foram estimados em 522.513 (137.707 mortes), 6.974 (1.748 mortes) e 85.620 (18.442 mortes), respetivamente (Ferlay et al., 2018). Nos Estados Unidos estima-se que em 2020, existirão 276.480 novos casos de CM com 42.170 mortes (Siegel et al., 2020).

1.2- Diagnóstico

O diagnóstico do cancro da mama é baseado no exame clínico combinado à imagem e confirmado por avaliação patológica. O exame clínico inclui palpação das mamas e gânglios linfáticos regionais e avaliação de metástases distantes (ossos, fígado e pulmões; um exame neurológico é necessário apenas quando os sintomas estão presentes). A imagem inclui mamografia bilateral e ultrassonografia da mama e gânglios linfáticos regionais. A ressonância magnética da mama não é recomendada rotineiramente, mas deve ser considerada em casos onde há CM na família associado a mutações no BRCA; cancros lobulares, seios densos, quando os achados da imagem convencional são inconclusivos, também pode ser considerado no caso de implantes mamários, entre outros. Novas técnicas estão sendo testadas para triagem e diagnóstico por imagem, como mamografia tridimensional (3D), a ultrassonografia 3D e

outras que têm um potencial de aumentar a precisão do diagnóstico, porém, nenhum deles é aplicado como exames de rotina. É essencial coletar o histórico médico completo, histórico familiar relacionado à cancro de mama/ ovário e outros; e o status da menopausa da utente. A avaliação patológica inclui histologia do tumor primário e citologia/ histologia dos nódulos axilares (se houver suspeita de envolvimento). O relatório patológico da análise da amostra de tecido deve incluir o tipo histológico, o grau, a avaliação imuno-histoquímica do recetor de estrogênio (ER), do recetor de progesterona (PgR), o status do recetor de fator de crescimento humano (HER2) e algum marcador de proliferação, por exemplo, o Ki67 (Cardoso et al., 2019).

1.3- Tratamento

No cancro da mama onde não há metástase os principais objetivos da terapia são erradicar o tumor e gânglios linfáticos regionais, quando afetados, além de prevenir a ocorrência da metástase. A terapia local inclui a cirurgia e a utilização da radioterapia. Já a terapia sistêmica pode ser pré-operatória (neoadjuvante), pós-operatória (adjuvante) ou ambas. O subtipo de CM guia a terapia sistêmica padrão administrada que, de acordo com cada caso, incluem a hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia. Para o CM pré-metastático, os objetivos terapêuticos são prolongar a vida e a palição dos sintomas. As mesmas categorias básicas de terapia sistêmica são usadas no CM metastático e nas abordagens neoadjuvantes/ adjuvantes, porém, na atualidade esse cancro permanece incurável em praticamente todos os utentes afetados (Waks & Winer, 2019). Após os tratamentos realizados, os quais causam efeitos colaterais, os utentes normalmente necessitam de uma reabilitação física, psicológica e social (Möller et al., 2019).

A terapia local, também chamada de cirúrgica, evoluiu significativamente nas últimas décadas com os avanços destinados a minimizar as sequelas estéticas e funcionais causada pela cirurgia de CM. As abordagens padrão são a mastectomia ou a cirurgia conservadora, a qual permite que as utentes preservem seus seios sem sacrificar os resultados oncológicos. Essas técnicas têm suas particularidades e contraindicações, portanto, devem ser aplicadas de acordo com cada caso específico. Atualmente, as duas abordagens têm se mostrado consistentes e equivalentes em relação à sobrevida livre de recidivas. Já o tratamento cirúrgico dos gânglios linfáticos axilares deve ser considerado separadamente da terapia cirúrgica da mama. A remoção dos gânglios linfáticos serve tanto para um objetivo diagnóstico (determinando a

extensão anatômica do CM) quanto a um objetivo terapêutico (remoção de células cancerígenas). A tomada de decisão cirúrgica é baseada no envolvimento evidente dos gânglios linfáticos axilares no diagnóstico e na administração da terapia sistêmica neoadjuvante (Waks & Winer, 2019).

1.3.1- Mastectomia

A mastectomia tem como objetivo alcançar o controle local e regional do cancro da mama e a justificativa para a utilização da técnica poderá ser: o tamanho do tumor (em relação ao tamanho da mama), a complexidade do tumor, a incapacidade de obter margens cirúrgicas negativas, o uso de radiação prévia na parede torácica/ mama ou outras contraindicações relacionadas a radioterapia, a escolha da utente, entre outras (Senkus et al., 2015). Existem diferentes tipos de mastectomias, elas são caracterizadas de acordo com a forma a qual a cirurgia é realizada e na quantidade de tecido removido. Dentre suas vertentes existe a mastectomia radical modificada (MRM) que, na atualidade, é a terapia cirúrgica mais comum para carcinoma invasivo da mama, apesar da elegibilidade de muitas mulheres para técnicas de conservação da mama ou abordagens de mastectomia total poupadora de pele (Bland et al., 2018). A MRM é definida como uma cirurgia de remoção completa da mama, com a inclusão do tumor, da pele sobrejacente e dos gânglios linfáticos axilares, com preservação do músculo peitoral maior. Ela se distingue em MRM de Patey quando há excisão do músculo peitoral menor e MRM de Madden quando há preservação dos músculos peitorais maior e menor (K. Bland et al., 2018).

1.3.2- Cirurgia Conservadora

De acordo com a *American Cancer Society*, a cirurgia conservadora da mama (lumpectomia) é o procedimento de remover a parte da mama que contém o tumor maligno juntamente com alguns tecidos saudáveis e os gânglios linfáticos circundantes, deixando a maior parte da mama intacta possível. Essa prática geralmente é utilizada em mulheres que estão na fase inicial do cancro, mas a utente também vai precisar de outro tipo de tratamento associado como a radioterapia, a quimioterapia ou terapia de reposição hormonal. A maioria dos cirurgiões e utentes preferem a lumpectomia inicialmente, em vez de fazer a remoção completa da mama. Dentre os efeitos adversos da lumpectomia estão a sensibilidade, inflamação temporária, esclerose e aparência alterada da mama, entre outros (Akram et al., 2017).

1.3.3- Cirurgia de remoção dos gânglios linfáticos

A mastectomia e a cirurgia conservadora da mama são frequentemente acompanhadas por remoção dos gânglios linfáticos axilares para determinar se a doença se espalhou para além da mama. A presença de células cancerígenas nos gânglios linfáticos ajuda a determinar a terapia subsequente. Dentre as abordagens axilares existem a biópsia do gânglio sentinela e a dissecação axilar completa. A biópsia do gânglio sentinela, é a técnica na qual se realiza a injeção de corante, injeção de substância radioativa ou associação dos dois métodos com o intuito de encontrar o(s) gânglio (s) sentinela (s). Quando encontrado (s), esse material é removido pelo cirurgião e enviado ao patologista para que verifique se há presença de células cancerígenas. Caso seja encontrado células cancerígenas no (s) gânglio (s) sentinela (s), o cirurgião pode prosseguir com uma dissecação axilar completa (geralmente são removidos menos de 20 gânglios linfáticos) enquanto a utente ainda está na mesa de operação. Se, no momento da cirurgia, nenhuma célula cancerígena for detectada ou se não for verificada por um patologista, elas serão examinadas posteriormente. Efeitos colaterais podem surgir após a remoção dos gânglios linfáticos axilares. Quando há inchaço no braço, mama, mão ou peito que dura após os efeitos colaterais iniciais da cirurgia isso é chamado linfedema e pode se desenvolver alguns meses ou anos após a cirurgia. O linfedema é menos comum após uma biópsia de gânglio linfático sentinela do que em uma dissecação de gânglios linfáticos axilares. Pensa-se que o risco esteja na faixa de 5% a 17% em mulheres que realizam a biópsia do gânglio sentinela e em torno de 20% a 30% em mulheres que realizam a dissecação axilar (American Cancer Society, 2019b).

1.3.4- Quimioterapia

É o tratamento que consiste na administração de fármacos que destroem as células cancerígenas, interferindo nos processos de crescimento e divisão das mesmas. Pode ser administrada em ambas as situações, antes (neoadjuvante) e após (adjuvante) a cirurgia, dependendo da condição da utente. No entanto, essas terapêuticas provocam diversos efeitos colaterais. A quimioterapia pode também ser prescrita para gerir da melhor forma possível o CM metastático e para minimizar ou retardar seu desenvolvimento (Akram et al., 2017).

1.3.5- Radioterapia

A terapia de radiação consiste no uso de feixes ou partículas de alta energia para destruir células cancerígenas. É frequentemente usada após a cirurgia para destruir células cancerígenas remanescentes na mama, parede torácica ou região das axilas. A cirurgia conservadora da mama quase sempre é seguida por radioterapia, pois demonstra reduzir o risco de recorrência do cancro em cerca de 50% em 10 anos e o risco de morte por cancro de mama em quase 20% em 15 anos. Algumas utentes tratadas com mastectomia também se beneficiam da radiação se o tumor for maior que 5 cm, se crescer para tecidos próximos ou se for encontrado cancro nos gânglios linfáticos. A radiação também pode ser usada para tratar os sintomas do cancro da mama avançado, especialmente quando esse se espalhou para o sistema nervoso central ou para os ossos. A radioterapia pode ser administrada com radiação de feixe externo, braquiterapia (o material radioativo é inserido dentro ou próximo ao órgão a ser tratado) ou uma combinação de ambos. O método depende do tipo, estágio e localização do tumor, bem como das características da utente e da preferência do médico e da utente (American Cancer Society, 2017).

O processo patológico da lesão por radiação ocorre imediatamente após a irradiação; no entanto, as características clínicas e histológicas podem não aparecer por semanas ou meses. O dano agudo é observado em tecidos com células em rápida proliferação, como a pele ou glândulas salivares. A pele inicialmente se torna eritematosa, seguida subseqüentemente por hiperpigmentação e descamação seca que pode progredir para descamação húmida. Alterações tardias podem se desenvolver gradualmente ou repentinamente e tendem a ocorrer em tecidos com lenta movimentação celular, como tecido nervoso. Os riscos potenciais de longo prazo da radioterapia pós mastectomia incluem linfedema, plexopatia braquial, pneumonite por radiação, fraturas de costelas, toxicidade cardíaca e segundas neoplasias induzidas por radiação (Voineskos et al., 2019).

1.3.6- Hormonoterapia

A hormonoterapia também pode ser incluída no tratamento a partir da mensuração dos recetores hormonais (estrogênio e progesterona) presentes no tecido tumoral. Esse recurso terapêutico pode envolver o uso de modulador seletivo de estrogênio (tamoxifeno) e inibidores de aromatase (letrozol, anastrozol, exemestano), com o intuito de bloquear os efeitos do estrogênio no crescimento das células

cancerígenas. Mulheres na pré-menopausa, com CM positivo para recetores hormonais, podem se beneficiar da ablação ou supressão dos ovários quando não há resposta satisfatória com as outras modalidades terapêuticas. O tratamento com o uso de tamoxifeno, combinado com o uso dos inibidores de aromatase, tem demonstrado melhor perspectiva de sobrevivência quando comparado ao tratamento isolado com o tamoxifeno (American Cancer Society, 2017).

1.3.7- Reconstrução Mamária

O procedimento de reconstrução mamária restaura a forma, a aparência e a sensação de ter a mama e é parte integrante do tratamento do CM após a mastectomia; o que pode facilitar a aceitação de perder um seio. Além disso, fornece benefícios psicossociais e de qualidade de vida. É necessário identificar as implicações funcionais da mastectomia e reconstrução mamária para otimizar a qualidade de vida das utentes, dada a crescente sobrevivência com os avanços na deteção e terapia precoce (Leonardis et al., 2019). Dentre os procedimentos de reconstrução mamária disponíveis estão a reconstrução baseada em tecido por retalho autólogo, como retalho transversal do reto abdominal (TRAM), retalho de perfuradores epigástricos inferiores profundos (DIEP) e outros retalhos, bem como a reconstrução baseada em implante mamário, incluindo implante direto ou expensor de tecido com implante. Também existe a possibilidade de um procedimento combinado que consiste em uma reconstrução autóloga e uma aloplástica. (Popowich et al., 2020)

A seleção da reconstrução é baseada em uma avaliação do tratamento do cancro, hábitos da utente, obesidade, histórico de tabagismo, comorbidades e nas preocupações das utentes. O tabagismo e obesidade aumentam o risco de complicações para todos os tipos de reconstrução mamária, seja com implante ou retalho, portanto, são considerados uma contra-indicação relativa à reconstrução mamária. As utentes devem ser informadas sobre o aumento das taxas de complicações na cicatrização de feridas e a falha parcial ou completa do retalho entre fumantes e obesos. As mulheres que não estiverem satisfeitas com o resultado estético após a conclusão do tratamento para o cancro da mama devem receber uma consulta com a cirurgia plástica (National Comprehensive Cancer Network, 2019).

A única razão oncológica para desaconselhar a reconstrução imediata é o caso do cancro de mama inflamatório, no entanto, algumas mulheres recusam ou adiam o procedimento por preferências pessoais. Não há evidências de que a reconstrução mamária torne a deteção da recorrência local mais difícil, e não há base para a visão

desatualizada de que as utentes devem esperar 1 a 2 anos após a mastectomia antes de receber a reconstrução. É importante ressaltar que muitas utentes que têm uma indicação clínica para mastectomia são elegíveis para a radioterapia após a mastectomia. No caso da reconstrução mamária, imediata ou tardia, uma estreita colaboração entre cirurgiões reconstrutivos e oncologistas é um requisito imprescindível para definir o momento, o tipo de reconstrução e os volumes alvo de radioterapia mais adequados. Com base em vários fatores relacionados ao utente e ao tratamento, é necessária a individualização da abordagem em relação à combinação da radioterapia e reconstrução para obter resultados satisfatórios, independentemente da sequência e do método reconstrutivo utilizado (Cardoso et al., 2019).

A reconstrução usando um expansor de tecido com implante é a opção de reconstrução mamária mais comum e oferece o menor tempo cirúrgico com a recuperação mais fácil em comparação à intervenção autóloga. Essa abordagem requer dois procedimentos cirúrgicos separados. As vantagens desse método são operações simples, sem morbidade no local doador distante, sem cicatrizes adicionais, tempo de operação reduzido e recuperação pós-operatória mais rápida. O expansor pode ser preenchido com solução salina estéril no momento da cirurgia, ou pode ser preenchido em ambulatório quando ocorrer uma cicatrização adequada da pele, geralmente iniciando 10 a 14 dias após a mastectomia. O número de visitas ao médico para realizar a expansão é variável e depende da quantidade de líquido instilado no momento da cirurgia, da quantidade de fluido que a mulher pode tolerar na expansão e do volume final desejado. Embora esse tipo de procedimento seja uma das opções reconstrutivas mais comuns, as utentes geralmente não estão totalmente cientes do processo de duas etapas. É importante reforçar a necessidade de um segundo procedimento para concluir a reconstrução. O objetivo da cirurgia reconstrutiva pós-mastectomia é restaurar a aparência de um monte natural de mama. As limitações da reconstrução mamária aloplástica (implante) incluem um monte de mama geralmente mais arredondado e menos ptótico, o que conseqüentemente requer um procedimento mamário contralateral para simetria (Lagdamen et al., 2019). A taxa de falha a longo prazo de uma reconstrução de implante em dois estágios é significativamente menor em pacientes que não são submetidos à radioterapia pós mastectomia (Cordeiro et al., 2015). O estudo de Jagsi et al., (2016) sugere que utentes com implantes que recebem radioterapia podem ter o risco aumentado de contração capsular, infecção, dor, necrose da pele, fibrose e cicatrização prejudicada. Além disso, nos procedimentos de revisão que incluem trocas de expansores de tecido por implantes e técnicas para melhorar a

aparência da mama e obter simetria com a mama contralateral não irradiada, são utilizados procedimentos invasivos que podem aumentar o risco de infecção. Em outro estudo, prospectivo, foi relatado a perda de implantes irradiados em 9,1% e apenas 0,5% dos implantes não irradiados. De forma semelhante, a contratura capsular de alto grau (grau IV) foi significativamente mais comum em implantes irradiados do que os não irradiados, 6,9% e 0,5%, respectivamente. Além disso as utentes que não receberam radioterapia também tiveram qualidade de vida e satisfação relacionadas à saúde significativamente mais altas, quando comparadas aos pacientes submetidos à radioterapia para o expensor ou implante de tecido (Cordeiro et al., 2014).

A reconstrução mamária é considerada mais complexa que a cirurgia convencional de cancro de mama (Qin et al., 2018). Independentemente da modalidade reconstrutiva, são esperados déficits funcionais, principalmente no período pós-operatório. Minimizar esses déficits e otimizar a função pós-tratamento pode depender não apenas da técnica cirúrgica, mas também da fisioterapia. Ferramentas subjetivas e objetivas estão disponíveis e são essenciais na avaliação geral. As ferramentas subjetivas contam com a experiência do utente e a percepção de sua condição. Por outro lado, as objetivas baseiam-se em medidas padronizadas, como goniometria, dinamometria, análise de vídeo por movimento e eletromiografia, para avaliar diretamente a função do utente após a cirurgia, as quais fornecem dados brutos (Nelson et al., 2018).

1.4- Linfedema

O linfedema reflete o acúmulo de líquido extracelular nos tecidos como resultado de dano ou disfunção no sistema linfático. A sua forma primária é geralmente resultado de mutações em genes envolvidos na vasculo-gênese linfática, estrutura ou função. Já o linfedema secundário pode refletir uma variedade de danos estruturais e funcionais incluindo infecções agudas e crônicas, trauma, hipertensão venosa crônica, entre outros (Rockson et al., 2019).

O linfedema associado ao CM está relacionado com o aumento da circunferência dos membros, fibrose, deposição anormal de gordura e eventual patologia cutânea acentuada. Os efeitos da cirurgia e da radioterapia podem resultar na disfunção circulatória do sistema linfático, ao promover a fibrose tecidual. O dano por radiação tem um efeito potencializador no dano linfático induzido cirurgicamente (Rockson et al., 2019).

Os indivíduos afetados por essa condição sofrem com a morbidade física e psicológica que é exacerbada pelo difícil acesso aos cuidados. As relações sociais e a qualidade de vida são abaladas pois a condição pode levar a episódios recorrentes de infecções bacterianas da pele e sepse, incapacidade, entre outras comorbidades (Rockson et al., 2019). Os fatores de risco para o linfedema associado ao CM incluem o estágio mais avançado do CM, maior número de gânglios linfáticos removidos, obesidade, recebimento de quimioterapia adjuvante ou radioterapia e a genética (Ezzo et al., 2015).

Não há teste clínico simples que estabeleça o diagnóstico em utentes que apresentam potencial linfedema. Além disso, as primeiras manifestações do problema podem ser ilusórias (Rockson et al., 2019). Normalmente o linfedema é medido utilizando uma combinação de parâmetros como o histórico e relato dos sintomas do utente, inspeção visual e palpação da extremidade afetada, para avaliar as alterações de textura da pele, pressão digital para detetar edema cutâneo, deslocamento de água e circunferência da extremidade afetada. Centros de pesquisas ou grandes centros de tratamento podem ter acesso a dispositivos de medição mais sofisticados como tonometria e a bioimpedância (Johnson et al., 2014).

Devoogdt et al., (2018) diz que avaliações através do perímetro e do volume são técnicas de medição confiáveis e cita quatro definições objetivas que podem ser usadas como auxílio na deteção do linfedema, isto é, um aumento ≥ 200 ml, um aumento ≥ 2 cm, um aumento $\geq 5\%$ e um aumento $\geq 10\%$.

O estadiamento do linfedema é classificado segundo a Sociedade Internacional de Linfologia (2016) em: Grau 0 - Refere-se à condição latente ou subclínica onde o inchaço ainda não é evidente, apesar do transporte linfático estar prejudicado; Grau I- Representa uma acumulação inicial de fluido com alto teor de proteínas (em comparação ao edema venoso). Edema suave e sem regiões endurecidas na pele (fibrose significativa), reversível por posicionamento elevado do membro; Grau II- Corresponde a uma fase mais avançada de fibrose, onde o edema raramente regride com elevação do membro; Grau III- Abrange a elefantíase, existe uma acentuada deposição de fibrose no tecido subcutâneo; a pele adquire uma consistência dura, estão presentes alterações tróficas da pele, como depósitos de gordura, acantose e proliferações verrugosas (Executive Committee, 2016).

O tratamento do linfedema pode ser conservador (técnicas não cirúrgicas) ou cirúrgico. A fisioterapia desempenha um papel preponderante no tratamento e controlo do linfedema, com recurso a várias técnicas, como, por exemplo, a terapia

descongestiva complexa (CDT) que geralmente envolve um programa de tratamento em duas etapas. A primeira fase consiste em cuidados com a pele, drenagem linfática manual (DLM), que é uma massagem manual leve e específica que colabora no aumento do fluxo linfático, e em alguns casos, técnicas mais profundas utilizadas nos utentes com classificação acima do estadio I; usando exercícios de bombeamento muscular e compressão aplicada com bandagem de várias camadas. A segunda fase (iniciada imediatamente após a 1ª) tem como objetivo conservar e otimizar os resultados obtidos na primeira fase. Consiste na compressão por uma meia ou manga elástica de baixo estiramento, cuidados com a pele, exercício contínuo (este com o objetivo de promover a drenagem linfática e a absorção de proteínas por meio da contração muscular) e DLM, conforme necessário (Executive Committee, 2016).

1.5- Fundamentação de Técnicas de Avaliação

A avaliação da amplitude de movimento articular (ADM) é uma componente importante do exame em fisioterapia. As medidas dela resultantes são utilizadas para fornecer dados da linha de base, determinar limitações funcionais e monitorizar alterações na mobilidade articular em resposta ao tratamento. A medição da ADM pode igualmente ser utilizada para detetar restrições de assimetria e movimento, que podem aumentar o risco de lesão. Embora o goniómetro universal tenha sido considerado o padrão-ouro para avaliação clínica da ADM, existem limitações associadas ao seu uso como: o goniómetro requerer duas mãos para ser manipulado, ser um desafio posicioná-lo com precisão e requerer uma estimativa visual clara para alinhamento e leitura da medição. Essas limitações podem contribuir para o erro de medição. Apesar disso, este instrumento é frequentemente utilizado pelos fisioterapeutas para avaliar a ADM devido à facilidade no seu uso, portabilidade, natureza não invasiva e baixo custo. Além disso, é relatado que o goniómetro universal possui excelente confiabilidade inter-examinadores e intra-examinadores para a avaliação da ADM da extremidade superior (Correll et al., 2018)

Em utentes submetidas a cirurgia da mama é importante avaliar o comprimento muscular que frequentemente se encontra alterado, dentre eles os músculos peitorais maior e menor. O método clínico mais comum para avaliar o comprimento do músculo peitoral menor, em ambulatório, é medindo a distância entre o bordo posterior do acrómio e a marquesa, com a utente em decúbito dorsal. A distância deverá ser menor ou igual a 2,6 cm. Esse teste demonstrou excelente confiabilidade intra-avaliador; já a confiabilidade e validade inter-avaliadores dessa medida não foram relatadas

(Harrington et al., 2020; Lewis & Valentine, 2007). O músculo peitoral maior é avaliado a partir do feixe clavicular e do feixe esternal. É indicado que a utente esteja decúbito dorsal com os joelhos dobrados e a região lombar plana sobre a marquesa. Em relação ao feixe clavicular, o ombro deverá estar em abdução (90°), já para o feixe esternal o examinador coloca o braço da utente em uma posição de aproximadamente 135° de abdução (alinhada com as fibras inferiores), em rotação externa. Então mede-se a distância entre o epicôndilo e o plano horizontal da marquesa; a distância não deverá ser superior a 0 cm, equivalente ao nível da marquesa (Page et al., 2010). Já Ekstrom & Osborn (2012) avaliam o comprimento da cabeça esternocostal desse músculo com o braço a 155° de abdução e em rotação externa.

A avaliação da cicatriz deve incluir as características físicas e aparência cosmética, que podem ser realizadas através da palpação e observação, além do relato dos sintomas do utente. Deve-se levar em consideração a espessura, altura e contorno; irregularidades, mobilidade, coloração e aparência além de sintomas como coceira e dor (Vercelli et al., 2009).

Relativamente à sensibilidade, é importante avaliar as condições pós-operatórias que podem interferir na sensibilidade cutânea superficial. São utilizados para a pesquisa de tato e dor, gaze e agulha respetivamente e para a avaliação da sensibilidade térmica é utilizado água fria e quente. As avaliações de sensibilidade são realizadas nos dois braços, de modo aleatório e sem a visão da utente. O braço contra lateral ao da cirurgia é utilizado como controle da resposta aos estímulos aplicados (Haanpää, 2014).

O teste muscular manual (TMM) é o método comumente usado por fisioterapeutas para documentar défices na força muscular. Considera-se que tem alta validade e fiabilidade para confirmar a força muscular em utentes com problemas músculo-esqueléticos. A força muscular é classificada segundo a *Medical Research Council* em cinco graus: 0 (sem contração); 1 (traço de contração); 2 (movimento ativo com a gravidade eliminada); 3 (movimento ativo contra a gravidade); 4 (movimento ativo contra a gravidade e resistência); 5 (força normal). O TMM avalia a força muscular e também a capacidade do sistema nervoso de adaptar o músculo à pressão variável imposta pelo examinador. Um sistema nervoso funcionando de maneira ideal tentará imediatamente adaptar a atividade de um músculo para atender às solicitações do teste. Parece haver um atraso no recrutamento de unidades motoras musculares quando o sistema nervoso está a funcionar inadequadamente. Esse atraso varia de acordo com a gravidade do compromisso do sistema nervoso e influencia a quantidade

de fraqueza demonstrada durante o teste (Cuthbert & Goodheart Jr, 2007; Kim et al., 2019).

Na avaliação da intensidade da dor pode ser utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) podendo ser igualmente aplicada durante o tratamento para verificar a sua evolução. Para utilizar a EVA o fisioterapeuta deve perguntar ao utente sobre o grau de dor que sente, esta consiste numa régua com 10 cm, sendo 0 equivalente a ausência total de dor e 10 o nível máximo de dor. A classificação é descrita em: 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-7 dor moderada; 7-10 dor intensa (Breivik et al., 2008; Lee et al., 2018).

Para avaliar a capacidade funcional pode ser utilizado o questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH) que é um instrumento composto por 30 itens e que afere a incapacidade/ sintoma relacionado com o estado de saúde do utente durante a semana anterior. As pontuações dos itens são usadas para calcular uma pontuação na escala que varia de 0 (sem incapacidade) a 100 (incapacidade mais grave). Embora o questionário tenha sido originalmente projetado para avaliar utentes com distúrbios osteomusculares do membro superior, o DASH tem sido utilizado em outras patologias inclusive no cancro da mama. Considera-se que o DASH possui qualidades psicométricas adequadas e é válido, confiável e responde eficazmente a alterações (Hudak et al., 1996; Wang et al., 2020).

Para avaliar a qualidade de vida pode utilizar-se o *Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast* (FACT-B), que é um instrumento multidimensional de autorrelato desenvolvido para medir a qualidade de vida em utentes de cancro da mama. As suas propriedades psicométricas, brevidade e relevância tornam-no adequado para o uso em pesquisas e ambientes clínicos. Este é composto por 37 questões divididas em cinco domínios que avaliam dimensões distintas do bem-estar da entrevistada: bem-estar físico (GP), bem-estar social e familiar (GS), bem-estar emocional (GE), bem-estar funcional (GF) e a subescala relacionada ao cancro da mama (B). Seu score vai de 0 a 144 pontos, onde o maior valor corresponde a uma melhor qualidade de vida (Brady et al., 1997; Nelson et al., 2018).

1.6- Fundamentação das Intervenções da Fisioterapia

A reconstrução mamária segue inerentemente a mastectomia, portanto, as morbidades associadas a esta devem ser levadas em consideração para compreender o impacto funcional nas utentes. A cirurgia da mama está associada a um compromisso funcional significativo, subjetivo e objetivo; geralmente afeta o quadrante superior causando disfunções que conseqüentemente incluem dor, linfedema, mobilidade

restrita e déficit de força. Os tipos mais comuns de disfunções do quadrante superior relatados são, encurtamento dos músculos peitorais aos 3 e 6 meses e linfedema aos 12 meses, conjuntamente com taxas elevadas de patologia do manguito rotador a longo prazo. Mesmo na ausência de dor autorreferida pelas utentes, poderão existir padrões de movimento alterados da escápula homolateral à mastectomia; mostrando a dissecação de gânglios linfáticos axilares estar relacionada com maiores *déficits* funcionais comparando com a biópsia do gânglio sentinela (Nelson et al., 2018).

Lipps et al., (2019) relata que as utentes tratadas com radioterapia têm uma maior probabilidade de maus resultados ao nível do ombro. A mobilidade é fundamentalmente comprometida nos movimentos de abdução, flexão e rotação interna até dois anos após o tratamento. A cinemática do ombro alterada e a dor podem se apresentar por até seis anos após o tratamento. Torna-se necessário e fundamental uma abordagem multidisciplinar visando a manutenção e melhoria da qualidade de vida das utentes.

Nesse contexto, a fisioterapia desempenha um papel primordial no tratamento do CM pois pode auxiliar na recuperação funcional e na profilaxia de sequelas, além de reduzir o tempo de recuperação, contribuindo para a reintegração da mulher na sociedade sem limitações funcionais (Lipps et al., 2019).

Entre as intervenções mais utilizadas pelos fisioterapeutas estão:

1.6.1- Drenagem linfática manual (DLM)

A drenagem linfática manual aumenta a atividade contrátil do linfangion (unidade funcional do sistema linfático), puxando suavemente a sua parede, enviando o fluido edematoso através das linhas divisórias linfáticas da área edematosa para os linfossomos vizinhos, através das áreas de tecidos intersticiais, onde o edema pode ser reabsorvido por linfáticos saudáveis. Estimula a contração linfática, desenvolve as vias secundárias de derivação e estimula o aparecimento de vias colaterais que poderiam funcionar como as principais vias de drenagem do membro em casos de disfunção. A DLM do método Leduc usa dois tipos de manobras: chamadas (ou evacuação) e reabsorção (ou captação). Através do alongamento, são utilizadas manobras de chamada para estimular a contração do reflexo do linfangion e, portanto, os coletores linfáticos. As sequências de DLM usadas para tratar o linfedema secundário do membro superior incluem a estimulação das regiões do pescoço; a axila saudável e afetada; a via axilo-axilar através do tórax e costas; os caminhos de Mascagni e Caplan; e,

dependendo do método, uma trajetória torácica (Leduc & Leduc, 2000; Rodríguez et al., 2019).

1.6.2- Mobilização articular

As técnicas manuais de mobilização articular passiva, ativa ou ativa-assistida são uma forma de aumentar a ADM e são utilizadas na recuperação das disfunções de movimentos artrocinemáticos. De entre os movimentos fisiológicos aplicados estão a abdução, adução, flexão, extensão, pronação e supinação. Os efeitos da mobilização articular incluem a redução das restrições articulares e a quebra de aderências, o relaxamento do tecido afetado e o movimento e lubrificação da cartilagem articular normal. A redução da dor e a diminuição da tensão muscular são alcançadas através da estimulação de fibras de condução rápida para bloquear pequenas fibras dolorosas e pela ativação de mecanorreceptores dinâmicos para produzir relaxamento reflexivo (Konin & Jessee, 2012).

1.6.3- Alongamento

Existem muitos fatores e razões para a redução da ADM articular, apenas um dos quais é o encurtamento muscular que é resultado de um aumento da tensão por mecanismos ativos ou passivos. Passivamente, os músculos podem ser encurtados através de adaptação postural ou cicatrizes; ativamente, os músculos podem ficar mais curtos devido a espasmos ou contração. Independentemente da causa, o encurtamento limita a amplitude de movimento e pode criar um desequilíbrio muscular. O alongamento concentra-se geralmente em aumentar o comprimento de uma unidade músculo tendinosa, aumentando essencialmente a distância entre a origem e a inserção de um músculo. Em termos de alongamento, a tensão muscular geralmente está inversamente relacionada com o comprimento: a diminuição da tensão muscular está relacionada com o aumento do comprimento muscular, enquanto o aumento da tensão muscular está relacionado com a diminuição do comprimento muscular. O tipo mais comum é o estático, em que uma posição específica é mantida com o músculo tensionado a um ponto da sensação de alongamento. Pode ser realizado de forma passiva, ativa ou ativa-assistida. No alongamento estático a maior alteração na ADM ocorre entre os 15 e 30 segundos de tensão aplicada. Essa intervenção é comumente utilizada durante a reabilitação das utentes de CM (Kim et al., 2019; Phil Page, 2012).

Já a terapia manual aplicada, incluindo a liberação de pontos-gatilho do quadrante superior, pode reduzir o encurtamento dos peitorais, subescapular, redondo menor e maior, trapézio, infra espinhal, latíssimo do dorso e romboides para ajudar a aumentar a ADM do ombro e ajudar a alcançar a postura ereta (Tan & Wilson, 2019).

1.6.4- Gestão de cicatrizes

O tecido cicatricial é o produto final da cicatrização de feridas. A mobilização das cicatrizes induz à remodelação matricial do tecido e pode ser usada para aumentar a ADM em torno de uma articulação que foi limitada devido ao tecido cicatricial. A medida que o tecido cicatrizado amadurece, as técnicas manuais podem ser aplicadas com mais carga, maior amplitude e por maiores períodos, assim que o tecido permitir. Essas técnicas podem incluir alongamento, torção, serpentear da cicatriz (dobras) em “S”, manobras em “J” visando áreas teciduais específicas, rolagem de pele e até mesmo cuidadosas mobilizações teciduais do tipo fricção (Chaitow, 2017; Kirwan & Pignataro, 2016; Lu et al., 2015).

1.6.5- Exercícios terapêuticos

Os exercícios direcionados à amplitude de movimento podem começar no hospital; o fisioterapeuta deve ensinar a utente a esticar o braço afetado lentamente, até ao ponto de desconforto, mas não de sentir dor. Na reconstrução aloplástica, esses exercícios são iniciados no dia 1 do pós-operatório, mas podem ser limitados a 90° até que o dreno pós-operatório seja removido. A progressão dos exercícios deve ser realizada de acordo com a evolução clínica da utente e orientação do fisioterapeuta (Lagdamen et al., 2019).

O exercício terapêutico pode proporcionar muitos benefícios para as utentes em tratamento do CM, auxiliando no controle do edema, aumento da perfusão, prevenção de contraturas, a na manutenção ou aumento da mobilidade, resistência e força muscular (Kirwan & Pignataro, 2016).

1.6.6- Treino de estabilidade escapular

A escápula tem uma relação direta com a função normal do ombro, e a sua posição e movimento fornece os parâmetros que permitem a fisiologia e biomecânica normais do ombro. O treino escapular em utentes com CM é justificado pois, existem evidências de alterações cinemáticas escapulares associadas a dor no ombro e

pescoço. Há também evidências de padrões alterados de recrutamento muscular escapular nesses utentes, com relação a alterações na força, flexibilidade, controle motor e tempo dos músculos circundantes (Neto et al., 2018).

Cools et al., (2014) e Neto et al., (2018) reforçam a importância da reabilitação da discinesia escapular em utentes com queixas crónicas no quadrante superior. O treino recomendado é composto por três fases:

Fase 1- Controlo muscular consciente dos músculos escapulares: Na fase inicial do treino escapular, o controlo consciente dos músculos escapulares pode ser necessário para melhorar a propriocepção e normalizar a posição de repouso da escápula.

Fase 2- (Re) treino muscular: Dependendo dos resultados do exame clínico, o terapeuta pode decidir concentrar-se mais no controlo e co-contração muscular (controlo avançado durante as atividades básicas) ou na força muscular. A co-contração escapular pode ser treinada em posições, movimentos e exercícios básicos. Com a evolução positiva da utente ao treino, este deve ser progredido de forma a desafiar a manutenção da correta posição escapular sob carga usando exercícios com e sem peso no membro superior.

Fase 3- Exercícios gerais de fortalecimento escapular: Uma vez restabelecido o equilíbrio muscular, exercícios gerais de fortalecimento escapular podem ser usados para aumentar a força muscular.

1.6.7- Treino em domicílio

Um programa de treino domiciliar é considerado indispensável no tratamento das sequelas após a cirurgia do CM; este deve ser fácil de executar e facilitar a adesão da utente a longo prazo. Os programas de exercícios devem incluir alongamentos musculares, exercícios de resistência, estabilidade do core, força muscular, e exercícios relacionados com as AVD's, entre outros. Exercícios de resistência e força muscular reduzem a fadiga e melhoram a qualidade de vida das sobreviventes do cancro da mama, além de diminuir o risco de linfedema (Cheng et al.,2017). Para melhorar a ADM o fisioterapeuta pode indicar alongamentos do pequeno peitoral utilizando a parede; alongamentos nos movimentos de flexão e abdução com auxílio de um bastão; e exercícios resistidos através de faixas elásticas ou halteres (Tan & Wilson, 2019).

1.6.8- Atividade física

É necessário que o fisioterapeuta reforce a importância da prática de atividade física regular às utentes de CM. Campbell et al., (2019) na *guideline* de exercícios para sobreviventes de cancro, relata os efeitos da atividade física nos resultados relacionados a saúde. É descrito que a dose exata necessária para reduzir a mortalidade específica por cancro ou por todas as causas ainda não é conhecida; no geral, mais atividade física parece levar a uma melhor redução de risco. Os treinos podem ser realizados através de uma combinação de exercícios (aeróbico + resistência).

No que diz respeito a qualidade de vida relacionada a saúde, recomenda-se um treino de 2-3x/ semana, por 20 a 30 minutos por sessão de exercício aeróbico moderado mais 2x/ semana de treinamento de resistência (2 séries de 8 a 15 repetições) para os principais grupos musculares com intensidade moderada a vigorosa (Campbell et al., 2019).

No treino voltado a função física, é descrito a realização em 3x/ semana, por 20-40 min por sessão de exercício aeróbico de moderado a vigoroso, mais 2-3x/ semana de treinamento de resistência (2 séries de 8 a 12 repetições) para os principais grupos musculares, com intensidade moderada à vigorosa (Campbell et al., 2019).

Já nos casos de linfedema, somente exercícios de resistência têm evidências científicas comprovadas. A recomendação é de 2-3x/ semana de um programa progressivo e supervisionado para os principais grupos musculares (Campbell et al., 2019).

Em geral, recomenda-se evitar inatividade para melhorar a saúde. O objetivo deve ser alcançar as diretrizes atuais de atividade física, que é descrita com o mínimo de 150 minutos por semana de exercícios aeróbicos e 2 vezes por semana de treinamento de força (Campbell et al., 2019).

1.6.9- Educação ao utente

Intuitivamente, quanto mais conhecimento uma pessoa tem sobre um tema, mais confortável e confiante ela se sentirá ao tomar uma decisão sobre ele. Portanto, a educação deve ser parte integrante de qualquer programa de exercícios ou reabilitação. As áreas que precisam ser incluídas na componente educativa, especialmente para os indivíduos em reabilitação, incluem uma explicação precisa da natureza da lesão, abordagem e justificativa do tratamento e o que constitui expectativas realistas para a sua recuperação (Shaw, 2016). O fisioterapeuta deve fornecer informações aos utentes

em tratamento do cancro da mama. A intervenção educativa inclui informações sobre estratégias de autocontrolo dos sintomas físicos e recuperação, incluindo tópicos como fadiga, dor no braço, parestesias/formigamento, linfedema, massagem na cicatriz, exercícios, entre outros. Torna-se necessário destacar a importância do controlo do peso e da prática de exercícios físicos regulares nessas utentes, pois são estratégias que diminuem o risco de linfedema, além de beneficiar a qualidade de vida em vários aspetos (Cheng et al., 2017). O profissional de saúde deve motivar os utentes a adotarem uma postura ativa e de responsabilidade em relação ao tratamento; a adesão as terapias é a principal determinante do sucesso do tratamento (Shaw, 2016).

2- Caso Clínico

2.1- Exame Subjetivo

Utente do sexo feminino, 44 anos, sedentária, de nacionalidade angolana, residente em Portugal com antecedente pessoal de HIV+ (com carga viral indetetável). A sua profissão é cabeleireira, estando atualmente naturalmente de baixa. É solteira, tem duas filhas (10 e 20 anos); vive com a mais nova. No ano de 2016, em Angola, foi diagnosticada com carcinoma de mama do lado direito, localmente avançado, inflamatório, ocupando todos os quadrantes da mama. Com marcadores HER2 negativo, recetores hormonais 100%, Ki-67 20%. De novembro de 2016 a abril de 2017 realizou quimioterapia neoadjuvante com Antraciclina (4 ciclos) e Paclitaxel (12 ciclos).

Em junho de 2017 a utente foi submetida a uma mastectomia radical modificada à direita seguida de colocação do expansor retro muscular no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF). Após a cirurgia, realizou fisioterapia durante o internamento e posteriormente em ambulatório entre 06/07/2017 a 18/08/2017 com uma resolução positiva. Realizou radioterapia adjuvante após a fisioterapia. Desde a cirurgia, em 2017, realiza a hormonoterapia com Tamoxifeno e Goserelina.

No dia 08/10/2019 a utente foi submetida a uma nova intervenção cirúrgica no HFF para continuação da reconstrução mamária através da substituição do expansor mamário direito por prótese; também foi realizada a mamoplastia de redução à esquerda com o objetivo de obter a simetria das mamas. A utente em questão foi encaminhada para o ambulatório de fisioterapia pela Medicina Física de Reabilitação por diminuição da amplitude de movimento (ADM) e dor.

Utente ativa, orientada, tem uma postura independente e colaborante com o terapeuta, chegou ao ambulatório de fisioterapia desacompanhada. Descreve o quanto a sua experiência em todo o processo de tratamento contra o cancro tem sido frustrante e negativa. Relata que ficou mais de dois anos com o expansor de tecido que se encontrava em uma posição que lhe causava imensas dores até ser retirado. Refere ainda que sente rigidez e dores no braço direito, que dificulta o vestir alguns tipos de roupa para além de não conseguir realizar algumas AVD's como lavar e pentear o cabelo, alcançar objetos que estejam em uma altura acima de sua cabeça, limpar janelas e o chão, carregar sacos pesados, quer seja pela falta de força e/ou diminuição da ADM. Mostra-se ansiosa, extremamente insatisfeita e indignada com o resultado estético da cirurgia de reconstrução com implante à direita e mamoplastia de redução à esquerda; diz que afetou negativamente a sua vida em muitos aspetos, sobretudo o lado

emocional. Relata que perdeu a autoestima, sentindo-se irritada e desmotivada. Revela ainda que, desde que começou a hormonoterapia houve grande ganho de peso corporal. Diz que todo esse processo alterou o seu convívio social e o relacionamento com familiares e amigos.

Dor:



Figura 1- Escala visual analógica da dor (EVA)

Tabela 2.1 Avaliação da dor pela EVA

	02/12/2019	EVA
<i>D₁- No membro superior direito (MSD) a nível do deltoide anterior, principalmente quando realiza algum tipo de esforço com o braço nos movimentos de abdução e flexão; a dor desaparece ao cessar do movimento.</i>		8
<i>D₂- Na região torácica direita, lateralmente, que surge quando assume o decúbito lateral sobre esse lado, não conseguindo manter a posição.</i>		8

2.2- Exame Objetivo

A utente iniciou a fisioterapia no ambulatório do HFF aproximadamente 2 meses após a cirurgia de reconstrução e mamoplastia de redução; onde o exame objetivo foi realizado.

Postura: À observação da postura em posição ortostática, a utente apresenta sobrepeso, com um volume abdominal acentuado em relação a sua estatura e presença de tecido adiposo nas costas e braços. Existem alterações posturais, de entre elas a depressão do ombro direito em relação ao esquerdo, uma anteriorização da cabeça e dos ombros (sendo que é mais acentuada no ombro direito) e um aumento da cifose torácica.

Cicatriz: Apresenta cicatriz da mastectomia do lado direito em fase de maturação, com a coloração mais escura em relação a pele ao redor. Através da palpação, percebe-se uma diminuição da mobilidade da cicatriz mais acentuada na metade externa (próxima a axila). Há diminuição da elasticidade cutânea na região torácica direita e na mobilidade da mama pela presença da prótese mamária e da pele que sofreu radiação. Além disso, a prótese mamária à direita revela uma assimetria

marcada em relação a mama esquerda. Não há tensão, mas está numa posição elevada e externa, de aspeto "achatado". A mama esquerda, que sofreu uma mamoplastia de redução, apresenta uma cicatriz em "T invertido" com a mobilidade diminuída. Existe ainda um leve edema de parede torácica à direita e de mama à esquerda localizado nas regiões peri-cicatriciais; o sinal de *Godet* é negativo.

Tabela 2.2 Amplitude articular passiva do ombro (°)

Movimento	02/12/2019	
	Esq	Dto
<i>Flexão</i>	N	120
<i>Extensão</i>	N	N
<i>Abdução</i>	N	65
<i>Rotação externa</i>	N	N*
<i>Rotação interna</i>	N	N

* Resistência no final na amplitude articular.

Tabela 2.3- Amplitude Muscular

02/12/2019			
		LD	LE
		<i>Músculo pequeno peitoral</i>	
<i>Músculo grande peitoral</i>	Porção Clavicular	7,5cm	0cm
	Porção Esternal	14cm	0 cm

Tabela 2.4- Força muscular do ombro

02/12/2019		
	MSE	MSD
<i>Flexores</i>	N	4+
<i>Extensores</i>	N	N
<i>Abdutores</i>	N	3
<i>Adutores</i>	N	N
<i>Rotadores Externos</i>	N	4+ (Posição de Pé)
<i>Rotadores Internos</i>	N	4 (Posição de Pé)

Tabela 2.5 Sensibilidade superficial

02/12/2019		Táctil		Térmica		Dolorosa	
		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Região axilar		Ø	N	Ø	N	Ø	N
	Região interna do braço	↓	N	↓ frio Ø quente	N	↓	N

Tabela 2.6 Perimetria do membro superior

		02/12/2019		
	Referência	Dto	Esq	Dif
Braço	Prega axilar	32,30	31,70	0,6
	10 cm acima da prega do cotovelo	32,50	30,20	2,3
	5 cm acima da prega do cotovelo	30,80	27,80	3
Antebraço	Prega do cotovelo	26,00	25,00	1
	5 cm abaixo da prega do cotovelo	26,00	25,00	1
	10 cm abaixo da prega do cotovelo	23,00	22,90	0,1
Mão	Apófise estilóide do cúbito	16,00	15,80	0,2
	Transcárpica	19,00	18,30	0,7
	Articulação Metacarpofalângica	17,70	17,70	0

2.2.1- Questionários

Capacidade Funcional: A avaliação da capacidade funcional da utente foi realizada através do questionário DASH (score total: 0-100).

Tabela 2.7 Avaliação DASH

02/12/2019	Score
DASH	52.8

O DASH evidenciou uma incapacidade funcional moderada, já que quanto mais elevada for a pontuação obtida (mais próximo de 100), maior será a incapacidade funcional. As atividades em que menciona muita dificuldade ou incapacidade referem-se a esforços e movimentos de elevação do MSD.

Qualidade de vida: A avaliação da qualidade de vida foi da utente foi realizada através do questionário FACT-B (score total: 0-144).

Tabela 2.8 Avaliação FACT-B

02/12/2019	Score
FACT-B	62

O FACT-B evidenciou uma diminuição significativa da qualidade de vida da utente uma vez que quanto mais elevada a pontuação (mais próximo de 144), melhor será a qualidade de vida. As dimensões de bem-estar físico, bem-estar social/ familiar e preocupações adicionais foram as que mais contribuíram para o *déficit*.

2.3- Diagnóstico em Fisioterapia

Déficit na capacidade funcional do MSD e qualidade de vida após a cirurgia de reconstrução mamária com prótese à direita e mamoplastia de redução à esquerda. As cirurgias sofridas além dos efeitos da radioterapia levaram a diminuição da ADM e ao encurtamento muscular dos peitorais causando a dor intensa. A alteração da sensibilidade na parte interna do braço direito está relacionada a lesão de estruturas nervosas em consequência da MRM e reconstrução mamária. Suspeita de linfedema grau II em MSD, com maior volume a nível do braço; não está organizado e não apresenta o sinal de Godet. Como não foram realizadas medições prévias e o lado dominante da paciente é o direito, não se pode garantir que as diferenças de volume encontradas correspondem totalmente a um linfedema.

2.4- Principais Problemas

2.4.1- Alterações na estrutura e função

- Assimetria importante da prótese mamária direita em relação a mama esquerda.
- Diminuição da elasticidade da pele da região torácica direita pela radiação sofrida e pela colocação do implante mamário (retro peitoral).

- Diminuição da mobilidade das cicatrizes, principalmente a da parede torácica
- Diminuição da sensibilidade na região interna do braço direito e abolição da sensibilidade na região da axila devido à lesão de estruturas nervosas pelos procedimentos cirúrgicos da MRM e reconstrução mamária.
- Presença de dor intensa (8/10 pela EVA) nos movimentos de abdução e flexão do ombro direito pela diminuição da ADM e encurtamento muscular.
- Alteração do movimento dinâmico seja pela dor e/ou pela inibição dos músculos que estabilizam a escápula e conseqüente compensação pelo trapézio superior.
- Diminuição da força muscular do MSD principalmente ao nível dos rotadores e dos abdutores.
- Diminuição da amplitude articular passiva do ombro direito a nível de abdutores (65°) e flexores (120°).
- Encurtamento muscular do pequeno peitoral e grande peitoral pela radiação, pela colocação do implante mamário (principalmente a nível do grande peitoral) e pela adoção de posturas antiálgicas no pós-operatório.
- Edema de parede torácica à direita e de mama à esquerda nas regiões pericicatriciais.
- Suspeita de linfedema presente na região do braço direito.

2.4.2- Limitações da atividade

- Incapacidade para realizar todas as atividades acima da cabeça (que exijam flexão e abdução do ombro devido a fraqueza muscular e *déficit* da ADM).
- Incapacidade de realizar algumas atividades domésticas (limpar janelas, carregar sacolas de compras pesadas, limpar o chão) devido a fraqueza muscular.
- Dificuldade em vestir alguns tipos de roupa.
- Importante diminuição da capacidade funcional evidenciada pelo questionário DASH.

2.4.3- Restrições da participação

- Instabilidade emocional devido ao resultado da reconstrução mamária.
- Perda da autoestima, irritabilidade e desmotivação o que acarreta a diminuição da participação social.

- Importante diminuição na qualidade de vida evidenciada pelo questionário FACT-B.

2.4.4- Problemas potenciais

- Risco de intensificar o *déficit* da ADM e força muscular do MSD.
- Risco de progressão do linfedema no MSD.
- Risco de potencializar os encurtamentos musculares, dor e limitações articulares devido a postura antiálgica adotada.

2.5- Objetivos

2.5.1- Curto Prazo (2 semanas):

- Diminuir a dor 8/10cm para 3/10cm (EVA) no MSD durante os movimentos de abdução e flexão; e a dor na região torácica direita, lateralmente.
- Aumentar a amplitude de movimento na flexão e abdução do MSD.
- Aumentar a força muscular dos músculos abdutores e rotadores do ombro.
- Diminuir o encurtamento dos músculos grande e pequeno peitorais.
- Aumentar a estabilidade dinâmica escápulo-torácica.
- Controlar o volume do linfedema do braço direito.
- Melhorar a mobilidade da cicatriz da região torácica direita e da cicatriz da mamoplastia de redução a esquerda. Promover a reabsorção do edema da parede e peri-cicatricial.
- Melhorar a sensibilidade da região interna do braço e axila direita.

2.5.2- Médio Prazo (4 semanas)

- Aumentar a capacidade funcional da utente. Relativamente ao questionário DASH a meta é conseguir uma mudança de *score* superior a 15 pontos.
- Melhorar a qualidade de vida da utente. Relativamente ao questionário FACT-B pretende-se aumentar o *score* em no mínimo 8 pontos.
- Melhorar globalmente a postura da paciente incidindo principalmente na melhoria da posição do ombro direito (depressão e anteriorização).

2.5.3- Longo Prazo (6 semanas)

- Abolir a dor no MSD e região torácica direita, lateralmente.
- Normalizar a amplitude de movimento na flexão e abdução do MSD.
- Normalizar a força muscular do MSD.
- Normalizar a estabilidade dinâmica escápulo-torácica.
- Promover o máximo de melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida.

2.6- Intervenção

A intervenção da fisioterapia teve a duração de 3 semanas com um total de 9 atendimentos em ambulatório, no qual estavam inclusos:

- Técnicas de DLM na região torácica direita e mama esquerda.
- DLM no MSD pelo linfedema presente.
- Aconselhamento sobre comportamentos de controlo do linfedema, como a prática regular de atividade física, controlo do peso e cuidados com a pele.
- Aconselhamento para que a utente procure um psicólogo para ajudá-la em relação a questões emocionais consequentes das cirurgias do cancro.
- Mobilização das cicatrizes e regiões adjacentes.
- Alongamento passivo dos músculos grande e pequeno peitorais à direita.
- Alongamento muscular passivo da cervical e membros superiores.
- Mobilização passiva da articulação glenoumeral e escapulo torácica.
- Exercícios ativos-livres nos movimentos de flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna e externa.
- Exercícios de sustentação de peso usando faixa elástica ou halteres de 0,5 a 1,0 kg de acordo com a evolução da utente.
- Treino de estabilidade dinâmica escápulo-torácica.
- Prescrição para realizar diariamente exercícios domiciliares (Corrado et al., 2018):
 - a) Deitado em decúbito dorsal, com os joelhos em flexão e os braços nas laterais, levante os braços juntos em direção à cabeça, quando chegar a

amplitude máxima que conseguir segure o movimento por 10 segundos (5 séries/ 5 repetições).

b) Sentado ou em pé, movimente os ombros lentamente para frente e para cima e depois para trás e para baixo, fazendo um círculo (1 série/ 5 repetições).

c) Sentado ou em pé, com os braços nas laterais abra-os até a altura dos ombros com as mãos voltadas para baixo, em seguida mova os braços acima da cabeça com as palmas das mãos voltadas para dentro; e então volte à posição inicial (1 série/ 5 repetições).

d) Em pé com as pernas afastadas, coloque as mãos nos quadris e mova os cotovelos para trás e para frente (1 série/ 10 repetições).

e) Em pé de frente a uma parede, coloque as duas mãos na parede ao nível dos ombros; use os dedos para subir ou deslizar o mais alto possível e então retorne à posição inicial (1 série/ 5 repetições).

f) Em pé com o lado afetado (MSD) na direção da parede, coloque a mão direita na parede ao nível dos ombros. Deslize os dedos para cima ao nível mais alto que conseguir e então volte a posição inicial (1 série/ 5 repetições).

g) Em pé com as pernas ligeiramente afastadas, mova os braços lateralmente até o nível dos ombros. Faça movimentos circulares com os braços por 10 segundos (1 série/ 5 repetições).

h) Em pé, feche as mãos atrás das costas com as palmas das mãos estendidas. Deslize as mãos para cima o mais alto possível; segure por 10 segundos (1 série/ 5 repetições).

i) Em pé ou sentado com as mãos juntas atrás da cabeça, junte os cotovelos e estique-os para trás (1 série/ 5 repetições).

j) Em pé ou sentado segure um bastão com as duas mãos e mova-o na altura dos ombros com os cotovelos esticados. Mova os braços para cima da cabeça, dobre os cotovelos e mova o bastão para atrás da cabeça. Retorne a posição inicial (1 série/ 5 repetições).

k) Em pé com os braços nas laterais mova os ombros para trás ao mesmo tempo, acertando a postura e segure o máximo de tempo possível (1 série/ 5 repetições).

l) Em pé e de frente para a parede estique os braços colocando as duas mãos na parede, com os dedos apontados para cima, jogue um pouco o peso do corpo sobre os braços e segure por 10 segundos (1 série/ 5 repetições).

m) Repetir o exercício descrito acima, agora com os dedos apontados para baixo (1 série/ 5 repetições).

- Educação à utente, no sentido de a responsabilizar pela sua recuperação.

3- Resultados

A utente foi acompanhada em um total de 9 sessões de tratamento, durante 3 semanas. A reavaliação foi realizada no final da última semana e demonstrou melhorias importantes em relação ao período de tratamento.

Postura: Observa-se uma ligeira melhoria em relação a cifose torácica e a anteriorização dos os ombros e da cabeça.

Cicatriz: Observa-se diminuição dos edemas pericatriciais; melhoria da mobilidade à direita e normalização à esquerda.

Tabela 3.1 Escala visual analógica de dor (EVA)

EVA	02/12/2019	20/12/2019
D₁- No membro superior direito (MSD) a nível do deltoide anterior, principalmente quando realiza algum tipo de esforço com o braço nos movimentos de abdução e flexão; a dor desaparece ao cessar do movimento.	8	3
D₂- Na região torácica direita, lateralmente, que surge quando assume o decúbito lateral sobre esse lado, não conseguindo manter a posição.	8	3

Tabela 3.2 Amplitude articular passiva do ombro (°)

Movimento	02/12/2019			20/12/2019		
	Esq	Dto	Dto	Esq	Dto	Dto
<i>Flexão</i>	N	120	150	N	120	150
<i>Extensão</i>	N	N	N	N	N	N
<i>Abdução</i>	N	65	110	N	65	110
<i>Rotação externa</i>	N	N*	N	N	N*	N
<i>Rotação interna</i>	N	N	N	N	N	N

* Resistência no final na amplitude articular.

Tabela.3.3 Amplitude muscular

	02/12/2019		20/12/2019	
	LD	LE	LD	LE
<i>Músculo pequeno peitoral</i>	6cm	3cm	3cm	3cm
<i>Músculo grande peitoral</i>	Porção Clavicular	7,5cm	0cm	0cm
	Porção Esternal	14cm	0 cm	4,5cm

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

Tabela 3.4 Força muscular do ombro

	02/12/2019		20/12/2019
	MSE	MSD	MSD
<i>Flexores</i>	N	4+	5
<i>Extensores</i>	N	N	N
<i>Abdutores</i>	N	3	4+
<i>Adutores</i>	N	N	N
<i>Rotadores Externos</i>	N	4+ (Posição de Pé)	4+ (Posição de Pé)
<i>Rotadores Internos</i>	N	4 (Posição de Pé)	4+ (Posição de Pé)

Tabela 3.5 Sensibilidade superficial

	02/12/2019						20/12/2019					
	Táctil		Térmica		Dolorosa		Táctil		Térmica		Dolorosa	
	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Região axilar	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	↓↓	N
Região interna do braço	↓	N	↓ frio Ø quente	N	↓	N	↓	N	↓ frio ↓↓ quente	N	↓	N

Tabela 3.6 Questionários

Questionário	02/12/2019	20/12/2019	Diferença no score
DASH	52.8	24.1	28.7
FACT-B	62	92	30

Tabela 3.7 Perimetria

	Referência	02/12/2019			20/12/2019	
		Dto	Esq	Dif	Dto	Esq
Braço	Prega axilar	32,30	31,70	0,6	34	31,8
	10 cm acima da prega do cotovelo	32,50	30,20	2,3	32	30
	5 cm acima da prega do cotovelo	30,80	27,80	3	30,3	27,9
Antebraço	Prega do cotovelo	26,00	25,00	1	25,5	24,9
	5 cm abaixo da prega do cotovelo	26,00	25,00	1	25,8	25,2
	10 cm abaixo da prega do cotovelo	23,00	22,90	0,1	23,1	22,5
	Apófise estilóide do cúbito	16,00	15,80	0,2	16	15,9
Mão	Transcárpica	19,00	18,30	0,7	18,8	18,6
	Articulação Metacarpofalângica	17,70	17,70	0	17,5	17,4

4- Discussão

O cancro da mama é uma patologia mundial que gera um imenso impacto negativo na sociedade, em especial na população feminina com maior prevalência. Os avanços nas técnicas modernas de controlo do CM levaram, a longo prazo, a um número crescente de sobreviventes no mundo (Lipps et al., 2019). Maioritariamente as mulheres diagnosticadas com CM realizam cirurgia na mama e axila, além de diferentes tratamentos que incluem a cirurgia reconstrutiva, radioterapia, quimioterapia, entre outros. Esses tratamentos podem afetar os músculos, nervos e vasos linfáticos fundamentalmente do ombro e parte superior do corpo, resultando em alterações musculoesqueléticas como, limitação da amplitude de movimento, fraqueza muscular, dor persistente, alteração da sensibilidade e linfedema (Khan et al., 2019).

Relativamente à cirurgia de reconstrução mamária, muitos são os objetivos conflitantes que frequentemente surgem incluindo o sucesso técnico, a satisfação da utente, o resultado estético e o impacto funcional. À medida que as taxas de mastectomia e reconstrução aumentam, a função é talvez uma das considerações mais importantes para os resultados a longo prazo. Para uma utente que pode ter décadas de vida pela frente, um *défice* funcional potencial pode chegar a décadas de função sub-ótima. Torna-se essencial aos profissionais de saúde que lidam com essas utentes dar a devida importância ao impacto na qualidade de vida que as cirurgias e o tratamento do CM causam (Nelson et al., 2018).

Estudos recentes demonstram que a intervenção precoce do exercício terapêutico pode levar a uma melhoria significativa da ADM do ombro, e que a mobilização activa assistida e a reabilitação domiciliar, reduzem de uma forma geral os efeitos colaterais e as complicações pós-operatórias da cirurgia de mama. Estas informações apontam para o vantajoso e potencial papel da aplicação da fisioterapia de forma precoce como instrumento facilitador no retorno à função basal (Nelson et al., 2018).

A utente do referido caso clínico foi submetida a cirurgia de reconstrução mamária após uma MRM, através do expansor de tecido e implante à direita e simultânea mamoplastia de redução à esquerda, como é comum nos indivíduos que se submetem ao tratamento do CM, houve diminuição da função e da qualidade de vida nessa mulher, devido as cirurgias e/ou as terapias as quais foi submetida.

Após o tratamento fisioterapêutico de três semanas ocorreu uma melhoria significativa nos parâmetros inicialmente avaliados.

Verificou-se uma diminuição da dor avaliada pela EVA de 5cm; a dor que antes do tratamento de fisioterapia era considerada intensa pela utente, passou a ser considerada moderada. O que demonstra que os resultados obtidos foram superiores as diferenças mínimas importantes no score de 1.4cm a 1.6cm citadas por Hao et al., (2019).

Esse resultado corrobora com a revisão sistemática de Giacalone et al., (2019) que relata que a fisioterapia e as suas diversas técnicas e exercícios terapêuticos são eficazes no tratamento da dor músculo-esquelética, dor neuropática (que resulta de dano no tecido nervoso periférico ou central) e dor crônica (definida como dor presente por pelo menos seis meses e associada a mudanças profundas na personalidade e no estilo de vida do utente).

Relativamente a mobilidade da cicatriz, houve normalização à esquerda e melhoria da mobilidade à direita. Koller (2020) relata no seu estudo que para que a terapia manual da cicatriz seja efetiva, é necessário conhecer os processos fisiológicos e fisiopatológicos da cicatrização de feridas. O objetivo é aplicar estímulos fisiológicos o mais adequadamente possível em cada fase da cicatrização (estímulo funcional). Nas fases de cicatrização, o tecido é mecanicamente mais ou menos estável, portanto, são necessárias doses diferentes de estímulo. No que diz respeito à fase de remodelação, que começa a partir do 21º dia de cicatrização, esta exige uma estimulação do tecido muito mais duradoura e mecanicamente mais forte antes de estar funcionalmente alinhado. No entanto, esta fase é sempre acompanhada de um enfraquecimento temporário do tecido, e isto deve ser sempre tido em conta. A sobredosagem resulta inevitavelmente numa nova fase inflamatória, que deve ser evitada a todo o custo.

A diminuição dos edemas peri-cicatriciais tanto na parede torácica quando na mama esquerda constatadas na reavaliação podem ter ocorrido pela aplicação das técnicas de drenagem linfática manual. Iannello & Biller, (2020) mencionam a eficácia das técnicas de DLM em seu estudo. Estas estimulam o sistema linfático e usam uma pressão suave para mobilizar o edema persistente. Além disso, aumentam a mobilidade linfática por aumentar a eficiência e a frequência da contração profunda dos vasos linfáticos.

Em relação as amplitudes articulares do ombro, verificou-se um ganho de 30º no movimento de flexão, enquanto no movimento de abdução houve um ganho 45º. Petry et al., (2016) cita em seu estudo que a limitação na abdução e flexão do ombro acima de 30º é incompatível com a realização de tarefas diárias.

Richmond et al., (2018) diz que os exercícios de fisioterapia direcionados para o ganho da ADM são considerados essenciais na intervenção. Estes têm importantes benefícios fisiológicos no tratamento, incluindo a melhor drenagem do líquido sinovial e fluxo linfático e a manutenção do fluxo sanguíneo e linfático nas articulações e tecidos moles. E são utilizados para prevenir/ tratar o encurtamento dos músculos e tecidos conjuntivos circundantes que podem ocorrer após a cirurgia, contribuindo na recuperação da função do ombro.

Giacalone et al., (2019) cita que os exercícios ativos demonstram melhores resultados de recuperação articular entre o 28º e 42º dia de pós-operatório. E chama a atenção para a importância de manter a postura correta durante os exercícios, que devem ser realizados progressivamente. Tal como Cools et al., (2014) e Neto et al., (2018) relata que deve ser incluídos no treino exercícios destinados a restaurar a estabilidade escapular.

No que diz respeito a amplitude dos músculos peitorais, verificou-se uma melhoria de 3cm no comprimento do pequeno peitoral. Já no grande peitoral a porção clavicular apresentou uma melhoria completa, enquanto a porção esternal mostrou um aumento no comprimento muscular de 9.5cm. Richmond et al., (2018) refere que a flexibilidade nos músculos peitorais é essencial para o desempenho de muitas atividades funcionais dos membros superiores. O alongamento desempenha um papel fundamental na remodelação do tecido conjuntivo, e na produção de colagénio em resposta a lesões, pode ainda prevenir adaptações fisiológicas negativas nos músculos, além de impedir o encurtamento das fibras musculares.

Relativamente a força muscular do ombro direito, houve melhorias a nível dos flexores, abdutores e rotadores internos, o que demonstra que a inclusão de exercícios de força é benéfica à função do membro superior. Chen et al., (2020) relata ser necessária a inclusão de exercícios de fortalecimento para o membro superior após a cirurgia de tratamento do CM; esses contribuem para o aumento da força muscular e podem contribuir ainda para a prevenção do linfedema associado ao CM. O estudo recomenda a prática de exercícios para ombro/braço de 30 minutos por dia e aconselha as mulheres a realizar os exercícios de forma contínua, mesmo que se sintam “melhores” logo após a cirurgia. Já o estudo de Dos Santos et al., (2017) diz que as mulheres que são submetidas a quimioterapia geralmente apresentam perda de massa muscular, e esta perda pode ser agravada com o tempo, mesmo após o tratamento do CM. Nesse sentido, o treino de força é uma ferramenta eficiente na melhoria da

capacidade funcional, prevenção da sarcopenia (perda progressiva de massa muscular esquelética) e obesidade.

Em relação a sensibilidade superficial do MSD, poucas mudanças ocorreram após o tratamento fisioterapêutico, o que pode ser justificado pela cirurgia da MRM. Henry et al., (2017) relata que a proximidade e o curso do nervo intercostobraquial em relação a axila representa um risco de lesão, resultante de procedimentos como a dissecação dos gânglios linfáticos axilares, biópsia do gânglio sentinela e mastectomia. É o nervo mais comumente lesado durante a mastectomia e acredita-se estar envolvido tanto na dor persistente após o tratamento do CM, como na perda permanente da função sensorial na região fornecida, o que se reflete na redução da qualidade de vida.

No que diz respeito a perimetria, não foram encontradas melhorias significativas na avaliação versus reavaliação em relação ao MSD, portanto, a utente foi aconselhada a utilizar material compressivo (manga em malha plana classe II de compressão) à direita. Assumiu-se que havia um linfedema naquela região, uma vez que o fisioterapeuta não teve acesso a medidas pré-operatórias, ficando limitado a alterações de volume.

Brunelle & Taghian (2020) destacam a importância da obtenção de medidas de base pré-operatórias no diagnóstico do linfedema após o CM. Referem que estas medidas devem ser padronizadas porque sem elas pode ocorrer erros de diagnóstico em até 50% dos casos. Andrade (2011) relata que, se o diagnóstico da condição da utente for realizado com base apenas em edema, uma oportunidade para impedir o aumento do volume pode ser perdida em muitos casos. Essa situação aplica-se a distúrbios linfáticos dos quais o edema ainda não é clinicamente evidente; isso é exemplificado pelas cirurgias onde há a dissecação dos linfonodos axilares. Após a dissecação axilar, alguns utentes podem apresentar um braço adiposo, em vez de edema, onde o crescimento de tecido, especialmente o da gordura subcutânea, é mais relevante do que a retenção de líquidos. Esse grupo específico ressalta outra característica clínica, da estase linfática, a hipertrofia tecidual, que representa um desafio maior que o edema para fisioterapia no controle de volume.

O linfedema é uma das complicações mais debilitantes do tratamento do cancro da mama, e contribui para deficiências na amplitude de movimento, força muscular, funcionalidade do braço, AVD's e também problemas psicossociais, como ansiedade e depressão. Uma vez que a condição se manifesta, é considerado como doença crônica e sem cura. É crucial ter uma deteção e tratamento precoce do linfedema para prevenir o desenvolvimento de linfedema crônico. Recomenda-se identificar sinais auto-

relatados pela utente como: inchaço, peso, rigidez e dormência no braço homolateral à cirurgia, usar a análise de bioimpedância (quando disponível) e avaliar as medidas de volume e perimetria para incentivar a deteção e diagnóstico precoce (Can et al., 2018). Harris et al., (2012) relata na *guideline* de prática clínica para reabilitação do cancro de mama que uma diferença de mais de 2,0 cm em qualquer um dos pontos de medição pode justificar o tratamento do linfedema.

Em relação a capacidade funcional a reavaliação demonstrou, através do questionário DASH, uma diminuição das incapacidades relacionadas ao membro superior. A pontuação obtida foi de 24.1, o que se traduz em uma diminuição no *score* de 28.7 pontos; sendo superior a mudança no *score* necessária relatada por Hao et al., (2019) que variou de 4.4 a 25.4 pontos em diferenças mínimas importantes para diferenciar utentes melhorados dos não melhorados; e superior a mudança de *score* de 15 pontos proposta pelo *Institute for Work & Health*, responsável pelo site oficial do instrumento DASH.

No que se refere à qualidade de vida, também foram constatadas melhorias através do questionário FACT-B que, na reavaliação, obteve uma pontuação de 92 pontos, o que significa que houve um aumento no *score* de 30 pontos. As melhorias aconteceram principalmente a nível das dimensões do bem-estar físico e do bem-estar social/familiar. Esse resultado supera a estimativa de diferença mínima considerada importante que é de 7 a 8 pontos como relatada por Jayadevappa et al., (2017).

Na realidade, obter qualidade de vida é o objetivo das utentes, e deve ser o objetivo primário de atuação do fisioterapeuta. A perceção de qualidade de vida envolve diversos aspetos, incluindo o bem-estar físico, emocional, social e funcional (Fireman et al., 2018).

Após o término do período de estágio profissional, a utente continuou a realizar fisioterapia para restaurar de forma mais efetiva a sua capacidade funcional e qualidade de vida. A adesão ao tratamento, por ela demonstrado até o momento, será crucial no desfecho do seu processo clínico.

5- Conclusão

A utente estudada nesse caso clínico foi acompanhada por 3 semanas, com um total de 9 sessões de fisioterapia. Observando todo o processo de evolução ao longo desse período pode concluir-se que, o tratamento fisioterapêutico resultou em melhorias clinicamente significativas na amplitude de movimento, força e na sintomatologia da dor, reduzindo a incapacidade e aumentando a funcionalidade dessa utente. O prognóstico prevê-se positivo pois o tratamento fisioterapêutico continuará a ser realizado com o objetivo da utente obter o máximo de evolução clínica possível.

A literatura é unânime quanto à significância de programas de reabilitação estabelecidos desde o momento do diagnóstico até a conceção do projeto terapêutico para estas mulheres.

O presente estudo de caso permitiu refletir sobre o cancro da mama, suas sequelas e tratamentos. Demonstrou, uma vez mais, que o fisioterapeuta é um profissional essencial e multifacetado, que atua desde a profilaxia de morbididades, através da educação ao utente à realização das terapêuticas físicas. A sua intervenção especializada colabora diretamente na reintegração da mulher na sociedade, uma vez que contribui positivamente no aumento da sua qualidade de vida.

Pode verificar-se após a revisão bibliográfica, e pesquisa das *guidelines* mais atuais que, as intervenções de fisioterapia na reconstrução mamária seguem (maioritariamente) os mesmos princípios gerais dos tratamentos de mastectomia pós-operatória, evidenciando a necessidade de estudos de qualidade destinados à reconstrução mamária.

6- Bibliografia

- Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(1), 33.
- American Cancer Society. (2015). *Cancer Facts & Figures 2015*. In American Cancer Society.
- American Cancer Society. (2017). *Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018*. In American Cancer Society.
- American Cancer Society. (2019). *Treating Breast Cancer*.
- Andrade, M. (2011). Clinical Diagnosis: General Overview. In B.-B. Lee, J. Bergan, & S. G. Rockson (Eds.), *Lymphedema: A Concise Compendium of Theory and Practice* (pp. 83–88). Springer London.
- Bland, K., Chang, H., & Copeland, E. (2018). Modified Radical Mastectomy and Simple Mastectomy. In *The Breast (Fifth Edition)* (pp. 443-461.e3).
- Bland, K. I., de la Torre, J. I., Copeland, E. M., Klimberg, V. S., Boneti, C., & Vasconez, L. O. (2018). 29 - General Principles of Mastectomy: Evaluation and Therapeutic Options. In K. I. Bland, E. M. Copeland, V. S. Klimberg, & W. J. B. T.-T. B. (Fifth E. Gradishar (Eds.), *The Breast (Fifth Edition)* (pp. 386-421.e2). Elsevier.
- Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulskey, D. S., Lloyd, S. R., Deasy, S., Cobleigh, M., & Shiimoto, G. (1997). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, 15(3), 974–986.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424.
- Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik Hals, E. K., Kvarstein, G., & Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17–24.
- Brunelle, C. L., & Taghian, A. G. (2020). Lymphoedema screening: setting the standard. *British Journal of Cancer*.
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, a. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, I. H., Morris, G. S., Patel, A. V, Hue, T. F., Perna, F. M., & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(11).
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220.
- Chaitow, L. (2017). *Terapia Manual para Disfunção Fascial*. ARTMED EDITORA LTDA.
- Chen, I.-H., Wang, C.-H., Wang, S.-Y., Cheng, S.-Y., Yu, T.-J., & Kuo, S.-F. (2020). Mediating effects of shoulder-arm exercise on the postoperative severity of symptoms and quality of life of women with breast cancer. *BMC Women's Health*, 20.
- Cheng, K., Lim, Y., Koh, Z., & Tam, W. (2017). Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Cools, A. M. J., Struyf, F., De Mey, K., Maenhout, A., Castelein, B., & Cagnie, B. (2014). Rehabilitation of scapular dyskinesia: From the office worker to the elite overhead athlete. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 692–697.

Cordeiro, P. G., Albornoz, C. R., McCormick, B., Hu, Q., & Van Zee, K. (2014). The Impact of Postmastectomy Radiotherapy on Two-Stage Implant Breast Reconstruction: An Analysis of Long-Term Surgical Outcomes, Aesthetic Results, and Satisfaction over 13 Years. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4).

Cordeiro, P. G., Albornoz, C. R., McCormick, B., Hudis, C. A., Hu, Q., Heerdt, A., & Matros, E. (2015). What Is the Optimum Timing of Postmastectomy Radiotherapy in Two-Stage Prosthetic Reconstruction: Radiation to the Tissue Expander or Permanent Implant? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 135(6), 1509–1517.

Corrado, B., Ciardi, G., Servodio Iammarrone, C., & Arpino, G. (2018). Home Exercise Program is an effective tool in improving upper limb function and quality of life in breast cancer survivors: A retrospective observational study. *Journal of Human Sport and Exercise*; Vol 13, No 4DO- 10.14198/Jhse.2018.134.19.

Correll, S., Field, J., Hutchinson, H., Mickevicius, G., Fitzsimmons, A., & Smoot, B. (2018). RELIABILITY AND VALIDITY OF THE HALO DIGITAL GONIOMETER FOR SHOULDER RANGE OF MOTION IN HEALTHY SUBJECTS. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 13(4), 707–714.

Cuthbert, S. C., & Goodheart Jr, G. J. (2007). On the reliability and validity of manual muscle testing: a literature review. *Chiropractic & Osteopathy*, 15, 4.

Devoogdt, N., Geraerts, I., Van Kampen, M., De Vrieze, T., Vos, L., Neven, P., Vergote, I., Christiaens, M. R., Thomis, S., & De Groef, A. (2018). Manual lymph drainage may not have a preventive effect on the development of breast cancer-related lymphoedema in the long term: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64(4), 245–254.

Djohan, R., & Knackstedt, R. (2020). Collaboration between breast and reconstructive surgery in optimizing outcomes for women with breast cancer. *The Breast Journal*, 26(1), 42–46.

Dos Santos, W. D. N., Gentil, P., de Moraes, R. F., Ferreira Júnior, J. B., Campos, M. H., de Lira, C. A. B., Freitas Júnior, R., Bottaro, M., & Vieira, C. A. (2017). Chronic Effects of Resistance Training in Breast Cancer Survivors. *BioMed Research International*, 2017, 8367803.

Ekstrom, R. A., & Osborn, R. W. (2012). Muscle Length Testing and Electromyographic Evidence for Manual Strength Testing and Exercises for the Shoulder. In R. A. B. T.-P. T. of the S. (Fifth E. Donatelli (Ed.), *Physical Therapy of the Shoulder* (pp. 329–349). Churchill Livingstone.

Executive Committee. (2016). The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2016 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*, 49(4), 170–184.

Ezzo, J., Manheimer, E., McNeely, M. L., Howell, D. M., Weiss, R., Johansson, K. I., Bao, T., Bily, L., Tuppo, C. M., Williams, A. F., & Karadibak, D. (2015). Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD003475–CD003475.

Feng, Y., Spezia, M., Huang, S., Yuan, C., Zeng, Z., Zhang, L., Ji, X., Liu, W., Huang, B., Luo, W., Liu, B., Lei, Y., Du, S., Vuppapapati, A., Luu, H. H., Haydon, R. C., He, T.-C., & Ren, G. (2018). Breast cancer development and progression: Risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. *Genes & Diseases*, 5(2), 77–106.

Fireman, K. de M., Macedo, F. O., Torres, D. M., Ferreira, F. O., & Lou, M. B. de A. (2018). Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(4 SE-ARTIGO ORIGINAL).

Gençay Can, A., Ekşioğlu, E., & Çakçı, F. A. (2018). Early Detection and Treatment of Subclinical Lymphedema in Patients with Breast Cancer. *Lymphatic Research and Biology*, 17(3), 368–373.

Giacalone, A., Alessandria, P., & Ruberti, E. (2019). The Physiotherapy Intervention for Shoulder Pain in Patients Treated for Breast Cancer: Systematic Review. *Cureus*.

Haanpää, M. (2014). Clinical Examination of a Patient with Possible Neuropathic Pain. *Pain 2014: Refresher Courses, 15th World Congress on Pain*, 201–206.

Hao, Q., Devji, T., Zeraatkar, D., Wang, Y., Qasim, A., Siemieniuk, R. A. C., Vandvik, P. O., Lähdeoja, T., Carrasco-Labra, A., Agoritsas, T., & Guyatt, G. (2019). Minimal important differences for improvement in shoulder condition patient-reported outcomes: a systematic review to inform a BMJ Rapid Recommendation. *BMJ Open*, 9(2), e028777.

Harrington, S. E., Hoffman, J., & Katsavelis, D. (2020). Measurement of Pectoralis Minor Muscle Length in Women Diagnosed with Breast Cancer: Reliability, Validity, and Clinical Application. *Physical Therapy*, 100(3), 429–437.

Harris, S. R., Schmitz, K. H., Campbell, K. L., & McNeely, M. L. (2012). Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation. *Cancer*, 118(S8), 2312–2324.

Hastings, J., & Machek, M. (2020). Pelvic Floor Dysfunction in Women. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 8(2), 64–75.

Henry, B. M., Graves, M. J., Pękala, J. R., Sanna, B., Hsieh, W. C., Tubbs, R. S., Walocha, J. A., & Tomaszewski, K. A. (2017). Origin, Branching, and Communications of the Intercostobrachial Nerve: a Meta-Analysis with Implications for Mastectomy and Axillary Lymph Node Dissection in Breast Cancer. *Cureus*, 9(3), e1101–e1101.

Hudak, P. L., Amadio, P. C., Bombardier, C., Beaton, D., Cole, D., Davis, A., Hawker, G., Katz, J. N., Makela, M., Marx, R. G., Punnett, L., & Wright, J. (1996). Development of an upper extremity outcome measure: The DASH (disabilities of the arm, shoulder, and head). *American Journal of Industrial Medicine*, 29(6), 602–608.

Iannello, C., & Biller, M. K. (2020). Management of edema using simple manual lymphatic drainage techniques for hand and upper extremity patients. *Journal of Hand Therapy*.

Institute for Work & Health. (n.d.). The DASH Outcome Measure.

Jagsi, R., Jiang, J., Momoh, A. O., Alderman, A., Giordano, S. H., Buchholz, T. A., Pierce, L. J., Kronowitz, S. J., & Smith, B. D. (2016). Complications After Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction for Breast Cancer: A Claims-Based Analysis. *Annals of Surgery*, 263(2).

Jayadevappa, R., Cook, R., & Chhatre, S. (2017). Minimal important difference to infer changes in health-related quality of life: a systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 188–198.

Jemal, A., Ward, E. M., Johnson, C. J., Cronin, K. A., Ma, J., Ryerson, B., Mariotto, A., Lake, A. J., Wilson, R., Sherman, R. L., Anderson, R. N., Henley, S. J., Kohler, B. A., Penberthy, L., Feuer, E. J., & Weir, H. K. (2017). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. *Journal of the National Cancer Institute*, 109(9), djx030.

Johnson, K., Kennedy, A., & Henry, S. (2014). Clinical Measurements of Lymphedema. *Lymphatic Research and Biology*, 12.

Khan, K. A., Mazuquin, B., Canaway, A., Petrou, S., & Bruce, J. (2019). Systematic review of economic evaluations of exercise and physiotherapy for patients treated for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 176(1), 37–52.

Kim, J.-E., Seo, T.-B., & Kim, Y.-P. (2019). The effect of a Janda-based stretching program range of motion, muscular strength, and pain in middle-aged women with self-reported muscular skeletal symptoms. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 15(1), 123–128.

Kirwan, H., & Pignataro, R. (2016). The Skin and Wound Healing. In D. J. Magee, J. E. Zachazewski, W. S. Quillen, & R. C. Manske (Eds.), *Pathology and Intervention in Musculoskeletal Rehabilitation* (pp. 25–62). W.B. Saunders.

Koller, T. (2020). Mechanosensitive Aspects of Cell Biology in Manual Scar Therapy for Deep Dermal Defects. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(6), 2055.

Konin, J. G., & Jessee, B. (2012). 6 - Range of Motion and Flexibility (J. R. Andrews, G. L. Harrelson, & K. E. B. T.-P. R. of the I. A. (Fourth E. Wilk (eds.); pp. 74–88). W.B. Saunders.

Lagdamen, L. L., Benitez, M. O., Fox, J., & Fitzpatrick, M. (2019). Preoperative and Postoperative Nursing Considerations for the Oncoplastic and Reconstructive Patient. In C. Urban, M. Rietjens, M. El-Tamer, & V. S. Sacchini (Eds.), *Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgery* (pp. 783–790). Springer International Publishing.

Leduc, A., & Leduc, O. (2000). *Drenagem Linfática. Teoria e Prática* (E. Manole (ed.); 2 Edição).

Lee, B. G., Kim, J. K., Choi, S. H., Ahn, H. C., & Chung, M. S. (2018). Is immediate reconstruction after mastectomy in breast cancer patients beneficial to shoulder function? *ANZ Journal of Surgery*, 88(4), 363–368.

Leonardis, J. M., Diefenbach, B. J., Lyons, D. A., Olinger, T. A., Giladi, A. M., Momoh, A. O., & Lipps, D. B. (2019). The influence of reconstruction choice and inclusion of radiation therapy on functional shoulder biomechanics in women undergoing mastectomy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 173(2), 447–453.

Lewis, J. S., & Valentine, R. E. (2007). The pectoralis minor length test: a study of the intra-rater reliability and diagnostic accuracy in subjects with and without shoulder symptoms. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8(1), 64.

Lipps, D. B., Leonardis, J. M., Dess, R. T., McGinnis, G. J., Marsh, R. B., Strauss, J. B., Hayman, J. A., Pierce, L. J., & Jagsi, R. (2019). Mechanical properties of the shoulder and pectoralis major in breast cancer patients undergoing breast-conserving surgery with axillary surgery and radiotherapy. *Scientific Reports*, 9(1), 17737.

Lu, S.-R., Hong, R.-B., Chou, W., & Hsiao, P.-C. (2015). Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 11, 319–327.

Marsili, C., Wilson, C. M., & Gura, N. (2019). Prospective Surveillance Screenings to Identify Physical Therapy Needs During Breast Cancer Diagnosis and Survivorship: A Case Report. *Cureus*, 11(7), 1–11.

Mazuquin, B., Sunemi, M. M. de O., e Silva, M. P. P., Sarian, L. O. Z., Williamson, E., & Bruce, J. (2020). Current physical therapy practice of the care of patients undergoing breast reconstruction for breast cancer: a survey in the United Kingdom and Brazil. *Brazilian Journal of Physical Therapy*.

Mazur-Bialy, A. I., Kołomańska-Bogucka, D., Nowakowski, C., & Tim, S. (2020). Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1211.

Medina-Rodríguez, M. E., de-la-Casa-Almeida, M., Martel-Almeida, E., Ojeda-Cárdenes, A., & Medrano-Sánchez, E. M. (2019). Visualization of Accessory Lymphatic Pathways, before and after Manual Drainage, in Secondary Upper Limb Lymphedema Using Indocyanine Green Lymphography. *Journal of Clinical Medicine*, 8(11), 1917.

National Comprehensive Cancer Network. (2019). *Breast Cancer* (Version 3.2019).

Nelson, J. A., Lee, I. T., & Disa, J. J. (2018). The Functional Impact of Breast Reconstruction: An Overview and Update. *Plastic and Reconstructive Surgery. Global Open*, 6(3), e1640–e1640.

Neto, C., Pezarat, P., & Oliveira, R. (2018). Effects of Breast Cancer Treatment on Shoulder Function: What to Expect and How to Treat? *International Journal of Physical Therapy & Rehabilitation*, 4(2).

Olsson Möller, U., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment - a systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer*, 19(1), 472.

Page, Phil. (2012). Current concepts in muscle stretching for exercise and rehabilitation. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 7(1), 109–119.

Page, Philip, Frank, C. C., & Lardner, R. (2010). Assessment and treatment of muscle imbalance: the Janda approach. *Human kinetics*.

Petry, D. M., Honório, G. J. da S., Santos, K. dos, Santos, S. dos, Luz, C. M. da, Luz, S. C. T. da, & Palú, M. (2016). Effects of physiotherapeutic intervention on shoulder range of motion and map thermography of elderlies submitted to surgery for breast cancer treatment. *Acta Fisiátrica*, 23(4), 180–185.

Popowich, B., Kostaras, X., & Temple-Oberle, C. (2020). Breast reconstruction after therapeutic or prophylactic mastectomy for breast cancer: A comparison of guideline recommendations. *European Journal of Surgical Oncology*.

Qin, Q., Tan, Q., Lian, B., Mo, Q., Huang, Z., & Wei, C. (2018). Postoperative outcomes of breast reconstruction after mastectomy: A retrospective study. *Medicine*, 97(5), e9766–e9766.

Richmond, H., Lait, C., Srikesavan, C., Williamson, E., Moser, J., Newman, M., Betteley, L., Fordham, B., Rees, S., Lamb, S. E., Bruce, J., Bruce, J., Lamb, S. E., Williamson, E., Lall, R., Petrou, S., Thompson, A., Williams, J., Richmond, H., ... Group, on behalf of the P. S. (2018). Development of an exercise intervention for the prevention of musculoskeletal shoulder problems after breast cancer treatment: the prevention of shoulder problems trial (UK PROSPER). *BMC Health Services Research*, 18(1), 463.

Rockson, S. G., Keeley, V., Kilbreath, S., Szuba, A., & Towers, A. (2019). Cancer-associated secondary lymphoedema. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 22.

Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11.

Senkus, E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., Zackrisson, S., & Cardoso, F. (2015). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up; *Annals of Oncology*, 26, v8–v30.

Shaw, K. L. (2016). Chapter 1 - Patient Education, Motivation, Compliance, and Adherence to Physical Activity, Exercise, and Rehabilitation. In D. J. Magee, J. E. Zachazewski, W. S. Quillen, & R. C. B. T.-P. and I. in M. R. (Second E. Manske (Eds.)), *Pathology and Intervention in Musculoskeletal Rehabilitation* (pp. 1–24). W.B. Saunders.

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2020). Cancer statistics, 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(1), 7–30.

Tan, C., & Wilson, C. M. (2019). Clinical Outcomes After Physical Therapy Treatment for Secondary Lymphedema After Breast Cancer. *Cureus*, 11(5), e4779–e4779.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2019). World Population Ageing 2019. In *World Population Prospects 2019*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Vercelli, S., Ferriero, G., Sartorio, F., Stissi, V., & Franchignoni, F. (2009). How to assess postsurgical scars: A review of outcome measures. *Disability and Rehabilitation*, 25(31), 2055–2063.

Voineskos, S. H., Coroneos, C. J., & Cordeiro, P. G. (2019). Breast Reconstruction and Radiotherapy. In C. Urban, M. Rietjens, M. El-Tamer, & V. S. Sacchini (Eds.), *Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgery* (pp. 709–721). Springer International Publishing.

Waks, A. G., & Winer, E. P. (2019). Breast Cancer Treatment: A Review. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 321, Issue 3).

Wang, I., Kapellusch, J., Rahman, M. H., Lehman, L., Liu, C.-J., & Chang, P.-F. (2020). Psychometric evaluation of the disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) in patients with orthopedic shoulder impairments seeking outpatient rehabilitation. *Journal of Hand Therapy*.

Wyndaele, M., & Hashim, H. (2020). Pathophysiology of urinary incontinence. *Surgery (Oxford)*, 38(4), 185–190.

Zhang, C., Hu, G., Biskup, E., Qiu, X., Zhang, H., & Zhang, H. (2018). Depression Induced by Total Mastectomy, Breast Conserving Surgery and Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. *World Journal of Surgery*, 42(7), 2076–2085.

Incontinência Urinária- Estágio II

1- Revisão de Literatura

1.1- Anatomia da Pélvis

A pélvis óssea tem múltiplas funções, de entre elas estão a transmissão do peso da parte superior do corpo para os membros inferiores através das articulações do quadril, a transmissão para a coluna vertebral do impulso ascendente gerado pelos membros inferiores durante a caminhada, corrida e salto; também oferece proteção às vísceras e vasos contidos nela e sua superfície externa fornece fixação aos músculos do tronco e pernas (Mahadevan, 2018).

A pélvis óssea refere-se ao anel ósseo irregular, mas completo, formado pelos ossos do quadril direito e esquerdo na frente e nas laterais, e por toda a parte sacrococcígea da coluna vertebral, posteriormente. Externamente, de cada lado, a pélvis óssea articula-se com a cabeça femoral correspondente para formar a articulação do quadril. Superiormente, através da articulação lombossacra, a pélvis óssea suporta a coluna vertebral. Os dois ossos do quadril são mantidos juntos anteriormente na sínfise púbica, um vínculo extremamente forte. Pósterio-lateralmente, em ambos os lados, o aspeto medial do osso do quadril articula-se com o aspeto lateral correspondente do sacro para formar uma articulação sinovial, a articulação sacroilíaca. Finalmente, a extremidade inferior do sacro articula-se com a superfície superior do cóccix para formar a articulação sacrococcígea (Mahadevan, 2018).

O interior da pélvis óssea apresenta uma crista óssea denominada aba pélvica. O plano da aba pélvica é usado para dividir a pélvis óssea em duas partes: a parte abaixo do nível da aba pélvica é a pélvis menor (ou pélvis verdadeira) e a parte acima da aba pélvica é a pélvis maior (ou pélvis falsa). A área que delimita a pélvis maior é a parte inferior da cavidade abdominal e inclui as fossas ilíacas direita e esquerda, enquanto a área que delimita a pélvis menor é a cavidade pélvica, que é fechada pelo pavimento pélvico (Mahadevan, 2018).

O pavimento pélvico (PP) é composto de músculos, ligamentos e fáscia que funcionam por meio de contração e relaxamento coordenados para fornecer suporte a bexiga, órgãos reprodutivos e reto; para manter a continência, estabilizar o *core* e conectar as articulações da pelve além de ajudar na função sexual (Hastings & Machek, 2020).

O PP é dividido em três compartimentos anatômicos: anterior (formado pela

bexiga e uretra), médio (formado pela vagina, colo do útero e útero) e posterior (formado pelo reto e ânus), conectados por estruturas responsáveis pelo suporte pélvico. O suporte ativo do PP advém dos músculos, que constituem o diafragma pélvico e o diafragma urogenital, enquanto o suporte passivo é realizado através das fâscias e ligamentos (Salvador et al., 2019).

A fâscia endopélvica é uma rede heterogênea de colagénio, elastina, nervos, canais linfáticos e fibras musculares lisas não vasculares que se estendem da sínfise púbica ao sacro e à coluna isquiática. Ela desempenha um papel importante de fornecer uma base firme para manter a posição adequada da junção uretrovesical, principalmente durante o esforço, suspendendo os órgãos e músculos pélvicos e para prevenir a hiper mobilidade uretral. Relativamente ao suporte vaginal, a fâscia endopélvica pode ser descrita em três níveis anatómicos diferentes. O nível I refere-se às fibras entrelaçadas do complexo do ligamento cardinal/uterosacral que ligam a parte superior da vagina, colo uterino e segmento uterino inferior ao músculo obturador/sacro, piriforme e coccígeo, respetivamente. A lassidão neste complexo pode resultar em esvaziamento anormal da bexiga e prolapso uterino. O nível II suporta a metade do meio da vagina até os músculos do elevador do ânus e fornece uma base firme para o colo da bexiga e a uretra. A perda de suporte nesse nível resulta em cistourethrocele, hiper mobilidade da bexiga e uretra e na IUE. O nível III suporta a vagina distal para manter as posições anatómicas da vagina e da uretra por fusão com as estruturas perineais (Bhattarai & Staat, 2018).

O diafragma pélvico está localizado profundamente na fâscia endopélvica e consiste nos músculos coccígeo (ou isquiococcígeo) e levantador do ânus. O coccígeo é um músculo pequeno e fino que se estende da ponta da coluna isquiática até o lado da junção sacrococcígea, já o levantador do ânus é um músculo maior e mais amplo, formado pela junção dos músculos iliococcígeo, pubococcígeo e puborretal; apresenta uma estrutura complexa em forma de funil que permite que várias estruturas pélvicas passem por ele. Estes músculos, em repouso, são tonificados e simultaneamente contraídos, a fim de fornecer o tónus do pavimento pélvico, o suporte dos órgãos pélvicos e manter a continência (Mahadevan, 2018; Salvador et al., 2019).

O diafragma urogenital é uma camada fibromuscular localizada diretamente abaixo do diafragma pélvico. Classicamente, é descrito como uma estrutura trilaminar, que inclui os compartimentos profundo e superficial. A camada fascial superior do diafragma urogenital é formada pela fâscia profunda do pavimento pélvico. O músculo

transverso profundo do períneo está imprensado entre a fáscia superior e inferior. A camada fascial inferior do diafragma urogenital forma a membrana perineal. Já o corpo do períneo é uma condensação fascial posterior à vagina e um local de inserção do músculo perineal e do esfíncter anal externo (El Sayed, 2020).

Os músculos do pavimento pélvico (MPP) são compostos por aproximadamente 70% de fibras musculares de contração lenta (tipo I), que fornecem um tônus muscular quase constante ao pavimento pélvico. Essas fibras sustentam o tônus e proporcionam resistência às contrações, que são iniciadas por um número menor de fibras de contração rápida (tipo II) as quais produzem força, porém, são muito fadigáveis (Hastings & Macheck, 2020).

Quando funcionam de forma ideal, os MPP trabalham de forma semelhante a uma rede, que fornece apoio físico ao útero, bexiga e reto; e que ajusta continuamente a sua tensão em resposta às variações de pressão. A atividade basal normal dos músculos elevadores do ânus mantém o hiato urogenital fechado, comprimindo a vagina, a uretra e o reto em uma direção cefálica contra o pavimento pélvico e o osso púbico. Esse tônus de repouso muscular também protege a integridade do tecido conjuntivo pélvico, diminuindo a carga ou o alongamento sentido pelas estruturas ligamentares e fasciais circundantes. Durante a contração máxima, que geralmente precede ou ocorre simultaneamente a aumentos da pressão intra-abdominal, os MPP fecham ainda mais as aberturas pélvicas através de sua subida superior e anterior (compressão e elevação interna). A contração e o relaxamento dos MPP devem ocorrer de forma coordenada, consciente ou inconscientemente, para garantir os resultados desejados de continência ou de micção (Casey & Temme, 2017).

De acordo com as diretrizes conjuntas publicadas pela Associação Internacional de Uroginecologia/ Sociedade Internacional de Continência, a função muscular do PP é definida qualitativamente pelo tônus em repouso, pela força de uma contração voluntária ou reflexa (classificada como forte, normal, fraca ou ausente) ou ainda por um sintoma de classificação validado (como a incontinência urinária e o prolapso dos órgãos pélvicos, por exemplo). Os fatores a serem avaliados incluem: força muscular (estática e dinâmica), relaxamento muscular voluntário (ausente, parcial, completo ou retardado), resistência muscular (capacidade de sustentar a força máxima ou quase máxima), repetibilidade (o número de vezes que realiza a contração com força máxima ou quase máxima), duração, coordenação e deslocamento (Sultan et al., 2017). Após finalizar a

avaliação funcional dos MPP, a interpretação geral pode ser feita em: MPP normais, MPP hiperativos, MPP sub-ativos, MPP que não funcionam (Berghmans et al., 2020).

1.2- Continência e Incontinência Urinária

A continência é referida como o controle voluntário da função da bexiga e do intestino (Bo et al., 2017). Ela é conseguida através de uma interação das propriedades anatômicas e fisiológicas normais da bexiga, uretra, esfíncter e pavimento pélvico; e o sistema nervoso que coordena estes órgãos. O relaxamento ativo da bexiga associado a capacidade da uretra e do esfíncter de conter a urina dentro da bexiga, atuando como um mecanismo de fecho durante o enchimento, permite o armazenamento da urina até a hora e local adequados para que a micção ocorra. A função do PP no apoio à bexiga e a uretra na transmissão normal da pressão abdominal para a uretra proximal também é considerado essencial na manutenção da continência. É crucial para o funcionamento saudável da bexiga, uretra, esfíncter e PP a coordenação entre eles, facilitada por um controlo intacto do sistema nervoso (Mcclurg et al., 2016).

Já a incontinência urinária (IU) é descrita pela *International Continence Society* (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. Esta é subclassificada de acordo com as circunstâncias que normalmente desencadeiam o problema; de entre os diversos tipos de IU destacam-se por sua maior prevalência a incontinência urinária de esforço (IUE), que é a queixa de perda involuntária de urina por aumento da pressão intra-abdominal, como por exemplo: espirros, tosse, esforço físico como a prática de atividade esportiva; a incontinência urinária de urgência (IUU), que é a queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência e a incontinência urinária mista (IUM), que é a queixa de perda involuntária de urina associada a urgência e também ao esforço (Bo et al., 2017).

A IUU resulta da hiperatividade do músculo detrusor (músculo liso da parede da bexiga), onde ocorre contrações involuntárias desse músculo durante a fase de enchimento vesical (Irwin, 2019). Se houver uma causa neurológica conhecida para a disfunção do músculo detrusor, é chamada de hiperatividade do detrusor neurogénico. Se a causa não for conhecida, a condição é denominada hiperatividade do detrusor idiopática (Dumoulin et al., 2018).

A síndrome da bexiga hiperativa é descrita como uma urgência urinária, geralmente acompanhada de aumento da frequência diurna e/ou noctúria, com incontinência urinária (*OAB-wet*) ou sem (*OAB-dry*), na ausência de infecção do trato urinário ou outra doença detetável (D'Ancona et al., 2019).

A frequência causada pela bexiga hiperativa é caracterizada como mais de oito micções em 24 horas, uma vez que a frequência normal de micção em indivíduos saudáveis é tipicamente menor que seis micções em 24 horas (D'Ancona et al., 2019).

A IUE acontece quando a pressão intra-abdominal excede a pressão intra-uretral. A diminuição da pressão intra-uretral pode resultar do aumento da mobilidade uretral devido à fraqueza do PP ou insuficiência/fraqueza do esfíncter uretral (Hastings & Machek, 2020).

A IUM contempla os dois tipos de IU descritos anteriormente, onde há queixa de perda involuntária de urina associada ao esforço, espirro ou tosse além da perda associada a urgência. Ela permanece uma condição complexa e, como a sua fisiopatologia é pouco conhecida, o tratamento pode ser indefinido. Até o momento, a definição de IUM é baseada em sintomas e apesar de atender aos critérios; alguns podem não ser identificados objetivamente via estudo urodinâmico. Na prática clínica, o tratamento geralmente é direcionado ao sintoma predominante. É observado que os utentes com IUM apresentam sintomas mais debilitantes em comparação com aqueles com IUE ou IUU pura (Lo et al., 2020).

A IU é um distúrbio que afeta ambos os sexos, porém, demonstra ser mais comum no sexo feminino que no masculino. Falar sobre a prevalência da IU entre as mulheres é uma questão desafiadora porque varia amplamente em diferentes estudos devido ao uso de diferentes definições, à heterogeneidade de diferentes populações de estudo e aos procedimentos de amostragem populacional. Estudos populacionais de vários países mostraram que a prevalência de IU variou aproximadamente de 5% a 70%, com mais estudos que relatam uma prevalência de qualquer IU na faixa de 25-45%. Esta discrepância entre os estudos é observada dentro e entre países e, com poucos estudos relatando taxas padronizadas por idade, tal impede em grande parte uma comparação significativa entre os países (Milsom & Gyhagen, 2019).

Mostafaei et al., (2020) relata que apesar das diferenças na definição de IU, instrumentos de avaliação, regiões geográficas e etnias, o seu estudo conseguiu calcular a prevalência global da IU feminina no mundo em desenvolvimento, que é de aproximadamente 26%. No entanto, considera que as taxas de prevalência variam muito em todo o mundo e portanto, as taxas de 2,8% ou 57,7% podem ser significativas. Já a taxa de prevalência da IUE (12,6%) mostrou ser superior à prevalência de IUM (9,1%) e IUU (5,3%).

Em Portugal, Silva et al., (2013) no seu estudo, identificou uma prevalência da IU na população portuguesa de 23,3%, numa amostra de 1.291 mulheres. Já Correia et

al., (2009) obteve uma prevalência de 21,4% numa amostra de 1.483 mulheres. No Brasil, um estudo conduzido entre a população idosa (acima de 60 anos) residentes em São Paulo, o qual incluía uma amostra de 2.143 pessoas (entre homens e mulheres) evidenciou que a prevalência de IU autorreferida foi de 11,8% entre os homens e 26,2% entre as mulheres (Tamanini et al., 2009).

Os encargos económicos da IU são exorbitantes, atingindo custos (diretos e indiretos) anuais de quase 10 bilhões de euros na Europa (Zwolsman et al., 2019).

As mulheres com IU vivenciam vários problemas mentais e sociais, sendo o bem-estar e a autonomia destas utentes frequentemente afetado por diversos problemas como, mobilidade limitada devido ao risco de perda involuntária de urina, odor incomodativo ou sentimento de vergonha, o que resulta geralmente em isolamento social. Os sintomas de micção relacionados com a IU para além de poder levar à vergonha, fobia social, isolamento social e dificuldade na realização das AVD's, podem levar a problemas económicos, baixos níveis de motivação, bem-estar, crescimento pessoal, autoconfiança e respeito por si próprio (Kwak et al., 2016).

Independentemente do tipo de IU, milhões de mulheres em todo o mundo são atingidas por essa condição que condiciona o seu bem-estar e a qualidade de vida, além de ser de grande importância económica para os serviços de saúde. Isto faz com que haja um interesse crescente neste assunto, devido ao aumento da conscientização sobre as implicações humanas e sociais que o indivíduo com IU sofre (Milsom & Gyhagen, 2019).

Os fatores de risco para a IU são heterogéneos. Nas mulheres a multiparidade, o histórico de partos vaginais, cirurgias pélvicas, e menopausa estão relacionadas. Acredita-se que os danos no controlo neural da bexiga e nos músculos do PP ou traumatismo mecânico direto no PP estão ligados à ocorrência de IU (Irwin, 2019). Outros fatores de risco são a genética, raça, tabagismo, aumento do índice de massa corporal (IMC), obesidade e idade avançada (Good & Solomon, 2019).

O tratamento cirúrgico e farmacoterapêutico está disponível nos casos de IU, mas os riscos e benefícios nem sempre são aceitáveis para as mulheres. Ao contrário do tratamento cirúrgico, que apresenta um risco significativo de complicações e maus resultados a longo prazo, a gestão conservadora é geralmente defendida como uma intervenção inicial, uma vez que apresenta riscos mínimos e os resultados são provados como satisfatórios para um número significativo de utentes (Robert & Ross, 2018).

1.3- Menopausa

De entre as diversas fases vivenciadas pelas mulheres, o climatério corresponde a fase no envelhecimento que marca a transição da fase reprodutiva para o estado não reprodutivo. Já a menopausa é definida como a cessação permanente da menstruação, resultante da perda da atividade folicular ovariana. Apesar de não haver um marcador biológico adequado, reconhece-se que a menopausa natural ocorre após doze meses consecutivos de amenorreia, para os quais não há outra causa patológica ou fisiológica óbvia (International Menopause Society, n.d.).

À medida que a esperança de vida continua a aumentar, o número de mulheres que entram na menopausa é maior do que nunca. Enquanto as mulheres têm aspirações e esperanças sobre o envelhecimento saudável, as mudanças relacionadas com a menopausa interferem frequentemente o seu bem-estar. As condições comuns incluem disfunções do pavimento pélvico, que coincidem parcialmente com a síndrome gênito urinária da menopausa e infecções recorrentes do trato urinário (Alperin et al., 2019).

A síndrome geniturinária da menopausa é um grupo de sinais e sintomas do trato geniturinário secundário ao hipoestrogenismo. Ela afeta 15% de todas as mulheres na fase da pré-menopausa e aproximadamente 70% após a menopausa. Essa prevalência pode ser ainda maior, uma vez que a condição é subdiagnosticada devido à relutância de mulheres e profissionais de saúde em discutir o problema ou porque os sintomas são meramente atribuídos ao envelhecimento (Lima & Honorato, 2019).

Os níveis reduzidos de estrogênio circulante provocam sintomas como secura vaginal, sangramento após atividade sexual, queimação, irritação, desconforto e maior incidência de infecções (Lima & Honorato, 2019). Há uma perda substancial da vascularização no trato urogenital, causando um tecido atrófico e perda de colagênio dérmico no tecido conjuntivo da vagina, bexiga e uretra o que faz com que a parede vaginal se torne mais fina e menos elástica. Em consequência, a vagina torna-se curta e estreita, o que pode levar à dispareunia (dor na relação sexual). A bexiga e a uretra também se tornam atróficas, podendo causar a IU. Acredita-se que nas mulheres pós-menopáusicas a falta de estrogênio prejudica o fechamento uretral e a transmissão da pressão para a uretra proximal, contribuindo para a urgência urinária; além de prejudicar o tecido conjuntivo e causar disfunção do esfíncter uretral, auxiliando assim, o aparecimento da IUE (Gandhi et al., 2016).

Dados demonstram que de entre os diferentes tipos de IU, a IUU tem um maior impacto negativo comparada à IUE na qualidade de vida das utentes (Krhut et al., 2018).

As mulheres com IUU geralmente ficam mais incomodadas porque a perda de urina é inesperada, súbita e muitas vezes de grande volume (Aoki et al., 2017).

Krhut et al., (2018) relata que mesmo uma pequena perda de urina pode causar alterações graves na qualidade de vida das mulheres, o que significa que muita atenção deve ser dada a qualquer relato das utentes em relação a esta condição.

A IU é um importante problema social que afeta mais de 50% das mulheres na pós-menopausa. De acordo com a ICS o tratamento deve ser iniciado através de abordagens conservadoras. De entre elas está a fisioterapia que demonstra resultados positivos de até 80% nas utentes com IUE e IUM (Kołodyska et al., 2019).

Mercier et al., (2019) levanta a hipótese de que o treino muscular do pavimento pélvico, além de outros benefícios, pode melhorar o fluxo sanguíneo vulvovaginal pela ativação muscular local repetida, gerando efeitos positivos como a melhoria de secreções vaginais e cor vaginal, além da diminuição nos episódios de IU.

Esta nas mulheres pós-menopáusicas está entre os sintomas mais angustiantes relacionados com este período. O diagnóstico e tratamento adequado deve ser oferecido a todas as utentes que sofrem de IU, com o objetivo de alcançar uma continência completa (Krhut et al., 2018).

1.4- Fundamentação de Técnicas de Avaliação

1.4.1- Diário Miccional

Um diário de micção pode fornecer informações sobre possíveis fatores modificáveis associados a episódios de incontinência. Ele avalia a rotina urinária e de perdas, e é um método bastante simples e útil na avaliação inicial. Permite avaliar o número de micções, número de episódios de IU e o volume de líquido ingerido e eliminado em 24 horas. O diário também pode ser usado para monitorizar a resposta e eficácia do tratamento, além de ser amplamente utilizado em estudos clínicos e exercer um papel terapêutico, pois fornece ao utente uma visão do comportamento da bexiga (Lukacz et al., 2017).

O período de aplicação do diário miccional é incerto na literatura, podendo ser de 24 horas, de 2-3 dias e até de 3-7 dias. Embora represente uma ferramenta útil no diagnóstico de determinados utentes, existem algumas limitações. Não há evidência de que os resultados obtidos pelo diário miccional se correlacionem com o tipo de IU. Outro fator limitante é a dificuldade de alguns utentes compreenderem e completarem o diário de forma confiável, especialmente quando o tempo (dias) é prolongado. Além disso, o

diário pode não ser útil para obter informações sobre sintomas que ocorrem de maneira menos frequente (Lukacz et al., 2017).

1.4.2- *Pad test*

O *pad test* pode ser usado na avaliação complementar e demonstração da perda involuntária de urina. Este simula o contexto das atividades do dia-a-dia da utente onde ocorre os sintomas; o que pode dar uma direção inicial sobre a gravidade da IU, como também, através da sua repetição, avaliar a resposta ao tratamento. É realizado através da comparação do peso do penso (pré e pós teste). Diversas durações de teste são relatadas na literatura e somente para o teste de 1 hora, um protocolo específico foi padronizado (D'Ancona et al., 2019).

Na análise do teste de 1 hora, um aumento de 1 a 10 g é classificado como incontinência leve, 11 a 50 g moderada e >50 g incontinência grave. Os valores para o *pad test* de 24 horas são classificados da seguinte forma: Incontinência leve (4-20g/ 24 horas), moderada (21-74g/ 24 horas) e grave (> 75g/ 24 horas). Um ganho de peso inferior a 1,4g durante o teste de 1 hora ou 4,4 g para o teste de 24 horas pode ser resultado de sudorese ou corrimento vaginal (International Continence Society, 2019; Krhut et al., 2014).

Protocolo *pad test* 30 minutos:

- 1- Esvaziar completamente a bexiga;
- 2- Beber um litro de água nos 30 minutos seguintes;
- 3- Usar um penso higiénico previamente pesado;
- 4- Saltar durante 30 segundos;
- 5- Saltar abrindo e fechando as pernas durante 30 segundos;
- 6- Agachar e tossir três vezes;
- 7- O penso é novamente pesado.

1.4.3- *Stress test*

O *stress test* envolve a observação de perda de urina quando as mulheres, com a bexiga cheia, tosse com força ou durante uma manobra de Valsalva. Se o paciente tiver uma perda de urina com o início da tosse e terminar com a interrupção, o teste é positivo e confirma a incontinência urinária de esforço. É um teste fácil de executar em uma única visita e os resultados são disponíveis imediatamente. Este procedimento

pode ser realizado enquanto o paciente estiver na posição de litotomia. É importante observar que um teste de tosse negativo não exclui a incontinência. O resultado positivo aumenta a probabilidade de um diagnóstico IUE, enquanto um resultado negativo do teste diminui a probabilidade. As principais limitações deste teste são a variabilidade na intensidade da tosse e do volume da bexiga. No entanto, em mulheres com queixa de IUE, o teste da tosse é importante como medida objetiva para confirmar o diagnóstico, principalmente quando o tratamento cirúrgico é planejado (Castro Diaz et al., 2017).

1.4.4- Observação

A inspeção da vulva (região externa do órgão genital feminino) permite uma descrição da pele e presença de características anatómicas anormais como alterações atróficas, cicatrizes, eritema, esclerose, cistos ou tumores. Na inspeção vaginal, obtemos informações sobre o comprimento e mobilidade vaginal, presença de cicatrizes e nível de estrogênio. Outro aspecto importante do exame é a observação do movimento perineal quando a utente é solicitada a tossir ou fazer a manobra de Valsalva; esta é uma maneira de avaliar a função dos MPP. Podemos observar a elevação perineal como movimento interno (cefálico) da vulva, períneo e ânus; e uma descida perineal como movimento externo (caudal) da vulva, períneo e ânus. Durante a tosse ou manobra de Valsalva, o períneo deve mostrar um movimento ventral devido à contração dos MPP; um movimento descendente pode indicar um pavimento pélvico fraco (Castro Diaz et al., 2017).

1.4.5- Palpação Vaginal

Devido a localização dos MPP dentro da pelve, a avaliação da sua função torna-se difícil apenas pela observação. A palpação vaginal é um método aceito para avaliar o tônus e a força muscular e talvez seja a medida mais acessível da função dos MPP (Castro Diaz et al., 2017). No entanto, a subjetividade implícita da avaliação da força dos MPP através da palpação vaginal pode limitar seu uso, ainda mais quando se considera os resultados de fiabilidade inter-avaliadores mais elevado, obtidos pela manometria, dinamometria e a eletromiografia de superfície. Em todo o caso, a fiabilidade da palpação intra-avaliador é elevada, sugerindo que a avaliação e reavaliação do utente pelo mesmo fisioterapeuta utilizando a Escala de Oxford Modificada (EOM) pode ser clinicamente significativa no contexto da avaliação de melhorias com a fisioterapia (Navarro Brazález et al., 2018).

A EOM gradua a força muscular numa escala de seis pontos (de 0 a 5), sendo que 0 significa ausência de contração, 1- esboço de contração, 2- contração fraca, 3- moderada, 4- boa e 5- forte. Atualmente é utilizada pela maioria dos fisioterapeutas para avaliar os MPP, sendo necessário que o avaliador tenha alguns cuidados especiais, tais como fornecer instruções adequadas às mulheres e observar os MPP para garantir que a contração está a ser executada corretamente (Navarro Brazález et al., 2018).

Uma estratégia comum usada para minimizar a ansiedade e o desconforto é o processo educacional interativo do exame pélvico, que inclui explicações à utente durante a avaliação (ensino e feedback a utente sobre a correta contração), a descrição das ações específicas durante cada etapa e, se houver viabilidade, o uso de um espelho para permitir a utente visualizar sua anatomia e o exame (Sorensen et al., 2018).

1.4.6- Questionários

1.4.6.1 - *King's Health Questionnaire (KHQ)*

O KHQ foi projetado para avaliar o impacto global e específico da IU no estado de saúde e qualidade de vida. Estabelece validade e fiabilidade e está disponível em várias línguas, incluindo português. Ele aborda nove domínios diferentes em 21 itens com opções de resposta numa escala tipo *Likert* que varia entre 1 e 4, exceção feita ao domínio percepção geral de saúde cuja pontuação varia entre 1 e 5 e ao domínio relações pessoais, com uma pontuação que varia entre 0 e 4. As pontuações para cada domínio geram resultados que variam de 0 a 100, onde as pontuações mais altas indicam uma qualidade de vida mais baixa (Luz et al., 2017).

1.4.6.2- *Incontinence Quality of Life (I-QOL)*

O I-QOL mede o impacto da IU na qualidade de vida. Aborda 3 domínios diferentes em 22 itens, cada um com uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, que produzem uma pontuação total de 0 a 100, sendo que as pontuações mais altas representam maior qualidade de vida (Dumoulin et al., 2018).

1.5- Fundamentação das Intervenções da Fisioterapia

A intervenção da Fisioterapia nas condições de IU faz parte do tratamento conservador que é definido como qualquer intervenção que não envolva abordagens cirúrgicas ou farmacológicas. Essas abordagens podem incluir modificações no estilo

de vida, o treino dos músculos do pavimento pélvico (sozinho ou com a adição de biofeedback), cones vaginais, electroestimulação, estimulação do nervo tibial posterior, esquemas de micção programados, uso de pessários, entre outros (Dumoulin et al., 2017).

1.5.1- Treino muscular do pavimento pélvico (TMPP)

O treino muscular do pavimento pélvico (TMPP) refere-se a exercícios para melhorar a força, resistência, potência, relaxamento ou uma combinação destes parâmetros. Com baixo custo e efeitos adversos mínimos, é recomendado como tratamento de primeira linha para disfunções do pavimento pélvico (Bo et al., 2017; Mercier et al., 2019).

A fase inicial do tratamento deve ter como finalidade criar uma conscientização sobre os MPP, a sua localização, a capacidade de os contrair e relaxar corretamente além de desenvolver uma sincronia com a respiração. O ensino da contração dos MPP é crucial na fase inicial, devendo sempre o avaliador certificar-se que as contrações foram compreendidas e são executadas corretamente, pois sabe-se que cerca de 30% das mulheres com disfunções do pavimento pélvico não estão aptas a contrair corretamente os MPP na sua primeira consulta (Robert & Ross, 2018).

O estudo de Ben Ami & Dar (2018), sugere que a melhor instrução verbal para o ensino da contração eficaz dos MPP é “aperte o ânus”; comparativamente às instruções “levante os MPP para dentro e aperte em torno da uretra, vagina e reto” ou “puxe, aperte ao redor da vagina e levante os MPP em direção à cabeça”. Mostra-se fundamental fornecer educação às utentes através do conhecimento e compreensão da sua condição, capacitando-a a desempenhar um papel ativo no seu tratamento.

O TMPP é justificado nos casos de IUE e IUM através de duas lógicas: Primeiro, uma contração intencional e eficaz dos músculos do pavimento pélvico antes e durante o aumento da pressão intra-abdominal, prende a uretra e aumenta a pressão uretral, impedindo a perda de urina. Essa estratégia foi nomeada por Miller (1998) como “*knack*” e teve a eficácia comprovada no seu estudo controlado randomizado. Pesquisas sugerem que a contração muscular do PP é um fator importante na manutenção da IU, mas a força ideal necessária para prender a uretra e impedir a perda de urina ainda não foi estabelecida. Acredita-se que em mulheres continentas, a ativação dos MPP antes e durante o esforço acontece de forma automática. Já nas mulheres com IU, aprender a executar uma contração muscular forte e oportuna do PP mostra-se essencial na

prevenção da descida uretral durante o aumento da PIA, evitando assim, a perda de urina (Dumoulin et al., 2018).

A segunda lógica tem como base a ideia de que a bexiga recebe apoio dos músculos fortes e tonificados do PP (resistentes ao alongamento), limitando seu movimento descendente ao aumento da PIA e, assim, impedindo a perda de urina. Sugere-se então, que o treino intensivo de força pode aumentar o suporte estrutural da pélvis, elevando permanentemente a placa do elevador do ânus para uma posição mais alta e aumentando a força e rigidez de seus tecidos conjuntivos. Resumindo, o objetivo da TMPP para IUE é geralmente, melhorar o tempo (de contração), força, resistência e rigidez dos MPP (Kari Bø, 2004; Dumoulin et al., 2018).

O TMPP também pode ser usado no controle da IUU. A lógica é baseada na ideia de que uma contração do músculo detrusor pode ser inibida por uma contração muscular do pavimento pélvico. Além disso, durante o enchimento vesical, há uma resposta aumentada da saída do nervo pudendo ao esfíncter uretral externo, aumentando a pressão intra-uretral o que representa o "reflexo de guarda" para a continência. Em adição, a alça excitatória do centro de micção de Barrington é ativada quando a pressão da bexiga está entre 5 e 25 mmHg, enquanto a alça inibidora é predominantemente ativa acima de 25 mmHg. A inibição envolve um aumento automático (inconsciente) do tônus, tanto dos músculos do PP quanto, do músculo estriado da uretra. Assim, a contração voluntária dos MPP pode ser usada para controlar a IUU. Ao inibir a urgência de micção e a contração do detrusor, a mulher pode chegar à casa de banho a tempo de evitar a perda de urina (Dumoulin et al., 2018).

Visto que a literatura descreve diferentes parâmetros de exercício, com diferenças no tipo (contrações máximas, submáximas, a favor ou contra a gravidade, o "knack"), número (por série, dia ou semana), duração das contrações e adição de resistência; a comparação dos resultados torna-se difícil (Robert & Ross, 2018).

Segundo Hagen et al., (2019) o TMPP supervisionado com uma duração de pelo menos 3 meses é o tratamento recomendado para a IUE e IUM. Ele envolve a prática regular de repetidas contrações musculares voluntárias do PP, com progressão suficiente do exercício, a fim de produzir um efeito de treino sobre os músculos. Para produzir melhorias na força e resistência muscular, os princípios fisiológicos básicos devem ser respeitados: sobrecarga (os músculos precisam realizar mais trabalho do que o normal até o ponto de fadiga), especificidade (os músculos devem ser treinados com exercícios ou atividades físicas que se repliquem tão quanto possível, o movimento

funcional necessário), manutenção e reversibilidade (os benefícios do exercício serão revertidos se não forem realizados regularmente).

Existem evidências que sugerem que, para que ocorra um treino de resistência eficaz nos músculos esqueléticos em adultos, devem ser realizadas duas a quatro séries por dia de 8 a 12 contrações dos MPP em velocidade lenta a moderada, com intensidade de moderada a máxima, 2 a 3 vezes por semana, com progressão ao longo de 16 semanas (Hagen et al., 2019).

Um estudo que comparou o uso do TMPP com uma condição controle em mulheres com IUE, durante o período de intervenção de 6 meses, mostrou que as mulheres do grupo controle experimentaram uma redução média da perda de urina de 12.7gr, enquanto as mulheres no grupo que realizou o TMPP sofreram uma redução média de 30.2gr, evidenciando a superioridade do tratamento o qual incluía os exercícios. O mesmo estudo expôs que os exercícios do pavimento pélvico são seguros e mais eficazes do que a electroestimulação, cones vaginais ou nenhum tratamento para mulheres com IU. A electroestimulação e os cones vaginais demonstraram uma baixa tolerância dos utentes, além de causar efeitos adversos (K Bø et al., 1999; Cacciari et al., 2019).

Mercier et al., (2019) no seu estudo avaliou o TMPP como abordagem de tratamento para mulheres na menopausa com IU e síndrome génito-urinária, revelou que a aplicação do TMPP mostrou uma redução significativa nos sinais e sintomas para além de melhorar a qualidade de vida, a realização das AVD's e função sexual.

Há evidências de que o efeito do TMPP em mulheres com IU não parece diminuir com o aumento da idade. Estudos com mulheres mais velhas com IU onde o TMPP foi aplicado demonstraram resultados com efeito semelhantes quando comparados a estudos focados em mulheres mais jovens (Burkhard et al., 2020).

Bø & Mørkved (2015), citam algumas recomendações clínicas a cerca do TMPP: a utente deve fazer a contração o mais forte possível; contrações sustentadas (de 3 a 10 segundos) e contrações com maior velocidade (como progressão) devem estar incluídas, o TMPP deve ser realizado todos os dias, o fisioterapeuta deve incentivar a utente a chegar o mais próximo possível da contração máxima através do incentivo verbal e ensinar que o treinamento de força se desenvolve em etapas, onde as maiores melhorias ocorrem durante o primeiro período de treinamento. Depois disso, ela precisa trabalhar mais para obter melhorias adicionais.

Na verdade, não existe uma linha divisória que diferencie o treino de força dos treinos de resistência (Rogers et al., 2018). Embora uma componente possa ser mais

afetada que outra, a força e a resistência podem melhorar através de um programa de exercícios. Treinos de força são associados a um baixo número de repetições com altas cargas, onde as formas de aumentar a carga incluem aumento da quantidade de esforço voluntário a cada contração, e realização de exercícios a favor, e depois contra a gravidade. Já o treino de resistência é caracterizado pelo elevado número de repetições ou contrações prolongadas com cargas baixas à moderadas (Dumoulin et al., 2018).

1.5.2- Modificações no estilo de vida

As modificações do estilo de vida são aplicadas no controlo de problemas de saúde e podem desempenhar um papel importante no tratamento das disfunções do pavimento pélvico, em combinação com outras terapias, sendo assim aplicadas nos casos de IU. São alterações não invasivas e de baixo custo, como a perda de peso, mudanças na dieta alimentar, modificação da ingestão de líquidos, redução de bebidas com cafeína, gaseificadas e alcoólicas, evitar as constipações, parar de fumar, e praticar regularmente atividade física (Dumoulin et al., 2017).

A IU, o sobrepeso e a obesidade são problemas comuns para as mulheres. Reconhece-se que as mulheres obesas têm uma pressão intra-abdominal mais elevada do que as não obesas; esta pressão cronicamente alta pode predispor a incontinência por enfraquecimento as estruturas de suporte do pavimento pélvico (Dumoulin et al., 2017). Estudos demonstram que a prevalência da IUU e IUE aumentam proporcionalmente com o aumento do IMC. Já a perda de peso em mulheres com sobrepeso e obesas melhora a IU, nível de evidência 1A (Burkhard et al., 2020).

O Comitê Consultivo das Diretrizes de Atividade Física de 2018 no seu relatório concluiu que a atividade física regular gera benefícios de saúde que incluem: função cognitiva aprimorada, risco reduzido de demência, risco reduzido de cancro em vários locais, redução de peso excessivo entre outras condições crónicas (Department of Health & Human Services, 2018). Essas afirmações reforçam a ideia de que a prática de exercício físico é essencial à saúde e colabora na prevenção/ tratamento da IU à medida que reduz o peso corporal (Milsom et al., 2017). Mulheres de meia-idade ou mais velhas que praticam atividade física moderada apresentam taxas mais baixas de IU, nível de evidência 2B (Burkhard et al., 2020).

Modificações na dieta alimentar também são utilizadas para tratar distúrbios urinários, como a IU e a urgência. Corresponde a alterações ou ajustes no consumo de alimentos, ingredientes ou bebidas que podem desencadear os sintomas na utente (Bo et al., 2017). A redução no consumo de cafeína, bebidas carbonatadas, bebidas

dietéticas e álcool são recomendadas; além de evitar o excesso de líquidos (sugere-se a ingestão de até 2 litros em 24h), episódios de grande consumo de líquidos de uma só vez e prevenir a constipação (Lukacz et al., 2017).

1.5.3 - Treino da bexiga

Refere-se a um programa de educação do utente associado a um regime de micção programada e intervalos de micção ajustados gradualmente. O treino da bexiga é eficaz na melhoria da IU nas mulheres, e tem nível de evidência 1B (Burkhard et al., 2020).

Visa corrigir hábitos associados à frequência urinária, melhorar o controlo sobre a urgência, prolongar os intervalos entre as micções, aumentar a capacidade vesical, reduzir os episódios de incontinência e restaurar a confiança do doente no controlo da função vesical. É sugerido que os intervalos de micção sejam aumentados de 15 a 30 minutos a cada semana, de acordo com a tolerância do utente ao cronograma, até que um intervalo de micção de 3 a 4 horas seja alcançado (Bo et al., 2017).

1.5.4- Classe de reeducação do pavimento pélvico

Partindo do princípio de que as utentes realizaram sessões individuais de fisioterapia e estão aptas a realizar a contração dos MPP de forma correta e eficaz, participar de uma classe de reeducação do PP pode ser encorajador e divertido, se bem conduzida por um fisioterapeuta qualificado e motivado (Kari Bø, 2015).

Paiva et al., (2017), através da sua revisão sistemática, relata que não há diferença na comparação do TMPP em classe com o TMPP individual; ambas as abordagens causam melhorias nos sintomas da IU. E provavelmente, o facto de não ter encontrado diferenças significativas entre as abordagens deve-se à orientação correta dada aos participantes sobre a função e ativação deste grupo muscular por fisioterapeutas que supervisionaram as atividades.

A sessão de treino do PP pode ser realizada em diferentes posições (deitado, em pé, ajoelhado, sentado com as pernas afastadas) para enfatizar o treino específico de força dos MPP e o relaxamento de outros músculos. Um estudo relatou uma classe que tinha a duração de 45 minutos onde os participantes tinham como objetivo realizar contrações mantidas de 6 a 8 segundos, e três ou quatro contrações rápidas eram adicionadas. O período de descanso foi de cerca de 6 segundos. Um total de 8 a 12 contrações foram concluídas em cada posição, com o esforço máximo de contração

incentivado. Foram acrescentados exercícios de relaxamento, de consciência corporal, respiração e treino de força para os músculos abdominais; os lombares e coxas foram trabalhados entre as posições. Os participantes eram estimulados a usar sua posição preferida e a realizar contrações igualmente intensivas nos treinos domiciliares. A adesão média ao tratamento nesse estudo foi de 93% para o TMPP (K Bø et al., 1999 as cited in Cacciari et al., 2019).

2- Caso Clínico

2.1- Exame Subjetivo

Segundo Diaz et al., (2017), recolher uma história clínica precisa é fundamental para o processo clínico; e deve ser o primeiro passo para avaliar qualquer pessoa com IU. Devem ser colocadas perguntas sobre as situações em que ocorre a perda de urina e se existe uma consciência sensorial desta perda. Se o diagnóstico for de IUM, deve ser identificado a componente que causa mais problemas ao utente.

O historial das mulheres deve incluir a avaliação da função menstrual, obstétrica, sexual, ginecológica e intestinal. Os sintomas agudos podem ser avaliados através de questões acerca de padrões de ingestão de líquidos, história clínica de infeção, cirurgia recente ou trauma. Já os sintomas crónicos devem levar em conta o histórico de anomalias congénitas, doenças neurológicas, cirurgia relevante ou problemas gerais de saúde. Questões sobre o padrão miccional mostram-se importantes (frequência diurna, noctúria e se existe a retenção de urina) assim como informações sobre medicamentos que possivelmente, ou de fato causam efeitos no trato urinário. Também é útil determinar o impacto que a perda de urina causa na vida diária e nas atividades da utente; se a incontinência limita a atividade e se houve mudanças no estilo de vida devido a ameaça da perda de urina. É importante estabelecer a expectativa da utente em relação ao tratamento e a compreensão dos benefícios e riscos/ônus das opções de tratamento disponíveis (Castro Diaz et al., 2017).

2.1.1- História Atual

Utente do sexo feminino, 63 anos, obesa (IMC de 34.69), raça caucasiana, sedentária, na menopausa (desde os 51 anos de idade), vive com o companheiro, atualmente desempregada (foi escriturária, onde trabalhava na maior parte do tempo sentada). Relata que há cerca de 6 meses começou a perder urina (antes disso nunca tinha acontecido tais episódios). As perdas ocorrem quando tosse, espirra, pega pesos, e quando surge uma vontade súbita de urinar, a mesma tem de ir a correr para a casa de banho, muitas vezes não chegando a tempo, acontecendo a perda de urina. Utiliza uma média de 3 pensos em 24 horas, inclusive durante a noite. Perde urina em “golfadas”, sendo que ocorre uma maior perda em situações de urgência em comparação com quando tosse/espirra, e é maior durante o dia em comparação com a noite.

A história obstétrica inclui um parto vaginal pélvico há 42 anos. Não realizou qualquer tipo de cirurgia pélvica. Nega sensação de peso/desconforto vaginal ou dor na relação sexual. Não faz medicação relacionada com a IU, nega problemas respiratórios ou infecções urinárias recentes. A utente relata que ingere cerca de 3 litros de água (em 24 horas), consome café em pequena quantidade e não bebe chá. Diz que vai muitas vezes à casa de banho durante o dia e os episódios de noctúria ocorrem 2 a 3 vezes por noite. A utente refere evacuar todos os dias, sem fazer esforço; não há perda involuntária de fezes ou gases. Relata que se sente constantemente angustiada e com medo de passar por constrangimentos devido à IU.

2.2- Exame Objetivo

O exame objetivo pretende detetar sinais definidos como qualquer alteração indicativa de doença ou problema de saúde no exame do utente. Existe um amplo consenso recomendando o exame objetivo como parte importante da avaliação de mulheres com IU; este deve incluir o exame abdominal, neurológico, ginecológico e pélvico (Castro Diaz et al., 2017).

Tabela 2.1 Avaliação diários miccionais

Diário miccional	24 horas	3 dias
<i>Ingestão de líquidos</i>	3 litros	2 litros
<i>Frequência Micções (24h)</i>	12 vezes	±9 vezes
<i>Episódios de urgência molhada</i>	06	3 a 4 (24h)
<i>Episódios de noctúria</i>	2	1 a 2

Tabela 2.2 Avaliação Pad test (30 minutos)

<i>Peso do penso no início</i>	18 gramas
<i>Peso do penso no final</i>	18 gramas (não houve perda de urina)

Tabela 2.3 Avaliação Stress test

<i>Resultado Negativo (não houve perda de urina à tosse)</i>	Este resultado pode ter ocorrido devido ao facto de a bexiga da utente não estar cheia, e/ou a tosse não ser intensa o suficiente.
--	--

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

Tabela 2.4 Avaliação através da observação

<i>Períneo</i>	Períneo simétrico Não há cicatrizes Introito vaginal parcialmente aberto Presença de atrofia e pouca lubrificação vaginal Coloração da pele menos rosada (efeitos da menopausa) Não há prolapso ou fístula Meato uretral fechado Contração voluntária dos MPP e relaxamento diminuídos Pré-contração ao esforço (tosse) é visualizada Sensibilidade tátil do períneo presente bilateralmente
<i>Abdómen</i>	Sem cicatrizes ou distensão Sensibilidade presente
<i>Pelvis</i>	Posição neutra

Tabela 2.5 Avaliação da Palpação Vaginal

<i>Palpação</i>	Não há dor Tônus muscular diminuído Há consciência nos movimentos de contração e relaxamento dos MPP (o fisioterapeuta sente o aperto, elevação e compressão ao redor do dedo) Força muscular grau 2 (EOM) Amplitude muscular curta Resistência muscular baixa
-----------------	---

Tabela 2.6 Avaliação KHQ

<i>Domínios</i>	<i>Score</i>
<i>Percepção da Saúde Geral</i>	75
<i>Impacto da IU</i>	100
<i>Limitação das AVD's</i>	66,6
<i>Limitações Físicas</i>	66,6
<i>Limitações Sociais</i>	55,5
<i>Relações Pessoais</i>	66,6
<i>Emoções</i>	55,5
<i>Sono/Energia</i>	50
<i>Medidas de Severidade</i>	86,6

Resultado KHQ: A utente considera o seu atual estado de saúde fraco; o problema urinário afeta muito a sua vida, a limitação nas AVD's é moderada, bem como as físicas e sociais. Na parte emocional sente-se um pouco deprimida e moderadamente ansiosa e mal consigo mesma. Às vezes tem o seu sono comprometido e

frequentemente sente-se cansada. Usa com frequência pensos para se manter seca, e frequentemente toma cuidado com a quantidade de líquidos ingeridos. Troca sempre de roupa quando está molhada, preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina e sente-se sempre envergonhada por causa do seu problema de bexiga.

Tabela 2.7 Avaliação I-QOL

<i>Domínios</i>	<i>Score</i>
<i>Comportamentos de prevenção/limitação</i>	30
<i>Impacto Psicossocial</i>	40
<i>Constrangimento Social</i>	24

Resultado I-QOL: A qualidade de vida da utente é altamente impactada de forma negativa pelos sintomas da IU em todos os domínios avaliados no questionário.

2.3- Principais Problemas

- Perdas de urina em maior quantidade nos episódios de urgência (não consegue chegar a tempo à casa de banho).
- Perdas de urina em golfadas ao aumento da PIA (como tosses, espirros e risos).
- Aumento da frequência urinária.
- Diminuição da força dos MPP (grau 2 na EOM).
- Limitação das AVD's pelo défice na função dos MPP.
- Utilização de proteção higiénica (3 pensos em 24h).
- Diminuição da qualidade de vida pela IU.
- Impacto emocional negativo e limitação do convívio social pela IU.
- Sedentarismo.
- Obesidade.

2.4- Fatores Facilitadores e Barreiras

Tabela 2.8 Facilitadores x Barreiras

<i>Facilitadores</i>	<i>Barreiras</i>
<i>Utente colaborativa e boa capacidade de entendimento</i>	Idade e menopausa
<i>Reconhecimento da importância de realizar a fisioterapia para a melhoria dos sintomas</i>	Sedentarismo e obesidade
<i>Consciência da contração dos MPP</i>	Parto vaginal pélvico há 42 anos

2.5- Diagnóstico em Fisioterapia

O diagnóstico em fisioterapia é derivado do raciocínio clínico que resulta na identificação de deficiências existentes ou potenciais, limitações de atividades e restrições de participação, e de fatores que influenciam de forma positiva ou negativa a vida. Abrange os sinais e sintomas comumente associados a um distúrbio, síndrome ou compromisso das estruturas e funções corporais. A finalidade do diagnóstico é orientar os fisioterapeutas na determinação do prognóstico e estratégias de intervenção mais apropriadas aos utentes além da partilha de informações com eles (The World Confederation for Physical Therapy, 2019).

Resultado: A utente apresenta o diagnóstico de incontinência urinária mista, onde existe limitação da capacidade de continência da urina quando há o aumento da pressão intra-abdominal (esforço) assim como episódios de urgência. Apresenta défice na função e fraqueza dos MPP (avaliados em grau 2 segundo a EOM), diminuição na qualidade de vida seja por limitação das atividades funcionais, quer por demasiada frequência urinária, diminuição na qualidade do sono (pela noctúria), limitação do convívio social e constante estado de ansiedade pelo medo de perder urina.

2.6- Prognóstico em Fisioterapia

Segundo a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) o prognóstico começa com a determinação da necessidade de intervenção/ tratamento e normalmente leva ao desenvolvimento de um plano, incluindo metas mensuráveis de resultados, ajustadas em colaboração com o utente, a família ou o prestador de cuidados.

Resultado: Pretende-se com a intervenção da fisioterapia que, no final das 8 semanas de tratamento, a utente tenha diminuído as perdas urinárias, seja nas situações de esforço e/ou urgência, bem como a frequência pela melhoria da função dos MPP, e que reduza ainda a utilização da proteção higiênica. Deve-se ter em conta que o TMPP deverá ter uma duração mínima de 03 meses. É primordial ajustar com a utente a importância de um compromisso bilateral entre fisioterapeuta/utente para que seja verificada a adesão ao tratamento e a realização do TMPP recomendado de forma correta, inclusivamente os prescritos para serem efetuados no domicílio. Mudanças no estilo de vida também serão necessárias para promover um aumento da qualidade de vida da utente.

2.7- Objetivos

2.7.1- Curto prazo (4 semanas)

- Ensinar estratégias para diminuir as perdas urinárias.
- Diminuir a frequência urinária.
- Reduzir a necessidade do uso de proteção higiênica.
- Aumentar a força dos MPP avaliada através da EOM, do grau 2 para o grau 3.
- Aumentar a resistência e amplitude dos MPP.
- Incentivar a perda de peso e a atividade física regular.

2.7.2- Médio prazo (8 semanas)

- Cessar a necessidade do uso de proteção higiênica.
- Melhorar a função dos MPP.
- Melhorar a qualidade de vida da utente.
- Reforçar a importância da prática de atividade física regular e perda de peso para melhoria da IU.

2.7.3- Longo prazo (12 semanas)

- Eliminar as perdas urinárias através do TMPP.
- Normalizar a função e força dos MPP
- Fazer com que a utente mantenha os ganhos obtidos durante a intervenção, através do reforço e incentivo dos exercícios no domicílio e modificações comportamentais.

2.8- Intervenção

A fisioterapia realizou um total de 13 atendimentos individuais em ambulatório (com duração de 20 minutos), no qual estavam incluídos:

- Melhoria da consciencialização sobre os MPP e ensino da correta contração e relaxamento através da palpação digital e observação do períneo.

- Indicação de não fazer apneia e não utilizar a musculatura acessória.
- TMPP manual progressivo: 3 séries de 8 repetições com 6 segundos de contração mantida que evoluiu para 3 séries de 10 repetições com 8 segundos de contração mantida e, finalmente 3 séries de 10 repetições com 10 segundos de contração mantida.
- Inclusão de exercícios contra a gravidade; com contrações rápidas, contrações máximas mantidas seguidas de contrações supra-máximas, diminuição do intervalo entre as contrações, relaxamento progressivo.
- Treino funcional (contração/relaxamento dos MPP associados a exercícios que simulam o dia a dia da utente).
- Ensino do “knack” para prevenir a IU ao esforço.
- Ensino da contração máxima sustentada no caso de urgência urinária.
- Treino da bexiga, com aumento progressivo dos intervalos entre as micções para diminuição da frequência urinária.
- Treino domiciliar (mínimo de três vezes por dia em diferentes posições).
- Ajuste da ingestão de líquidos (1,5 a 2 litros em 24 horas).
- Recomendação de que evite uma maior ingestão de líquidos após as 19 horas.
- Recomendação para que a utente procure um nutricionista que prescreva uma dieta alimentar para a perda de peso.
- Recomendação para a prática regular da atividade física.
- Educação a utente, no sentido de se responsabilizar pela sua recuperação.

3- Resultados

A partir da avaliação inicial realizada, passando pela intervenção e, em seguida, a reavaliação em que foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 3.1 Avaliação x Reavaliação

<i>Dados Recolhidos</i>	<i>Avaliação</i>	<i>Reavaliação</i>
<i>Nº de pensos (24h)</i>	3	Utiliza esporadicamente
<i>Grau de força dos MPP (EOM)</i>	2	3+
<i>Tônus, amplitude e resistência MPP</i>	Diminuídos	Houve melhorias
<i>Pad Test (30 minutos)</i>	0g	0g
<i>Diário Miccional (03 dias)</i>	± 9 vezes em 24h	± 6 vezes em 24h
<i>Episódios de Urgência molhada (24h)</i>	3 a 4	1 a 2
<i>Episódios de IUE</i>	Sim	Não
<i>Stress Test</i>	Negativo	Negativo
<i>Ingestão de líquidos (24h)</i>	3 litros	1,5/2 litros

Tabela 3.2 Avaliação x Reavaliação KHQ

<i>Domínios</i>	<i>Score Avaliação</i>	<i>Score Reavaliação</i>
<i>Perceção da Saúde Geral</i>	75	50
<i>Impacto da IU</i>	100	66,6
<i>Limitação das AVD's</i>	66,6	66,6
<i>Limitações Físicas</i>	66,6	50
<i>Limitações Sociais</i>	55,5	33,3
<i>Relações Pessoais</i>	66,6	50
<i>Emoções</i>	55,5	44,4
<i>Sono/Energia</i>	50	50
<i>Medidas de Severidade</i>	86,6	80

Resultado da reavaliação do KHQ: A utente considera seu atual estado de saúde como regular; o problema urinário afeta moderadamente a sua vida, a realização das AVD's e atividades físicas. Considera que o problema urinário limita um pouco sua vida social. Nas relações pessoais sente-se afetada moderadamente quanto ao relacionamento com o (a) parceiro (a) e um pouco afetada na sua vida familiar. Na parte emocional sente-se um pouco deprimida e mal consigo mesma; além de moderadamente ansiosa. Às vezes tem o seu sono comprometido e frequentemente sente-se cansada. Por vezes utiliza pensos para se manter seca; e frequentemente toma cuidado com a quantidade de líquidos ingeridos. Troca sempre de roupa quando está molhada, preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina sentindo-se envergonhada por causa da sua condição.

Tabela 3.3 Avaliação x Reavaliação I-QOL

<i>Domínios</i>	<i>Score Avaliação</i>	<i>Score Reavaliação</i>
<i>Comportamentos de prevenção/limitação</i>	30	50
<i>Impacto Psicossocial</i>	40	55
<i>Constrangimento Social</i>	24	28

Resultado da reavaliação I-QOL: Apesar de ter algumas melhorias nos domínios do questionário, percebe-se que a qualidade de vida da utente continua a ser muito alterada devido a IU.

4- Discussão

A partir da fundamentação teórica acerca da IU, foi elaborado um plano de avaliação subjetivo e objetivo com base na melhor e mais atual evidência científica, bem como levando em consideração os instrumentos disponíveis no local de estágio. Realizou-se então a estruturação e aplicação prática de um plano de intervenção com a componente de abordagem individual. Após revisão bibliográfica e pesquisa das *guidelines*, podemos afirmar que todas as evidências estudadas foram fundamentais na compreensão da condição da utente, bem como na definição do diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento e plano de intervenção em fisioterapia.

A intervenção da fisioterapia realizada consistiu num programa de TMPP, mudanças no estilo de vida e ensino de estratégias que visam melhorar a qualidade de vida da utente, tendo como principal objetivo a redução/ausência de episódios de IU quer pela componente de esforço, quer pela componente de urgência.

A IU é uma condição comum, embora frequentemente subnotificada. Apesar da alta prevalência, apenas 25% dos indivíduos afetados pela condição procuram ou recebem tratamento. Taxas mais altas de hospitalização, infeção do trato urinário, úlceras por pressão e admissão em cuidados residenciais de longa duração, bem como menor produtividade no trabalho e saúde geral são observadas em populações com IU em comparação com aquelas sem a mesma. (Irwin, 2019).

Aoki et al., (2017) diz que a IU tem um efeito negativo na qualidade de vida, na saúde mental e nas atividades sociais; embora não seja fatal, pode certamente mudar a vida de uma pessoa. Esta condição está associada ao aparecimento de angústia psicológica, o que por sua vez leva os indivíduos a evitar encontros sociais ou religiosos, viagens, atividades físicas e outras atividades diárias. Os sintomas estão também relacionados à disfunção sexual e efeitos negativos nas relações conjugais, além de contribuir para a depressão e a menor qualidade de sono. Essas informações vão de encontro aos resultados dos questionários aplicados à utente, que demonstram um défice em sua qualidade de vida devido a sua condição.

Existem várias opções de tratamento conservador disponíveis para o controlo da IU, incluindo a reabilitação dos MPP através do treino, intervenções no estilo de vida, treino da bexiga, dispositivos anti incontinência, entre outros (Woodley et al., 2020).

Apesar da disponibilidade de opções de tratamento, sejam elas conservadoras, médicas ou cirúrgicas, apenas uma minoria de mulheres procura cuidados para os sintomas de IU devido a sentimentos de vergonha, falta de conhecimento sobre as opções de tratamento disponíveis, desvalorizar os seus sintomas, por os considerar

triviais ou ainda por acreditar que fazem parte do processo de envelhecimento (Suskind et al., 2015).

A IU é uma condição clínica e não uma doença, entre os vários tipos existentes, a IUM ocorre quando há sintomas de perda de urina devido ao esforço e à urgência (Mostafaei et al., 2020).

Embora a prevalência da IU aumente com a idade, os padrões diferem de acordo com o subtipo. A IUE atinge o pico ao longo dos 50 anos e depois diminui, enquanto a IUU e IUM aumentam gradualmente com a idade. Embora a IUE seja mais comum em geral, a IUM torna-se o subtipo mais dominante no final da idade adulta e revela-se muito mais prevalente do que o esperado se comparada ao esforço e à urgência pura. Na procura da causa da IUM, cogita-se que a presença de um subtipo (ou seja, IUE) conduz ao aumento do risco de desenvolver o outro subtipo (ou seja, IUU). Mulheres com IUM podem ter sintomas mais graves e menos possibilidades de sofrer remissão (Minassian et al., 2017).

O estudo de Burnett et al., (2020) que teve como objetivo demonstrar o impacto funcional do envelhecimento nos MPP concluiu que a rigidez destes músculos aumenta significativamente com a idade. Previu-se que este aumento da rigidez condiciona de forma negativa a função muscular, diminuindo a capacidade de carga e propriedades contráteis ativas que, por sua vez, aumenta o potencial de predisposição nas mulheres mais velhas para as disfunções do PP.

A fisioterapia desempenha um papel essencial no tratamento conservador da IU, e o TMPP é considerado padrão ouro na melhoria do compromisso anatômico e funcional dos MPP (Radzimińska et al., 2018).

Em virtude da realização das avaliações, percebeu-se que a disfunção do pavimento pélvico da utente, levou a sintomatologia da IU. Vários fatores de risco podem ter contribuído para tal como a idade, a paridade, o sedentarismo, a obesidade e a menopausa.

O TMPP é fundamentado em três objetivos primários: fortalecer o MPP, melhorar o mecanismo que permite o encerramento uretral e inibir a contração do músculo detrusor nos sintomas de urgência. Ele baseia-se particularmente no aumento da força muscular, resistência (capacidade de contrações repetidas ou manutenção da contração muscular durante um período mais longo), coordenação da atividade muscular (pré-contração dos MPP antecipando um aumento da pressão intra-abdominal), adesão e motivação para o programa (Rocha et al., 2018).

A forma de realizar o TMPP varia de acordo com os objetivos, e pode ser feita através dos diferentes tipos de contrações (rápidas, lentas, mantidas, supra-máximas e ambas), número de contrações, intervalo entre elas e do posicionamento do utente (Dumoulin et al., 2018).

Alves et al., (2015), cita um protocolo de tratamento, que inclui exercícios de mobilidade pélvica, alongamento, fortalecimento e relaxamento em diferentes posições associado às contrações dos MPP. Já Bertotto et al., (2017) e Sran et al., (2016) citam programas de treino progressivo dos MPP, que aumentam a dificuldade a cada semana através da mudança de posição dos exercícios e aumento do número de repetições.

Relativamente ao caso clínico aqui descrito, a maior parte dos objetivos propostos foram alcançados. A frequência urinária diminuiu e a utente relata que já não tem episódios de IUE. Já os episódios de urgência ainda acontecem, porém, com menos frequência. Agora, apenas utiliza pensos quando sai de casa para se sentir mais “segura”. Na reavaliação da palpação vaginal verificou-se que houve melhoria na força de contração dos MPP, tónus, amplitude e resistência muscular em comparação com o início do tratamento. Os questionários mostraram alguma evolução positiva, no entanto, verifica-se ainda elevado *déficit* na qualidade de vida da utente.

A alta da utente até ao final do estágio profissional não foi possível pois, não atingiu todas as metas estabelecidas, além disso, segundo Hagen et al., (2019) o TMPP supervisionado deve ter uma duração mínima de 3 meses.

A fim de minimizar ainda mais a urgência (ou mesmo cessar), continuar com a evolução da força e função dos MPP, garantir que a utente não precise utilizar proteção higiénica e que tenha um aumento significativo da qualidade de vida; após 13 sessões individuais de fisioterapia (com duração de 20 minutos) e exercícios domiciliares, foi constatado que a utente estava apta a integrar as sessões de grupo por apresentar uma boa consciência de como realizar a contração e relaxamento dos MPP e um grau de força muscular 3+ (EOM). Foi-lhe então proposto o ingresso na classe de reeducação do pavimento pélvico, que foi aceita pela mesma, sendo assim o tratamento continuado. O tratamento em grupo será realizado duas vezes por semana no SMFR do HBA, tendo cada sessão a duração de 40 minutos. A utente é encorajada a continuar com o treino em domicílio.

O TMPP é altamente recomendado para o controlo de todos os tipos de IU, mas para que seja eficaz, exige adesão. Um importante facilitador da adesão é o despertar a crença da utente na sua própria capacidade de realizar o TMPP. O fisioterapeuta deve promover essa crença através do incentivo e *feedback* (Sacomori., 2015).

O caso clínico apresentado relata a condição de IUM que está inserida nas disfunções do pavimento pélvico. Através da literatura, é evidente a importância e efetividade da atuação do fisioterapeuta na reabilitação dos MPP.

Quanto aos resultados a longo prazo do TMPP, esses permanecem incertos pois existe limitação do acompanhamento além do fim do tratamento na maioria dos estudos. No entanto, existe a certeza de que o TMPP pode curar ou melhorar os sintomas da IUM e de todos os outros tipos de IU. Mulheres com IUM tratadas com o TMPP, relatam um aumento da qualidade de vida (Dumoulin et al., 2018).

5- Conclusão

A IU tem um relevante impacto negativo na qualidade de vida geral das mulheres acometidas com esta condição e a fisioterapia mostra-se essencial no processo de reabilitação da mesma.

A intervenção de fisioterapia aqui descrita baseou-se na melhor evidência científica disponível, nas características específicas da utente, utilizando o modelo de raciocínio centrado na utente considerando as suas necessidades e objetivos.

Através dos resultados da reavaliação concluiu-se que o tratamento de fisioterapia resultou num aumento da qualidade de vida da utente a partir da resolução dos episódios de IUE e diminuição da IUU, frequência urinária e necessidade de utilização de pensos.

O estágio profissional, juntamente com a elaboração deste relatório, permitiu-me conhecer uma área em que não tinha trabalhado, e ajudou-me a desenvolver e a melhorar as capacidades de reflexão sobre a intervenção da fisioterapia no contexto das disfunções do pavimento pélvico; contribuiu ainda para o aumento de *skills* ao nível da pesquisa e autocrítica, tornando a prática mais eficiente e eficaz, tendo sempre por objetivo a excelência dos cuidados prestados.

6- Bibliografia

Alperin, M., Burnett, L., Lukacz, E., & Brubaker, L. (2019). The mysteries of menopause and urogynecologic health: clinical and scientific gaps. *Menopause* (New York, N.Y.), 26(1), 103–111.

Alves, F. K., Riccetto, C., Adami, D. B. V., Marques, J., Pereira, L. C., Palma, P., & Botelho, S. (2015). A pelvic floor muscle training program in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Maturitas*, 81(2), 300–305.

Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews. Disease Primers*, 3, 17042.

Ben Ami, N., & Dar, G. (2018). What is the most effective verbal instruction for correctly contracting the pelvic floor muscles? *Neurourology and Urodynamics*, 37(8), 2904–2910.

Berghmans, B., Seleme, M. R., & Bernards, A. T. M. (2020). Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 31(5), 917–931.

Bertotto, A., Schwartzman, R., Uchôa, S., & Wender, M. C. O. (2017). Effect of electromyographic biofeedback as an add-on to pelvic floor muscle exercises on neuromuscular outcomes and quality of life in postmenopausal women with stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 36(8), 2142–2147.

Bhattarai, A., & Staat, M. (2018). Modelling of Soft Connective Tissues to Investigate Female Pelvic Floor Dysfunctions. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2018, 9518076.

Bo, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., Bortolini, M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C., & Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 36(2), 221–244.

Bø, K., Talseth, T., & Holme, I. (1999). Single blind randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 318(7182), 487–493.

Bø, Kari. (2004). Pelvic Floor Muscle Training Is Effective in Treatment of Female Stress Urinary Incontinence, but How Does It Work? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 15, 76–84.

Bø, Kari. (2015). Female pelvic floor dysfunctions and evidence-based physical therapy. In Kari Bø, B. Berghmans, S. Mørkved, & M. Van Kampen (Eds.), *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor* (pp. 131–270). Churchill Livingstone.

Bø, Kari, & Mørkved, S. (2015). Pelvic floor and exercise science. In Kari Bø, B. Berghmans, S. Mørkved, & M. Van Kampen (Eds.), *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor* (pp. 111–130). Churchill Livingstone.

Burkhard, F. C., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F., Lemack, G. E., Nambiar, A. K., Thiruchelvam, N., & Tubaro, A. (2020). EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults 2020. In *European Association of Urology Guidelines. 2020 Edition.: Vol. presented. European Association of Urology Guidelines Office.*

Burnett, L. A., Cook, M., Shah, S., Michelle Wong, M., Kado, D. M., & Alperin, M. (2020). Age-associated changes in the mechanical properties of human cadaveric pelvic floor muscles. *Journal of Biomechanics*, 98, 109436.

Cacciari, L. P., Dumoulin, C., & Hay-Smith, E. J. (2019). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in

women: a cochrane systematic review abridged republication. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 23(2), 93–107.

Casey, E. K., & Temme, K. (2017). Pelvic floor muscle function and urinary incontinence in the female athlete. *The Physician and Sportsmedicine*, 45(4), 399–407.

Castro Diaz, D., Robinson, D., Bosch, R., Costantiini, E., Cotterill, N., Espuña-Pons, M., Kocjancic, E., Lemos, N., Tarcan, T., & Yoshida, M. (2017). Initial Assessment of urinary incontinence in adult male and female patients. In P. ABRAMS, L. CARDOZO, A. WAGG, & A. WEIN (Eds.), *Incontinence. 6th International Consultation on Incontinence*, Tokyo, September 2016 (6th ed., pp. 497–540). International Continence Society.

Correia, S., Dinis, P., Rolo, F., & Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 20(12), 1481–1489.

D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., Hamid, R., Homma, Y., Marcelissen, T., Rademakers, K., Schizas, A., Singla, A., Soto, I., Tse, V., de Wachter, S., Herschorn, S., & Dysfunction, O. behalf of the S. S. C. I. C. S. and the I. C. S. W. G. on T. for M. L. U. T. & P. F. S. and. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 38(2), 433–477.

Department of Health & Human Services. (2018). 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*, 779.

Dumoulin, C., Adewuyi, T., Booth, J., Bradley, C., Burgio, K., Hagen, S., Hunter, K., Imamura, M., Morin, M., Morkved, S., Thakar, R., Wallace, S., & Williams, K. (2017). Adult conservative management. In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, & A. Wein (Eds.), *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence* (pp. 1443–1628). ICI-ICS. International Continence Society.

Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.

EI Sayed, R. F. (2020). Magnetic Resonance Imaging of the Female Pelvic Floor: Anatomy Overview, Indications, and Imaging Protocols. *Radiologic Clinics of North America*, 58(2), 291–303.

Gandhi, J., Chen, A., Dagur, G., Suh, Y., Smith, N., Cali, B., & Khan, S. A. (2016). Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 704–711.

Good, M. M., & Solomon, E. R. (2019). Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(3), 527–540.

Hagen, S., McClurg, D., Bugge, C., Hay-Smith, J., Dean, S. G., Elders, A., Glazener, C., Abdel-Fattah, M., Agur, W. I., Booth, J., Guerrero, K., Norrie, J., Kilonzo, M., McPherson, G., McDonald, A., Stratton, S., Sergenson, N., Grant, A., & Wilson, L. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for female stress or mixed urinary incontinence: protocol for the OPAL randomised trial. *BMJ Open*, 9(2), e024153.

Hastings, J., & Machek, M. (2020). Pelvic Floor Dysfunction in Women. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 8(2), 64–75.

International Continence Society. (2019). *ICS Standards 2019*. In ICS.

International Menopause Society. (n.d.). *Menopause Terminology*.

Irwin, G. M. (2019). Urinary Incontinence. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 46(2), 233–242.

Kołodęńska, G., Zalewski, M., & Rożek-Piechura, K. (2019). Urinary incontinence in postmenopausal women - causes, symptoms, treatment. *Przegląd Menopauzalny = Menopause Review*, 18(1), 46–50.

Krhut, J., Gärtner, M., Mokris, J., Horcicka, L., Svabik, K., Zachoval, R., Martan, A., & Zvara, P. (2018). Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourology and Urodynamics*, 37(6), 1925–1930.

Krhut, J., Zachoval, R., Smith, P. P., Rosier, P. F. W. M., Valanský, L., Martan, A., & Zvara, P. (2014). Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 33(5), 507–510.

Kwak, Y., Kwon, H., & Kim, Y. (2016). Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging & Mental Health*, 20(7), 719–726.

Lima, S. M. R. R., & Honorato, J. V. (2019). Critical analysis of methods for assessing genitourinary syndrome of menopause used in clinical trials. *Menopause*, 26(12).

Lo, T.-S., Tan, Y. L., Pue, L. B., Chua, S., Wu, M.-P., & Hsieh, W.-C. (2020). Outcomes of urodynamic mixed urinary incontinence and urodynamic stress incontinence with urgency after mid-urethral sling surgery. *International Urogynecology Journal*.

Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary incontinence in women a review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(16), 1592–1604.

Luz, R., Pereira, I., Henriques, A., Ribeirinho, A. L., & Valentim-Lourenço, A. (2017). King's Health Questionnaire to assess subjective outcomes after surgical treatment for urinary incontinence: can it be useful? *International Urogynecology Journal*, 28(1), 139–145.

Mahadevan, V. (2018). Anatomy of the pelvis. *Surgery - Oxford International Edition*, 36(7), 333–338.

Mcclurg, D., Pollock, A., Campbell, P., Hazelton, C., Elders, A., Hagen, S., & Hill, D. C. (2016). Conservative interventions for urinary incontinence in women: An Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(9).

Mercier, J., Morin, M., Zaki, D., Reichetzer, B., Lemieux, M.-C., Khalifé, S., & Dumoulin, C. (2019). Pelvic floor muscle training as a treatment for genitourinary syndrome of menopause: A single-arm feasibility study. *Maturitas*, 125, 57–62.

Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M. C., Nelson, R., Sjöström, S., & Tikkinen, K. A. O. (2017). Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In P. ABRAMS, L. CARDOZO, A. WAGG, & A. WEIN (Eds.), *Incontinence*. 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016 (6th ed., pp. 17–35). International Continence Society.

Milsom, I., & Gyhagen, M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), 217–222.

Minassian, V. A., Bazi, T., & Stewart, W. F. (2017). Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 28(5), 687–696.

Mostafaei, H., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S., Salehi-Pourmehr, H., Ghojzadeh, M., Onur, R., Al Mousa, R. T., & Oelke, M. (2020). Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis—A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. *Neurourology and Urodynamics*, 39(4), 1063–1086.

Navarro Brazález, B., Torres Lacomba, M., de la Villa, P., Sánchez Sánchez, B., Prieto Gómez, V., Asúnsolo del Barco, Á., & McLean, L. (2018). The evaluation of pelvic floor muscle strength in women with pelvic floor dysfunction: A reliability and correlation study. *Neurourology and Urodynamics*, 37(1), 269–277.

Paiva, L. L., Ferla, L., Darski, C., Catarino, B. M., & Ramos, J. G. L. (2017). Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 28(3), 351–359.

Radzimińska, A., Strączyńska, A., Weber-Rajek, M., Styczyńska, H., Strojek, K., & Piekorz, Z. (2018). The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 957–965.

Robert, M., & Ross, S. (2018). Conservative Management of Urinary Incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), e119–e125.

Rocha, F., Carvalho, J., Jorge, R. N., & Viana, R. (2018). Evaluation of the pelvic floor muscles training in older women with urinary incontinence. *Porto Biomedical Journal*, 1.

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

Sacomori, C., Berghmans, B., Mesters, I., de Bie, R., & Cardoso, F. L. (2015). Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 61(4), 190–198.

Salvador, J. C., Coutinho, M. P., Venâncio, J. M., & Viamonte, B. (2019). Dynamic magnetic resonance imaging of the female pelvic floor—a pictorial review. *Insights into Imaging*, 10(1), 4.

Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(6), 364–376.

Slade, S. C., Hay-Smith, J., Mastwyk, S., Morris, M. E., & Frawley, H. (2020). Attributes of physiotherapy continence clinicians: a qualitative perspective. *Physiotherapy*, 106, 119–127.

Sorensen, J., Bautista, K., Lamvu, G., & Feranec, J. (2018). Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. *Cureus*, 10(3).

Sran, M., Mercier, J., Wilson, P., Lieblich, P., & Dumoulin, C. (2016). Physical therapy for urinary incontinence in postmenopausal women with osteoporosis or low bone density: a randomized controlled trial. *Menopause*, 23(3).

Sultan, A. H., Monga, A., Lee, J., Emmanuel, A., Norton, C., Santoro, G., Hull, T., Berghmans, B., Brody, S., & Haylen, B. T. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 28(1), 5–31.

Suskind, A. M., Dunn, R. L., Morgan, D. M., DeLancey, J. O. L., Rew, K. T., & Wei, J. T. (2015). A screening tool for clinically relevant urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 34(4), 332–335.

Tamanini, J. T. N., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., & Laurenti, R. (2009). Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1756–1762.

The World Confederation for Physical Therapy. (2019, June 20). Description of physical therapy. *Physical Therapy*.

Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating

urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.

Zwolsman, S., Kastelein, A., Daams, J., Roovers, J.-P., Opmeer, B. C., & <http://www.women-up.eu/consortium/>, O. behalf of the W.-U. C. (2019). Heterogeneity of cost estimates in health economic evaluation research. A systematic review of stress urinary incontinence studies. *International Urogynecology Journal*, 30(7), 1045–1059.

Reflexão Crítica

A *World Confederation for Physical Therapy* relata que um fisioterapeuta especialista clínico demonstra formalmente a capacidade de aplicar competência clínica avançada em uma área definida, dentro do escopo da prática reconhecida como fisioterapia. O conhecimento e as habilidades adquiridas após a graduação são considerados essenciais para a prática como especialista (Slade et al., 2020).

A partir do compromisso assumido em fazer parte do Mestrado em Fisioterapia na Saúde da Mulher e posteriormente em realizar os estágios profissionais, os quais promoveram o desenvolvimento de capacidades específicas e comprovaram a eficácia do tratamento aplicado; enquanto fisioterapeuta e mestranda é meu dever difundir a importância da abordagem em fisioterapia para atender as demandas da saúde da mulher.

A Fisioterapia na Saúde da Mulher ainda é pouco conhecida pela população em geral, por outros profissionais de saúde e também gestores. No entanto, o mercado de trabalho para o especialista mostra-se promissor, pois existem reconhecimentos científicos da efetividade e dos recursos da fisioterapia em diversas vertentes que englobam a atuação, inclusive por associações internacionais multiprofissionais, como por exemplo a IUGA e ICS.

É importante salientar que esta é uma área que permite aos fisioterapeutas intervir em diferentes populações, seja feminina ou masculina, ao longo do seu ciclo de vida. Para além da reabilitação no cancro da mama e na incontinência urinária que foram descritas no relatório, existem outras áreas de intervenção na saúde da mulher que o fisioterapeuta deve desenvolver e propagar no contexto da sua prática como a intervenção no prolapso dos órgãos pélvicos, incontinência fecal, disfunções sexuais, o pré e pós-parto.

Falar e atuar enquanto especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher seja em locais de trabalho, congressos, cursos, entre familiares e amigos é uma forma de desmistificar a área, e sobretudo é uma maneira reforçar o poder desta profissão e do seu profissional; incentivar a pesquisa científica e promover oportunidades para a difusão de conhecimento, demonstrar a eficácia e qualidade dos tratamentos realizados maximizando assim a qualidade de vida de quem importa, os utentes.

Anexos

Anexo I – Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

DASH

Portugal

INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a *todas* as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com *maior probabilidade* de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



Estágio Clínico em Saúde da Mulher

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Rodar uma chave na fechadura.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir e empurrar uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça.	1	2	3	4	5
7. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	1	2	3	4	5
9. Fazer a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objecto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma camisola.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas, fazer tricô, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
19. Actividades de lazer, nas quais movimentam o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.).	1	2	3	4	5
20. Utilizar meios de transporte para se deslocar (de um lugar para o outro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuais.	1	2	3	4	5

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

	NÃO AFECTOU NADA	AFECTOU POUCO	AFECTOU	AFECTOU MUITO	INCAPACITOU
22. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	NÃO LIMITOU NADA	LIMITOU POUCO	LIMITOU	LIMITOU MUITO	INCAPACITOU
23. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA	EXTREMA
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma actividade específica.	1	2	3	4	5
26. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Rigidez no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	TANTA DIFICULDADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR
29. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
30. Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão. (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

PONTUAÇÃO DASH INCAPACIDADES/SINTOMAS = $\frac{(\text{soma de n respostas}) - 1}{n} \times 25$, onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação DASH se existirem mais de 3 itens não válidos.

DISABILITIES OF THE ARM SHOULDER AND HAND

MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão / actividade: _____

Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca *um instrumento musical*, pratica *desporto* ou *ambos*. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si: _____

Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

Anexo II – *Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast*

FACT-B (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.**

<u>BEM-ESTAR FÍSICO</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível a(c)tual de a(c)tividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo <input type="checkbox"/> e passe para a próxima se(c)ção.</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

FACT-B (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver.....	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem.....	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento.....	0	1	2	3	4

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

FACT-B (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
B1	Sinto falta de ar	0	1	2	3	4
B2	Sinto-me insegura com a forma como me visto	0	1	2	3	4
B3	Tenho inchaço ou dor em um ou ambos os braços	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente	0	1	2	3	4
B5	Sinto-me incomodada com a queda do cabelo	0	1	2	3	4
B6	Fico preocupada com a possibilidade de que outros membros da minha família um dia tenham a mesma doença que eu	0	1	2	3	4
B7	Fico preocupada com o efeito do “stress” (estresse) sobre a minha doença	0	1	2	3	4
B8	Sinto-me incomodada com a alteração de peso	0	1	2	3	4
B9	Consigo sentir-me mulher	0	1	2	3	4
P2	Sinto dores em algumas regiões do meu corpo	0	1	2	3	4

Anexo III – *King's Health Questionnaire*

King's Health Questionnaire adaptado para Português (Europeu)

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

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

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

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

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

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

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

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

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

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

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

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

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

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

Muito Obrigada.

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

Anexo IV - Incontinence Quality of Life

INCONTINENCE QUALITY OF LIFE (I-QoL)

(Por favor, faça um "X" no número de sua resposta)

1.	Você se preocupa de não poder chegar ao banheiro a tempo?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
2.	Você se preocupa de tossir ou espirrar devido a sua perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
3.	Quando você está sentada e precisa ficar de pé você se preocupa em perder urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
4.	Quando você chega em um lugar novo você se preocupa em saber onde ficam os banheiros?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

(Por favor, faça um "X" no número de sua resposta)

5.	Você fica deprimida com a perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
6.	Devido sua perda de urina, você se preocupa em ficar muito tempo fora de casa?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
7.	Você se sente frustrada quando não consegue fazer o que quer devido sua perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
8.	Você se preocupa em estar cheirando urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
9.	Você pensa no seu problema de perda de urina o dia inteiro?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

(Por favor, faça um "X" no número de sua resposta)

10.	É importante para você ir várias vezes ao banheiro?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
11.	Sempre você precisa planejar ou programar o que vai fazer devido à perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
12.	Você se preocupa que aumente sua perda de urina com o passar dos anos?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
13.	Seu problema de perda de urina atrapalha o seu sono?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
14.	Você se sente constrangida ou humilhada devido ao seu problema de perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

(Por favor, faça um "X" no número de sua resposta)

15.	Você se sente uma pessoa doente devido sua perda de urina?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
16.	A perda de urina faz com que você se sinta desamparada?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
17.	Devido à perda de urina você aproveita menos sua vida?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
18.	Você se preocupa em molhar a sua roupa?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
19.	Você se preocupa em não controlar a sua bexiga?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não

Estágio Clínico em Saúde da Mulher

(Por favor, faça um "X" no número de sua resposta)

20.	Devido a sua perda de urina você se preocupa com o tipo e quantidade de líquido que vai beber?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
21.	Você se preocupa com a perda de urina quando escolhe sua roupa?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não
22.	A sua perda de urina atrapalha a sua vida sexual?
	1 = Extremamente 2 = Muito 3 = Mais ou menos 4 = Um pouco 5 = Não