



FISIOTERAPIA – ENTREGA FINAL

Projeto: Avaliação Fisioterapêutica Uroginecológica e Obstétrica

Professores: Colegiado de Fisioterapia

Nome:

ENTREGA FINAL: Avaliação Uroginecológica

Essa entrega deve ser realizada individualmente.

Atividade

1 – Monte uma ficha de avaliação fisioterapêutica com foco na avaliação uroginecológica. A ficha deve conter os seguintes tópicos: **(i) Dados pessoais, (ii) Anamnese, (iii) Exame físico.** Você deverá **personalizar** sua própria ficha, completando cada um desses tópicos com informações / perguntas / testes e questionários, baseado no que vimos em aulas ao longo do projeto. **Lembre-se das principais disfunções avaliadas pelo fisioterapeuta nessa área, para que as perguntas sejam coerentes e bem direcionadas, e não apenas perguntas generalistas.**

2 – Após montagem da ficha de avaliação, você deverá selecionar um paciente real e **aplicar a ficha e o diário miccional.**

3 – Com base nas informações coletadas na sua avaliação, **estabeleça o diagnóstico fisioterapêutico** para o seu paciente real.

- Diminuição da força muscular dos músculos do assoalho pélvico.

4 – Quais **orientações** você daria ao paciente baseada nas informações coletadas na avaliação e diário miccional? Cite e explique **3 orientações.**

Procurar um atendimento fisioterapêutico com o objetivo de traçar objetivos e condutas adequadas para o diagnóstico da paciente

- Treinamento do músculo do assoalho pélvico:

Explicação: Incentive o paciente a praticar exercícios de fortalecimento do músculo do assoalho pélvico, como os exercícios de Kegel. Esses exercícios ajudam a fortalecer os músculos que sustentam a bexiga e controlam a micção.

Como fazer: Instrua o paciente a contrair os músculos do assoalho pélvico como se estivesse tentando interromper o fluxo de urina durante a micção. Recomende a realização de séries de repetições dessas contrações diariamente, progressivamente aumentando a duração e a intensidade dos exercícios.

- Diário miccional:

Explicação: Peça ao paciente para manter um diário miccional por alguns dias. Isso envolve registrar quando urina, a quantidade de líquidos consumidos e a quantidade de urina eliminada. Isso pode ajudar a identificar padrões e gatilhos da incontinência.

Como fazer: Oriente o paciente a anotar o horário de cada ida ao banheiro, bem como quaisquer episódios de incontinência e as atividades realizadas antes disso. Isso ajudará a determinar se há uma relação entre a incontinência e atividades específicas, como o consumo de cafeína, estresse

emocional, etc.

- Modificações no estilo de vida e dieta:

Explicação: Explique a importância de fazer ajustes no estilo de vida e na dieta para reduzir o risco de incontinência urinária. Recomende a redução do consumo de alimentos e bebidas irritantes da bexiga, como cafeína e álcool. Além disso, incentive o paciente a manter um peso saudável, pois o excesso de peso pode aumentar a pressão sobre a bexiga.

Como fazer: Oriente o paciente a identificar alimentos e bebidas que possam piorar seus sintomas e a considerar a redução ou eliminação desses itens de sua dieta. Também destaque a importância da hidratação adequada e da manutenção de um peso saudável.

Resultado do questionário da bexiga hiperativa: 35

AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA

DATA: 31 / 10 / 2023

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Haydee Noemi Nobili Idade: 45 Orientação sexual: heterossexual
Sexo: feminino Escolaridade superior completo
Estado civil: casada Ocupação: Administração
Telefone: 3757627960 E-mail: _____
Endereço: Las lenas, sarmiento Reside com: marido
emergência entrar em contato com: Filha: 3757629162
Diagnostico clinico: incontinencia urinaria

ANAMNESE

Queixa principal: perda de urina quando faz exercicios fisicos como correr

HMA: HAS DM Obesidade Cardiopatia Câncer
 Desordens psicológicas Pneumopatias Outros:

HA: a paciente relata que ha uns 2 anos tem perda urinaria apos de ter realizado esforço na academia

HP: a pacinete relata hernia de disco na regio de cervical e lombar

HF: Pãe foi diagnosticado com cancer

HS: tabagista

Medicamentos em uso: dose/freq./ horário: Não

Realiza algum tratamento? Não

Realizou alguma cirurgia? Não

CONDIÇÕES MAMARIAS

Mastectomia: sim, quando foi? _____ NÃO

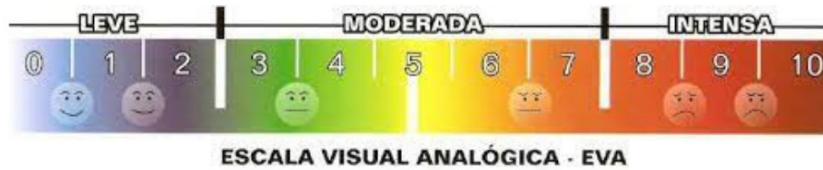
qual tipo de tratamento? quimioterapia, radioterapia? não realizou

tratamentos alternativos? Não realizou

tipo cirurgia mastectomia? quadrantectomia? Não

Após a cirurgia tratamento fisioterapêutico? Não realizou cirurgias

ESCALA VISUAL ANALÓGICA EVA



escala visual analógica EVA: 0

SINTOMAS URINÁRIOS

Fase de enchimento

Urgência Enurese x Noctúria Polaciúria IUU IUE IUM

Cor da urina: urina amarelada

Fase de esvaziamento

Hesitação Esforço miccional Interrupção Jato fraco Disúria

Gotejamento pós miccional Sensibilidade ITU

Outros

Qualidade da perda de urina: Em gotas Em jato Contínua

PERDAS URINÁRIAS

x Tosse x Espirro Agachar Erguer peso x Caminhando

Mudança de posição Perdas ao contato com a água

Aumento das perdas em período menstrual

Desde que começaram os sintomas o seu estado: X Está igual Melhorou Piorou

não possui perda

Quantas vezes urina durante o dia? Quantas vezes urina durante a noite? Não sabe

Durante o dia 8 vezes e a noite 3

Proteção: Absorvente Fraldas Forro Outros: N° de trocas/dia:

Quando iniciaram os sintomas? Não sabe explicar

Quanto tempo demorou a procurar ajuda médica? Houve mais de um motivo? Demoro muito tempo

FUNÇÃO INTESTINAL

Normal Constipação Digitalização Hemorroidas Incontinência

Frequência evacuatória: Diária X ao dia X por semanal

Necessita de alguma manobra especial para evacuar?/Qual? _____ Não _____

Utiliza medicamento para evacuar?/Qual (s)? _____ Não _____

Cirurgia colorretal? _____ Não _____

Escala de bristol:



HISTÓRIA SEXUAL

Ativa / Tempo: Início aos 19 Inativa / Tempo: _____ Virgem

Desejo Sexual: _____ Sim _____ Excitação: _____ Sim _____ Orgasmo: _____ Mínimo _____ Dispareunia: _____ Não _____

Incontinência na relação sexual: Não perda de urina perda de flatos/Quando? _____

Sente desejo de urinar durante a relação sexual? _____ Não _____

Urina antes da relação sexual por medo da perda urinária? _____ Sim _____

Sua atividade sexual ficou prejudicada com a perda de urina? _____ Não _____

Seu(sua) parceiro(a) tem conhecimento do problema? _____ Sim _____

INSPEÇÃO ABDOMINAL

Estado da pele: _____ Normal _____

Cicatrizes/aderências: _____ Não _____

Estrias: Zona de impacto fecal: _____ Não _____

Zonas dolorosas: Hérnias: Tônus: X Normal Hipotônico Hipertônico

Diástase do reto abdominal: X Não Sim

ASSOALHO PÉLVICO

Cicatrizes: Não apresenta Trofismo genital: Não apresenta
postura e mecânica corporal: a paciente apresenta hipercifose torácica

Contração voluntária dos MAP: X Sim Não

Observação externa

Cor da pele: meio marrom
força muscular :

Apneia : Não

Uso de coletor? X Sim Não Aspecto da Urina



Escala de bristol: Tipo 3

Tipo 01		Pedaços separados, duros como amendoim
Tipo 02		Forma de salsicha, mas segmentada
Tipo 03		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície
Tipo 04		Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole
Tipo 05		Pedaços moles, mas contornos nítidos
Tipo 06		Pedaços aerados, contornos esgarçados
Tipo 07		Aquosa, sem peças sólidas

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarca: anos _____

X Menopausa: 45 anos TRH: anos DUM: //

G/P/C/A: Partos: X Vaginais Cesárea

Episiotomia Outros:

Complicações puerperais: Infecções

X Incontinência DIP (Dç Inf Pélvica)

Fluxo menstrual:

Tipo de anticoncepcional: _____ Não _____

Realiza reposição hormonal? _____ Ainda não _____

Teve alguma intercorrências no parto? _____ Não _____

Intercorrências na gestação? _____ Não _____

Com quantas semanas entrou no trabalho de parto? _____

Complicações ginecológicas: Sim X Não

Quantas? Descrição: _____

DST's:



EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS

PA: ___11/90___ mmHg FR: _____ irpm

FC: ___89___ bpm SpO2: ___99___ %

DADOS ANTROPOMÉTRICO:

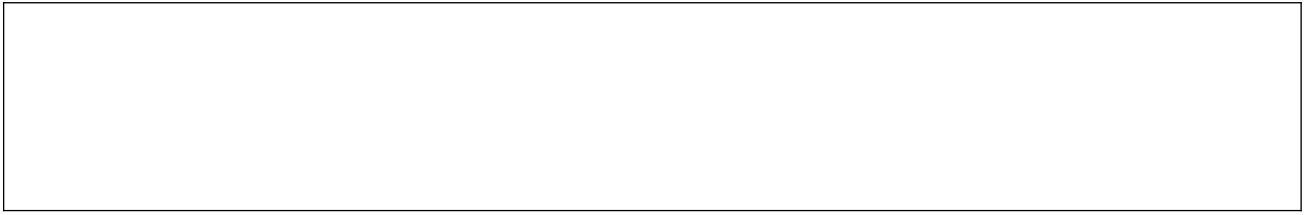
Peso: ___60___ Kg Altura: ___1,50___ m

teste de força

Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC-Medical Research Council)

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

- Isquiotibiais
- Glúteos
- Abdominais
- Iliopsoas
- Piriforme



Questionário para avaliação de bexiga hiperativa.

Versão validada em português do instrumento OAB-V8 TM.

Responda o quanto você tem sido incomodado(a) por cada uma das seguintes situações.

1. Urinar freqüentemente durante o dia?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

2. Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

3. Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

4. Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

5. Urinar na cama durante a noite?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

6. Acordar durante a noite porque teve vontade de urinar?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

7. Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

8. Perda de urina associada a forte vontade de urinar?

- 0. Nada.
- 1. Quase nada.
- 2. Um pouco.
- 3. O suficiente.
- 4. Muito.
- 5. MUITÍSSIMO.

Se você é do sexo masculino, some dois pontos ao seu resultado.

(2)

Some o valor de suas repostas às perguntas acima.

Diário Miccional

EAU Diário Miccional da EAU

Português

Utilize este diário para registar a quantidade de líquidos que bebe e anote também o volume de urina de cada ida à casa de banho. Pode medir facilmente o volume de urina com a ajuda de um jarro de medição. Registe também quando sente uma vontade urgente de urinar ou tem qualquer perda de urina. Esta informação pode ajudar o seu médico a entender melhor os seus sintomas.

O exemplo mostra como usar o diário. Utilize uma nova folha por dia.

Data: 30/10/23 Horas a que acordei: 06:00 Horas a que me deitei: 23:00

Hora	Bebidas (tipo e quantidade)	Quantidade de urina (ml)	Sentiu uma urgência forte em urinar?	Perda de urina?
Exemplo	Chá - 200ml	500 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	Sim <input checked="" type="radio"/> Não
06:00			Sim Não	Sim Não
07:00	café - 200 ml	500 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	Sim <input checked="" type="radio"/> Não
08:00			Sim Não	Sim Não
09:00	Água - 500 ml	350 ml	Sim Não	Sim Não
10:00			Sim Não	Sim Não
11:00	Água - 1 Lt	570 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	<input checked="" type="radio"/> Sim Não
12:00			Sim Não	Sim Não
13:00	refrigerante 200ml	200 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	<input checked="" type="radio"/> Sim Não
14:00			Sim Não	Sim Não
15:00	Suco 300 ml	700 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	Sim <input checked="" type="radio"/> Não
16:00			Sim Não	Sim Não
17:00	Água 1 Lt		Sim Não	Sim Não
18:00			Sim Não	Sim Não
19:00	chamarão 1 Lt	80ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	<input checked="" type="radio"/> Sim Não
20:00	chamarão 1 Lt	55 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	<input checked="" type="radio"/> Sim Não
21:00			Sim Não	Sim Não
22:00	suco 500 ml	200 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	Sim <input checked="" type="radio"/> Não
23:00			Sim Não	Sim Não
00:00		230 ml	Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Sim <input checked="" type="radio"/> Não
01:00			Sim Não	Sim Não
02:00		560 ml	<input checked="" type="radio"/> Sim Não	Sim <input checked="" type="radio"/> Não
03:00			Sim Não	Sim Não
04:00			Sim Não	Sim Não
05:00	Água 300 ml	210 ml	Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Sim <input checked="" type="radio"/> Não

EAU

Informação para Doentes - <http://patients.uroweb.org>