



OFÍCIO ABRAFISM 004/2019

Ribeirão Preto, 30 de abril de 2019.

À SUA SENHORIA O SENHOR,
DR. ROBERTO MATTAR CEPEDA,
Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

ASSUNTO: Resposta à solicitação de colaboração técnico-científico à Comissão Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos para a atualização do Rol da ANS.

Senhor Presidente,

A terminologia utilizada no atual Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2018) que engloba a atuação da especialidade de fisioterapia na saúde da mulher é “REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK”. Tal terminologia apresenta como procedimento TUSS (Terminologia Unificada de Saúde Suplementar) a “Reabilitação perineal com biofeedback” e “Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios perineais”.

Tal terminologia é genérica, envolvendo uma variedade de procedimentos utilizados no atendimento de mulheres com sintomas de disfunções do assoalho pélvico. Tendo em vista o objetivo e importância para a saúde privada nacional do rol de procedimentos da ANS sugerimos a substituição do procedimento genérico “REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK” e inclusão dos seguintes procedimentos:

1. Reabilitação perineal/vesico-uretral com treinamento muscular e uso de biofeedback (APÊNDICE A)
2. Reabilitação perineal/vesico-uretral com treinamento muscular com ou sem uso feedback (APÊNDICE B)
3. Reabilitação perineal/vesico-uretral com eletroestimulação dos músculos do assoalho pélvico (APÊNDICE C)
4. Reabilitação perineal/vesico-uretral com neuromodulação detrusora (APÊNDICE D)



Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
CNPJ: 07.907.951/0001-98
www.abrafism.org.br

5. Reabilitação perineal/vesico-uretral com pessários (APENDICE E)

Cordialmente,

Cristine H. J. Ferreira
Diretora Científica ABRAFISM 2018-2021



Ana Carolina N. L. Fernandes
Diretora de Defesa Profissional ABRAFISM 2018-2021



APÊNDICE A

Reabilitação perineal/vesico-uretral com treinamento muscular e uso de biofeedback

1. Identificação do proponente;

Não se aplica

2. Identificação do tipo de proposta;

Inclusão da “REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM BIOFEEDBACK” no Rol de procedimentos da ANS.

3. Descrição da Tecnologia;

O biofeedback é um termo utilizado quando um sensor externo que, de forma simultânea, capta sinais biológicos e gera respostas visuais ou auditivas que permite a uma pessoa identificar e modificar uma função corporal (BO et al, 2017; HERDERSCHEE et al, 2011). É uma terapia coadjuvante ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico que pode motivar os pacientes a se tornarem mais conscientes da função muscular do assoalho pélvico. Segundo a Associação Uroginecológica Internacional (IUGA) e Sociedade Internacional de Continência a terminologia correta é treinamento de força muscular associado ao uso do biofeedback (BO et al, 2017).

Na fisioterapia, o recurso é utilizado como uma técnica de conscientização, no qual o usuário pode controlar voluntariamente algumas funções fisiológicas ligadas ao corpo.

O recurso é aplicado às disfunções do assoalho pélvico em uma gama de disfunções relacionadas ao funcionamento da musculatura do Assoalho Pélvico. Com essa ferramenta é possível treinar parâmetros musculares como força, resistência, coordenação motora e propriocepção.

Antes da utilização do recurso é necessário realizar a avaliação da função muscular e capacidade cognitiva do paciente. O equipamento utiliza sondas vaginal e/ou anal muito sensíveis que coletam os sinais biológicos (i.e. pressão de oclusão vaginal, ou potenciais elétricos de ativação muscular). Tais informações são registradas, transformadas e mostradas em tempo real para o usuário em forma de gráficos, imagens ou sons. Dessa forma, é possível acompanhar se os resultados

obtidos estão dentro do esperado e efetuar ajustes necessários ao treinamento da musculatura requerida. Com o passar do tratamento, é esperado que o usuário consiga melhorar a qualidade do movimento proposto pelo fisioterapeuta, uma vez que há correção imediata da contração ou relaxamento inadequados.

Trata-se de um procedimento que requer ambiente privativo para ser utilizado, equipamento registrado na ANVISA, Fisioterapeuta capacitado para utiliza-lo. As clínicas e hospitais que utilizam tais equipamentos necessitam possuir uma estrutura para limpeza e esterilização das sondas vaginais e anais e treinamento dos profissionais para evitar contaminação e transmissão de doenças com o uso das sondas. O equipamento pode ser utilizado pelo paciente em ambiente domiciliar mediante orientação individualizada por parte do Fisioterapeuta que deve avaliar os riscos e benefícios do treino domiciliar. A frequência de realização do procedimento é variável de acordo com necessidades individualmente observadas. Todo procedimento intravaginal ou intranal pode causar algum grau de desconforto aos pacientes, devendo ser avaliado individualmente pelo fisioterapeuta capacitado a indicação e contra-indicações de sondas vaginais e anais a cada paciente. De modo geral o tratamento é bem tolerado, havendo poucos relatos de desconforto e outros efeitos colaterais na literatura.

4. Delimitação da população-alvo;

Mulheres em todo ciclo vital com sintomas de disfunção de assoalho pélvico. Poderão usufruir dos benefícios do procedimento mulheres em todas as fases do ciclo vital, incluindo gestantes e puérperas, com relatos de disfunções de assoalho pélvico. Os relatos de disfunções incluem a queixa de incontinência urinária e/ou anal, constipação intestinal e prolapso dos órgãos pélvicos. O recurso também pode ser utilizado no atendimento de homens com as queixas mencionadas anteriormente.

5. Descrição do problema de saúde;

O assoalho pélvico é uma estrutura composta por componentes ativos (i.e. músculos do assoalho pélvico) e passivos (i.e. fâscias e ligamentos) que se localiza na cavidade inferior da pelve (EICKMEYER, 2017). A contração dos músculos do assoalho pélvico resulta em um movimento de elevação anterossuperior do períneo com consequente oclusão da uretra, vagina e ânus (CHERMANSKY & MOALLI, 2016;



EICKMEYER, 2017). Sendo assim, alterações em algum dos componentes do assoalho pélvico podem gerar sintomas no trato urinário inferior (i.e. incontinência urinária), no sistema genital feminino (i.e. prolapso dos órgãos pélvicos e disfunções sexuais dolorosas) e anorretal (incontinência anal e constipação) (CHERMANSKY & MOALLI, 2016; EICKMEYER, 2017; MESSELINK et al., 2005).

Em estudos internacionais, a prevalência de disfunções de assoalho pélvico em mulheres acima dos 20 anos é de 25%, sendo a mais prevalente a incontinência urinária (WU et al., 2014). A incontinência urinária é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como qualquer perda involuntária de urina, acometendo cerca de 25 a 45% das mulheres adultas e tem origem multifatorial (NUNES, 2019). Sua incidência anual varia entre 1 e 9% (MILSOM & GYHAGEN) e sua prevalência aumenta durante a idade adulta jovem, podendo atingir um pico entre as idades de 45 e 55 anos. A prevalência de IU em mulheres brasileiras com idade superior a 60 anos é 28,2% (TAMANINI et al., 2017). Considerando os dados demográficos sobre a população brasileira (IBGE, 2013), podemos estimar que, atualmente, pelo menos 581 mil brasileiras acima de 60 anos convivem com sintomas de incontinência urinária.

A incontinência urinária impacta negativamente nas atividades diárias, na interação social e na percepção de saúde. Traz consequências para o bem-estar social e mental, problemas sexuais, isolamento social, baixa autoestima e depressão, afetando de modo significativo a qualidade de vida. A utilização do biofeedback ocorre somente mediante avaliação fisioterapêutica da função dos músculos do assoalho pélvico para determinação da correta frequência e intensidade de exercício. A avaliação da função muscular pode ser realizada utilizando pelo menos um dos seguintes recursos: palpação vaginal, manômetros vaginais/ anais, dinamômetros, aparelhos eletromiográficos, dentre outros.

6. Tecnologia alternativa;

Diferentes procedimentos podem ser usados para aumentar a força, resistência, potência e coordenação motora, na tentativa de melhorar a resistência dos músculos do assoalho pélvico (BROSTON & LOSE, 2008), redução nos sintomas de incontinência urinária e melhora na qualidade de vida (GEANINI-YAGÜEZ et al., 2014; SCHREINER et al., 2013; GARCÍA-SÁNCHEZ, 2016).

O tratamento conservador deve ser considerado a primeira opção terapêutica na abordagem de mulheres com sintomas de incontinência urinária (DUMOULIN et al, 2014). Entre as opções terapêuticas com maior nível de evidência científica destaca-se o treinamento dos músculos do assoalho pélvico supervisionado. Este pode ser realizado isoladamente ou associado a feedback, biofeedback, cones vaginais e outros.

7. Benefícios clínicos em saúde;

Na prática clínica, biofeedback é utilizado com o objetivo de ajudar a mulher a aprender a contrair os músculos; melhorar a efetividade da contração com a modulação do desempenho da musculatura e da contração aprendida. Não há atualmente evidências de que o uso do biofeedback ofereça benefícios adicionais treinamento muscular do assoalho pélvico sozinho ou associado a eletroestimulação nos casos de IU feminina (NUNES et al, 2019). Diante disso, a individualização do tratamento mediante avaliação é essencial. A relação risco, custo, benefício deverá ser avaliada pelo profissional. O biofeedback pode representar uma alternativa importante em casos específicos. Embora as evidências científicas atuais não esclareçam se o uso do biofeedback é mais eficaz que outros tratamentos conservadores para manejo da incontinência urinária (FITZ et al., 2012; HERDERSCHEE et al., 2011; NUNES, 2019), é importante ressaltar que os estudos relataram que esse recurso pode melhorar a motivação das pacientes durante as sessões de tratamento (KIM et al., 2013; NEWMAN; WEIN, 2013)

Alguns ensaios clínicos randomizados e controlados tem verificado a eficácia do biofeedback nas disfunções ano-retais (RAO et al.2018).

8. Registro na ANVISA;

Atualmente há uma variedade de equipamentos disponíveis no mercado que são utilizados com a função de biofeedback. São eles:

- Registro Anvisa Nº 80351690001 - Eletromiógrafo de superfície e biofeedback de EMG - Miotec Equipamentos Biomédicos de EMG EIRELI
- Registro Anvisa Nº 80351690002 - Eletromiógrafo de superfície e biofeedback de EMG - Miotec Equipamentos Biomédicos de EMG EIRELI



Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
CNPJ: 07.907.951/0001-98
www.abrafism.org.br

- Registro Anvisa Nº 80079190005 - Biofeedback Perina Clínico - Mendes & Barbosa Produtos Médicos Ltda
- Registro Anvisa Nº 80079190021 - Biofeedback de pressão com estimulador neuromuscular Perina Stim - Mendes & Barbosa Produtos Médicos Ltda
- Registro Anvisa Nº 10360310013 - Estimulador Neurodyn Evolution - Ibramed Indústria Brasileira de Equipamentos médicos

9. Comprovação da tecnologia em tabela própria ou TUSS;

Códigos TUSS relacionados ao procedimento:

- 20103190 / PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS - REABILITAÇÕES – SESSÕES / Disfunção vésico-uretral / REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK
- 20103646 / PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS - REABILITAÇÕES - SESSÕES / Reabilitação perineal com biofeedback / REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK

A utilização do recurso por fisioterapeutas também se encontra regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de acordo com o inciso IX, artigo 3º da RESOLUÇÃO COFFITO Nº 401/2011:

“IX – Planejar e executar estratégias de intervenção fisioterapêuticas utilizando recursos fisioterapêuticos gerais e os específicos como: massagem perineal, cinesioterapia dos músculos do assoalho pélvico, biofeedback mamométrico, eletromiográfico, de superfície e intracavitário (anal e vaginal), biofeedback ultrasonográfico, propriocepção e fortalecimento muscular intra-anal e intra-vaginal, programas de exercícios para gestantes, entre outras; “ (grifo nosso)

O procedimento também aparece na tabela de Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos de 2018. O procedimento “Reabilitação perineal com Biofeedback” recebe o código RNPF nº 131069110.

10. Capacidade técnica instalada;



Para realização do procedimento ao qual essa proposta se refere é necessário um profissional bacharel em fisioterapia que esteja devidamente registrado no conselho regional referente ao seu estado de atuação. Uma vez que o referido profissional necessita apresentar habilidades indispensáveis para realização do procedimento, recomendando-se que o mesmo apresente título de especialista em fisioterapia na saúde da mulher outorgado pela Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher (ABRAFISM).

Para realizar o procedimento são necessários os seguintes materiais de consumo: luvas de procedimento, gel neutro, camisola, lençol descartáveis, sondas pressóricas intracavitárias (vaginal ou anal), eletrodos de captação de sinal eletromiográfico (vaginal, anal ou de superfície) e preservativos. Também são necessários os seguintes materiais permanentes: maca, equipamento de biofeedback e em casos específicos, computador de mesa ou portátil para visualização do sinal. Para utilização do biofeedback é essencial ter recursos humanos qualificados que, nesse contexto, pode ser considerado o fisioterapeuta especialista em saúde da mulher. Atualmente, não há informação pública disponível sobre o número de especialistas por Unidade Federativa.

11. Avaliação econômica;

Não foram encontrados estudos nacionais de custo-benefício ou custo-efetividade do uso do biofeedback para fortalecimento muscular do assoalho pélvico. Porém, um estudo inglês (Imamura et al., 2010), com base nos números da Unidade de Pesquisa de Serviços Pessoais e Sociais ingleses, definiu o custo médio de uma consulta com um fisioterapeuta sendo aproximadamente de £ 13,46. Os custos adicionais para programas de treinamento muscular do assoalho pélvico incluíam despesas gerais e consumíveis para intervenção básica (£ 4) e equipamento adicional para Biofeedback (£ 35). O custo total de todas essas intervenções é determinado pelo número de sessões que as mulheres frequentam. Para o treinamento muscular do assoalho pélvico com biofeedback, o custo médio de um ciclo de tratamento de três meses foi de £ 224 (35 libras a mais que o treinamento sem a ferramenta).

12. Análise de impacto orçamentário;

Apesar da inexistência de estudos nacionais que avaliem os custos do uso do biofeedback em tratamentos que envolvem o fortalecimento muscular do assoalho pélvico, podemos considerar alguns aspectos orçamentários variantes de acordo com o tipo de biofeedback utilizado e tipo de esterilização de materiais. Os custos relacionados a utilização do recurso estão relacionados ao profissional fisioterapeuta qualificado, equipamento de biofeedback (pressórico - R\$ 1.685,00 a R\$ 2.995,00; ou eletromiográfico R\$ 5.900,00 R\$ 11.500,00), higienização e esterilização das sondas intracavitárias (preço variável de acordo com o local e tipo de esterilização).

13. Parecer técnico científico ou revisão sistemática;

É possível encontrar na literatura diversos estudos com diferentes qualidades metodológicas avaliando a eficácia do uso do biofeedback no tratamento de disfunções de assoalho pélvico como constipação e incontinência urinária. A literatura atual tem demonstrado que o uso do biofeedback durante o treinamento dos músculos do assoalho pélvico não é superior ao treinamento isolado para melhorar a qualidade de vida, auto relato de cura ou melhora dos sintomas, noctúria e número de perdas em mulheres com incontinência urinária (HERDERSCHEE et al, 2011; IMAMURA et al., 2010). O uso do recurso também apresentou melhores resultados que o não tratamento para taxas de cura e melhora dos sintomas (IMAMURA et al., 2010). Apesar disso, parece que pacientes com características e sintomas específicas podem se beneficiar mais do uso do biofeedback.

14. Textos completos de artigos;

Artigos apresentados em anexo ao e-mail. O nome que os arquivos recebem é formado pelo sobrenome do primeiro autor, vírgula e o ano de publicação.

15. Referências bibliográficas

Brostrøm S, Lose G. Pelvic floor muscle training in the prevention and treatment of urinary incontinence in women — what is the evidence? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:384–402.

CHERMANSKY, Christopher J.; MOALLI, Pamela A. Role of pelvic floor in lower urinary tract function. *Autonomic Neuroscience*, v. 200, p. 43-48, 2016.



Dumoulin C, Hay-Smith EJC, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2014, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub3>.

EICKMEYER, Sarah M. Anatomy and physiology of the pelvic floor. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, v. 28, n. 3, p. 455-460, 2017.

Fitz FF, Resende APM, Stupp L, Sartori MGF, Girão MJBC, Castro RA. Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2012;23:1495–516.

García-Sánchez E, Rubio-Arias JA, Ávila-Gandía V, Ramos-Campo DJ, López-Román J. Efectividad del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en el tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer: una revisión actual. *Actas Urol Esp* 2016;40:271–8.

Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez MF. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación* 2014;48:17–24

Herderschee, R., Hay-Smith, E. J. C., Herbison, G. P., Roovers, J. P., & Heineman, M. J. (2011). Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Imamura, M., Abrams, P., Bain, C., Buckley, B., Cardozo, L., Cody, J., ... & Hay-Smith, J. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technology Assessment*.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA—IBGE. Atlas do censo demográfico 2010, Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

K. Bø, H.C. Frawley, B.T. Haylen, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction *Int Urogynecol J*, 28 (2) (2017), pp. 191-213, 10.1007/s00192-016-3123-4

Kim S, Wong V, Moore KH. Why are some women with pelvic floor dysfunction unable to contract their pelvic floor muscles? *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* 2013;53:574–9.



Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bo K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2005;24(4):374–80. doi: 10.1002/nau.20144.

Milsom I, Gyhagen M (2018): The prevalence of urinary incontinence, *Climacteric*, DOI: 10.1080/13697137.2018.1543263

Newman DK, Wein AJ. Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorders. *Urol Clin N Am* 2013;40:613–35.

Nunes, E. F. C., Sampaio, L. M. M., Biasotto-Gonzalez, D. A., dos Reis Nagano, R. C., & Politti, F. (2018). Biofeedback for pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis. *Physiotherapy.*

Rao SSC, Valestin JA, Xiang X, Hamdy S, Bradley CS, Zimmerman MB. Home-based versus office-based biofeedback therapy for constipation with dyssynergic defecation: a randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018 Nov;3(11):768-777.

Schreiner L, Santos dos TG, Souza ABA, Nygaard CC, Silva Filho IG. Electrical stimulation for urinary incontinence in women: a systematic review. *Int Braz J Urol* 2013;39:454–64.

TAMANINI, J.T.N.; PALLONE, L.V.; SARTORI, M.G.F.; et al. A population - based survey on the prevalence, incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults - results from the “SABE STUDY”. *Neurourology and Urodynamics*, 2017.

WU, J.M.; VAUGHAN, C. P.; GOODE, P.S. et al. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. *ObstetGynecol.*, v.123, n.1, p. 141–8, 2014.

APÊNDICE B

Reabilitação perineal/vesico-uretral com treinamento muscular com ou sem uso de feedback

1. Identificação do proponente;

Não se aplica

2. Identificação do tipo de proposta;

Proposta de inclusão no Rol “Reabilitação perineal/vesico-uretral sem biofeedback com ou sem feedback”.

3. Descrição da Tecnologia;

O padrão ouro da Reabilitação perineal/vesico-uretral sem biofeedback com ou sem feedback é o treinamento dos músculos do assoalho pélvico. Esse procedimento consiste da realização de contrações voluntárias dos músculos do assoalho pélvico em frequência e intensidade apropriadas com objetivo de melhorar a função dessa musculatura. O termo função muscular envolve conceitos como capacidade de contração, força, resistência, intensidade de contração e capacidade de relaxamento (BO et al, 2017).

Feedback é uma denominação utilizada quando há qualquer informação sensorial (de fonte intrínseca ou extrínseca) resultante de uma atividade corporal (BO et al, 2017; HERDERSCHEE et al, 2011). Um exemplo do treinamento dos músculos do assoalho pélvico associado ao feedback é a informação verbal sobre a intensidade da contração oferecida pelo fisioterapeuta ao paciente durante a palpação vaginal.

Trata-se de um procedimento que pode ser realizado em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive em atendimentos domiciliares e em consultórios. Para realização do procedimento é necessário ambiente privativo ou não, dependendo da necessidade individualmente observada. A frequência de realização do procedimento também é variável de acordo com necessidades individualmente observadas. Há poucos efeitos colaterais descritos na literatura e não se sabe se realmente decorrem com treinamento dos músculos do assoalho pélvico ou outros treinamento concomitantes. A avaliação, prescrição, supervisão e orientações adequadas do

Fisioterapeutas são essenciais não só para melhor adesão e eficácia do tratamento, como também para que não ocorram sintomas relacionados a fadiga muscular.

4. Delimitação da população-alvo;

Mulheres em todo ciclo vital com ou sem sintomas de disfunção de assoalho pélvico. Poderão usufruir dos benefícios do procedimento mulheres em todas as fases do ciclo vital, incluindo gestantes e puérperas, independente de existirem relatos de disfunções de assoalho pélvico. Os relatos de disfunções incluem a queixa de incontinência urinária e/ou anal, constipação intestinal, prolapso dos órgãos pélvicos e disfunções sexuais. Todas as gestantes deveriam receber algum tipo de orientação sobre o procedimento. O recurso também pode ser utilizado no atendimento de crianças e homens com as queixas mencionadas anteriormente.

5. Descrição do problema de saúde;

O assoalho pélvico é uma estrutura composta por componentes ativos (i.e. músculos do assoalho pélvico) e passivos (i.e. fâscias e ligamentos) que se localiza ocluindo a cavidade inferior da pelve (EICKMEYER, 2017). A contração dos músculos do assoalho pélvico resulta em um movimento de elevação anterossuperior do períneo com consequente oclusão da uretra, vagina e ânus (CHERMANSKY & MOALLI, 2016; EICKMEYER, 2017). Sendo assim, alterações em algum dos componentes do assoalho pélvico pode gerar sintomas originados no trato urinário inferior (i.e. incontinência urinária), sistema genital feminino (i.e. prolapso dos órgãos pélvicos e disfunções sexuais dolorosas) e anorretal (incontinência anal e constipação) (CHERMANSKY & MOALLI, 2016; EICKMEYER, 2017; MESSELINK et al., 2005). Em estudos internacionais, a prevalência de disfunções de assoalho pélvico em mulheres acima dos 20 anos é de 25%, sendo a mais prevalente a incontinência urinária (WU et al., 2014). A prevalência de IU em mulheres brasileiras com idade superior a 60 anos é 28,2% (TAMANINI et al., 2017). Considerando os dados demográficos sobre a população brasileira (IBGE, 2013), podemos estimar que, atualmente, pelo menos 581 mil brasileiras acima de 60 anos convivem com sintomas de incontinência urinária.

A realização do procedimento ocorre somente mediante avaliação fisioterapêutica da função dos músculos do assoalho pélvico para determinação da

correta frequência e intensidade de exercício. A avaliação da função muscular pode ser realizada utilizando pelo menos um dos seguintes recursos: palpação vaginal, manômetros vaginais/ anais, dinamômetros, aparelhos eletromiográficos dentre outros.

6. Tecnologia alternativa;

Com o objetivo de melhorar a função dos músculos do assoalho pélvico, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode estar ou associado a outros recursos como feedback, biofeedback, cones vaginais, eletroestimulação funcional. Cabe destacar que os recursos mencionados quando usados de forma isolada não apresentam eficácia superior ao treinamento isolado (Ayeleke et al, 2015).

7. Benefícios clínicos em saúde;

O recurso é indicado para tratamento e prevenção de incontinência urinária, incontinência fecal/anal e prolapso dos órgãos pélvicos (CACCIARI et al, 2019; LI et al, 2015; BOYLE et al, 2014; WOODLEY et al, 2017). Também apresenta indicação de uso no aprendizado motor em mulheres incapazes de realizar voluntariamente a contração dos músculos do assoalho pélvico (MATEUS-VASCONCELOS et al, 2018). Durante a gestação e puerpério pode ser utilizado tanto como tratamento quanto prevenção de incontinência urinária e fecal (WOODLEY et al, 2017). Mulheres com sintomas de disfunção do assoalho pélvico apresentam uma melhora da qualidade de vida com utilização do procedimento.

8. Registro na ANVISA;

Não se aplica

9. Comprovação da tecnologia em tabela própria ou TUSS;

Códigos TUSS possivelmente relacionados ao procedimento:

- 20103107 / PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS - REABILITAÇÕES – SESSÕES / Atendimento fisiátrico no pré e pós-parto / REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK



- 20103190 / PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS - REABILITAÇÕES –
SESSÕES / Disfunção vésico-uretral / REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-
URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK

- 20103646 / PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS - REABILITAÇÕES -
SESSÕES / Reabilitação perineal com biofeedback / REABILITAÇÃO
PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK

- 20203020 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS HOSPITALARES - REABILITAÇÕES -
SESSÕES / Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios
perineais / REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM
BIOFEEDBACK

A utilização do recurso por fisioterapeutas também se encontra regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de acordo com o inciso IX, artigo 3º da RESOLUÇÃO COFFITO Nº 401/2011:

“IX – Planejar e executar estratégias de intervenção fisioterapêuticas utilizando recursos fisioterapêuticos gerais e os específicos como: massagem perineal, cinesioterapia dos músculos do assoalho pélvico, biofeedback mamométrico, eletromiográfico, de superfície e intracavitário (anal e vaginal), biofeedback ultrasonográfico, propriocepção e fortalecimento muscular intra-anal e intra-vaginal, programas de exercícios para gestantes, entre outras; “ (grifo nosso)

O procedimento também aparece na tabela de Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos de 2018. O procedimento “Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios perineais” recebe o código RNPF nº 131069111.

10. Capacidade técnica instalada;

Para realização do procedimento ao qual essa proposta se refere é necessário um profissional bacharel em fisioterapia que esteja devidamente registrado no conselho regional referente ao seu estado de atuação. Uma vez que o referido profissional necessita apresentar habilidades indispensáveis para realização do procedimento, recomendando-se que o mesmo apresente título de especialista em



fisioterapia na saúde da mulher outorgado pela Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher (ABRAFISM).

Para realizar o procedimento são necessários os seguintes materiais de consumo: luvas de procedimento, gel neutro, camisola e lençol descartáveis. Também são necessários os seguintes materiais permanentes: maca, bola suíça, colchonete dentre outros. Essencialmente é necessário recursos humanos qualificados que, nesse contexto, pode ser considerado o fisioterapeuta especialista em saúde da mulher. Atualmente, não há informação pública disponível sobre o número de especialistas por Unidade Federativa.

11. Avaliação econômica;

Apesar do treinamento dos músculos do assoalho pélvico ser reconhecido como um tratamento de baixo custo, são raros os estudos que realmente avaliam o custo desse procedimento. Em um estudo concluído na Inglaterra verificou que a o custo de se realizar o treinamento dos músculos do assoalho pélvico foi £131 (Jha et al, 2018). Uma revisão sistemática conduzida por Imamura et al (2010) encontrou que um ciclo de quatro a oito sessões do procedimento custa em média £189 variando de £135 à £243, enquanto o gasto médio para oito à 16 sessões é £351, variando de £243 à £459.

12. Análise de impacto orçamentário;

Apesar da falta de estudos analisando os custos relacionados ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico, podemos considerá-lo como um procedimento de baixo custo. Tal constatação deve-se ao fato que, o recurso mais caro envolvido com sua aplicação é o profissional fisioterapeuta qualificado.

13. Parecer técnico científico ou revisão sistemática;

A revisão sistemática de alta qualidade metodológica conduzida por Cacciari et al (2019), incluiu estudos de vários países e comparou o treinamento dos músculos do assoalho pélvico com o não tratamento, placebo ou tratamentos inativos. O estudo concluiu que cada vez mais o treinamento dos músculos do assoalho pélvico deve ser fortemente indicado como tratamento de mulheres com incontinência urinária. Mulheres independentemente do tipo de incontinência urinária apresenta cinco vezes



mais chance de apresentar relato de cura. Quando se considera só mulheres com incontinência urinária de esforço, essa chance aumenta para oito (CACCIARI et al, 2019). O resultado apresentado na revisão sistemática de Cacciari et al (2019) já está sendo relatado desde 2001 (Hay-Smith et al, 2001; Hay-Smith et al, 2006; Dumoulin et al, 2010; Dumoulin et al, 2014).

Quando o treinamento é realizado por mulheres no período gestacional, há uma menor chance de apresentar sintomas urinários no avançar da gestação e puerpério (WOODLEY et al, 2017). Uma revisão sistemática de literatura indicou que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico realizado durante a gestação parece reduzir o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, mas não aumenta o risco de episiotomia, parto instrumental e laceração perineal (DU et al, 2015).

Em relação aos sintomas relacionados aos prolapso dos órgãos pélvicos, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é eficaz para melhorar tanto os sintomas subjetivos de prolapso dos órgãos pélvicos quanto o estadiamento anatômico do mesmo quando comparado ao controle (LI et al, 2015).

Estudos sobre a eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento de incontinência anal/fecal feminina são escassos, mas sua eficácia começa a ser estabelecida na literatura (BOYLE et al, 2014; WOODLEY et al, 2017).

14. Textos completos de artigos;

Artigos apresentados em anexo ao e-mail. O nome que os arquivos recebem é formado pelo sobrenome do primeiro autor, vírgula e o ano de publicação.

15. Referências bibliográficas

Ayeleke RO, Hay-Smith EJC, Omar MI. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015,

Boyle, R., Hay-Smith, E. J. C., Cody, J. D., & Mørkved, S. (2014). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. *Neurourology and urodynamics*, 33(3), 269-276.

CACCIARI, Licia P.; DUMOULIN, Chantale; HAY-SMITH, E. Jean. 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, 2019.

CHERMANSKY, Christopher J.; MOALLI, Pamela A. Role of pelvic floor in lower urinary tract function. *Autonomic Neuroscience*, v. 200, p. 43-48, 2016.

Du, Y., Xu, L., Ding, L., Wang, Y., & Wang, Z. (2015). The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: a systematic review with meta-analysis. *International urogynecology journal*, 26(10), 1415-1427.

Dumoulin C, Hay-Smith EJC, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub3>.

Dumoulin C, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub2>.

EICKMEYER, Sarah M. Anatomy and physiology of the pelvic floor. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, v. 28, n. 3, p. 455-460, 2017.

Hay-Smith EJC, Bø K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, van Doorn ESCV. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001407>.

Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005654>.

Herderschee, R., Hay-Smith, E. J. C., Herbison, G. P., Roovers, J. P., & Heineman, M. J. (2011). Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Imamura, M., Abrams, P., Bain, C., Buckley, B., Cardozo, L., Cody, J., ... & Hay-Smith, J. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technology Assessment*.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA–IBGE. Atlas do censo demográfico 2010, Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

K. Bø, H.C. Frawley, B.T. Haylen, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the



conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction
Int Urogynecol J, 28 (2) (2017), pp. 191-213, 10.1007/s00192-016-3123-4

Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2016 Jul;27(7):981-92. doi: 10.1007/s00192-015-2846-y. Epub 2015 Sep 25.

Li, C., Gong, Y., & Wang, B. (2016). The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. International urogynecology journal, 27(7), 981-992.

Mateus-Vasconcelos, E. C. L., Brito, L. G. O., Driusso, P., Silva, T. D., Antônio, F. I., & Ferreira, C. H. (2018). Effects of three interventions in facilitating voluntary pelvic floor muscle contraction in women: a randomized controlled trial. Brazilian journal of physical therapy, 22(5), 391-399.

Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bo K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2005;24(4):374–80. doi: 10.1002/nau.20144

TAMANINI, J.T.N.; PALLONE, L.V.; SARTORI, M.G.F.; et al. A population - based survey on the prevalence, incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults - results from the "SABE STUDY". Neurourology and Urodynamics, 2017.

WOODLEY, Stephanie J. et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 12, 2017.

WU, J.M.; VAUGHAN,C. P.; GOODE, P.S. et al. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. ObstetGynecol., v.123, n.1, p. 141–8, 2014.

APÊNDICE C

Reabilitação perineal/vesico-uretral com eletroestimulação dos músculos do assoalho pélvico

1. Identificação do proponente;

Não se aplica

2. Identificação do tipo de proposta;

Proposta de inclusão de procedimentos no Rol: “Reabilitação perineal/vesico-uretral com eletroestimulação dos músculos do assoalho pélvico”.

3. Descrição da Tecnologia;

O equipamento de eletroestimulação gera correntes elétricas capazes de promover contração muscular. O recurso estimula contrações voluntárias dos músculos esqueléticos do assoalho pélvico em frequência e intensidade pré-determinadas com objetivo de melhorar a função dessa musculatura. O termo função muscular envolve conceitos como capacidade de contração, força, resistência, intensidade de contração e capacidade de relaxamento.

O estímulo elétrico é gerado por um aparelho aparelhos. Estão disponíveis no mercado nacional diversas marcas. Na literatura científica atual, há diferentes combinações de frequência, duração de pulso, formas de onda, intensidades, tipos de eletrodos e posicionamentos sendo estudados. A aplicação da corrente pode ser com eletrodos intracavitárias (eletrodo vaginal ou anal), de superfície (eletrodo cutâneo de silicone ou adesivo) ou percutâneas (agulha de acupuntura).

Trata-se de um procedimento que requer ambiente privativo em clínicas e hospitais para ser utilizado com uso de sondas vaginais ou anais. Os ambientes onde este tipo de intervenção é utilizada precisam ter estrutura adequada para limpeza e esterilização das sondas de modo a evitar contaminação. Para realização do procedimento uso de equipamento com registro na ANVISA. A frequência de realização do procedimento também é variável na literatura. Apesar de incomuns, algumas mulheres podem experimentar algum desconforto. A via de eletroestimulação deve ser avaliada por Fisioterapeuta capacitado que leve em consideração a relação, risco, custo e benefício do procedimento.

4. Delimitação da população-alvo;

Mulheres em todo ciclo vital com ou sem sintomas de disfunção de assoalho pélvico. Os relatos de disfunções incluem a queixa de incontinência urinária e/ou anal, constipação intestinal e prolapso dos órgãos pélvicos. O recurso é contraindicado em gestantes e mulheres com prótese metálica próxima ao local de aplicação. O recurso também pode ser utilizado no atendimento de homens com as queixas mencionadas anteriormente.

5. Descrição do problema de saúde;

O assoalho pélvico é uma estrutura composta por componentes ativos (i.e. músculos do assoalho pélvico) e passivos (i.e. fâscias e ligamentos) que se localiza ocluindo a cavidade inferior da pelve (EICKMEYER, 2017). A contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP) resulta em um movimento de elevação anterossuperior do períneo com consequente oclusão da uretra, vagina e ânus (CHERMANSKY & MOALLI, 2016; EICKMEYER, 2017). Sendo assim, alterações em algum dos componentes do assoalho pélvico pode gerar sintomas originados no trato urinário inferior (i.e. incontinência urinária), sistema genital feminino (i.e. prolapso dos órgãos pélvicos e disfunções sexuais dolorosas) e anorretal (incontinência anal e constipação) (CHERMANSKY & MOALLI, 2016; EICKMEYER, 2017; MESSELINK et al., 2005).

Em estudos internacionais, a prevalência de disfunções de assoalho pélvico em mulheres acima dos 20 anos é de 25%, sendo a mais prevalente a incontinência urinária (WU et al., 2014). A prevalência de incontinência urinária em mulheres brasileiras com idade superior a 60 anos é 28,2% (TAMANINI et al., 2017). Considerando os dados demográficos sobre a população brasileira (IBGE, 2013), podemos estimar que, atualmente, pelo menos 581 mil brasileiras acima de 60 anos convivem com sintomas de incontinência urinária.

A realização do procedimento ocorre somente mediante avaliação fisioterapêutica da função dos músculos do assoalho pélvico para determinação da correta frequência e intensidade para uso do equipamento. A avaliação da função muscular pode ser realizada utilizando palpação vaginal, manômetros vaginais/ anais, dinamômetros, aparelhos eletromiográficos dentre outros.

6. Tecnologia alternativa;

Outros recursos e procedimentos podem ser utilizados em substituição à eletroestimulação para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico com ou sem biofeedback, feedback e cones vaginais.

7. Benefícios clínicos em saúde;

O recurso pode ser utilizado para reabilitação da função dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com relatos de incontinência urinária, anal, retenção urinária (bexiga hipoativa) e constipação intestinal (STEWART et al, 2017). Também apresenta indicação de uso no aprendizado motor em mulheres incapazes de realizar voluntariamente a contração dos músculos do assoalho pélvico (Mateus-Vasconcelos et al, 2018). Mulheres com sintomas de disfunção do assoalho pélvico apresentam uma melhora da qualidade de vida com utilização do recurso (STEWART et al, 2017).

8. Registro na ANVISA;

Atualmente há uma ampla variedade de equipamentos disponíveis no mercado que poderiam ser utilizados para realização de eletroestimulação funcional dos músculos do assoalho pélvico. Abaixo estão listados alguns desses equipamentos:

- Registro Anvisa Nº 80079190022 - Modelo Dualpex 961 Uro
- Registro Anvisa Nº 80079190022 - Modelo Dualpex 961
- Registro na ANVISA nº80079190030 - Eletroestimulador E Biofeedback De Pressão QUARK MEDICAL
- Registro Anvisa Nº 80079190021 - Perina Stim
- Registro Anvisa Nº 10360310013 - Neurodyn Evolution Ibramed Urologia Biofeedback Correntes

9. Comprovação da tecnologia em tabela própria ou TUSS;

Código TUSS relacionado ao procedimento:

- 20203020 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS HOSPITALARES - REABILITAÇÕES - SESSÕES / Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios



perineais / REABILITAÇÃO PERINEAL/VESICO-URETRAL COM OU SEM BIOFEEDBACK

A utilização do recurso também se encontra regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de acordo com o inciso XXII, artigo 3º da RESOLUÇÃO COFFITO Nº 401/2011:

“XXII – Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecanoterapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico entre outros “ (grifo nosso)

O procedimento também aparece na tabela de Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos de 2018. O procedimento “Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios perineais” recebe o código RNPF nº 131069111.

10. Capacidade técnica instalada;

Para realização do procedimento ao qual essa proposta se refere é necessário um profissional bacharel em fisioterapia que esteja devidamente registrado no conselho regional referente ao seu estado de atuação. Uma vez que o referido profissional necessita apresentar habilidades indispensáveis para realização do procedimento, recomendando-se que o mesmo apresente título de especialista em fisioterapia na saúde da mulher outorgado pela Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher (ABRAFISM).

Para realizar o procedimento são necessários os seguintes materiais de consumo: luvas de procedimento, gel neutro, eletrodo (vaginal, anal ou de superfície) camisola e lençol descartáveis. Também são necessários os seguintes materiais permanentes: maca, equipamento de eletroestimulação. Essencialmente é necessário recursos humanos qualificados que, nesse contexto, pode ser considerado idealmente o fisioterapeuta especialista em saúde da mulher. Atualmente, não há informação pública disponível sobre o número de especialistas por Unidade Federativa.

11. Avaliação econômica;

Não foram encontrados estudos nacionais de custo-benefício ou custo-efetividade do uso da eletroestimulação objetivando a ativação ou fortalecimento dos músculos do



assoalho pélvico. Em um estudo conduzido na Inglaterra verificou-se que o custo de se realizar a eletroestimulação associado ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico foi de £32 a mais do que somente o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (£131 e £100 respectivamente) (Jha et al, 2018). Uma revisão sistemática conduzida por Imamura et al (2010) encontrou que um ciclo de oito a 16 sessões do recurso custa em média £398 variando de £206 à £481.

12. Análise de impacto orçamentário;

Apesar da inexistência de estudos brasileiros analisando os custos relacionados ao uso da eletroestimulação dos músculos do assoalho pélvico, podemos considera-lo como um procedimento de baixo custo. Os custos relacionados a utilização do recurso estão relacionados ao profissional fisioterapeuta qualificado, equipamento de eletroestimulação (de R\$2050,00 à R\$ 2.995,00), compra dos eletrodos intracavitários (de R\$142,00 à R\$190,00 unidade), higienização e esterilização dos eletrodos intracavitários (preço variável de acordo com o local e tipo de esterilização).

13. Parecer técnico científico ou revisão sistemática;

A literatura atual discute amplamente a eficácia da eletroestimulação funcional para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Em uma revisão sistemática publicada em 2017, 10 estudos verificaram a eficácia da eletroestimulação comparado com o controle inativo e encontrou que com a utilização do recurso gera melhora da qualidade de vida, nas queixas de incontinência urinária e função dos músculos do assoalho pélvico (STEWART et al, 2017).

14. Textos completos de artigos;

Artigos apresentados em anexo ao e-mail. O nome que os arquivos recebem é formado pelo sobrenome do primeiro autor, virgula e o ano de publicação.

15. Referências bibliográficas

CHERMANSKY, Christopher J.; MOALLI, Pamela A. Role of pelvic floor in lower urinary tract function. *Autonomic Neuroscience*, v. 200, p. 43-48, 2016.



EICKMEYER, Sarah M. Anatomy and physiology of the pelvic floor. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, v. 28, n. 3, p. 455-460, 2017.

Imamura, M., Abrams, P., Bain, C., Buckley, B., Cardozo, L., Cody, J., ... & Hay-Smith, J. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technology Assessment*.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Atlas do censo demográfico 2010, Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Jha, S., Walters, S. J., Bortolami, O., Dixon, S., & Alshreef, A. (2018). Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): a randomised controlled trial. *Physiotherapy*, 104(1), 91-97.

Mateus-Vasconcelos, E. C. L., Ribeiro, A. M., Antonio, F. I., Brito, L. G. D. O., & Ferreira, C. H. J. (2018). Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiotherapy theory and practice*, 34(6), 420-432.

Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bo K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(4):374–80. doi: 10.1002/nau.20144

Stewart F, Berghmans B, Bø K, Glazener CMA. Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 12. Art. No.: CD012390. DOI: 10.1002/14651858.CD012390.pub2.

TAMANINI, J.T.N.; PALLONE, L.V.; SARTORI, M.G.F.; et al. A population - based survey on the prevalence, incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults - results from the "SABE STUDY". *Neurourology and Urodynamics*, 2017.

WU, J.M.; VAUGHAN, C. P.; GOODE, P.S. et al. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. *ObstetGynecol.*, v.123, n.1, p. 141–8, 2014.

APÊNDICE D

Reabilitação perineal/vesico-uretral com neuromodulação detrusora

1. Identificação do proponente;

Não se aplica

2. Identificação do tipo de proposta;

Proposta de inclusão de procedimentos no rol: “Reabilitação perineal/vesico-uretral com neuromodulação detrusora”.

3. Descrição da Tecnologia;

O equipamento de eletroestimulação gera correntes elétricas capazes de promover uma modulação da ativação do músculo detrusor tanto durante o enchimento quanto esvaziamento vesical.

O estímulo elétrico é gerado por um aparelho aparelhos. Estão disponíveis no mercado nacional diversas marcas. Na literatura científica atual, há diferentes combinações de frequência, duração de pulso, formas de onda, intensidades, tipos de eletrodos e posicionamentos sendo estudados. A aplicação da corrente pode ser com eletrodos intracavitárias (eletrodo vaginal ou anal), de superfície (eletrodo cutâneo de silicone ou adesivo) ou percutâneas (agulha de acupuntura).

Trata-se de um procedimento que deve ser realizado em ambiente privativo em clínicas e hospitais para ser utilizado com uso de sondas vaginais ou anais. Os ambientes onde este tipo de intervenção é utilizada precisam ter estrutura adequada para limpeza e esterilização das sondas de modo a evitar contaminação. O equipamento pode ser utilizado pelo paciente em ambiente domiciliar mediante orientação individualizada por parte do Fisioterapeuta que deve avaliar os riscos e benefícios do treino domiciliar. Para realização do procedimento é necessário o uso de equipamento com registro na ANVISA. A frequência de realização do procedimento também é variável na literatura. Apesar de incomuns, algumas mulheres podem experimentar algum desconforto. A via de eletroestimulação deve ser avaliada por Fisioterapeuta capacitado que leve em consideração a relação, risco, custo e benefício do procedimento.

4. Delimitação da população-alvo;

Mulheres em todo ciclo vital com disfunções do trato urinário inferior (i.e. hiperatividade detrusora e hipocontratilidade detrusora). O recurso é contraindicado em gestantes, no pós-parto com sonda vaginal (até 40 dias) e mulheres com prótese metálica próxima ao local de aplicação. O recurso também pode ser utilizado no atendimento de homens com as queixas mencionadas anteriormente.

5. Descrição do problema de saúde;

A hiperatividade detrusora é uma desordem relacionada ao processo de enchimento da bexiga presente de 10% à 40% da população com variação de acordo com a idade. A principal característica da disfunção é a presença de contrações involuntárias do músculo detrusor durante o enchimento da bexiga diagnosticado em exame urodinâmico. A mulher usualmente relata sintomas de urgência urinária, noctúria e aumento da frequência urinária diária. As causas para tal disfunção são variáveis podendo envolver infecções urinárias e alterações neurológicas (STEWART et al, 2016).

Já a hipocontratilidade detrusora é caracterizada por uma deficiência no processo de esvaziamento da bexiga com uma redução da intensidade ou duração da contração do músculo detrusor. Tal deficiência resulta em um esvaziamento incompleto da bexiga e seu diagnóstico é feito utilizando o exame urodinâmico. A prevalência dessa deficiência varia de 9% a 28%, variando de acordo com o avançar da idade (CHANG et al, 2017). Além da hipocontratilidade detrusora, também é possível ocorrer a síndrome da bexiga hipoativa, condição de diagnóstico clínico caracterizada pelo fluxo urinário lento, hesitação e esforço para urinar/esvaziar a bexiga, com ou sem sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, por vezes com sintomas de armazenamento. O diagnóstico é baseado na história clínica e sintomas relatados pela mulher e apresenta uma grande variedade em sua apresentação e sintomas relatados. (CHAPPLE et al, 2018; YAMANY et al, 2019).

A utilização do recurso deve ocorrer somente mediante avaliação fisioterapêutica para determinar a correta frequência e intensidade para uso do equipamento.

6. Tecnologia alternativa;

Além da neuromodulação detrusora, é possível realizar o treinamento dos músculos do assoalho pélvico para melhorar sintomas urinários em mulheres com hiperatividade detrusora. Cabe destacar que a evidência científica atual não corrobora substituir a neuromodulação detrusora pelo treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento de hiperatividade detrusora (MONTEIRO et al, 2018). Outras opções de tratamento incluem o medicamentoso e cirúrgico.

Uma vez que a hipocontratilidade detrusora é uma condição que só recentemente começou a ser relatada na literatura, até o momento não há outras opções de tratamento para a condição (OSMAN et al, 2018). Também é uma alternativa de tratamento o cateterismo intermitente (HOAG et al, 2015).

7. Benefícios clínicos em saúde;

Com o uso da eletroestimulação para hiperatividade detrusora ocorre uma melhora na complacência da bexiga, redução do sintoma de urgência urinária, noctúria e frequência miccional diária (STEWART et al, 2016; ZHU et al, 2016), com consequente melhora na qualidade de vida. Já a eletroestimulação para a hipocontratilidade detrusora em mulheres sem obstrução uretral parece gerar uma melhor ativação do músculos detrusor durante o esvaziamento da bexiga (OSMAN et al, 2018; THEISEN et al, 2018). O manejo da hipocontratilidade detrusora visa reduzir complicações do esvaziamento inadequado como infecções recorrentes do trato urinário inferior, insuficiência renal e cálculos na bexiga (OSMAN et al, 2018).

8. Registro na ANVISA;

Atualmente há uma ampla variedade de equipamentos disponíveis no mercado que poderiam ser utilizados para realização de neuromodulação detrusora. Abaixo estão listados alguns desses equipamentos:

- Registro Anvisa Nº 80079190022 - Modelo Dualpex 961 Uro
- Registro Anvisa Nº 80079190022 - Modelo Dualpex 961
- Registro Anvisa Nº 10360310012 - Neurodyn Portátil Ibramed
- Registro Anvisa Nº 10360310012 - Neurodyn Iii Ibramed
- Registro Anvisa Nº 10360310012 - Neurodyn Compact Ibramed

9. Comprovação da tecnologia em tabela própria ou TUSS;



A utilização do recurso também se encontra regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de acordo com o inciso XXII, artigo 3º da RESOLUÇÃO COFFITO Nº 401/2011:

“XXII – Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico entre outros “ (grifo nosso)

O procedimento também aparece na tabela de Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos de 2018. O procedimento “N(e)uromodulação por estimulação periférica” recebe o código RNPF nº 131069109.

10. Capacidade técnica instalada;

Para realização do procedimento ao qual essa proposta se refere é necessário um profissional bacharel em fisioterapia que esteja devidamente registrado no conselho regional referente ao seu estado de atuação. Uma vez que o referido profissional necessita apresentar habilidades indispensáveis para realização do procedimento, recomendando-se que o mesmo apresente título de especialista em fisioterapia na saúde da mulher outorgado pela Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher (ABRAFISM).

Para realizar o procedimento são necessários os seguintes materiais de consumo: luvas de procedimento, gel neutro, eletrodo (vaginal, anal ou de superfície) camisola e lençol descartáveis. Também são necessários os seguintes materiais permanentes: maca, equipamento de eletroestimulação. Essencialmente é necessário recursos humanos qualificados que, nesse contexto, pode ser considerado ideal o fisioterapeuta especialista em saúde da mulher. Atualmente, não há informação pública disponível sobre o número de especialistas por Unidade Federativa.

11. Avaliação econômica;

Não foram encontrados estudos nacionais de custo-benefício ou custo-efetividade do uso da eletroestimulação objetivando neuromodulação detrusora. Uma revisão sistemática conduzida por Imamura et al (2010) encontrou que um ciclo de oito a 16 sessões de eletroestimulação custa em média £398 variando de £206 à £481.

Um estudo conduzido nos Estados Unidos da América verificou um a ano de tratamento utilizando neuromodulação com os eletrodos posicionados no N. Tibial foi de aproximadamente \$3,500 (STASKIN et al, 2012).

12. Análise de impacto orçamentário;

Apesar da inexistência de estudos brasileiros analisando os custos relacionados ao uso da eletroestimulação para neuromodulação detrusora, podemos considera-lo como um procedimento de baixo custo. Os custos relacionados a utilização do recurso estão relacionados ao profissional fisioterapeuta qualificado, equipamento de eletroestimulação (de R\$463,00 à R\$ 2.995,00), compra dos eletrodos (intracavitários [de R\$142,00 à R\$190,00 unidade], de superfície de silicone [R\$15,00], de superfície autoadesivos [R\$30,00]) higienização e esterilização dos eletrodos intracavitários (preço variável de acordo com o local e tipo de esterilização).

13. Parecer técnico científico ou revisão sistemática;

Atualmente, é possível encontrar na literatura estudos que descrevem a eficácia da eletroestimulação nas disfunções do trato urinário inferior, especificamente na hiperatividade detrusora (ZHU et al., 2016). Existe evidência científica sobre a eficácia da neuromodulação na inibição da atividade do musculo detrusor, no aumentando da capacidade ou da complacência da bexiga, na redução da pressão do detrusor, na contração da uretra e dos músculos do assoalho pélvico (MONTEIRO et al., 2010; ZHU et al., 2016).

Parece que a eletroestimulação para neuromodulação detrusora é mais eficaz para melhorar sintomas de hiperatividade detrusora (i.e. nocturia, aumento da frequência urinária diária e sintomas de urgência sem perda urinária) do que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico isolado, tratamento medicamentoso e o não tratamento (STEWART et al., 2017). A eletroestimulação melhora os sintomas de hiperatividade detrusora tanto em adultos quanto em crianças. Em adultos podem ser utilizados eletrodos intravaginal ou anal ou eletrodos de superfície aplicado no nervo tibial ou na região sacral, enquanto em crianças recomenda-se o uso de eletrodos de superfície (i.e. nervo tibial ou na região sacral) (BARROSO Jr. et al., 2011; STEWART et al., 2018).



Estudos avaliando a eficácia da neuromodulação em pacientes com hipocontratilidade detrusora começaram a ser descritos pela literatura. Há relatos que a neuromodulação sacral tem reduzido o volume residual vesical e reduzido a quantidade diária de cateterismo intermitente. (GROSS et al, 2010). Estes resultados mostram que a neuromodulação sacral com implantes é prolongada em 80% dos indivíduos estudados e que em 50% dos casos a melhora dos sintomas de manteve por mais de 5 anos (MEHMOOD et al, 2017).

Como alternativa ao uso de eletrodos intra-cavitários (vaginais e anais) para eletro estimular o nervo pudendo, a fisioterapia pode utilizar eletrodos transcutâneos no trajeto do nervo tibial – ramo da mesma raiz sacral do pudendo e aplica corrente elétrica com o mesmo objetivo da neuromodulação sacral. O mesmo raciocínio fisiológico foi utilizado nos primórdios do tratamento de bexiga hiperativa e, atualmente já existe evidência científica para hiperatividade detrusora utilizando esse método (STEWART et al., 2017). Atualmente a literatura trás estudos experimentais que mostram resultados promissores da neuromodulação detrusora através de nervos periféricos para hipocontratilidade detrusora (CHEN et al, 2013; THEISEN et al, 2018). Em um estudo realizado com crianças com hipocontratilidade vesical que realizaram tratamento de neuromodulação de nervos periféricos observou-se que houve aumento na frequência urinária, diminuição da capacidade vesical, diminuição do tempo de micção e diminuição do volume residual pós-miccional (KAJBAFZADEH et al, 2016).

14. Textos completos de artigos;

Artigos apresentados em anexo ao e-mail. O nome que os arquivos recebem é formado pelo sobrenome do primeiro autor, vírgula e o ano de publicação.

15. Referências bibliográficas

Barroso Jr, U., Tourinho, R., Lordêlo, P., Hoebeke, P., & Chase, J. (2011). Electrical stimulation for lower urinary tract dysfunction in children: a systematic review of the literature. *Neurourology and urodynamics*, 30(8), 1429-1436.

Chang Y-H, et al., Review of underactive bladder, *Journal of the Formosan Medical Association* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.09.006>

Chapple CR, Osman NI, Birder L, Dmochowski R, Drake MJ, van Koeveeringe G, et al. Terminology report from the International Continence Society (ICS) working group on



underactive bladder (UAB) *Neurourol Urodyn.* 2018;37:2928–31. [PubMed: 30203560]

Chen SC, Lai CH, Fan WJ, Peng CW. Pudendal neuromodulation improves voiding efficiency in diabetic rats. *Neurourol Urodyn* 2013;32:293-300.

Gross C, Habli M, Lindsell C, South M. Sacral neuromodulation for nonobstructive urinary retention: A meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2010;16:249–53. [PubMed: 22453352]

Hoag N, Gani J. Underactive bladder: Clinical features, urodynamic parameters, and treatment. *Int Neurourol J.* 2015;19:185–9. [PMCID: PMC4582091] [PubMed: 26620901]

Imamura, M., Abrams, P., Bain, C., Buckley, B., Cardozo, L., Cody, J., ... & Hay-Smith, J. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technology Assessment.*

Kajbafzadeh AM, Sharifi-Rad L, Ladi-Seyedian SS, Mozafarpour S. Transcutaneous interferential electrical stimulation for the management of non-neuropathic underactive bladder in children: a randomised clinical trial. *BJU Int* 2016;117:793800.

Mehmood S, Altaweel WM. Long-term outcome of sacral neuromodulation in patients with idiopathic nonobstructive urinary retention: Single-center experience. *Urol Ann.* 2017; 9:244–8. [PMCID: PMC5532891] [PubMed: 28794590]

Monteiro, S., Riccetto, C., Araújo, A., Galo, L., Brito, N., & Botelho, S. (2018). Efficacy of pelvic floor muscle training in women with overactive bladder syndrome: a systematic review. *International urogynecology journal*, 29(11), 1565-1573.

Osman, N. I., Esperto, F., & Chapple, C. R. (2018). Detrusor underactivity and the underactive bladder: a systematic review of preclinical and clinical studies. *European urology.*

Staskin, D. R., Peters, K. M., MacDiarmid, S., Shore, N., & de Groat, W. C. (2012). Percutaneous tibial nerve stimulation: a clinically and cost effective addition to the overactive bladder algorithm of care. *Current urology reports*, 13(5), 327-334.

Stewart, F., Gameiro, L. F., El Dib, R., Gameiro, M. O., Kapoor, A., & Amaro, J. L. (2016). Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).



Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
CNPJ: 07.907.951/0001-98
www.abrafism.org.br

ABRAFISM
Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher

Theisen K; Browning J, Li Xing, Li Shun Shen B, Wang J, Roppolo J, de Groat WC, Tai C, Frequency Dependent Tibial Neuromodulation of Bladder Underactivity and Overactivity in Cats, *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, March 20, 2018 (onlinelibrary.wiley.com) DOI: 10.1111/ner.12792

Theisen, K., Browning, J., Li, X., Li, S., Shen, B., Wang, J., ... & Tai, C. (2018). Frequency dependent tibial neuromodulation of bladder underactivity and overactivity in cats. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 21(7), 700-706.

Yamany T, Elia M, Lee JJ, Singla AK. Female underactive bladder – Current status and management. *Indian J Urol.* 2019 Jan-Mar; 35(1): 18–24. doi: 10.4103/iju.IJU_306_18: 10.4103/iju.IJU_306_18, PMID: 30692720

Zhu, D. T., Feng, X. J., Zhou, Y., & Wu, J. X. (2016). Therapeutic effects of electrical stimulation on overactive bladder: a meta-analysis. *SpringerPlus*, 5(1), 2032.

APÊNDICE E

Reabilitação perineal/vesico-uretral com pessário

1. Identificação do proponente;

Não se aplica

2. Identificação do tipo de proposta;

Proposta de inclusão de procedimentos no Rol: “Reabilitação perineal/vesico-uretral com pessário”.

3. Descrição da Tecnologia;

Pessários são órteses de silicone produzidos para uso ginecológico e utilizados como opção de tratamento conservador de prolapso dos órgãos pélvicos e incontinência urinária de esforço. A órtese é produzida em diferentes modelos e tamanhos, cada um tendo indicação para cada tipo de prolapso e condições anatômicas. Nesse contexto, órtese é definida como um dispositivo externo utilizado para auxiliar a função do assoalho pélvico de sustentação dos órgãos pélvicos.

Trata-se de um procedimento que pode ser realizado em ambiente privativo em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive em atendimento ambulatorial. Para realização do procedimento é necessário uso de dispositivo com registro na ANVISA. A frequência de realização do procedimento também é variável na literatura.

4. Delimitação da população-alvo;

Mulheres em todo ciclo ontogênico com disfunção do assoalho pélvico que resultem em prolapso dos órgãos pélvicos e incontinência urinária de esforço.

5. Descrição do problema de saúde;

Prolapso de órgãos pélvicos é definido pela International Continence Society (ICS) como descenso de um ou mais órgãos pélvicos (útero, cúpula vaginal, reto, bexiga). Os defeitos de parede anterior são denominados cistocele, da parede posterior da vaginal pode ser enterocele, retocele ou deficiência perineal, enquanto os defeito apical pode ser colo do útero ou cúpula vaginal (ABRAMS et al, 2017, HAYA, 2018).



A prevalência dos prolapso de órgãos pélvicos é descrita na literatura como uma condição subestimada e variável, uma vez que algumas mulheres podem não apresentar queixas e sintomas. Estima-se que os prolapso de órgãos pélvicos atinjam mais de 50% das mulheres que já tiveram filhos e que em torno de 6-20% serão submetidas à cirurgia até os 80 anos (ABRAMS et al, 2017). Em um estudo brasileiro realizado na cidade de Jaraguá do Sul, Santa Catarina, observou-se que 52.3% das mulheres assistidas pelo serviço de saúde do município em consulta ginecológica de rotina foram diagnosticadas com prolapso dos órgãos pélvicos quando avaliadas pelo instrumento *Pelvic Organ Prolapse Quantification system* (POP-Q). A prevalência em relação ao estadiamento, 27.8% apresentaram prolapso estágio 1, 23.1% estágio 2 e 1.4%, estágio 3 (HORST et al, 2017).

Os principais fatores de risco identificados foram gravidez, histórico de parto vaginal, peso do recém-nascido maior ou igual a 4 kg e mulheres menopausadas, anormalidades congênitas ou adquiridas do tecido conjuntivo, denervação ou fraqueza do assoalho pélvico, envelhecimento e fatores associados à pressão intra-abdominal cronicamente elevada (HORST et al, 2017; HAYA, 2018).

Os sintomas relatados pelas mulheres com diagnóstico de prolapso dos órgãos pélvicos são sensação de peso ou “bola” na vagina, sintomas urinários (e.g. incontinência urinária, alterações no fluxo urinário, esvaziamento vesical incompleto), alterações intestinais (e.g. constipação intestinal, evacuação incompleta, necessidade de manobras manuais para completar a evacuação) e sintomas de disfunção sexual dolorosa (i.e. dispareunia) (HORST, 2017; HAYA, 2018).

Atualmente é descrito na literatura duas linhas de tratamento para os prolapso de órgãos pélvicos, o tratamento conservador ou o cirúrgico. O pessário é considerado uma opção importante quando a escolha é o tratamento conservador e apresenta uma boa taxa de aceitação (85% de relato de sucesso) por mulheres, apesar de alguns relatos de desconforto e expulsão (ALBUQUERQUE COELHO, 2018).

6. Tecnologia alternativa;

Existe uma gama de recursos disponíveis que podem ser utilizados como opção de tratamento para o prolapso de órgãos pélvicos, incluindo a conduta expectante, o uso de pessário vaginal, treinamento dos músculos assoalho pélvico e tratamento cirúrgico (CARBERRY, 2017).



Em revisão sobre o manejo conservador da incontinência e do prolapso de órgãos pélvicos, o fortalecimento supervisionado dos músculos do assoalho pélvico melhora dos sintomas e estadiamento anatômicos do prolapso com fisioterapia (DUMOLIN, 2016).

Já o tratamento cirúrgico possui duas categorias: cirurgias obliterativas e reconstrutivas. A cirurgia obliterativa é apenas uma opção para mulheres que têm certeza de que não desejam intercursos vaginais no futuro, porque a cirurgia encurta e estreita significativamente a vagina e deve ser considerada irreversível (CARBERRY, 2017). As cirurgias reconstrutivas são indicadas para pacientes que desejam manter a atividade sexual, tem condições clínicas para serem submetidas à tempo cirúrgico prolongado. São diversas as técnicas cirúrgicas que dependem do tipo de disfunção a ser corrigidas entre elas a colporrafia anterior, colpoperineorrafia, colpopexia, sacrocolpofixação e quando indicado o uso de telas (SILVA FILHO, 2017)

7. Benefícios clínicos em saúde;

A ICS traz o uso do pessário como uma alternativa para tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos e descreve que pode haver melhora dos sintomas de peso na vagina, quando dispositivo estiver corretamente posicionado, mas requer visitas constantes para revisão e limpeza (ABRAMS et al, 2017). O uso de pessários é descrito como benéfico para sintomas subjetivos de prolapso dos órgãos pélvicos, qualidade de vida, melhorar significativamente a função sexual e a percepção corporal (ALBUQUERQUE COELHO et al 2016; ALBUQUERQUE COELHO et al 2018). As melhoras relatadas com o uso dos pessários são comparáveis à melhora observada após o tratamento cirúrgico (ALBUQUERQUE COELHO et al 2016). Seu uso apresenta uma alta taxa de sucesso e sem complicações graves descritas (ALBUQUERQUE COELHO et al 2018).

8. Registro na ANVISA;

Existem no mercado brasileiro diversas marcas e modelos de pessários para incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos. Segue abaixo alguns dos registros existentes na Anvisa:



Registro número: 80656610003 – Pessário vaginal, nome técnico: dispositivo para incontinência urinária, situação vigente

Registro número: 80656610005 – Pessário vaginal, nome técnico: dispositivo para incontinência urinária, situação vigente

Regist/ro número: 10014160046 – Pessário vaginal, nome técnico: dispositivo para incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos, situação vigente .

9. Comprovação da tecnologia em tabela própria ou TUSS;

O procedimento não se encontra na tabela TUSS ou no Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos. Entretanto a utilização do recurso se encontra regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de acordo com o inciso XXII, artigo 3º da RESOLUÇÃO COFFITO Nº 401/2011:

“XIX – Prescrever, confeccionar, órteses, próteses, mecanismos auxiliares de locomoção, além de planejar e aplicar estratégias de tecnologia assistiva para otimizar, adaptar ou manter atividades funcionais com vistas à maior autonomia e independência funcional de sua cliente/paciente/usuária;”
(grifo nosso)

10. Capacidade técnica instalada;

Para realização do procedimento ao qual essa proposta se refere é necessário um profissional bacharel em fisioterapia que esteja devidamente registrado no conselho regional referente ao seu estado de atuação. Uma vez que o referido profissional necessita apresentar habilidades indispensáveis para realização do procedimento, recomendando-se que o mesmo apresente título de especialista em fisioterapia na saúde da mulher outorgado pela Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher (ABRAFISM) e apresente curso de formação específico para prescrição e manejo de pessários para prolapso dos órgãos pélvicos e incontinência urinária.

Para realizar o procedimento são necessários os seguintes materiais de consumo: luvas de procedimento, gel neutro, pessário, camisola e lençol descartáveis, espéculo. Também são necessários os seguintes materiais permanentes: maca, colpometro, pessários para teste. Também são necessários produtos especificados por cada fabricante para higienização e esterilização do colpometro e pessários para teste. É



necessário recursos humanos qualificados que, nesse contexto, pode ser considerado o fisioterapeuta especialista em saúde da mulher. Atualmente, não há informação pública disponível sobre o número de especialistas por Unidade Federativa.

11. Avaliação econômica;

Não foram encontrados estudos que avaliam ou comparam o custo do método conservador para tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos com outras técnicas de tratamento para prolapso dos órgãos pélvicos e incontinência urinária.

12. Análise de impacto orçamentário;

Quando comparado ao tratamento cirúrgico, podemos considerar o uso do pessário como um procedimento de baixo custo. Os custos relacionados a utilização do recurso estão relacionados ao profissional fisioterapeuta qualificado, pessário (em torno de R\$ 250,00), compra dos insumos de proteção do profissional (luvas, por exemplo) higienização e esterilização do pessário (preço variável de acordo com o local e tipo de esterilização), espéculos descartáveis ou esterilizáveis (preço variável de acordo com o local e tipo de esterilização).

Além da compra do modelo de pessário adequado à cada caso, são necessárias consultas de avaliação, colocação e acompanhamento para limpeza e avaliação da integridade do tecido, presença de infecções ou qualquer outra complicação. O mesmo pessário pode ser usado por tempo indeterminado, desde que se mantenha do tamanho adequado, limpo frequentemente e esteja mantida a integridade do material.

13. Parecer técnico científico ou revisão sistemática;

Em revisão sistemática publicada recentemente foi evidenciado que o uso do pessário mostrou-se eficaz na resolução dos sintomas subjetivos de prolapso dos órgãos pélvicos, não apresentou desempenho inferior ao método cirúrgico de correção (BARROS et al 2018). Mesmo em estágios mais avançados de prolapso, o pessário mostrou-se eficaz reduzindo os sintomas e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida em 28% dos casos no decorrer de um ano de uso do dispositivo (BARROS et al 2018).



Barros et al (2018) descreveram em sua revisão que estudos com seguimento de um ano relataram que as mulheres idosas tiveram maior aceitação no uso de pessário do que mulheres mais jovens, principalmente as sexualmente ativas e foi possível verificar que em alguns casos a descontinuidade do uso do dispositivo se deu pela falta de suporte familiar, fisioterapêutico, enfermagem ou de assistente social ou ainda de incontinência urinária. A revisão sistemática realizada por Albuquerque Coelho et al (2016) demonstrou que os artigos que compararam o uso de pessários com o tratamento cirúrgico encontraram melhora da qualidade de vida com ambos os tratamentos. Tal constatação demonstra a possibilidade de evitar um procedimento cirúrgico e obter resultados similares utilizando o pessário como tratamento conservador dos prolapso dos órgãos pélvicos.

As complicações mais frequentes e que em alguns casos foi o motivo para a descontinuidade do tratamento, foram desconforto vaginal, erosões, dificuldade na colocação, sangramentos e em alguns casos incontinência urinária após redução do prolapso (BARROS et al 2018).

14. Textos completos de artigos;

Artigos apresentados em anexo ao e-mail. O nome que os arquivos recebem é formado pelo sobrenome do primeiro autor, vírgula e o ano de publicação.

15. Referências bibliográficas

Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence 6th Edition 2017

Albuquerque Coelho SC, Castro EB, Juliato CR. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. Int Urogynecol J. 2016;27(12):1797803

Albuquerque Coelho, SC; Marangoni-Junior M; Brito LGO; de Castro EB; Juliato CRT; Quality of life and vaginal symptoms of postmenopausal women using pessary for pelvic organ prolapse: a prospective study; REV ASSOC MED BRAS 2018; 64(12):1103-1107

Barros CR, Bonassi Machado RB, Camargo ACM, Gollop TR. Tratamento conservador de prolapso de órgão pélvico com pessário: revisão de literatura / Pessary use for conservative treatment of pelvic organ prolapse: literature review. Rev Med (São Paulo). 2018 mar.-abr.;97(2):154-9.



Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
CNPJ: 07.907.951/0001-98
www.abrafism.org.br

ABRAFISM
Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher

Carberry CL, MD, Tulikangas PK, Ridgeway BM, Collins SA, Adam RA. American Urogynecologic Society Best Practice Statement: Evaluation and Counseling of Patients with Pelvic Organ Prolapse, Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery • Volume 23, Number 5, September/October 2017

Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2016;35(1):15–20.

Haya N, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C; Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery (Review); *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8. Art. No.: CD013105. DOI: 10.1002/14651858.CD013105.

Horst W, Barros do Valle J, Silva JC, Gascho CLL; Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population; *Int Urogynecol J* (2017) 28:1165–1170

Silva Filho, AL. Manual SOGIMIG de ginecologia e obstetrícia, 6ª ed, Rio de Janeiro: Medbook, 2017, capítulo 42 pag 345-355.